ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

EFFECTS OF CASE MANAGEMENT MODEL IN BREAST CANCER PATIENTS ON SELF CARE EFFICACY AND LENGTH OF STAY WOMEN SURGICAL WARD : PHARE HOSPITAL

Mrs. Suparat Meunhong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

For the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่
โดย	นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

…….....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

……..ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

…….อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

……..……กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร)

สุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง : ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็ง เต้านม ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

(EFFECTS OF CASE MANAGEMENT MODEL IN BREAST CANCER PATIENTS ON SELF CARE EFFICACY AND LENGTH OF STAY WOMEN SURGICAL WARD : PHARE HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ผศ.ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช 156 หน้า.

การวิจัยแบบทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 2) เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ในกลุ่มทดลองที่ให้การพยาบาลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีกับกลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลแบบปกติ กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม และแบบกำกับการทดลอง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบบันทึกจำนวนวันนอน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ทดสอบความค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 สถิติที่ใช้ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ สถิติทดสอบ t (T- test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. จำนวนวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สาขาวิชา....การบริหารการพยาบาล.....ลายมือนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2556..... .....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก……

5377642336 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION
KEYS WORD : CASE MANGEMENT / BREAST CANCER PATIENTS / SELF CARE EFFICACY / LENGTH OF STAY.

SUPARAT MEUNHONG : FFECTES OF CASE MANAGEMENT MODEL IN BREAST CANCER PATIENTS ON SELF CARE EFFICACY AND LENGTH OF STAY WOMEN SURGICAL WARD : PHARE HOSPITAL. THESIS ADVISOR : ASSIST. PROF. SUVINEE WIVATVANIT, Ph.D., 156 pp.

The purposes of this experimental research were : 1) develop case management model of the breast cancer patients 2) to compare self care efficacy and length of stay between the breast cancer patients using case management model and those who using routine nursing. Subject were 30 patients with breast cancer in women surgical ward : Phare Hospital divided 2 groups : 15 for the control group and other 15 for experimental group. Research instruments are Case management model of the breast cancer patients consisted of the clinical pathway for breast cancer patients , the case management guideline, handbook on breast cancer patients and the experiment monitoring checklist, self care efficacy of the breast cancer patients and length of stay records. Content validity were evaluated by a panel of expert. The Cronbach' s alpha coefficients of these questionnaires was .90. Data were analyzed by percentile , mean, standard deviation and T test static.

The major findings of this study were as follows :

1. Self care efficacy of the breast cancer patients after using a case management model was significantly higher than who using routine nursing at the .05 level.

2. Length of stay after using a case management model was significantly less than who using routine nursing at the .05 level.

Field of study : Nursing Administration .. Student's Signature : …….
Academic Year : ……2013……Advisor's Signature :……

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ศิษย์ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้ประสบการณ์การเรียนที่มีคุณค่ายิ่ง

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบและให้คำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ เพื่อปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแพร่ และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณ เพื่อนๆ และน้องๆ ผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือและให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัย มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ขอขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ให้การอบรมเลี้ยงดู พร้อมด้วย คุณธวัชชัย หมื่นโฮ้ง สามีที่เป็นผู้สนับสนุนและคอยเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือในทุกเรื่อง นางสาวกัญญาพัชร หมื่นโฮ้ง และเด็กหญิงกัญญาณัฐ หมื่นโฮ้ง ลูกๆ ที่คอยเป็นกำลังใจ และเฝ้ารอคอยความสำเร็จด้วยความปลื้มปิติ ความห่วงใยและกำลังใจจากทุกคนในครอบครัว เป็นแรงกระตุ้นช่วยให้ผู้วิจัยมีกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญภาพ	ญ

บทที่		**หน้า**
1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	คำถามการวิจัย	5
	วัตถุประสงค์การวิจัย	5
	แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย	5
	ขอบเขตการวิจัย	8
	คำจำกัดความในการวิจัย	8
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
	โรงพยาบาลแพร่	15
	โรคมะเร็งเต้านมและการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม	19
	แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	33
	แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	43
	แนวคิดเกี่ยวกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล	50
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	51
	กรอบแนวคิดในการวิจัย	54
3	วิธีดำเนินการวิจัย	55
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55

บทที่		หน้า
3	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	58
	การดำเนินการวิจัย	64
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	67
	การวิเคราะห์ข้อมูล	67
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	69
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	74
	สรุปผลการวิจัย	77
	อภิปรายผล	78
	ข้อเสนอแนะ	83
รายการอ้างอิง		84
ภาคผนวก		90
ภาคผนวก ก	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	91
ภาคผนวก ข	หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	93
ภาคผนวก ค	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	105
ภาคผนวก ง	ตารางวิเคราะห์ผลข้อมูลเพิ่มเติม	149
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์		156

สารบัญตาราง

ตารางที่	ตารางที่	หน้า
1	แสดงการแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านมตามระบบ TMN	22
2	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	57
3	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ใน กลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	70
4	คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่	71
5	ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลระหว่างผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมใน กลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	72
6	จำนวนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่	73
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วย ด้านการปรับแก้ปัญหา	150
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วย ด้านการลดความเครียด	152
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วย ด้านการตัดสินใจ	153
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วย ด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน	155

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy) และการคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation)	44
2	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังที่เกิดขึ้น	45
3	กรอบแนวคิดการวิจัย	54

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังและต้องใช้เวลานานในการรักษาและติดตามผล การรักษามีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี การให้ฮอร์โมน การให้ยาฆ่าเซลล์มะเร็งชนิดเจาะจง (Targeted Cancer therapies) ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของโรคและการตอบสนองของมะเร็งแต่ละชนิด การรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบัน ส่วนใหญ่รักษาโดยการผ่าตัดเต้านมร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) ผลจากการผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์จากการสูญเสียเต้านมและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การสูญเสียเลือด แขนข้างที่ผ่าตัดเต้านม บวม กล้ามเนื้อยึดติดแน่น เคลื่อนไหวแขนไม่ได้ (ธนิต วัชรพุกก์, 2547) ซึ่งมีผลกระทบต่อผลการรักษา กระทบต่อความสามารถในการกลับไปใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นทีมการพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาและผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้าน

จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งในจังหวัดแพร่ พบว่าในปี 2550 - 2552 มีผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 2,730 ราย ที่พบมากที่สุดคือ มะเร็งตับ รองลงมาคือมะเร็งเต้านม (สมเกียรติ ลลิตวงศาและคณะ, 2550) สำหรับโรงพยาบาลแพร่พบว่าใน พ.ศ. 2552, 2553 และ 2554 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหญิง จำนวน 180, 204 และ 225 คนตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลแพร่,2554) หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบ Modified Radical Mastectomy ปี พ.ศ. 2552, 2553, 2554 มีจำนวน 75, 78, 84 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่, 2554) ซึ่งจะพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาโดยการผ่าตัดมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ หลังผ่าตัดเต้านมผู้ป่วยจะมีแผลที่หน้าอกและมีท่อระบายออกจากแผล 2 สายต่อกับขวดสุญญากาศ เพื่อระบายสารคัดหลั่งและป้องกันการคั่งของสารคัดหลั่ง คือ น้ำเลือดและน้ำเหลืองอยู่ใต้แผล ซึ่งมีโอกาสเกิดแผลบวมและเนื้อแผลเน่าได้ ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งสารคัดหลั่งแห้งและแพทย์พิจารณาให้ถอดท่อระบายออกหมดทั้ง 2 เส้นถึงจะสามารถกลับบ้านได้ ปัจจุบันผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ มีจำนวนวันนอน 8 วัน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ชี้วัดของโรงพยาบาลแพร่ที่กำหนดไว้คือ 5

วัน เนื่องจากผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ทำให้เกิดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษา การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ผ่านมาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่มีการมอบหมายงานเป็นทีม(Team nursing) ร่วมกับมอบหมายตามหน้าที่ (Functional nursing) ซึ่งการมอบหมายงานเป็นทีมเป็นวิธีการทำงานเป็นกลุ่ม โดยมีพยาบาลเป็นหัวหน้าทีมร่วมวางแผนการพยาบาล ร่วมปรึกษา ติดตาม ประเมินผล และติดต่อประสานงาน และการมอบหมายงานตามหน้าที่ เป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนทำงานตามหน้าที่ โดยเน้นการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วยเพียง 1 - 2 คน ตามขอบเขตความสามารถ จากการปฏิบัติงานพบว่ารูปแบบการมอบหมายงานแบบทีมยังไม่ชัดเจน พยาบาลยังเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองไม่ชัดเจน ในการทำงานแบบทีมพยาบาลจะหมุนเวียนกันดูแลผู้ป่วย ทำให้งานเกิดความซ้ำซ้อน การปฏิบัติการพยาบาลเป็นลักษณะต่างคน ต่างปฏิบัติไม่เป็นแนวเดียวกัน แต่ละสาขาวิชาชีพต่างดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ของตน ขาดการประสานงานกันระหว่างทีมสุขภาพ เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีผู้รับผิดชอบในการจัดการการดูแลและติดต่อกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหาและมีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้ป่วยและญาติไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลไม่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ประเมินปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพเหมาะสมและครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย บทบาทการร่วมกับครอบครัวในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ จากบทบาทดังกล่าว ทำให้พยาบาลได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการเป็นผู้รับผิดชอบประสานงานการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพเหมาะสมและครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย จากบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลดังกล่าวสอดคล้องกับลักษณะของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) เป็นรูปแบบหนึ่งที่ถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาล และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลตามปกติได้ (Powell,2000)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นรูปแบบการทำงานที่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นกระบวนการที่ช่วยสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยรวมทั้งญาติ ทำให้ได้รับทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถนำมาวางแผนในการ

แก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน (Powell, 2000) มุ่งเน้นการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขา ร่วมกันจัดทำแผนการดูแล (Clinical pathway) ให้เหมาะสมในการจัดการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการการดูแลและติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหาและ มีความต่อเนื่องในการดูแล ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้เกิดประโยชน์ต่อพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วม ทำให้ได้ประสบการณ์ในการเรียนรู้ พัฒนาทักษะและประสบการณ์การเรียนรู้ และนำไปปฏิบัติงานทำให้การพยาบาลมีคุณภาพได้มาตรฐาน ประโยชน์ต่อผู้ป่วยคือ ได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Length of stay) และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธ์, อัญชัญ ไพบูลย์, 2546) เกิดประโยชน์ต่อองค์กรในด้านคุณภาพและค่าใช้จ่าย นำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลต่อไป

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยให้การดูแลก่อนผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดรวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัดและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของ JCAHO guideline in best practice (The Joint Commission on Accreditation of Hospital and Organization) (อ้างถึงใน Brendle, 2007) เป็นการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม แบ่งการพยาบาลออกเป็นการพยาบาลก่อนผ่าตัดและการพยาบาลหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีกิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัด ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย 2) การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด และการพยาบาลหลังผ่าตัดได้แก่ 1) การจัดการความเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) การส่งเสริมความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 3) การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำ 4) การจัดการความเจ็บปวด 5) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายโดยการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามผลลัพธ์ที่ตั้งไว้คือผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง (Self efficacy) เมื่อผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ในการดูแลตนเองทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง (Self efficacy) เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการเพิ่มความมั่นใจในการที่จะปฏิบัติและแนวคิดนี้เชื่อว่า ถ้าบุคคลมีความเชื่อหรือการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยที่ทราบว่าจะต้องทำอะไร ทำอย่างไร และเมื่อทำเสร็จแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง บุคคลก็จะทำสิ่งนั้น และหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นสูงจะมีแนวโน้มที่จะกระทำแน่นอน (Bandura,1997) รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นรูปแบบการทำงานที่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย มาให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นกระบวนการที่สร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว ทำให้ได้รับทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถนำมาวางแผนในการแก้ปัญหา โดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานร่วมกัน Powell (2000) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นบุคคลที่มีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือดูแลในการตัดสินใจให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรักษา มีการประสานความร่วมมือระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งบุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยการสนับสนุน 4 ประการคือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จได้ด้วยตัวเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Bandura,1997) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง

จากสภาพการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโดยใช้แนวคิดของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงใน Brendle, 2007) และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม หลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเป็นอย่างไร

2. จำนวนวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่

2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ในกลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่

แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การจัดการรายกรณี (case management) เป็นแนวคิดของระบบพยาบาลที่นำมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้สูงขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เหมาะสม มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นลง ลดจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล และช่วยลดการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล ให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นหลักครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและต่อเนื่องจนกระทั่งหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case management) เป็นผู้ประสานการทำงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เพื่อร่วมกันกำหนดแผนการพยาบาลผู้ป่วย (Clinical pathway) ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมตามแนวคิดของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงใน Brendle, 2007) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับทุกระยะการผ่าตัด ตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ามาในหอผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่าย การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล หลังผ่าตัดเน้นการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต้องได้รับการสอนการบริหารแขนข้างที่ผ่าตัดเพื่อป้องกันข้อไหล่ติดและแขนบวม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย โดยใน

การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงใน Brendle, 2007) มาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม แบ่งการพยาบาลออกเป็นการพยาบาลก่อนผ่าตัดและการพยาบาลหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย 2) การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด และการพยาบาลหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 1) การจัดการความเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) การส่งเสริมความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 3) การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำ 4) การจัดการความเจ็บปวด และ 5) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการวางแผนการจำหน่าย และใช้แผนการพยาบาลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดย กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวคิดของ Powell (2000) มี 6 ขั้นตอนคือ 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย 3) การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานงานการดูแลผู้ป่วย 4) การดำเนินการ 5) การประเมินผลและติดตาม 6) การดำเนินการต่อเนื่อง เฝ้าติดตามและประเมินซ้ำ โดยผลของการให้การจัดการรายกรณีทำให้ผู้ป่วยลดจำนวนวันนอนลง (จินตนา ยูนิพันธ์, อัญชัญ ไพบูลย์, 2546) เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน

จากการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจของ พัชรี คงปลอด (2549) พบว่าจำนวนวันนอนลดลง ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณี มาศศรี (2552) ที่ศึกษา ผลของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลพบว่าจำนวนวันนอนลดลงและความพึงพอใจของพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Thomas (2009) ที่ศึกษาการใช้การจัดการรายกรณีในทุกหน่วยงานต่อผลลัพธ์ขององค์กร ศึกษาในผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมและแผนกอายุรกรรม ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงจากการดูแลแบบเดิม จาก 8.5 วันเหลือ 7.12 วัน การจ่ายประกันสุขภาพมีการจ่ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.08 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.28 ซึ่งระยะวันนอนโรงพยาบาลมีผลต่อการจ่ายค่าบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น บทบาทของผู้จัดการรายกรณีมีความสำคัญในการเพิ่มชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลทางตรงและการประสานทีมสุขภาพแสดงความเป็นผู้นำทางการพยาบาล ซึ่งจากผลการศึกษาของ Lev et al. (2001) ที่ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตและกลุ่มอาการรบกวนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในครั้งแรก จำนวน 56 รายแบ่งออกเป็น 2กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีการพบผู้ป่วย 5 ครั้ง ใน 1 เดือนแบ่งการวัดออกเป็น 4 ระยะ คือ 4 เดือนแรก และอีก 8 เดือนถัดไป ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยา

เคมีบำบัดในกลุ่มทดลองสูงขึ้น และกลุ่มอาการรบกวนลดลง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้นำรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมตามแนวคิดของ Brendle (2007) มาเป็นรูปแบบการให้การพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสามารถดูแลตนเองได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self Efficacy) เป็นแนวทางสำคัญที่ Bandula (Bandula,1997) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) โดยให้ความหมายในการรับรู้แห่งตนว่า เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม ในการเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลสุขภาพของตนเองได้กระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการสนับสนุน 4 ประการ คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จได้ด้วยตัวเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและดูแลตนเองได้ถูกต้อง

ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ามาในหอผู้ป่วย ให้การดูแลทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดรวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่มีคุณภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม โดยใช้แนวคิดของ Powell (2000) ร่วมกับ แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดของ JCAHO guideline in best practice (Brendle, 2007) มาพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงด้วย

สมมุติฐานการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมของกลุ่มทดลอง ที่ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้การพยาบาลแบบปกติ

2. จำนวนวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่าจำนวนวันนอนของกลุ่มควบคุมที่ใช้การพยาบาลแบบปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร : ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมที่มีท่อระบายสารคัดหลั่งจากแผล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่

2. กลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่มีท่อระบายสารคัดหลั่งจากแผล ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา : การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

คำจำกัดความในการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง กระบวนการการดูแลพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ มุ่งเน้นความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันจัดทำแผนการดูแล (Clinical pathway)ให้เหมาะสมในการจัดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแต่ละรายที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการการดูแลต่อเนื่องและติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมให้มีคุณภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell (2000) โดยมีการดำเนินการ 6 ขั้นตอนร่วมกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงใน Brendle, 2007) ดังนี้

1.1 การคัดเลือกผู้ป่วย (case selection) หมายถึง การคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวและจากการผ่าตัด และหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีท่อระบายสารคัดหลั่งต่อขวดสุญญากาศและต้องคาท่อระบายไว้จนกระทั่งสารคัดหลั่งแห้ง ตามคุณสมบัติที่กำหนด

1.2 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment/ problem identification) หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ค้นหาปัญหาและประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยและให้การดูแลตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดรวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.3 การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานงานการดูแล (Development and coordination of the case plan) หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) โดยแผนการดูแลประกอบด้วย การกำหนดวิธีการ ผู้ให้บริการ ระยะเวลาในการรักษาและแผนการจำหน่าย ให้สอดคล้องกับเป้าหมายและลำดับความสำคัญของปัญหาตามความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดของของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงในBrendle, 2007) มาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย แบ่งการพยาบาลออกเป็นการพยาบาลก่อนผ่าตัดและการพยาบาลหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัดได้แก่

1.3.1 การพยาบาลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมหมายถึง การให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย

1) การเตรียมด้านร่างกาย หมายถึง พยาบาลประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่แรกรับ โดยการซักประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์ EKG และการตรวจพิเศษ พยาบาลสอนสาธิตเรื่องการ Exercise แขนข้างที่ผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม โดยเริ่มปฏิบัติให้เร็วที่สุด ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2) การลดความวิตกกังวล หมายถึง การประเมินสภาวะจิตใจของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรม บุคลิกลักษณะและสร้างสัมพันธภาพในการพูดคุย โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในเรื่อง โรค การผ่าตัด การดมยาสลบ และสอนสาธิตการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล จะช่วยลดความเจ็บปวด ระยะหลังผ่าตัด เพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวเร็วขึ้น มีผลทำให้จำนวนวันนอนลดลง

1.3.2 การพยาบาลหลังผ่าตัด หมายถึง การให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมเสร็จจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านและกลับมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล เพื่อประเมินผลการรักษาประกอบด้วย

1) การจัดการความเสี่ยง หมายถึง การที่พยาบาลสามารถประเมินอาการแสดงที่บ่งบอกถึง ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เช่น ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในร่างกาย ภาวะแขนบวม ข้อไหล่ยึดติด ขอบแผลเป็นเนื้อตายให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้การดูแลในเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม

2) การส่งเสริมความสุขสบาย หมายถึง การที่พยาบาลประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหา ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัดและสายท่อระบายไม่ให้ดึงรั้ง ดูแลผิวหนังให้สะอาด ดูแลการรับประทานอาหาร การพักผ่อนอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเผชิญความเครียด โดยให้คำแนะนำวิธีการปรับตัวและให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เอื้ออาทร และอ่อนโยน

3) การดูแลให้สารน้ำ หมายถึง การที่พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งก่อนและหลังได้รับสาร โดยให้การดูแลติดตามให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำครบถ้วน ตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งเฝ้าระวัง ประเมินอาการ ภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับสารน้ำ เช่น หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับสารน้ำเป็นต้น

4) การจัดการความเจ็บปวด หมายถึง การที่พยาบาลประเมิน ระดับความปวดของผู้ป่วยตามแบบประเมิน และให้การช่วยเหลือ บรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยการบริหารยาให้ถูกต้องร่วมกับวิธีบำบัดทางการพยาบาลในการบรรเทาความปวดด้วยการเบนความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือทำกิจกรรมที่ชอบ การช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาจากความเจ็บปวดเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยคลายความหวาดกลัวและลดความวิตกกังวลลง

5) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ หมายถึง การที่พยาบาลประเมินความพร่องด้านร่างกายและจิตใจ ต่อการเจ็บป่วย และประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและผู้ดูแล โดยการสอน สาธิต ร่วมกับการใช้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ในการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการ Exercise หลังการผ่าตัด การทำ exercise เพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลท่อระบายสารคัดหลั่ง การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1.4 การดำเนินการ (Implementation of the final plan) หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ทำการประเมิน ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล (Clinical pathway)ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ตามที่กำหนดไว้และ

มอบหมายให้พยาบาลประจำการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงจนกระทั่งจำหน่าย มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจแนวทางการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถสอบถามพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้านและ นำปัญหาที่พบมาร่วมกันหาแนวทางการดูแล แนะนำการมาตรวจตามแพทย์นัด

1.5 การประเมินผลและติดตาม (Evaluation and follow up) หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประเมินและติดตามผลการดูแล ปรับแผนการดูแลตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาและประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.6 การดำเนินการต่อเนื่อง (Continuous monitoring reassign and Reevaluation) หมายถึง การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานงานกับหน่วยบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โทรศัพท์ติดต่อเพื่อประเมินปัญหาและสรุปผลการดูแลผู้ป่วยและนำผลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อไป

2. ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม รับผิดชอบในการประสานงานและติดตามการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จนกระทั่งจำหน่าย รวมถึงการติดตามอาการหลังจำหน่าย ตามกระบวนการการจัดการรายกรณีตามแนวคิดของ Powell (2000) โดยมีหน้าที่คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าสู่รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย และนำมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย และประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อนำแผนการดูแลผู้ป่วยมาใช้ ดำเนินงานร่วมกับพยาบาลประจำการให้การพยาบาลตามแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม โดยการติดตาม ควบคุม กำกับ และแก้ไขปัญหาทุกขั้นตอนในการดูแลรวมถึงการประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การตัดสินระดับความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมว่าสามารถปฏิบัติได้ในระดับไหน ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ที่ผู้วิจัย ดัดแปลงจากเครื่องมือของ มีนา ชูใจ (2552) ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี ความรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1997) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ

1) การปรับแก้ปัญหา (Coping) หมายถึง ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีการรับรู้ว่าตนสามารถแก้ปัญหาในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) การลดความเครียด (Stress Reduction) หมายถึง ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีการรับรู้ว่าตนสามารถจัดการความเครียด และสามารถเผชิญความเครียดได้ โดยมีวิธีการจัดการความเครียด

เฉพาะของตนเอง เช่น การผ่อนคลายความเครียด โดยการ การสวดมนต์ การทำสมาธิและการจินตนาการในสิ่งที่ทำให้เรามีความสุข

3) การตัดสินใจ (Making Decision) หมายถึง ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม มีการรับรู้ว่าตนสามารถตัดสินใจ เกี่ยวกับ การเลือกใช้วิธีการรักษา การยอมรับการรักษา การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการตัดสินใจในการเลือกใช้วิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองหลังผ่าตัดเต้านม

4) การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน (Enjoying life) หมายถึง การที่ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีการรับรู้ว่าตนสามารถทำชีวิตให้มีความสุข แสวงหาสิ่งที่ช่วยให้ชีวิตมีความสุขเพลิดเพลินใจ จากประสบการณ์หรือทำสิ่งใดๆให้กับตนเองในขณะเจ็บป่วยนั้น เป็นช่วงเวลาที่มีความสุขในขณะให้การดูแลตนเองหลังผ่าตัดเต้านม และมีกำลังใจในการรักษา ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสามารถปรับตัวกับภาวะของโรค

โดยให้การพยาบาลเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1978) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น ประกอบด้วย 4 วิธี

1) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นกิจกรรมที่ใช้การชักจูงด้วยคำพูด เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการดูแลตนเองได้สำเร็จ โดยวิธีการ อธิบายให้ความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม วิธีการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม การฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การติดตามผลการรักษา การรักษาต่อเนื่อง และการดูแลตนเองที่บ้านหลังจำหน่ายกลับบ้าน

2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) โดยให้กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมเช่นเดียวกัน มาพูดคุยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ โดยการสังเกต ความสามารถของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์จริง ทำให้ผู้ที่สังเกตการ ฝึกความรู้สึกว่า เขามีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆที่จะเกิดขึ้นโดยที่ให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวลงได้ (Kazdin,1974) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลที่พึงพอใจ ก็จะเป็นสิ่งที่บอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ด้วย วิธีการดังกล่าว เช่นกัน

3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) โดยการให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น การบริหารแขนข้างที่ผ่าตัด การดูแลท่อระบายและการจดบันทึก

ปริมาณสารคัดหลั่งที่ออกมาทุกวัน การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อนและยากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามมากขึ้นจนประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวและสามารถดูแลตนเองได้

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว การเข้ากลุ่ม ทำให้ได้เห็นแบบอย่างจากผู้ป่วยอื่น (Bandura, 1986) ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น โดยให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเข้ากลุ่มเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

4. ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีท่อระบายสารคัดหลั่งจากแผลต่อกับขวดสุญญากาศ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว และ ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

5. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลแพร่ ตั้งแต่เวลารับไว้จนถึงเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยให้นับ 24 ชั่วโมง เป็น 1 วัน หากไม่ถึง 24 ชั่วโมงหรือเกิน 24 ชั่วโมง ส่วนที่ไม่ถึง หรือเกิน 24 ชั่วโมงนั้นนับได้เกิน 6 ชั่วโมงให้ถือเป็น 1 วัน (กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง, 2549)

6. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการที่ให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ โดยเน้นการอธิบายให้ความรู้และข้อมูล แก่ผู้ป่วยและญาติทราบในเรื่อง พยาธิสภาพของโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาจเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มตามสถานการณ์ โดยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการตอบคำถามและอธิบายปัญหา ข้อสงสัยตามที่ผู้ป่วยซักถาม ตลอดระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆต่อไป
3. ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอรายละเอียดตามหัวข้อดังนี้

1. โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่
    1.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลแพร่
    1.2 วิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลแพร่
    1.3 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแพร่
    1.4 หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
2. โรคมะเร็งเต้านมและการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม
    2.1 โรคมะเร็งเต้านม
    2.2 อาการและอาการแสดง
    2.3 การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
    2.4 การรักษามะเร็งเต้านม
    2.5 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม
    2.6 แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
    2.7 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
3. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    3.1 ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    3.2 แนวคิดและหลักการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    3.3 ลักษณะและรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    3.4 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    3.5 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสุขภาพ
    3.6 ขั้นตอนกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    3.7 ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
4. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self efficacy theory)
    4.1 แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
    4.2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

5. แนวคิดเกี่ยวกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. โรงพยาบาลแพร่

1.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลแพร่

โรงพยาบาลแพร่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 460 เตียงให้บริการแก่ประชาชนใน เขตจังหวัดแพร่และจังหวัดข้างเคียง ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง ที่พอเพียงอย่างยั่งยืนเพื่อพัฒนาเข้าสู่โรงพยาบาลทั่วไปชั้นนำระดับประเทศ ในปี 2555 ให้การพยาบาลผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม 158 เตียง แผนกศัลยกรรม 86 เตียง แผนกศัลยกรรมกระดูก 84 เตียง แผนกสูตินรีเวชกรรม 60 เตียง การพยาบาลแผนกกุมารเวชกรรม 42 เตียงและแผนกหู ตา คอ จมูก 30 เตียง งานบริการผู้ป่วยนอกและคลินิกพิเศษ งานตรวจพิเศษ งานบริการผู้ป่วยนอก สาขา 1 และ2 มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ 403 คน พยาบาลเทคนิค 47 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล 25 คนและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 154 คน มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมด 395, 224 ราย เฉลี่ย 1,520 รายต่อวัน ผู้ป่วยใน 33,906 ราย เฉลี่ย 423 รายต่อวัน (ข้อมูลประจำปี 2553, ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลแพร่)

1.2 วิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลแพร่

วิสัยทัศน์โรงพยาบาลแพร่

โรงพยาบาลแพร่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปชั้นนำระดับประเทศ ในปี 2555

พันธกิจ

1) ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง ที่พอเพียงอย่างยั่งยืน

2) พัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง

3) พัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง

4) ร่วมผลิตแพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุข

เป้าประสงค์

1) ระบบงานมีความปลอดภัย ได้มาตรฐาน (มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล)

2) ภาพลักษณ์โรงพยาบาลเป็นที่เชื่อมั่นของผู้ใช้บริการและสังคม (มิติที่ 2 ด้านคุณภาพ)

3) โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการที่ดี (มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติ)

4) บุคลากรมีสมรรถนะ และมีความผาสุก (มิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กร)

กลยุทธ์

กลยุทธ์หลัก

1) การสร้างระบบบริการสุขภาพที่ปลอดภัย และมีความสุข

2) การสร้างเสริมธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการ

กลยุทธ์ขยายงาน

การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพให้เป็นรากฐานของสังคมแห่งสุขภาวะ

กลยุทธ์การพัฒนา

การพัฒนาคุณภาพบุคลากรสู้สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียบรู้

กลยุทธ์การปรับปรุงองค์กร

ปรับปรุงสาระสนเทศเพื่อเอื้อต่อการบริหาร การบริการและการจัดการความรู้

(ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลแพร่, 2554)

1.3 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแพร่

วิสัยทัศน์

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแพร่ จะเป็นองค์กรวิชาชีพชั้นนำ ในการบริหารจัดการบริการพยาบาล ในกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป ในปี 2555

พันธกิจ

1) จัดบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัยและพึงพอใจ

2) จัดการบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ มีจริยธรรม มีความสุข สามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาล

3) ส่งเสริมสนับสนุน การสร้างบรรยากาศ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมในการทำงาน การพัฒนาตนเองและความก้าวหน้าในวิชาชีพ

4) ร่วมผลิตบุคลากรทางการพยาบาลและสนับสนุนการศึกษาอบรมด้านสุขภาพและสาธารณสุขอื่น

เป้าหมาย

1) ด้านผู้ใช้บริการ ผู้รับบริการได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล

2) ด้านบุคลากร บุคลากรทางการพยาบาลได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ แนวทางการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาล มีความพึงพอใจในงาน

3) ด้านการบริหารงาน กลุ่มการพยาบาลบริหารงานโดยใช้หลักธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ

1.4 หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

บริบทหน่วยงาน

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เป็นหน่วยงานที่ตั้งอยู่ชั้นที่ 2 อาคารไมตรีประชา ได้ทำการเปิดรับผู้ป่วยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2538ให้บริการผู้ป่วยสามัญทางศัลยกรรม เพศหญิง และผู้ป่วยเด็กทั้งหญิงและชาย อายุ 1 - 15 ปี เป็นหอผู้ป่วยระบบเปิด มีจำนวนเตียงสำหรับรับผู้ป่วย 32 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพ 14 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน

เจตจำนง/เป้าหมาย (Purpose)

ให้บริการผู้ป่วยสามัญทางศัลยกรรม เพศหญิง และผู้ป่วยเด็กทั้งหญิงและชาย อายุ 1 - 15 ปี ที่ได้มาตรฐาน ผู้ใช้บริการปลอดภัย พึงพอใจโดยบุคลากรมีความพร้อม และพึงพอใจในการทำงาน

เป้าหมาย (Goal)

1) เพื่อให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย และพึงพอใจ

2) เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

โครงสร้างหน่วยงาน

1) เป็นหอผู้ป่วยระบบเปิด มีจำนวนเตียงสำหรับรับผู้ป่วย 32 เตียง

2) มีอัตรากำลังทั้งหมด 20 คน ประกอบด้วย

(1) พยาบาลวิชาชีพ 14 คน

(2) พยาบาลเทคนิค 1 คน

(3) พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน

(4) พนักงานทำความสะอาด 2 คน

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ให้บริการผู้ป่วยสามัญทางศัลยกรรม เพศหญิง และผู้ป่วยเด็กทั้งหญิงและชาย อายุ 1 - 15 ปี เป็นหอผู้ป่วยระบบเปิด มีจำนวนเตียงสำหรับรับผู้ป่วย 32 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพ 14 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้า จำนวน 5 คน

เวรบ่ายและเวรดึก จำนวน 3 คน มีอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยในแต่ละเดือนเฉลี่ย 100-120 ในปี 2552, 2553 และ 2554 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 180, 204 และ 225 คนตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลแพร่, 2554) ส่วนใหญ่รักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ในการรักษาโดยการผ่าตัดแบบ Modified Radical Mastectomy ปี พ.ศ. 2552, 2553, 2554 มีจำนวน 75, 78, 84 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่, 2554) ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีค่า DRG เท่ากับ 19,479 จากการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ผ่านมาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่มีการมอบหมายงานเป็นทีม (Team nursing) ร่วมกับมอบหมายตามหน้าที่ (Functional nursing) ซึ่งการมอบหมายงานเป็นทีมเป็นวิธีการทำงานเป็นกลุ่ม โดยมีพยาบาลเป็นหัวหน้าทีมร่วมวางแผนการพยาบาล ร่วมปรึกษา ติดตาม ประเมินผลและติดต่อประสานงาน และการมอบหมายงานตามหน้าที่ เป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนทำงานตามหน้าที่ โดยเน้นการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วยเพียง 1 -2 คน ตามขอบเขตความสามารถ จากการปฏิบัติงานพบว่ารูปแบบการมอบหมายงานแบบทีมยังไม่ชัดเจน พยาบาลยังเข้าใจบทบาทหน้าที่ ของตนเองไม่ชัดเจน ในการทำงานแบบทีมพยาบาลจะหมุนเวียนกันดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดเมื่อเกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ไม่มีผู้รับผิดชอบเฉพาะ การปฏิบัติการพยาบาลเป็นลักษณะต่างคน ปฏิบัติไม่เป็นแนวเดียวกัน แต่ละสาขาวิชาชีพต่างดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ของตน ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับฟังคำแนะนำ บางรายได้รับคำแนะนำที่ไม่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของตน ผู้ป่วยและญาติไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและไม่มีโอกาสซักถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆ เนื่องมาจาก มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการพยาบาลมีเวลาในการให้คำแนะนำที่จำกัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม แนวทางการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการพยาบาลครอบคลุมปัญหาและความต้องการของตนเองทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องขณะอยู่โรงพยาบาลและขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ มีหน้าที่รับผิดชอบให้การดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษาต่อเนื่องและยาวนานและต้องการการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมจึงเป็นการพยาบาลที่มีความเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละราย จึงต้องให้การพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จึงได้สนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายที่ได้มาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. โรคมะเร็งเต้านมและการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

2.1 โรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม คือ การแบ่งตัวที่ผิดปกติของเซลล์เนื้อเยื่อเต้านม กลายเป็นเนื้อร้ายที่เติบโตและไม่ยอมหยุดและมะเร็งเต้านมจะลุกลามไปยังส่วนต่างๆของร่างกายผ่านกระแสเลือดและน้ำเหลือง ทำให้ระบบต่างๆของร่างกายล้มเหลวได้ มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากในผู้หญิง ถ้านับประชากรทั้งโลกแล้วมะเร็งเต้านมจะพบประมาณร้อยละ 18 ของมะเร็งทั้งหมด ประเทศอเมริกามีอัตราการเป็นมะเร็งเต้านมสูง พบว่า 1 ใน 8 คนของผู้หญิงอเมริกันจะเป็นมะเร็งเต้านม ในปัจจุบันประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆและพบมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งในผู้หญิง (สถิติสาธารณสุข, 2548)

2.1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

สาเหตุของโรคมะเร็งที่แท้จริงยังไม่ทราบ แต่มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม ดังนี้

1) อายุ โดยสถิติมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงมากกว่า

2) ฮอร์โมน การศึกษาที่เชื่อว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นฮอร์โมนเพศหญิงมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านม เนื่องจากมะเร็งเต้านมพบว่า ผู้หญิงเป็นมากกว่าผู้ชาย 100 เท่า และพบผู้ที่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนเป็นระยะเวลานานมากกว่า 8 ปี จะเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งเต้านมมากขึ้น อายุที่เริ่มมีประจำเดือนและหมดประจำเดือนมีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม คนที่มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อยโดยเฉพาะน้อยกว่า 12 ปี หรือหมดประจำเดือนช้า หลังอายุ 55 ปี จะมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ คนที่ไม่เคยมีบุตรหรือตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุมากกว่า 30 ปี จะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย (Foxson,Lattimer,& Felder, 2010)

3) ประวัติโรคมะเร็ง ผู้ที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่ง มีโอกาสเสี่ยงที่จะตรวจพบโรคมะเร็งได้ที่เต้านมอีกข้างหนึ่ง หรือผู้ที่เคยตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเต้านมบางชนิด เช่น atypical hyperplasia หรือ tobular carcinoma insitu

4) ประวัติครอบครัว พันธุกรรม การศึกษาพบว่า มะเร็งเต้านมมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเกี่ยวข้องกับยีน BRCA 1 บนโครโมโซมคู่ที่ 17 และ BRCA 2 บนโครโมโซมคู่ที่ 11 ซึ่งเป็น tumor suppressor gene ทำหน้าที่ผลิตโปรตีนที่ควบคุมเซลล์ต่อมท่อน้ำนม เซลล์รังไข่ให้มีการแบ่งตัวยับยั้งไม่ให้แบ่งตัวมากเกินไปจนกลายเป็นเนื้องอก ผู้หญิงที่มีการกลายพันธุ์ (mutation) ของยีน BRCA 1 และ BRCA 2 จะมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 87 และมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

การประเมินความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมจากประวัติครอบครัวว่า อาจจะเกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม มีหลักเกณฑ์โดยประเมินโรคมะเร็งเต้านมในญาติสายตรง (บิดา มารดา พี่สาว

น้องสาว หรือลูกสาว) และญาติใกล้ชิดหรือญาติลำดับต่อมา (ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา หลานและลูกพี่ลูกน้อง) ดังนี้

1) มีญาติสายตรงหรือญาติใกล้ชิดตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป เป็นมะเร็งเต้านม

2) มีญาติสายตรงหรือญาติใกล้ชิดตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

(1) มีญาติสายตรงหรือญาติใกล้ชิดอีกหนึ่งคนเป็นมะเร็งเต้านมหรือรังไข่

(2) เป็นมะเร็งเต้านมและรังไข่คนเดียวกัน

(3) เป็นมะเร็งเต้านมก่อนอายุ 40 ปี

(4) เป็นมะเร็งเต้านมทั้ง 2 ข้างในคนเดียวกัน

(5) เป็นมะเร็งเต้านมในเพศชาย

5) อาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหารไขมันสูง นอกจากนี้การขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วนหลังมีประจำเดือน ลงพุง น้ำหนักเกิน มีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น

6) ประวัติการรับรังสี ผู้ที่เคยสัมผัสรังสี โดยเฉพาะได้รับรังสีบริเวณหน้าอกเมื่ออายุน้อย

2.1.3 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม แพทย์ใช้หลักการวินิจฉัยจากความสอดคล้องของการตรวจร่างกาย ผลเอกซเรย์เต้านมและผลเนื้อเยื่อทางพยาธิวิทยา

2.1.4 การตรวจร่างกาย

คลำพบก้อนที่เต้านม ตำแหน่งของก้อนมะเร็งเต้านมที่พบมาก คือ เต้านมส่วนบนด้านนอก (upper outer) ร้อยละ 48 รองลงมาพบบริเวณหัวนม ร้อยละ 17 เต้านมส่วนบนด้านใน ร้อยละ 15 เต้านมส่วนล่างด้านนอกร้อยละ 11 และเต้านมส่วนล่างด้านในร้อยละ66 (Capenter, 1997; Foxson , Lattimer, & Felder, 2010) ลักษณะก้อนมักจะแข็งขอบเขตไม่ชัดเจน มีการดึงรั้งของผิวหนัง หรือผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผิวขรุขระคล้ายผิวส้ม มีสารคัดหลั่งจากหัวนม เช่น เลือด น้ำเหลือง อาจตรวจพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โต เนื่องจากมะเร็งแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลือง

2.1.5 การเอกซเรย์เต้านม

การทำแมมโมแกรม (mammo gram) ลักษณะที่ปรากฏใน แมมโมแกรม ก้อนมะเร็งจะมีลักษณะคล้ายรูปดาว มีการดึงรั้งของเนื้อเยื่อ หรือลักษณะมีแคลเซียมเล็ก ๆ

จับเป็นกลุ่มหรือเรียงเป็นแถว

การทำอัลตราซาวด์เต้านม (ultrasonography) ลักษณะก้อนมะเร็งที่ปรากฏจะเป็นก้อน hypoechoic mass ลักษณะขอบเขตไม่เรียบ มีขนาดของความยาวมากกว่าความกว้าง

2.1.6 การเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อเพื่อพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา (biopsy)

1) Fine needle aspiration (FNA) เป็นการใช้เข็มเล็ก ๆ ดูดเซลล์จากก้อนเนื้อที่สงสัยป้ายลงบนสไลด์และแช่ใน 95% แอลกอฮอล์ ส่งตรวจด้วยวิธี เซลล์วิทยา (cytology)

2) Core needle biopsy เป็นการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจด้วยเข็มขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

3) Surgical biopsy เป็นการผ่าตัดก้อนเนื้อออกเพื่อส่งตรวจ การตัดชิ้นเนื้อออกทั้งหมดเรียก excisional biopsy ซึ่งปัจจุบันวิธีนี้ใช้น้อยลง จะพิจารณาใช้ต่อเมื่อแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีเครื่องมือ หรือไม่สามารถทำ FNA หรือ Core needle biopsy ได้เท่านั้น ส่วนการตัดก้อนเนื้อออกบางส่วนเรียก incisional biopsy ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมาด้วยมะเร็งเต้านมที่มีก้อนและแผลแตกบริเวณผิวขนาดใหญ่ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ และแพทย์ต้องการตัดชิ้นเนื้อบางส่วนเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

นอกจากนี้ในปัจจุบันอาจมีการตรวจเพิ่มเติมพิเศษอื่นๆ เพื่อประกอบการรักษา เช่น การทำ magnetic resonance imaging (MRI) ในรายที่เลือกผ่าตัดแบบเก็บเต้านม

2. 1.7 โครงสร้างของเต้านม

มะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เป็น adenoma ที่เกิดจาก epithelium ของท่อน้ำนม ถ้าเกิดที่ท่อน้ำนมเรียกว่า ductal carcinoma ถ้าเกิดในต่อมน้ำนมเรียกว่า lobular carcinoma ถ้ามะเร็งลุกลามออกจากท่อน้ำนมหรือนอกต่อน้ำนมเข้าสู่เนื้อเต้านมโดยผ่าน basement membrane เรียก invasive หรือ infiltrating carcinoma มะเร็งเต้านมที่พบมากที่สุด ร้อยละ 70-80 คือ invasiveductal carcinoma รองลงมาเป็น invasivelobular carcinoma พบได้ร้อยละ 5-10 มะเร็งเต้านมชนิดอื่น เช่น medullary carcinoma พบได้ร้อยละ 5-7 mucinous หรือ colloid carcinoma พบได้ร้อยละ 3 tubular carcinoma ซึ่งมีพยากรณ์ของโรคดีกว่า invasiveductal carcinoma (ธนิต วัชรพุกก์, 2542 ; NCCN, 2006)

นอกจากนี้ ยังมีมะเร็งเต้านมชนิด inflammatory breast cancer ผู้ป่วยจะมีอาการเต้านมอักเสบ บวม แดงร้อน มักมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ supraclavicular และกระจายไปอวัยวะอื่น การพยากรณ์โรคไม่ดี สำหรับ Paget's disease ของหัวนม พบได้ร้อยละ 1-4 ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการคันหรือเป็นแผลเรื้อรังบริเวณหัวนมและลานนม มักพบร่วมกับ invasiveductal carcinoma (ธนิต วัชรพุกก์, 2542; NCCN, 2006)

2.2 อาการและอาการแสดง

มะเร็งเต้านมเริ่มก่อเกิดจากท่อบุผิวของท่อน้ำนม เมื่อก้อนมะเร็งโตขึ้นจะมีการลุกลามไปตามท่อน้ำนม และทะลุผ่าน basement membrane , mammary fat และลุกลามเข้าสู่ท่อทางเดินน้ำเหลืองของเต้านม มะเร็งสามารถลุกลามทะลุผ่านผนังหลอดเลือด กระจายสู่ deep lymphatic ของ dermis ทำให้เกิดการบวมของผิวหนังแบบผิวส้ม (Peaud'orange) ถ้าไม่รักษาก้อนจะโตขึ้นและแตกออกเป็นแผล มีเลือดออกจากแผลและมีการเน่าเปื่อยของก้อน มีกลิ่นเหม็นและติดเชื้อ ผู้ป่วยจะมาด้วยคลำพบก้อนที่เต้านม ส่วนมากจะไม่มีอาการปวด บางรายคลำไม่พบก้อนที่เต้านมแต่ตรวจความผิดปกติได้จากการทำแมมโมแกรมมีเต้านมผิดรูป มีการดึงรั้งของผิวหนังเต้านม มีน้ำเหลืองหรือเลือดไหลซึมจากหัวนม คลำพบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลืองรักแร้ หรือมาด้วยอาการของมะเร็งที่แพร่กระจายไปอวัยวะอื่น เช่น ถ้ากระจายไปที่ปอด จะมีอาการไอ หอบเหนื่อย กระจายไปที่กระดูก จะมีอาการปวดกระดูก เป็นต้น

2.3 การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (staging) นิยมใช้วิธี TMN เป็นการแบ่งจากขนาดของก้อนเนื้อมะเร็ง การกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และการกระจายของโรคไปที่อวัยวะอื่น ๆ เช่น กระจายไปที่ ตับ ปอด กระดูก

ดังตารางที่ 1 แสดงการแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านมตามระบบ TMN

Stage 0	Tis	No	M0	Stage IIIA	T0	N2	M0
Stage IA	T1	N0	M0		T1	N2	M0
Stage IB	T0	N1mi	M0		T2	N2	M0
	T1	N1mi	M0		T3	N1	M0
Stage IIA	T0	N1	M0		T3	N2	M0
	T1	N1	M0	Stage IIIB	T4	N0	M0
	T2	N0	M0		T4	N1	M0
Stage IIB	T2	N1	M0		T4	N2	M0
	T3	N0	M0	Stage IIIC	Any T	N3	M0
				Stage IV	Any T	Any N	M1

ที่มา : สุวรรณี วงศ์จรรโลงศิลและคณะ, 2553

T หมายถึง ขนาดของก้อนมะเร็ง

T0 และ T1 ที่มีเพียง nodal micro metastases จัดอยู่ในระยะ IB

TX หมายถึง มะเร็งปฐมภูมิที่เต้านมยังไม่สามารถตรวจพบได้

Tis หมายถึง เซลล์มะเร็งอยู่เฉพาะที่ไม่ได้ลุกลามผ่านชั้นที่เรียกว่าbasement membrane

T0 หมายถึง ไม่ตรวจพบก้อนมะเร็งที่เต้านม

T1 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 20 มม.

T1mi หมายถึง ก้อนมะเร็งมีเส้นผ่านศูนย์กลางมากที่สุดของการวัด ขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 1 มม.

T1a หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดโตกว่า 1 มม. แต่เล็กกว่าหรือเท่ากับ 5 มม.

T1b หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดโตกว่า 5 มม. แต่เล็กกว่าหรือเท่ากับ 10 มม.

T1c หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดโตกว่า 10 มม. แต่เล็กกว่าหรือเท่ากับ 20 มม.

T2 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดโตกว่า 20 มม. แต่เล็กกว่าหรือเท่ากับ 50 มม.

T3 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดโตกว่า 50 มม.

T4 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเท่าใดก็ได้และมีการลุกลามเข้าผนังทรวงอกหรือผิวหนังเต้านม (ผิวหนังแตกเป็นแผลหรือมีตุ่มก้อนมะเร็ง (nodules) ที่ผิวหนัง)

หมายเหตุ ถ้าลุกลามเข้าเพียงชั้น dermis ไม่จัดอยู่ในระยะ T4

4a หมายถึง ลุกลามเข้าผนังทรวงอก นับรวมกระดูกซี่โครงหน้าอก ชั้นกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง ไม่รวมที่เป็นพังผืดหรือลุกลามเข้ากล้ามเนื้อ pectoralis

4b หมายถึง ผิวหนังบวมหรือแตกเป็นแผล หรือมีตุ่มก้อนมะเร็งกระจายอยู่บนผิวหนังเต้านม รวมทั้งผิวหนังที่เป็นผิวคล้ายเปลือกส้ม (Peaud'orange)

4c หมายถึง รวมทั้ง 4a และ 4b

4d หมายถึง ก้อนมะเร็งอักเสบ (inflammatory carcinoma)

Regional lymph node (N) (ต่อมน้ำเหลืองเฉพาะที่)

N0 หมายถึง ไม่มีมะเร็งในต่อมน้ำเหลืองเฉพาะที่

N1 หมายถึง มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ในระดับ 1 และ 2 ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็งแต่ต่อมน้ำเหลืองยังเคลื่อนที่ได้ ยังไม่ยึดติด

N1mi หมายถึง มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองโดยขนาดของการกระจายมากกว่า 0.2 มม. แต่ไม่เกิน 2 มม.

N2 หมายถึง มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ในระดับ 1 และ 2 ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็งและต่อมน้ำเหลืองมีการยึดติดเคลื่อนที่ไม่ได้

N2a หมายถึง มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ในระดับ 1 และ 2 ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง และต่อมน้ำเหลืองนั้นมีการยึดติดกัน เคลื่อนต่อมไม่ได้หรือติดกับส่วนอื่นของรักแร้

N2b หมายถึง ตรวจพบมีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลือง ภายในเต้านมข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง แต่ตรวจไม่พบมะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ในระดับ 1 และ 2

N3 หมายถึง มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองใต้กระดูกไหปลาร้า (ต่อมน้ำเหลืองระดับ3) ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง โดยที่มีหรือไม่มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ในระดับ 1 และ 2 หรือมีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองภายในเต้านมข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง ร่วมกับมี มะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ในระดับ 1 และ 2 หรือ มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า (ต่อมน้ำเหลืองระดับ 3) ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง โดยที่มีหรือไม่มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และภายในเต้านมข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง

N3a หมายถึง มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองใต้กระดูกไหปลาร้า ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง

N3b หมายถึง มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลือง ภายในเต้านมข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็งและที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้

N3c หมายถึง มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง

M-Metastasis (มะเร็งแพร่กระจายอวัยวะอื่น)

M0 หมายถึง ไม่มีมะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น

cM0 (1+) หมายถึง ตรวจไม่พบมะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่น จากการถ่ายภาพทางรังสี แต่ตรวจพบมี เซลล์มะเร็งในกระแสเลือด ไขกระดูกหรือต่อมน้ำเหลืองของอวัยวะอื่น ขนาดไม่เกิน 0.2 มม. จากการตรวจด้วยกล้อง microscope โดยที่ไม่มีอาการและอาการแสดงของมะเร็งกระจาย

M1 หมายถึง มีมะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่นจากการตรวจร่างกาย และจากการถ่ายภาพทางรังสี และหรือจากการตรวจทางจุลกายวิภาค (histology)

หากมะเร็งเต้านมได้มีการลุกลามไปยังจุดอื่นๆแล้ว มักต้องรักษาด้วย วิธีการผ่าตัดเต้านม ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยอาจได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาและยังมีโอกาสเป็นซ้ำได้อีก

2.4 การรักษามะเร็งเต้านม

การรักษามะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาแบบผสมผสานหลายวิธีได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี การใช้ยาต้านฮอร์โมนและยาที่รักษาแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) ส่วนผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะต้น ๆ อาจใช้วิธีการผ่าตัดอย่างเดียว หรือผ่าตัดร่วมกับการให้ยาฮอร์โมน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิด ระยะของโรคและความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย (ธนิต วัชรพุกก์, 2547)

2.4.1 การผ่าตัด วิธีการผ่าตัดได้แก่

1) วิธีการผ่าตัดเต้านมแบบเก็บเต้านม (breast conserving therapy) เป็นการผ่าตัดก้อนมะเร็งและเนื้อเยื่อปกติรอบก้อนมะเร็งนั้นออกเป็นวงกว้าง (wide excision) หรืออาจผ่าตัดหนึ่งในสี่

ส่วนของเต้านมออก (quadrantectomy) และหลังผ่าตัดจะต้องฉายรังสีเต้านมข้างที่ผ่าตัดด้วย จึงจะได้ผลการรักษาเท่ากับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า

2) วิธีการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า (mastectomy) เป็นการผ่าตัดเลาะเนื้อเต้านมทั้งหมดออก

(1) การตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง (Radical mastectomy) คือการผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งเต้า รวมทั้งผิวหนังที่ปกคลุมก้อนเนื้อที่เป็นมะเร็ง กล้ามเนื้อ pectoralis ทั้งสองข้างและผ่าตัดเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองรักแร้ รวมทั้งหลอดน้ำเหลืองที่ฝังอยู่ในไขมันในรักแร้ออก

(2) การตัดเต้านมออกออกหมดโดยสิ้นเชิงชนิดดัดแปลง (Modified radical mastectomy) เป็นการตัดเต้านมพร้อมกับตัดกล้ามเนื้อ pectoralis minor ส่วนบนและต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ทั้งหมด การผ่าตัดชนิดนี้ปรับเปลี่ยนจากวิธีในข้อที่ 1 ซึ่งทำให้ทรวงอกแฟบมาก

(3) การตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิงเพียงอย่างเดียว (Simple mastectomy) โดยไม่ตัดกล้ามเนื้อของทรวงอกหรือต่อมน้ำเหลืองในรักแร้

(4) การตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิงแบบถอนราก ถอนโคน (Extened radical mastectomy) คือการทำ Radical mastectomy ร่วมกับการเลาะเอาต่อมน้ำเหลือง internal mammary ออกด้วย

3) วิธีการผ่าตัดเต้านมร่วมกับการทำศัลยกรรมสร้างเต้านมใหม่ (mastectomy with reconstruction) การทำศัลยกรรมเต้านมขึ้นมาใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเต้านมใหม่แทนเต้านมที่ตัดออกให้เหมือนกับข้างที่เหลืออยู่ให้มากที่สุด เพื่อลดผลกระทบทางภาพลักษณ์และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยทำศัลยกรรมสร้างเต้านมใหม่สามารถทำในครั้งเดียวกันกับการผ่าตัดเอาเต้านมออก หรือทำภายหลังได้ วิธีการทำศัลยกรรมเต้านมใหม่มี 3 วิธี คือ

(1) การใช้เต้านมเทียมที่เป็นถุงน้ำเกลือหรือซิลิโคน

(2) การใช้เต้านมเทียมร่วมกับการปิดเสริมด้วยเนื้อเยื่อของตัวผู้ป่วยเอง

(3) การใช้เนื้อเยื่อของตัวผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว เนื้อเยื่อที่นิยม ได้แก่ เนื้อเยื่อจากหน้าท้องใช้กล้ามเนื้อ transverse rectus abdominis muscle (TRAM) และกล้ามเนื้อ latissimusdosi (LD) ที่หลัง

3.1) การผ่าตัดเต้านมที่เลาะเต้านมทั้งเต้าออก ร่วมกับผ่าตัดตกแต่งสร้างเต้านมใหม่ โดยใช้เนื้อเยื่อจากท้อง (mastectomy with TRAM flap) คือการผ่าตัดเลาะเต้านมออกและทำการผ่าตัดเอาผิวหนัง กล้ามเนื้อและไขมันบริเวณหน้าท้อง ดึงขึ้นไปยังทรวงอก รวมทั้งหลอดเลือดที่มาเลี้ยงเพื่อให้เนื้อเยื่อที่ถูกดึงขึ้นไม่ตาย เรียกว่า pedicle TRAM วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ที่มีเต้านมขนาดใหญ่

3.2) การผ่าตัดเต้านมที่ผ่าตัดเลาะเต้านม หลังจากนั้นจะทำการผ่าตัดเอาผิวหนัง กล้ามเนื้อ LD และไขมันบริเวณด้านหลังย้ายมาตกแต่งเสริมเป็นเต้านมใหม่ (total mastectomy with LD flap) วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ที่มีขนาดเต้านมเล็ก หรือในรายที่ผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน

สำหรับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ (axillary lymph node) ในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น (T1 และ T2) แพทย์อาจทำการผ่าตัดเต้านมร่วมกับการตรวจต่อมน้ำเหลืองเซนตินอล (sentinel lymph node biopsy)

การตรวจต่อมน้ำเหลืองเซนตินอล

ต่อมน้ำเหลืองเซนตินอล คือ ชื่อที่ใช้เรียกต่อมน้ำเหลืองต่อมแรก ที่มะเร็งจะแพร่กระจายไป วิธีการหาต่อมน้ำเหลืองแรกที่มะเร็งอาจจะแพร่กระจายไป แพทย์จะใช้การกัมมันตรังสีปริมาณเล็กน้อยฉีดเข้าไปที่รอบฐานหัวนม สารดังกล่าวจะถูกส่งผ่านทางเดินน้ำเหลืองไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ จากนั้นจะใช้เครื่องสแกนเพื่อจำแนกและเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองเซนตินอล หรืออาจมีการฉีดสี isosalfan blue หรือใช้ร่วมกันทั้ง 2 วิธี เพื่อช่วยจำแนกหาต่อมน้ำเหลืองเซนตินอลอีกทางหนึ่ง แพทย์ตัดต่อมน้ำเหลืองเฉลี่ยประมาณ 1-3 ต่อม ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ถ้าไม่พบเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลืองนี้ ก็ไม่จำเป็นต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองที่เหลือ วิธีการนี้จะช่วยลดการเกิดอาการแทรกซ้อนจากข้อไหล่ติดและแขนบวม แต่ถ้าพบเซลล์มะเร็งกระจายไปในต่อมน้ำเหลืองเซนตินอล จำเป็นต้องทำการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ในระดับ 1 และ 2 ออกตามมาตรฐานเดิม

หลังจากผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษาและยาต้านฮอร์โมน โดยแพทย์จะพิจารณา จากรายงานของผลชิ้นเนื้อและข้อมูลเกี่ยวกับ อายุของผู้ป่วย, ความแข็งแรงของผู้ป่วย, ขนาดของก้อนมะเร็ง, grade, peritumoral vascular invasion, จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่มีมะเร็งแพร่กระจาย และผลย้อมตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนยีนส์เฮอร์ทูและ KI67โดยทั่วไปจะมีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยง ซึ่งความเสี่ยงในที่นี้หมายถึง ความเสี่ยงที่จะมีการกระจายที่เรียกว่า micrometastasis แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อย (low risk) เสี่ยงปานกลาง (moderate risk) และเสี่ยงสูง (high-risk) (สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2552) โดยมีเกณฑ์การแบ่งดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อย เป็นกลุ่มที่มีก้อนมะเร็งขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. grade 1 (มีการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์บริเวณนิวเครียสในขั้นดี) ไม่มีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง ไม่มี extensive peritumoral vascular invasion มีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนและหรือตัวรับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ไม่มียีนส์เฮอร์ทู อายุมากกว่า 35 ปี

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง เป็นกลุ่มที่ไม่มีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองและกลุ่มที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองจำนวน 1-3 ต่อม

โดยกลุ่มที่ไม่มีมะเร็งการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง และมีอย่างน้อยอีกหนึ่งอย่างดังนี้ มีก้อนมะเร็งขนาดมากกว่า 2 ซม. หรือ ก้อนเนื้อ grade 2-3 (มีการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์บริเวณนิวเครียสในชั้นปานกลางถึงขั้นไม่ดี) หรือมี extensive peritumoral vascular invasionหรือไม่มีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนและหรือตัวรับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน หรือมียีนส์เฮอร์ทู หรืออายุน้อยกว่า 35 ปี

ส่วนกลุ่มที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองจำนวน 1-3 ต่อมและต้องมีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนและหรือตัวรับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ไม่มียีนส์เฮอร์ทู

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เป็นกลุ่มที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองจำนวน 1-3 ต่อมและไม่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนและหรือตัวรับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน หรือมียีนส์เฮอร์ทู และกลุ่มที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองตั้งแต่ 4 ต่อมขึ้นไป

2.4.2 การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดใช้เป็นการรักษาเสริมหลังผ่าตัด (Adjuvant) ในผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของโรค เพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มอัตรารอดชีวิตแก่ผู้ป่วย หรือใช้รักษาก่อนผ่าตัด (neo adjuvant) เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง ในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มาก ไม่สามารถปิดแผลได้ หรือในรายที่ต้องการผ่าตัดแบบเก็บเต้านม ส่วนในผู้ป่วยที่มีการกระจายของโรคไปสู่อวัยวะอื่น เช่น กระดูก ปอด ตับ สมอง การใช้ยาเคมีบำบัดจะเป็นการรักษาหลัก การรับยาเคมีบำบัดเซลล์ปกติของร่างกายอาจได้รับผลกระทบไปด้วย เช่น เซลล์ของเส้นผม เซลล์เยื่อบุปากและทางเดินอาหาร เซลล์เม็ดเลือด ทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น เม็ดเลือดต่ำ ผมร่วง เป็นแผลในช่องปาก ท้องเสียได้ (พัฒน์พงศ์ นาวีเจริญและคณะ, 2553)

2.4.3 การรักษาทางรังสี

การฉายรังสีใช้เป็นการรักษาเสริมเพื่อควบคุมโรคเฉพาะที่ จุดประสงค์ของการฉายรังสีหลังผ่าตัด เพื่อทำลาย Microscopic disease ที่อาจหลงเหลืออยู่บริเวณ chest wall และ peripheral lymphatic

ข้อบ่งชี้ของการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (NCCN, 2011 อ้างใน สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิล, 2555) ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเก็บเต้านม (breast conservation surgery)

2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า (total mastectomy) แต่มีความเสี่ยงที่โรคจะกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่สูง ซึ่งได้แก่

(1) กรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดโตมากกว่า 5 ซม. (T3) หรือ T4 lesion

(2) มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง บริเวณรักแร้ 4 ต่อม ขึ้นไป

(3) ผลชิ้นเนื้อมะเร็งที่ผ่าตัดออกมีขอบเขตปลอดมะเร็ง (deep margin) น้อยกว่า 1 มม.

(4) หลังผ่าตัดมีก้อนเนื้อเหลืออยู่ (evidence of residual tumor)

2.4.4 การใช้ยาต้านฮอร์โมนรักษา

ใช้รักษาในผู้ป่วยที่ผลชิ้นเนื้อมะเร็งตรวจพบมีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนและฮอร์โมน โปรเจสเตอโรน แสดงว่า สามารถใช้ยาต้านฮอร์โมนในการรักษาผู้ป่วยได้ การใช้ยาต้านฮอร์โมนก็เพื่อหยุดการทำงานหรือสกัดกั้นการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนที่อยู่ในเลือด ทำให้เซลล์มะเร็งเกิดการเจริญเติบโต แหล่งกำเนิดของฮอร์โมนเอสโตรเจนของหญิงวัยเจริญพันธ์ส่วนใหญ่สร้างจากรังไข่ ยาต้านฮอร์โมนที่นิยมใช้กันในปัจจุบันคือกลุ่มยา selective estrogen receptor modurators (SERMS) ได้แก่ Tamoxifen (Nolvadex) โดยรับประทาน 20 mg. ต่อวันเป็นเวลา 5 ปี สำหรับยา Luteinizing hormone releasing hormone (LHRH analogues) ได้แก่ยา Goserelin (Zoladex) ใช้ฉีดเข้าชั้นใต้ไขมันหน้าท้อง 3.6 mg เดือนละครั้งเป็นระยะเวลา 2 ปี ส่วนใหญ่ในหญิงวัยหมดประจำเดือนแหล่งฮอร์โมนเอสโตรเจนส่วนใหญ่เกิดจากกระบวนการ peripheral conversion ของฮอร์โมนเอนโดรเจน (androgen) ที่สร้างจากต่อมหมวกไต ซึ่งขบวนการเปลี่ยนรูปนี้ สามารถเกิดขึ้นได้ที่กล้ามเนื้อ ตับและไขมัน โดยเอนไซม์ Aromatase (อาคม เชียรศิลป์, 2547) ยาที่ใช้คือกลุ่ม Aromatase inhibitor (AI) ได้แก่ Anastrozole (Arimidex), Letrozole (Femara) และ Exemesten (Aromazine)

นอกจากนี้ปัจจุบันยังมียาต้านฮอร์โมนกลุ่ม estrogen receptordown regulators ได้แก่ ยา Fulvestrant (Faslodex) ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะกระจายที่หมดประจำเดือน ซึ่งให้ยากลุ่ม (SERMS) และ AI แล้วไม่ได้ผล

2.5 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม (ธนิต วัชรพุกก์, 2547) มีดังนี้

1) ขอบแผลเน่าตาย (flap necrosis) เห็นได้ชัดในสัปดาห์แรกหลังผ่าตัดเป็นเพราะแผลตึงหรือบางเกินไป หรือมีเลือดออกมาคั่งอยู่ใต้แผลทำให้ skin flap ตึงบวมและหลุดลอยขึ้นจากทรวงอก รักษาโดยการตัดส่วนที่ตายออก ถ้าเป็นบริเวณกว้างอาจการทำ skin graft จะทำให้แผลหายเร็วขึ้น

2) มีเลือดหรือซีรั่มคั่งอยู่ใต้แผล (hematoma, seroma) เนื่องจากการผ่าตัด Mastectomy ต้องเลาะเข้าใต้ผิวหนังเป็นบริเวณกว้าง หลังผ่าตัดจึงมีเลือดซึมออกได้พอประมาณและต้องป้องกันมิให้คั่งอยู่ในแผลโดยการใส่ท่อระบาย บางครั้งเลือดออกมากหรือท่อระบายอุดตัน ทำให้มีลิ่มเลือดตกค้างและทำให้แผลติดเชื้อหรือขอบแผลเน่าตาย ถ้ามีมากควรดูดเอาลิ่มเลือดออก ถ้ามีน้อยควรรอให้ลิ่มเลือด

ละลายแล้วใช้เข็มดูดออกพร้อมทั้งใช้ผ้าปิดแผลกดทับไว้ (pressure dressing) รายที่ซีรั่มหรือน้ำเหลือง (Lymph) คั่งอยู่ก็สามารถรักษาได้ในทำนองเดียวกัน

3) ข้อไหล่แข็งขยับได้น้อยลง เกิดขึ้นเพราะผู้ป่วยเจ็บแผลจึงไม่ขยับแขนหรือไหล่ข้างที่ผ่าตัดและดึงแขนมาแนบตัวตลอดเวลาติดต่อกันหลายวัน ทำให้ข้อหัวไหล่ยึด ป้องกันได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยขยับแขนและหัวไหล่แต่เนิ่นๆ ถ้าเกิดแล้วต้องแก้ไขด้วยกายภาพบำบัด

4) แขนบวม การตัดต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ ทำให้ท่อน้ำเหลืองอุดตันและแขนบวมได้ เกิดขึ้นหลายเดือนหรือหลายปีหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง รักษาโดยการยกแขนสูงเช่น คล้องแขนห้อยคอไว้ตอนกลางวัน และวางบนหมอนตอนกลางคืน พันผ้า Elastic ตั้งแต่ปลายมือขึ้นมาตลอดทั้งแขน ให้ยาขับปัสสาวะในรายที่เป็นรุนแรงเกิน 10 ปี อาจเกิด Lymphosarcoma ที่แขนได้ การมีมะเร็งลามในรักแร้ทำให้แขนบวมได้เช่นกัน

5) อาการชาต้นแขนด้านใน เป็นเพราะเส้นประสาทที่มาเลี้ยงผิวหนังบริเวณนี้ (Intercostals brachial) ถูกตัดขาด อาการจะดีขึ้นเองในที่สุดแต่อาจจะไม่หายไปทั้งหมดมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ถ้าไม่รักษาจะเสียชีวิตภายใน 3-5 ปี ภายหลังการวินิจฉัยโรค การรักษาจะช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป การผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นวิธีใด ไม่ทำให้ผู้ป่วยอายุยืนยาว (Survivals) แตกต่างกัน แต่ผลการรักษาขึ้นอยู่กับระยะ (Staging) และตัวแปรที่สำคัญได้แก่ การที่ต่อมน้ำเหลือง (Axillary node) มีมะเร็งอยู่ด้วยหรือไม่

สำหรับการดูแลแขนข้างที่เลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก ให้คำแนะนำหลีกเลี่ยงการเจาะเลือด ฉีดยา ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือวัดความดันโลหิต หลีกเลี่ยงการสะพายหรือแบกของหนักบนไหล่และไม่ใช้แขนข้างที่ผ่าตัดดึง ลาก ยก ถือของหนักเกิน 2 กิโลกรัม หรือใช้แขนข้างนั้นทำอะไรซ้ำ ๆ เช่น สับหมู ไม่สวมใส่เสื้อหรือเครื่องประดับที่คับ รัดแขน ป้องกันการเกิดบาดแผลการติดเชื้อและแมลงสัตว์กัดต่อย สวมใส่ถุงมือ เมื่อทำสวนหรือต้องสัมผัสสิ่งของที่ไม่สะอาด แนะนำการนวดแขนเพื่อกระตุ้นการไหลเวียน ในรายที่เริ่มมีอาการแขนบวม โดยยกแขนข้างที่ทำผ่าตัดขึ้นแล้วค่อย ๆ นวดจากปลายมือลงไปที่ต้นแขน

2.6 แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมตามแนวคิดของ JCAHO guideline in best practice (The Joint Commission on Accreditation of Hospital and Organization) (Brendle, 2007)

แนวคิดการพยาบาลของ JCAHO guideline in best practice (Brendle, 2007) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับทุกระยะการผ่าตัด ตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ามาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายโดยเฉพาะการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล หลังผ่าตัดเน้นเรื่อง การบริหารร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่มีผลต่อการลดจำนวนวันนอน

1) การพยาบาลก่อนผ่าตัด

(1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด หมายถึง พยาบาลประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยแรกรับ โดยการซักประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์ EKG และการตรวจพิเศษ แล้วนำข้อมูลที่ได้มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลร่วมกับการสอนสาธิตเรื่องการ Exercise ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในเรื่อง Deep breathing exercise, cough exercise, early ambulation และการทำ extremity exercise โดยเริ่มปฏิบัติให้เร็วที่สุด ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีผลให้จำนวนวันนอนสั้นลง

(2) การลดความวิตกกังวล หมายถึง การประเมินสภาวะจิตใจของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรม บุคลิกลักษณะและสร้างสัมพันธภาพในการพูดคุย แล้วนำข้อมูลที่ได้มากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในเรื่อง โรค การผ่าตัด การดมยาสลบ และสอนสาธิตการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล จะช่วยลดความเจ็บปวด ระยะหลังผ่าตัด เพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวเร็วขึ้น มีผลทำให้จำนวนวันนอนลดลง

2) การพยาบาลหลังผ่าตัด

(1) การจัดการเรื่องความเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การที่พยาบาลสามารถประเมินอาการแสดงที่บ่งบอกถึง ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยศัลยกรรม เช่น ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในร่างกาย ภาวะปอดอักเสบ ปอดแฟบ หลอดเลือดดำอักเสบ การติดเชื้อท่อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับได้ถูกต้องแล้วนำข้อมูลที่ได้มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังได้ให้การดูแลในเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม และได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ตามคู่มือ การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ที่กำหนดเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

(2) การส่งเสริมความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึง การที่พยาบาลประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหา ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้วนำข้อมูลที่ได้มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายได้แก่ การดูแลผิวหนังให้สะอาด การรับประทานอาหาร การพักผ่อนอย่างเพียงพอและการขับถ่ายบนเตียงได้อย่างสะดวก นอกจากนี้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเผชิญความเครียด โดยให้คำแนะนำวิธีการปรับตัวกับสิ่งคุกคาม และการให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เอื้ออาทร และอ่อนโยน

(3) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ หมายถึง การที่พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับสารน้ำ แล้วนำข้อมูลที่ได้มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยให้การดูแลติดตามให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งเฝ้าระวัง ประเมินอาการ ภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับสารน้ำ เช่น หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับสารน้ำเป็นต้น

(4) การจัดการความเจ็บปวด หมายถึง การที่พยาบาลประเมินพยาธิสภาพของโรค ระดับความปวดของผู้ป่วยแล้วนำข้อมูลที่ได้มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือ บรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยการบริหารยาให้ถูกต้องร่วมกับวิธีบำบัดทางการพยาบาลในการบรรเทาความปวดด้วยการเบนความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือทำกิจกรรมที่ชอบ การช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาจากความเจ็บปวดเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยคลายความหวาดกลัวและลดความวิตกกังวลลง

(5) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่พยาบาลประเมินความพร่องด้านร่างกายและจิตใจ ต่อการเจ็บป่วย และประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล แล้วนำข้อมูลที่ได้มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยการสอน สาธิต ร่วมกับการใช้สื่อวิดีโอในการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการ Exercise หลังการผ่าตัด ได้แก่ deep breathing exercise, cough exercise, early ambulation และการทำ extremity exercise เพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมสุขภาพทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

แนวคิดการพยาบาลของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงใน Brendle , 2007) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับทุกระยะการผ่าตัด ตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ามาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย โดยเฉพาะการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล หลังผ่าตัดเน้นเรื่อง การบริหารร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่มีผลต่อการลดจำนวนวันนอน โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงได้เลือกแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงใน Brendle , 2007) มาเป็นแนวทางการสร้างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งผ่าตัดเต้านม

2.7 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

2.7.1 การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1) การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย

(1) การประเมินสภาพร่างกาย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป การเตรียมผลการตรวจทางห้องทดลอง ภาพเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ ผลการตรวจเลือด

(2) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลจากวิสัญญีแพทย์

(3) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติและฝึกปฏิบัติพร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเต้านมและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

(4) ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

2) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในโรคที่เป็น กังวลเกี่ยวกับผลของการผ่าตัดและความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลดังนี้

(1) ประเมินสภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความวิตกกังวล การรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

(2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและแสดงความเข้าใจผู้ป่วยหาสาเหตุของความเครียดและหาแนวทางแก้ไข ให้คำแนะนำเทคนิคการผ่อนคลายกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ

(3) แนะนำชื่อแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ แจ้งเวลาการตรวจเยี่ยมของแพทย์และพยาบาล แนะนำสถานที่และสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วย รวมทั้งอุปกรณ์ของใช้ของผู้ป่วย

(4) กระตุ้นให้แพทย์ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัด

(5) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สะอาด ปลอดภัยเหมาะสมกับการพักผ่อน

(6) ดูแลตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ป่วย ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

(7) ดูแลผู้ป่วยให้ รับยาลดความวิตกกังวล ปรึกษาแพทย์ถ้าอาการไม่ดีขึ้น

2.7.2 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

การดูแลหลังผ่าตัดที่สำคัญคือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

1) ผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความให้การพยาบาลดังนี้

(1) ประเมินอาการและอาการแสดงของความพร่องในการดูแลตนเอง กระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จัดสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้กับผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการหยิบใช้

(2) กระตุ้นผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแขนข้างที่ผ่าตัดให้เร็วที่สุดและให้คำแนะนำการดูแลสายระบายสิ่งคัดหลั่ง

2) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดมะเร็งเต้า

(1) อธิบายถึงแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแขนข้างที่ผ่าตัดบวม ภาวะข้อไหล่ยึดติด ภาวะซีรั่มหรือเลือดคั่งใต้แผล ภาวะเนื้อตาย

(2) ใช้แบบประเมินความเจ็บปวด และให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลความเจ็บปวด

2.7.3 การพยาบาลก่อนกลับบ้าน

1) ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและการติดเชื้อของแผลผ่าตัดที่เต้านม การบริหารแขนและการดูแลแขนข้างที่ผ่าตัด

2) การสอนและสาธิตการดูแลท่อระบายสารคัดหลั่งและการจดบันทึกสารคัดหลั่งทุกวัน

3) ให้ความรู้ในเรื่องการรักษาร่วมหลังจากผ่าตัดมะเร็งเต้านม

4) ให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองที่บ้าน

5) แนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้เต้านมเทียม

6) ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่สำคัญที่ต้องแจ้งทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ

จากการศึกษาโรคมะเร็งเต้านมและการรักษารวมถึงการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม การทบทวนวรรณกรรม การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วย ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด ตามวิธีการของ Bandura (Bandura, 1978) ประกอบด้วย 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การใช้ตัวแบบ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

3. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.1 ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

มีการให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่หลากหลาย ได้แก่

American Nurse Association (1991) อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์ (2546) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการจัดการบริการด้านสุขภาพ ที่มีเป้าหมายในการจัดการดูแลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการให้บริการแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่าย

ในปี ค.ศ.1994 Case Management Society of America (CMSA) อ้างถึงใน เรวดี ศิรินคร และคณะ (2543) ได้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ว่าเป็นกระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมิน ทางเลือกบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

Powell (2000) ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ว่าเป็นกระบวนการของการประสานงานร่วมกันในการประเมินปัญหา การวางแผน ประเมินผล การประสานงาน ควบคุม กำกับและประเมินผลการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของแต่ละบุคคล นำไปสู่ผลลัพธ์ของคุณภาพและความคุ้มค่า

จากการให้ความหมายดังกล่าวแล้ว โดยสรุปคือ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง กระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยความร่วมมือกันของบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆ ในทีมสุขภาพ ในการประเมินปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนดำเนินการปฏิบัติประสานงาน ติดตามและประเมินผลการดูแล ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) เป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพและกำกับการดูแลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของคุณภาพการบริการและภายในเวลาเหมาะสม

3.2 แนวคิดและหลักการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นแนวคิดให้บริการอย่างเป็นระบบที่เน้นในเรื่องการติดต่อสื่อสารและการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการในสาขาวิชาต่างๆ เพื่อที่จะมุ่งให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เหมาะสมและบริการที่เข้าถึงผู้รับบริการทุกคน การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นแนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ (Manage care) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากรทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน เกิดความ

ต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยและควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (จินตนา ยูนิพันธ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์, 2546)

การมอบหมายในการจัดการดูแลบนหอผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้บริการการพยาบาลมอบหมายให้พยาบาลผู้จัดการสามารถจัดการดูแล โดยมีเป้าหมายให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ การบรรลุผลที่ต้องการผู้บริหารการพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานพยาบาลผู้จัดการที่ให้การดูแลระหว่างหอผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้พยาบาลผู้จัดการให้การดูแลตรวจตราและประสานการดูแลเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายในเวลาที่กำหนด ด้วยความปลอดภัย โดยมีแผนการดูแลเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์การดูแลที่ดี

3.2.1 จุดมุ่งหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Manage care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดระบบนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยทั้งองค์รวม โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมการดูแลทั้ง 4 มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ และมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกรับหรือตั้งแต่ก่อนรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย กลับบ้าน หรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน

ประโยชน์หรือจุดมุ่งหมายของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน นอกจากนี้ระบบยังเน้นการจัดการ การใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมและให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลในแต่ละสาขาวิชาชีพและระหว่างสาขาวิชาชีพ จึงส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งการบริการที่สะดวกรวดเร็วด้วย (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

3.3 ลักษณะและรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะแบ่งตามความสนใจ วัตถุประสงค์ หรือเป้าหมาย (Conti 1993 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์, 2546) ซึ่งประกอบด้วย

3.3.1 การจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยเอกชน (Private case management) เป็นการจัดการให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ที่ไม่ได้ครอบคลุมโดยบริการของรัฐ

3.3.2 การจัดการผู้ป่วยรายกรณีแนวสังคม (Social case management) เน้นที่ประชาชนที่มีสุขภาพดีที่อยู่ในชุมชนและต้องการบริการที่สนับสนุนโดยรัฐ หรือ ตัวแทนที่ช่วยเหลือชุมชนมุ่งหมายที่จะให้อำนาจแก่ผู้ใช้บริการจนบริการจากระบบไม่เป็นที่ต้องการแล้ว

3.3.3 การจัดการผู้ป่วยรายกรณีแบบการดูแลเบื้องต้น (Primary care case management) อยู่บนพื้นฐานทางอายุรกรรม มีการประสานระหว่างแพทย์ และการควบคุมดูแลสุขภาพ

3.3.4 การจัดการผู้ป่วยรายกรณีด้วยระบบประกันสุขภาพ (Insurance case management) จะเป็นการจัดการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการจัดการทั้งทางการแพทย์ ความจำเป็นในการดูแลทางสังคม เพื่อป้องกันการเพิ่มปัญหาและคงสภาพไว้

3.3.5 การจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยพยาบาลเป็นผู้จัดการ (Nursing case management) เป็นการจัดการของพยาบาลต่อกระบวนการความเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการใน สถานดูแลสุขภาพ ซึ่งรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการ รูปแบบที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่

1) รูปแบบการจัดการผู้ป่วยของนิวอิงแลนด์ (New England Model) มุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยในช่วงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2) รูปแบบการจัดการผู้ป่วยของอริโซนา (Arizona Model) มุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยช่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3) รูปแบบการจัดการสุขภาพแบบสมบูรณ์ (Health Maintenance Model) มุ่งเน้นการจัดการแบบต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีในระยะก่อนการเจ็บป่วย รวมทั้งเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4) รูปแบบการจัดการในชุมชน (Public Health Model) มุ่งเน้นการจัดการให้แก่ผู้ใช้บริการที่มีอยู่ในชุมชนซึ่งมีปัญหาสุขภาพ หรือต้องการการดูแลเฉพาะด้าน

5) รูปแบบศูนย์พยาบาล (Nursing Center Model) มุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยที่บ้านโดยพยาบาลทำหน้าที่รับผิดชอบจัดการดูแลทั้งหมด

ลักษณะของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีลักษณะดังนี้

1) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการกำหนดผลลัพธ์การดูแลไว้ล่วงหน้า (Outcome – based) เพื่อเป็นตัวควบคุมการทำงาน ก่อให้เกิดประสิทธิภาพและประหยัด

2) เป็นระบบการดูแลที่มุ่งเน้นการจัดการการใช้ทรัพยากรต่างๆในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของงาน หรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ซึ่งส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็นแล้วยังก่อให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วในการให้บริการด้วย

3) เป็นระบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยบางประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรัง

4) เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับระบบการดูแลแบบเดิมได้ คือ ระบบการดูแลรายบุคคล (case method) ระบบการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional Nursing) โดยปกติจะใช้ร่วมกับระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

5) เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่ดำเนินการโดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

6) พยาบาลผู้จัดการจะเป็นผู้ประเมินความก้าวหน้าในการรักษาและเป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อปรับปรุงแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย

3.4 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

3.4.1 การประสานความร่วมมือของบุคลากรในทีมสุขภาพระหว่างสาขาวิชาชีพในการดูแล (Collaborative multidisciplinary team) เป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ให้บริการในทีมสุขภาพ ซึ่งมิได้หมายถึงเฉพาะการประสานงานหรือการรายงานอาการผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะหมายถึงความร่วมมือร่วมใจในการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน เพื่อกำหนดงาน และการประเมินผลสำเร็จ รวมทั้งการเตรียมบุคลากรในทีมเพื่อให้ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน

3.4.2 แผนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management plan) ซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคหรือกลุ่มอาการ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละแห่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักที่เหมือนกัน 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แสดงชื่อโรคหรือกลุ่มอาการ และระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย (Expected length of stay)

ส่วนที่ 2 แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาล หรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลัก ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรค หรือกลุ่มโรคนั้นๆ ในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งอาจเป็นวัน หรือนาที หรือสัปดาห์

3.4.3 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ร่วมกับบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนั้น มีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีม

สุขภาพอื่นๆ ได้ดี สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก (Clinical nurse specialist) และผ่านการอบรมเฉพาะสาขาที่ดูแลผู้ป่วย เช่น พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในทางเดินหายใจ ผู้ป่วยเบาหวาน (Powell, 2006 : 6) โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) เป็นแนวทางการดูแลรวมทั้งเป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประเมินปัญหาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและให้ได้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตามที่วางไว้

3.5 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสุขภาพ

3.5.1 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้คือ

1) เป็นผู้เลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการเข้าสู่ระบบ Case management ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลด้วยระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่นำมาจัดทำ Clinical pathway เพื่อจัดการดูแลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง กลุ่มที่มีแนวทางการรักษาแตกต่างกันมาก และกลุ่มที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

2) เป็นผู้ประเมินปัญหาผู้รับบริการ วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในการดูแลผู้ป่วยบกลุ่มเป้าหมาย และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล

3) เป็นผู้ตัดสินใจสั่งการให้เริ่มปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติตามแผนการดูแล และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวัน รวมทั้งเป็นผู้เสนอความคิดเห็นแก่ทีมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดทั้งให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือ แก่ทีมการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อนของผู้ป่วย เป็นผู้ริเริ่มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและประสานงานกับหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย

4) ประสานงานทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประชุมปรึกษาหารือ แก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจากข้อมูลที่ประเมินและรวบรวมได้ รวมทั้งประเมินระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อนำเสนอผู้บริหารระดับสูงต่อไป

5) เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้สอน ถ่ายทอดความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ทีมการพยาบาล ตลอดทั้งทำการประเมินความพร้อมและศักยภาพของทีมการพยาบาลที่จะปฏิบัติการพยาบาลได้ตามแผน

6) เป็นผู้ติดตาม ควบคุมกำกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

7) ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยตามระบบ

3.5.2 พยาบาลผู้ปฏิบัติ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ปฏิบัติหน้าที่โดยการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวทางการดูแลที่ร่วมกันจัดทำ (Clinical nursing practice Guideline: CNPG) ภายใต้การประสานงานการดูแล การให้คำแนะนำปรึกษาจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย โดยมีบทบาทดังนี้คือ

1) ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2) ประสานงานกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะรายตั้งแต่แรกรับ ภายใต้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้

3) ให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วย ตามแนวทางการดูแล (CNPG) ภายใต้การกำกับการดูแลของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล

4) ร่วมกันเสนอแนะ ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย

5) ร่วมประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และวางแผนการจำหน่ายเพื่อการส่งต่อดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

3.5.3 บทบาทของแพทย์

1) ประเมินปัญหาผู้ป่วย โดยซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค

2) ให้ข้อมูลเรื่องโรค การรักษา และการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล

3) กำหนดเป้าหมาย แผนการในการรักษา

4) สั่งการรักษาตามอาการ การเจ็บป่วยและภาวะของโรค

5) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ปรับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย

6) ประสานกับสหสาขาวิชาชีพอื่น ร่วมกับทีมการพยาบาลและครอบครัวของผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลรักษา

3.5.4 บทบาทของเภสัชกร

1) ประเมินการใช้ยาในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม รับการปรึกษากับทีมสหวิชาชีพในการบริหารจัดการการใช้ยาในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

2) ร่วมกับทีมในการให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม

3) เฝ้าระวังติดตามอาการมีพึงประสงค์จากการใช้ยา และเฝ้าระวังโอกาสในการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา

4) รับประสานงานจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย เพื่อการวางแผน ปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ

3.5.5 บทบาทหน้าที่ของนักโภชนาการ

1) ร่วมกับทีมสหสาขาในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

2) วางแผนการดูแลด้านภาวะโภชนาการของผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหสาขา

3) ให้การดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ

4) ติดตามการให้การรักษาด้วยการให้อาหารทางสายยาง ร่วมเตรียมความพร้อมของครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

3.5.6 บทบาทของนักกายภาพบำบัด

1) ร่วมกับทีมสหสาขาในการประเมินปัญหาและความต้องการดูแลประเมินเรื่องการทรงตัว การเคลื่อนไหว

2) ประสานงานการดูแล การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3) ให้การฟื้นฟู กายภาพบำบัด สอนการใช้เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหวต่างๆ ตามความต้องการการดูแลแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย

3.5.7 บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์

นักสังคมสงเคราะห์จะทำหน้าที่ช่วยเหลือในด้านให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาสนับสนุนด้านเครือข่ายทางสังคมต่างๆ ดังนี้

1) รับการประสานงาน การขอคำปรึกษาจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้านสังคม เศรษฐกิจ และหลักประกันสุขภาพ

2) ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านสังคม การอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยในครอบครัว ปัญหาและความเครียดของผู้ดูแล

3) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาในการกำหนดแผนการให้ความช่วยเหลือ การเตรียมความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม แหล่งสนับสนุนในชุมชน

3.5.8 บทบาทของพยาบาลเวชกรรมสังคมและงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home health care)

1) ร่วมกับทีมสหสาขาในการวางแผนการจำหน่าย ประเมินและเตรียมความพร้อมของสิ่งแวดล้อม แหล่งสนับสนุนในชุมชน

2) ประสานให้การส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านให้เป็นไปด้วยความสะดวก และปลอดภัย

3) ประสานกับผู้ป่วย ผู้ดูแล ติดตามเยี่ยมบ้านหลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์ เพื่อเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

3.6 ขั้นตอนกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นกระบวนการต่อเนื่องประกอบด้วยการดำเนินงานใน 6 ขั้นตอน (Powell, 2000) ดังนี้

1) การคัดเลือกผู้ป่วย (Case selection) เพื่อเข้ารับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ เมื่อมีผู้ป่วยใหม่ในโรงพยาบาลจะได้รับรหัสตามกลุ่มอาการ/โรค พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะเป็นผู้พิจารณาว่า ผู้ป่วยนั้นอยู่ในเกณฑ์ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่สมควรได้รับการจัดการรายกรณีหรือไม่

2) ประเมินปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย (Assessment/problem identification) เป็นการประเมินผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ให้บริการ บุคลากรในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องพิจารณาตามอาการและโรคเพื่อจัดทีมสุขภาพในการดูแลร่วมกันโดยสมาชิกในทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ความร่วมมือจากทีมมีความสำคัญมากต่อความสำเร็จในการดูแล ดังนั้นการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง รวมทั้งการคัดเลือกสมาชิกในทีมหากได้ผู้ที่มีความสนใจในการทำงานร่วมกันจะเป็นประโยชน์มากกว่า

3) พัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานการดูแลผู้ป่วย (Development and coordination of the case plan) เป็นการนำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการนั้นที่ได้จัดทำไว้แล้ว มาปรับปรุงให้เป็นแผนการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายและกำหนดกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นในแต่ละช่วงเวลา

4) การดำเนินการ (Implementation of the final plan) นำแผนไปปฏิบัติ บุคลากรในทีม ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ตนรับผิดชอบตามมาตรฐานของวิชาชีพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนการดูแลล่วงหน้าที่กำหนดไว้ร่วมกัน พยาบาลผู้จัดการจะเป็นผู้สื่อสารข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ติดต่อประสานการปฏิบัติให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ทราบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

5) การประเมินและติดตามผล (Evaluation and follow-up) เป็นการประเมินผลเฉพาะราย คือ การเฝ้าระวังและบันทึกความแปรปรวนที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Variance analysis) เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการและบุคลากรในทีมทุกคน ในการติดตามการปฏิบัติและสภาวะของผู้ป่วย เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย

6) การดำเนินการต่อเนื่อง เฝ้าติดตาม ประเมินปัญหาและการประเมินผลซ้ำ (Continuous monitoring, reassessing and reevaluating) ติดตามผลการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย การประเมินผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยรวบรวมข้อมูลสถิติต่างๆ วิเคราะห์และนำเสนอผลการจัดการ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการที่เหมาะสมต่อไป การวิเคราะห์ความแปรปรวนและการดำเนินการแก้ไข เป็นกลยุทธ์การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เห็นได้ชัดอย่างหนึ่ง

3.7 ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งมีพยาบาลเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า สามารถลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งแบบแผนการดูแลที่ผู้จัดการผู้ป่วยเลือกออกแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายให้เป็นไปตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งได้มาจากการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย รวมทั้งกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง แผนการดูแลเฉพาะรายนี้ต้องสอดคล้องกับแผนการดูแลที่ได้จัดทำไว้ก่อนแล้ว เป็นแนวทางปฏิบัติของทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นที่ยอมรับร่วมกันทั้งทีมสุขภาพในฐานะผู้ให้บริการ และผู้ป่วยกับครอบครัวในฐานะผู้ใช้บริการ และกำหนดไว้เป็นแนวทางการปฏิบัติของหน่วยงานซึ่งมีการประกาศใช้เป็นที่ทราบทั่วกัน ตรวจสอบได้ เมื่อมีการปฏิบัติตามแผนแล้ว ผู้จัดการผู้ป่วยก็จะประสานงานและจัดการให้เกิดมีการประเมินผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย โดยทำการประเมินร่วมกันปรับปรุงแผนการดูแลใหม่ ผลลัพธ์ที่ได้จากรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในด้านต่างๆ ดังนี้

1) ด้านผู้รับบริการ คือ อัตราตาย การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการครองเตียง อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยในด้าน

การมีสุขภาพดี ความพึงพอใจ รวมถึงสภาวะทางกายภาพ จิต สังคม พฤติกรรม ความรู้ คุณภาพชีวิต การปฏิบัติหน้าที่ในบ้าน ความสัมพันธ์ในครอบครัว การกำหนดเป้าหมายและความปลอดภัย

2) ด้านผู้ให้บริการ คือ ความพึงพอใจ ความปรารถนาจะอยู่ หรือย้ายจากหน่วยงาน ระดับการศึกษาต่อเนื่องที่กำลังศึกษาอยู่ รวมถึงความคุ้มทุนของการบริการ ประสบการณ์วิชาชีพ ความสามารถในการปฏิบัติและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน รูปแบบการปฏิบัติการ ขั้นตอนการดูแล มาตรฐานการวางแผนการดูแล หรือแนวทางปฏิบัติการดูแล (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัศตรวิเศษ, 2545)

3) ด้านหน่วยงานหรือองค์กร หรือ คุณค่า ทัศนะ ความเชื่อขององค์กรและทรัพยากรที่มีอยู่ ได้แก่ งบประมาณ เครื่องมือ จำนวนและประเภทของผู้ใช้บริการ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายและอัตราการเข้าร่วมการรักษาซ้ำ รวมถึงความพร้อมในการให้บริการ การบริการอย่างต่อเนื่อง ประสิทธิผล ความปลอดภัยและเวลาที่ใช้ในการบริการ

จะเห็นได้ว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบดูแลติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

4. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self efficacy theory)

4.1 แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self Efficacy) มีหลักการจากทฤษฎีการเรียนรู้ ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986) ซึ่งประกอบด้วยแนวคิด 3 ประการ คือ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation Learning) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self -Regulation) และแนวคิดของความสามารถหรือสมรรถนะแห่งตน (Self Efficacy)

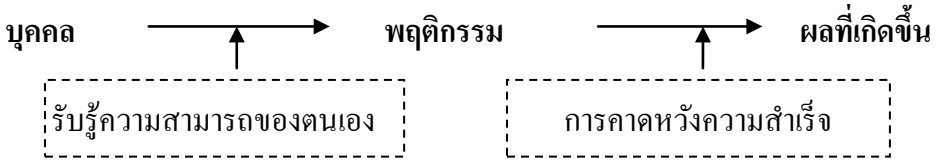
งานของ Bandura เกี่ยวข้องกับกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น ในระยะแรก Bandura เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura,1977) แต่ต่อมา Bandura (1986) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจ

เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดโดยที่ Bandura นั้นไม่ได้กล่าวถึงความคาดหวังอีกเลย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2553)

โดย Bandura (1986) มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกัน ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤตกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเราไม่ตายตัวหากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวการณ์นั้นๆนั่นเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2553)

Bandura อธิบายการเปลี่ยนแปลงหรือการดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมว่า เป็นการทำหน้าที่ขององค์ประกอบคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self Efficacy) และการคาดหวังผลลัพธ์ (Outcome expectation) ทั้งสององค์ประกอบนี้มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมและผลลัพธ์ดังแผนภาพที่ 1 แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองแลความคาดหวังที่จะเกิดขึ้น

แผนภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy) และการคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation)



ที่มา : Bandura, 1977 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2553

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้นเป็นการตัดสินว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2553) จากแนวคิดของทฤษฎีนี้ ความคาดหวัง 2 อย่าง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นคือ ความคาดหวังต่อผลที่ได้ซึ่งเป็นความมั่นใจที่ว่าพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy expectancy) ซึ่งเป็นความมั่นใจที่ว่าตนเองสามารถปฏิบัติปฏิบัติพฤติกรรมอันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้ความสำเร็จ การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นนั้นมี

ความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองมีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ

แผนภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังที่เกิดขึ้น

		ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ที่มา : Bandura , 1978 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2553

ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura (Bandura, 1978) เสนอว่ามีอยู่ 4 วิธี คือ

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experinces) ซึ่ง Bandura เชื่อว่า เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึก ให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการทำให้เขารับรู้ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆแต่จะพยายามทำงานต่างๆเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตการฝึกความรู้สึกว่า เขามีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆโดยที่ให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆเหล่านั้นลงได้ (Kazdin,1974)

3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวค่อนข้างใช้ง่าย และใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้

คำพูดชักจูงไม่ค่อยได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพที่ถูกข่มขู่ ในการตัดสินถึงความวิตกกังวลและความเครียดของคนเรานั้นบางส่วนจะขึ้นอยู่กับการกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อันทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลง บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ในทางลบ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด

4.2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ มีนา ชูใจ (2552) โดยเป็นแบบประเมินวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี การรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1997)

ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ

1) การปรับแก้ปัญหา (Coping) แบนดูรากล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะในการแก้ปัญหาของตนเองสามารถลดระดับของความพยายามในการแก้ไขปัญหาต่างๆในชีวิตได้เนื่องมาจากการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลนั้นจะต้องประสบกับปัญหาต่างๆที่เข้ามากระทบทั้งทางร่างกาย และจิตใจอย่างหลีกหนีไม่ได้ ดังนั้นบุคคลจึงพยายามที่จะหาทางปรับแก้ปัญหานั้นๆ เพื่อให้สภาพจิตใจคืนสู่สมดุลและการพัฒนาความสามารถในการปรับแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันยังจัดเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญที่จะช่วยทำให้บุคคลสามารถวิเคราะห์และหาทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงกล่าวได้ว่าการปรับแก้ปัญหาเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และไม่สามารถที่จะตัดสินได้ว่าวิธีใดดีสุด ขึ้นอยู่กับบริบทและสถานการณ์ และผู้ป่วยที่สามารถใช้กลวิธีเฉพาะในการปรับแก้ปัญหากับความกดดันที่เกิดขึ้นจากการรักษาได้ ก็จะทำให้มั่นใจในการกระทำพฤติกรรม พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้กลวิธีเฉพาะ ในการปรับแก้ปัญหา กับความกดดันที่เกิดจากการรักษาได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองลดน้อยลง (Lev, 1992) ดังนั้นผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมจึงจะต้องคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆจึงจะคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่

ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ โดยการแสวงหากลวิธีเฉพาะในการปรับแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเกิดการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

2) การลดความเครียด (Stress Reduction) การแสดงออกทางกายที่แสดงถึงการรับรู้การผ่อนคลายอาจจะมีความสัมพันธ์กับความคาดหวัง และความรู้สึกเชื่อมั่นในความสำเร็จ(Bandura,1986) เนื่องจากการผ่อนคลายเป็นกลวิธีที่แสดงถึงการรับรู้ในการที่จะลดความเครียดด้วยวิธีต่างๆกันตามความเหมาะสมและความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งจะได้ผลก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าการลดความเครียดด้วยวิธีนี้จะให้ผลจริงจัง ซึ่ง Lev (1992) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้มีการใช้กลวิธี ในการดูแลตนเองเฉพาะอย่าง เช่น การผ่อนคลาย การสวดมนต์นั่งสมาธิ และการจินตนาการ จะมีความเครียด ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้

3) การตัดสินใจ (Making Decision) (Bandura,1986) พบว่าการที่บุคคลสามารควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเองได้จะเป็นการลดความกระตุ้นทางร่างกายและจิตใจได้จากการที่บุคคลต้องตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เป็นการเพิ่มความกดดันให้กับสภาพจิตใจและการตัดสิน ใจที่ดีและไม่ดี จะเป็นตัวสะท้อนถึงความสมบูรณ์ของสภาพจิตใจได้ สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมนั้น การตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกการวิธีการรักษา การรับฟังข้อมูล รวมทั้งการตัดสินเลือกที่จะกระทำการดูแลตนเองที่เหมาะสมในภาวะเจ็บป่วยจัดเป็นการเป็นการ สะท้อนถึงความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจดูแลตนเองที่เหมาะสมในภาวะเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

4) การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน (Enjoying life) (Bamdura, 1986) กล่าวว่า การประเมินสมรรถนะแห่งตนของแต่ละบุคคล มีผลต่อปริมาณความพึงพอใจที่บุคคลได้รับจากสิ่งที่ทำแตกต่างกันไป ซึ่งมนุษย์ ทุกคนย่อมปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข แต่ความสุขในชีวิตของแต่ละคนย่อมไม่เหมือนกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วย กล่าวคือ ถ้าบุคคลสามารถมีประสบการณ์หรือทำสิ่งดีให้กับตนเองในขณะเจ็บป่วยนั้นได้ บุคคลนั้นก็สามารถที่จะมีช่วงเวลาแห่งความสุขในขณะเจ็บป่วยได้ และเกิดเป็นกำลังใจในการรักษา ช่วยให้สามารถปรับตัวกับภาวะความเจ็บป่วยนั้นได้

การที่บุคคลได้รับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนตามการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura ซึ่งประกอบด้วย 4 วิธี คือ1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) ทำให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถและความชำนาญจะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมได้มากกว่าความรู้สึกขาดทักษะความชำนาญ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความคาดหวังกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสูงตามด้วย จึงส่งผลให้แสดงพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้

ผู้ป่วยมีสุขภาพดี มีพฤติกรรมการดุแลสุขภาพที่ดีจะ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็ว จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง

4.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและต้องให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของPowell (2000) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย 3) การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานงานการดูแลผู้ป่วย 4) การดำเนินการ 5) การประเมินผลและติดตาม 6) การดำเนินการต่อเนื่องเฝ้าติดตามและประเมินซ้ำ โดยการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม (clinical pathway) ที่กำหนดขึ้นให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ บูรณาการร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงใน Brendle, 2007) ซึ่งแบ่งการพยาบาลออกเป็นการพยาบาลก่อนผ่าตัดและการพยาบาลหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัด ได้แก่

1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย 2) การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด และการพยาบาลหลังผ่าตัดได้แก่ 1) การจัดการความเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) การส่งเสริมความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 3) การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำ 4) การจัดการความเจ็บปวด 5) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการวางแผนการจำหน่าย โดยให้การพยาบาลเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1978) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ประกอบด้วย 4 วิธี

1) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นกิจกรรมที่ใช้การชักจูงด้วยคำพูด เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการดูแลตนเองได้สำเร็จ โดยวิธีการ อธิบายให้ความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม วิธีการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม การฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การติดตามผลการรักษา การรักษาต่อเนื่อง และการดูแลตนเองที่บ้านหลังจำหน่ายกลับบ้านเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีความสามารถในการดูแลตนเอง ในด้าน การรับประทานอาหารของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม การออกกำลังกายเพื่อบริหารแขนข้างที่ผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และการดูแลตนเองที่บ้านหลังจำหน่ายกลับบ้าน

Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงไม่ค่อยได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) โดยให้กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมเหมือนกัน มาพูดคุยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ โดยการสังเกต ความสามารถของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์จริง ทำให้ผู้ที่สังเกตการ ฝึกความรู้สึกว่า เขามีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆโดยที่ให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆเหล่านั้นลงได้ (Kazdin,1974) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะเป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวค่อนข้างใช้ง่าย และใช้กันทั่วไป

3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) โดยการให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น การบริหารแขนข้างที่ผ่าตัด การดูแลท่อระบายและการจดบันทึกปริมาตรสารคัดหลั่งที่ออกมาทุกวัน การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อนและยากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามมากขึ้นจนประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวและสามารถดูแลตนเองได้

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว การเข้ากลุ่ม ทำให้ได้เห็นแบบอย่างจากผู้ป่วยอื่น (Bandura,1986) ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น โดยให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเข้ากลุ่มเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

จากการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมตามแนวคิดของ Powell (2000) ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงในBrendle, 2007) ให้การพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยผ่านกระบวนพัฒนาความรู้ ได้แก่ 1) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) จะ

ทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีความรู้ และสามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีมั่นใจในความสามารถ ในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองหลังจำหน่ายกลับบ้าน ตามแผนการดูแลผู้ป่วย และคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่จัดทำขึ้น เมื่อผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อที่บ้านและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านพร้อมท่อระบายสารคัดหลั่งและสามารถดูแลพร้อมทั้งการบันทึกปริมาตรสารคัดหลั่งที่ออกมาทุกวันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง

5. แนวคิดเกี่ยวกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay)

จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay) เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริการสุขภาพของผู้รับบริการตัวหนึ่งที่สำคัญ (Holzemer, 1994; Holzemer&Reilly,1995; ยุพิน อังสุโรจน์ม 2543) บ่งบอกถึงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและแสดงถึงความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

Cook (1998) กล่าวว่า จำนวนวันนอนเป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ตัวหนึ่งบ่งบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาพยาบาล เมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2547) ให้ความหมายว่า ระยะวันนอนเฉลี่ย หมายถึง จำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อราย

จีราพร สิมากร (2544) กล่าวว่า จำนวนวันนอน หมายถึง จำนวนวันนอนทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

การลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่นอนนานเกินความจำเป็น จะเป็นผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาลและยังแสดงถึงประสิทธิภาพของการดูแลรักษาพยาบาลของหน่วยงานคุณภาพที่ดีมิใช่เพียงแต่ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลสั้นเท่านั้น แต่ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเป็นสำคัญ นั้นหมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่สั้นจะเป็นผลลัพธ์ที่บ่งบอกถึงคุณภาพอย่างแท้จริง (พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ, 2550)

เกณฑ์การนับจำนวนวันนอน ในโรงพยาบาล

หลักเกณฑ์การคิดตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง โดยให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในจนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล

โดยให้นับยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน หากไม่ถึงยี่สิบสี่ชั่วโมงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมง นับได้เกินหกชั่วโมงให้ถือเป็นหนึ่งวัน (กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง, 2549)

ซึ่งโรงพยาบาลแพร่ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีการใช้วิธีการคิดจำนวนวันนอนตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิราพร สอนไชย (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 40 คน พบว่า การทำงานเป็นทีมในการดุแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ โดยคะแนนหลังการทดสอบสูงกว้าก่อนการทดสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัชรี คงปลอด (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 รายและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 20 คน ผลการวิจัยพบว่า จำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

นิตยา พยุงธรรม (2551) ศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

วรรณี มาศศรี (2552) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มคือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 15 คน กลุ่มผู้ป่วยที่สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวน 30 คน พบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา น้อยกว่าจำนวน

วันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึงพาสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

เพทาย สำรวยผล (2553) ศึกษาการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างมี 2กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 60 คน และกลุ่มพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ใช้การดูแลปกติ และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาล กลุ่มพยาบาลประจำการที่ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มที่ใช้การดูแลปกติ

มีนา ชูใจ (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรี พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่สูงสุดและด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อนต่ำที่สุดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าในด้านการปรับแก้ปัญหา ด้านการลดความเครียด ด้านการตัดสินใจและด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในเชิงบวกระดับปานกลางทุกด้านและพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและอาชีพราชการสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 32.4 ($p < 0.05$)

Thomas (2009) ศึกษาการใช้การจัดการรายกรณีในทุกหน่วยงานต่อผลลัพธ์ขององค์กร ศึกษาในผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมและแผนกอายุรกรรม ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงจากการดูแลแบบเดิม จาก 8.5 วันเหลือ 7.12 วัน การจ่ายประกันสุขภาพมีการจ่ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.08 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.28 ซึ่งระยะวันนอนโรงพยาบาลมีผลต่อการจ่ายในการให้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น บทบาทของผู้จัดการรายกรณีมีความสำคัญในการเพิ่มชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลทางตรงและการประสานทีมสุขภาพแสดงความเป็นผู้นำทางการพยาบาล

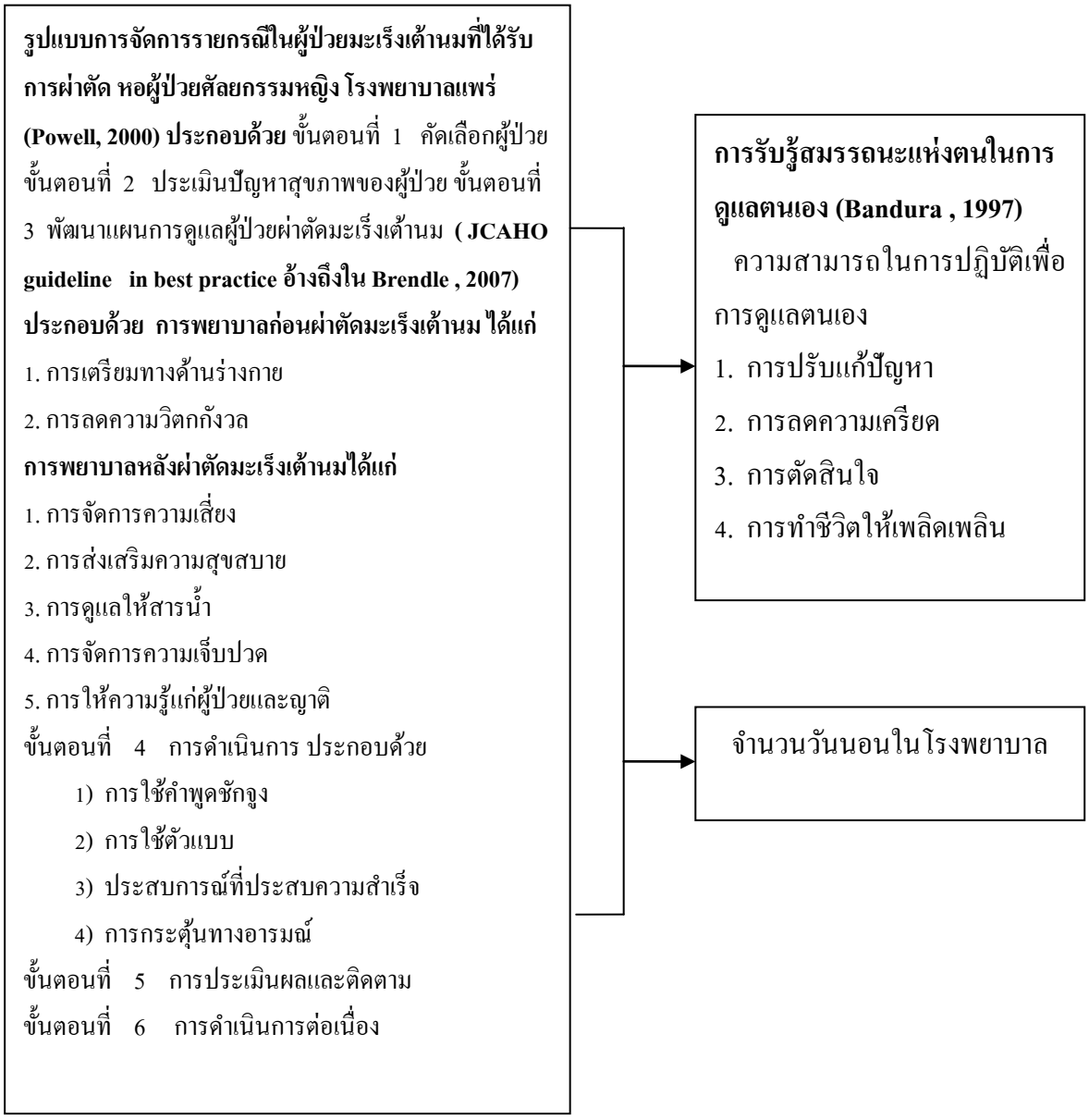
Jennings-Sanders and Anderson (2003) ศึกษาการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 166 คนโดยให้การดูแลแบบปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 169 คนให้การ

ดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องการการดูแลช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจและการรักษาโรค การให้ข้อมูลสุขภาพที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ

Lev et al., (2001) ศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตและกลุ่มอาการรบกวนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในครั้งแรก จำนวน 56 รายแบ่งออกเป็น 2กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่พบผู้ป่วย 5 ครั้ง ใน 1 เดือนแบ่งการวัดออกเป็น 4ระยะ คือ 4 เดือนแรก และอีก 8 เดือนถัดไปผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสูงขึ้น และกลุ่มอาการรบกวนลดลง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell (2000) ร่วมกับ แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตามแนวคิดของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงใน Brendle , 2007) เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดของ Bandura (1997) และ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ดังรูปภาพที่ 3



รูปภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง โดยมีรูปแบบการทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดหลังการทดลอง (Posttest Only Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลปกติเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลปกติเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งมีแบบแผนการวิจัยดังนี้ (Burns and Grove,1997 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูล, 2550)

กลุ่มควบคุม ———————————— O1

กลุ่มทดลอง ————X ———— O2

X : การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

O1 : การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมหลังให้การพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม

O2 : การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร : ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมหลังผ่าตัดและมีท่อระบายสารคัดหลั่งต่อกับขวดสุญญากาศ

2. กลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมหลังผ่าตัดมี ท่อระบายสารคัดหลั่งต่อกับขวดสุญญากาศ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน คัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติระหว่างกลุ่มใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยการจับคู่ (Matched pair) เรื่อง

อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และความรุนแรงของโรค ซึ่งจำนวนและข้อมูล ดังรายละเอียด ในตารางที่ 2

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งเต้านมและรักษาด้วยการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีท่อระบายสารคัดหลั่งจากบริเวณแผล 2 เส้น ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่
2. ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย
3. ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก

1. ขอถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามเวลาที่กำหนด
3. มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น ภาวะช๊อกจาการเสียเลือด ภาวะการหายใจล้มเหลว

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n =15)		กลุ่มทดลอง (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
30-39	0	0	3	20
40-49	7	46.66	7	46.66
50-59	5	33.33	2	13.33
60-69	2	13.33	3	20
70-79	1	6.66	0	0
สถานภาพสมรส				
โสด	3	20	2	13.33
สมรส	10	66.66	11	73.33
หม้าย/อย่า	2	13.33	2	13.33
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	15	100	12	80
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0	0	2	13.33
อุดมศึกษา	0	0	1	6.66
ความรุนแรงของโรค				
มะเร็งเต้านมระยะที่ 3	5	33.33	3	20
มะเร็งเต้านมระยะที่ 4	10	66.66	12	80

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แผนการอบรมเรื่องการจัดการผู้ป่วยกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 2 แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 3 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ชุดที่ 4 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 5 แบบกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 2 แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แผนการอบรมเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เป็นแผนการอบรมที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการอบรมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการของ Powell (2000) ร่วมกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงในBrendle,2007) โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

1.2 กำหนดเนื้อหาของแผนการอบรมและกิจกรรมการอบรม วิธีการบรรยาย อภิปราย การระดมสมอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ กำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความสามารถดังนี้

1.2.1 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

1.2.2 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการการดูแลผู้ป่วยด้วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.2.3 สามารถทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้

1.3 เตรียมเนื้อหาในการอบรมตามวัตถุประสงค์ โดยมีเนื้อหาครอบคลุม ในเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ซึ่งแผนการอบรมประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหา กิจกรรมการอบรม สื่อการสอนและการประเมินผล

1.4 กำหนดเนื้อหาในแผนการอบรม 2 ชุด

1.4.1 เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

1.4.2 กิจกรรมให้ผู้เข้ารับการอบรมนำความรู้ความเข้าใจในความหมายและความสำคัญของการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและร่วมกันระดมสมองเพื่อจัดทำแนวทางแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม (Clinical pathway)

1.5 จัดทำเอกสารประกอบการอบรม โดยมีเนื้อหาตามแผนการอบรม

1.6 ผู้วิจัยนำแผนการอบรมให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมเนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกิจกรรมการอบรม และนำมาแก้ไข รายละเอียดดังภาคผนวก ค. 2

ชุดที่ 2 แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงหลังจำหน่ายกลับบ้าน ตามที่ผู้วิจัยได้รวบรวมจากการระดมสมองของผู้เข้าอบรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้ครอบคลุมและถูกต้องแล้วนำมาจัดทำเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม และนำไปเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ในแผนกศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ ในขั้นตอนการทดลอง ขั้นตอนการสร้าง

2.1 ศึกษาตำรา เอกสาร วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยและแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงใน Brendle, 2007)

2.2 ผู้วิจัยรวบรวมแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมจากการประชุมกลุ่ม นำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย

1) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (out come)

2) การประเมินและให้คำปรึกษา (Assessment/consult)

3) การวินิจฉัยและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Diagnosis tests)

4) กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention)

5) การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว (Health teaching / preventtion)

และนำเสนอในการประชุมกลุ่มเพื่อพิจารณาให้ข้อคิดเห็นก่อนนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

รายละเอียดดังภาคผนวก ค 3

ชุดที่ 3 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ขั้นตอนการสร้าง

3.1 กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ขั้นตอนในการให้การดูแล บทบาทหน้าที่ของ สหสาขาวิชาชีพและแผนการดูแลผู้ป่วย ตามกรอบแนวคิดของ Powell (2000)

3.2 เขียนรายละเอียดของคู่มือ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม แผนกศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ เนื้อหาของคู่มือ ประกอบด้วย

1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

2) แนวคิดและหลักการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3) จุดมุ่งหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

4) องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

5) คำจำกัดความ

6) บทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสุขภาพ

รายละเอียดดังภาคผนวก ค 4

ชุดที่ 4 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ขั้นตอนการสร้าง

4.1 ผู้วิจัยศึกษาจากตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแผนกกายภาพบำบัด สร้างคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

4.2 ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการประชุมกลุ่ม มากำหนดรูปแบบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม และร่วมพิจารณาปรับปรุงแก้ไขคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ครอบคลุมและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ ประกอบด้วย

1) มะเร็งเต้านม และส่วนประกอบของเต้านม

2) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

3) ผลการตรวจและการรักษา

4) การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

5) การบริหารร่างกายหลังผ่าตัดมะเร้งเต้านม

6) การดูแลแผลและท่อระบายน้ำเหลือง

7) การปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

8) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

9) การรักษาหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา

10) อาหารสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

11) การติดตามผลการรักษา

รายละเอียดดัง ภาคผนวก ค 5

ชุดที่ 5 แบบกำกับการทดลอง เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการรายกรณีและพยาบาลผู้ปฏิบัติ ในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม แผนกศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

ขั้นตอนการสร้าง

ผู้วิจัยศึกษาจาก เอกสาร งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามกรอบแนวคิดของ Powell (2000) ใน 6 ขั้นตอนคือ การคัดเลือกผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม การประสานงานและการจัดทำแผนการดูแล การดำเนินงานตามแผนการดูแล การประเมินและการติดตามผล และการเฝ้ากำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินว่าพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและพยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้ปฏิบัติตามแนวทางการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมครบทุกขั้นตอน ได้ข้อคำถามการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำนวน 10 ข้อ และพยาบาลผู้ปฏิบัติ จำนวน 8 ข้อ ระบุสิ่งที่ได้จากการสังเกตว่า “ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ” บันทึกโดยการใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างโดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

“ปฏิบัติ” หมายถึง พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมตามรายการที่กำหนดไว้

“ไม่ปฏิบัติ” หมายถึง พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้

“หมายเหตุ” หมายถึง พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ ให้เขียนอธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้

โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการกำกับให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และพยาบาลผู้ปฏิบัติ ทุกคนต้องปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม แผนก

ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ ตามแบบกำกับการทดลองที่กำหนดไว้ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ในผู้ป่วย 1 ราย

รายละเอียดดังภาคผนวก ค 6

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ขั้นตอนการสร้าง

1.1 ผู้วิจัยศึกษาจาก เอกสาร งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในทฤษฎีของ Bandura (1977) ที่ประกอบด้วย แบบวัดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการปรับแก้ปัญหา จำนวน 8 ข้อ
2) ด้านการลดความเครียด จำนวน 3 ข้อ
3) ด้านการตัดสินใจ จำนวน 7 ข้อ
4) ด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน จำนวน 2 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยเกณฑ์คำตอบมีความหมายดังนี้

คะแนน	1	หมายถึง	มีความมั่นใจต่ำสุด
คะแนน	2	หมายถึง	มีความมั่นใจต่ำ
คะแนน	3	หมายถึง	มีความมั่นใจปานกลาง
คะแนน	4	หมายถึง	ความมั่นใจสูง
คะแนน	5	หมายถึง	มีความมั่นใจสูงสุด

รายละเอียดดังภาคผนวก ค 7

ชุดที่ 2 แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โดยรวบรวมจากแบบบันทึกจำนวนวันนอนตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังโดยให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในจนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล โดยให้นับยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน หากไม่ถึงยี่สิบสี่ชั่วโมงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมง นับได้เกินหกชั่วโมงให้ถือเป็นหนึ่งวัน (กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง, 2549)

รายละเอียดดังภาคผนวก ค

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่จัดทำทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องและนำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (รายละเอียดในภาค ผนวก ก)ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยมะเร็ง 2 ท่าน ตรวจสอบ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา โดยใช้เกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันร้อยละ 80 เพื่อให้เครื่องมือมีความชัดเจนด้านภาษาและครอบคลุมสาระสำคัญตามคำถามการวิจัย นำผลการพิจารณามาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index) หรือค่า CVI

$$\text{CVI} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยเลย

2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ค่า CVI = .80 ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับข้อคำถามด้านภาษา และการจัดข้อคำถามให้เข้ากลุ่มตามการประเมินตนเอง 4 ด้าน ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ และนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบประเมิน โดยใช้สูตร Cronbach, alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยง .90

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการวิจัย

1. เตรียมผู้วิจัย

1.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 เตรียมเครื่องมือและเอกสารที่ใช้ในการวิจัย เป็นการเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แผนการอบรมเรื่องการจัดการผู้ป่วยกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 2 แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 3 คู่มือแนวทางการใช้การจัดการรายกรณี

ชุดที่ 4 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 5 แบบกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 2 แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

2. เตรียมสถานที่ ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ เพื่อขออนุญาตทำการทดลองใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและเก็บข้อมูล ประสานงานกับฝ่ายการพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย กำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

3. เตรียมการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม โดยทำหนังสือถึงหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแพร่ และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ในการจัดอบรมและขออนุญาตให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้าอบรมในวัน เวลาและสถานที่ ที่กำหนด

4. เตรียมบุคลากรในทีมการพยาบาลโดย

4.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เพื่อให้ผู้เข้าอบรม มีความรู้ ความเข้าใจแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผู้เข้าอบรมสามารถร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็ง เต้านมโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้เข้าอบรมเข้าใจรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้

จากการอบรมพบว่า ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันระดมสมอง แสดงความคิดเห็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ร่วมกันจัดทำแผนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลา 5 วัน รวมถึงการติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้านได้ 1 สัปดาห์ โดยนำความรู้ที่ได้มากำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

1) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (out come)

2) การประเมินและให้คำปรึกษา (Assessment/consult)

3) การวินิจฉัยและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Diagnosis tests)

4) กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention)

5) การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว (Health teaching / preventtion)

4.2 ประชุมพยาบาลผู้ปฏิบัติเพื่อแนะนำการดำเนินงานและชี้แจงการใช้ แบบประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม และ แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติมีความสนใจและกระตือรือร้นในการทำวิจัย และให้ความร่วมมือในการประชุม ร่วมซักถามปัญหาเมื่อเกิดข้อข้องใจในการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

เก็บรวบรวมข้อมูลการรับรู้ความสามารถแห่งตนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง โดยเก็บข้อมูลจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาล จำนวน 15 ราย นำเสนอคู่มือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อทีมการพยาบาลประจำการเพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจในคู่มือ การใช้แบบฟอร์มต่างๆในการเก็บข้อมูลและการใช้แบบสอบถามชุดต่างๆในการทำวิจัย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถึงการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม มาใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

2. แจกคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

3. ทดลองปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมตามแนวทางและแผนการรักษาโดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล ตามขั้นตอน กระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีใน 6 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 ขั้นตอนการคัดเลือกผู้ป่วย เมื่อรับผู้ป่วยใหม่ พยาบาลวิชาชีพ ทำการคัดเลือกผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่กำหนดไว้ และแจ้งให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทราบ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเข้ารับและให้การดูแลผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงภายหลังได้รับแจ้งจากพยาบาลผู้ปฏิบัติ และทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

3.2 ขั้นตอนการประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย โดยพยาบาลผู้จัดการและพยาบาลผู้ปฏิบัติ ประเมินปัญหาสุขภาพตามแบบประเมินสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับ ติดตามผลการตรวจทางห้องทดลองและวางแผนการดูแลร่วมกัน

3.3 ขั้นตอนการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณีและการประสานงานการดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติใช้แผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ และประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อปรับแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการ พยาบาลผู้ปฏิบัติร่วมกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่จัดทำขึ้นตั้งแต่แรกรับไว้ในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลา 5 วัน เมื่อพบปัญหาในการดำเนินการ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย บันทึกปัญหาลงแบบบันทึกทางการพยาบาล และแจ้งให้ทีมการพยาบาลทราบ

3.5 ขั้นตอนการประเมินและติดตามผล พยาบาลผู้จัดการประเมินผลการดูแลร่วมกับทีมการพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วย โดยประเมินผลการดูแลของทีมการพยาบาล ประเมินผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

3.6 ขั้นตอนการดำเนินการต่อเนื่อง เฝ้าติดตามและประเมินปัญหา โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและหน่วยบริการต่อเนื่องที่บ้านและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ติดตามสอบถามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์และติดตามประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก หลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์

4. ประชุมกลุ่มย่อย สัปดาห์ละ1 ครั้ง โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยและตัวแทนพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เพื่อร่วมติดตามแก้ไข ปรับปรุง พัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการทดลอง

1. ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านประมาณ 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการผู้ป่วยและเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยติดตามประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 15 คน รวม 30 ชุด และวิเคราะห์ข้อมูล

2. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดย

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทดลอง ระยะเวลาการทดลอง

2. ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการทดลองครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบใดต่อกลุ่มตัวอย่าง

3. ข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากการทดลองครั้งนี้ถือเป็นความลับและจะถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัย รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม

4. หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยที่เกิดจากการทดลอง สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยตลอดเวลาโดยผู้วิจัยให้ที่อยู่และวิธีติดต่อที่กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อได้โดยสะดวก

5. กลุ่มตัวอย่างมีสิทธ์ที่จะไม่ตอบคำถามหรือถอนตัวจากการทดลองได้ตลอดเวลาโดยไม่สูญเสียสิทธิใดๆที่พึงมีพึงได้จากการรักษาพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาโดยการผ่าตัด มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้สถิติการทดสอบ Independent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมจำนวนวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณีด้วยสถิติการทดสอบ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง โดยมีรูปแบบการทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดหลังการทดลอง (Posttest Only Control Group Design) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมใน กลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 2) เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ในกลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

โดยขอนำเสนอผลของการศึกษาเป็น 2 ตอน ดังนี้คือ

ตอนที่ 1 ผลการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ (ดังแสดงในตารางที่ 3-4)

ตอนที่ 2 ผลของจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ (ดังตารางที่ 5-6)

ตอนที่ 1 ผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับทดลองหลังการใช้รูปแบบการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

ตารางที่ 3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมใน กลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำแนกเป็นรายด้าน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม		$\bar{X}$	SD	ระดับ	t	df	P
1. ด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน	กลุ่มควบคุม	2.60	0.43	ต่ำ	-21.57	28	.00
	กลุ่มทดลอง	5.00	0.00	สูง			
2. ด้านการปรับแก้ปัญหา	กลุ่มควบคุม	3.00	0.22	ปานกลาง	-30.99	28	.00
	กลุ่มทดลอง	4.94	0.11	สูง			
3. ด้านการตัดสินใจ	กลุ่มควบคุม	2.41	0.21	ต่ำ	-37.93	28	.00
	กลุ่มทดลอง	4.91	0.15	สูง			
4. ด้านการลดความเครียด	กลุ่มควบคุม	2.76	0.19	ต่ำ	-25.51	28	.00
	กลุ่มทดลอง	4.84	0.24	สูง			

จากตารางที่ 4 พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลินสูงสุด ($\bar{X}$ = 5.0) รองลงมาคือ ด้านการปรับแก้ ด้านการตัดสินใจปัญหาและ ด้านการลดความเครียด ($\bar{X}$ = 4.94, 4.91, 4.84 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n = 15)	กลุ่มทดลอง (n = 15)
1	53	100
2	55	96
3	55	100
4	57	100
5	50	98
6	58	97
7	52	98
8	53	98
9	53	94
10	51	99
11	59	100
12	55	99
13	52	98
14	49	100
15	59	100
	$\bar{X}$ = 54.07	$\bar{X}$ = 98.47
	SD = 3.15	SD = 1.767

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 98.47 ($\bar{X}$ = 98.47, SD = 1.767) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 54.07 ($\bar{X}$ = 54.07, SD = 3.15)

ตอนที่ 2 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลระหว่างผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม	จำนวนวันนอน		t	df	P
กลุ่มควบคุม	8.60	.91	15.317	14.00	.00
กลุ่มทดลอง	5.00	.00			

จากตารางที่ 5 พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 จำนวนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็ง เต้านม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

	จำนวนวันนอน	
คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n = 15)	กลุ่มทดลอง (n = 15)
1	8	5
2	8	5
3	10	5
4	8	5
5	9	5
6	10	5
7	8	5
8	8	5
9	8	5
10	8	5
11	8	5
12	10	5
13	8	5
14	8	5
15	10	5
รวม	$\bar{X}$ = 8.6	$\bar{X}$ = 5.00
	SD = 0.91	SD = 0.00

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโดยรวมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 5.00 วัน ($\bar{\mathbf{X}}$ = 5, SD = 0.00) ส่วนค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.60 วัน ($\bar{\mathbf{X}}$ = 8.6, SD = 0.910.)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เป็นการวิจัยแบบทดลองโดยมีรูปแบบการทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดหลังการทดลอง (Posttest Only Control Group Design) โดยวัดหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1. กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่

2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ในกลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่

สมมุติฐานการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมของกลุ่มทดลอง ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการให้การพยาบาลแบบปกติ

2. จำนวนวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ให้การพยาบาลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลแบบปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร : ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมและมีท่อระบายสารคัดหลั่งจากแผลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่

2. กลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและมีท่อระบายสารคัดหลั่งจากแผล ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell (2000) ร่วมกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงใน Brendle, 2007) ประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แผนการอบรมเรื่องการจัดการผู้ป่วยกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 2 แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับแก้ปัญหา ด้านการลดความเตรียด ด้านการตัดสินใจ และด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน

ชุดที่ 3 คู่มือแนวทางการใช้การจัดการรายกรณี

ชุดที่ 4 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 5 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง เป็นแบบบันทึกที่ใช้สังเกตพฤติกรรมของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและพยาบาลผู้ปฏิบัติในการให้การพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 2 แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content Validity Index) เท่ากับ .80 แล้วทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Conbrach's Alpha Coefficient) ได้ความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ .09

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย มี 3 ขั้นตอนคือ 1) การเตรียมการวิจัย 2) การดำเนินการวิจัย 3) การประเมินผลการวิจัย โดยการเตรียมทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ สถานที่ที่จะทำการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง โดยเก็บข้อมูลจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาล จำนวน 15 คน นำเสนอคู่มือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อทีมการพยาบาลประจำการเพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจในคู่มือ การใช้แบบฟอร์มต่างๆในการเก็บข้อมูลและการใช้แบบสอบถามชุดต่างๆในการทำวิจัย ขั้นตอนดำเนินการทดลอง ได้แก่

1. การคัดเลือกผู้ป่วย (case selection) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวและจากการผ่าตัด และหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีท่อระบายสารคัดหลั่งต่อขวดสุญญากาศและต้องคาท่อระบายไว้จนกระทั่งสารคัดหลั่งแห้ง คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน โดยสลับกลุ่มตามลำดับการเข้ารับการรักษา กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการที่ให้การดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องโรค แผนการรักษาและการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล กลุ่มทดลองคือ กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment/ problem identification) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ค้นหาปัญหาและประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยและให้การดูแลตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดรวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตามแบบประเมินสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับ ของโรงพยาบาลแพร่

3. การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานงานการดูแล (Development and coordination of the case plan) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) โดยแผนการดูแลประกอบด้วย การกำหนดวิธีการ ผู้ให้บริการ ระยะเวลาในการรักษาและแผนการจำหน่าย ให้สอดคล้องกับเป้าหมายและลำดับความสำคัญของปัญหาตามความต้องการของผู้ป่วย แบ่งการพยาบาลออกเป็นการพยาบาลก่อนผ่าตัดและการพยาบาลหลังผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัด

4. การดำเนินการ (Implementation of the final plan) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ทำการประเมิน ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล (Clinical pathway) ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ตามที่กำหนดไว้และมอบหมายให้พยาบาลประจำการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ ให้การพยาบาลตามกิจกรรมการพยาบาลโดยอาศัย 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง และ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับแก้ปัญหา ด้านการลดความเครียด ด้านการตัดสินใจและด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจแนวทางการปฏิบัติตัวในการดูแล

ตนเอง ผู้ป่วยสามารถสอบถามพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้านและ นำปัญหาที่พบมาร่วมกันหาแนวทางการดูแล

5. การประเมินผลและติดตาม (Evaluation and follow up) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประเมินและติดตามผลการดูแล ปรับแผนการดูแลตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาและประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ในขั้นตอนนี้พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในการพยาบาลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจสามารถปรึกษา

6. การดำเนินการต่อเนื่อง (Continuous monitoring reassign and Reevaluation) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประสานงานกับหน่วยบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย โดยโทรศัพท์ติดต่อเพื่อประเมินปัญหาและสรุปผลการดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ติดตามสอบถามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ และติดตามประเมินผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้ง 2 กลุ่มเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาโดยการผ่าตัด มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้สถิติ t -Test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมจำนวนวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้สถิติ t Test

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ซึ่งสอดคล้อง

กับสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมของกลุ่มทดลองภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการให้การพยาบาลแบบปกติ

2. ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า จำนวนวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ให้การพยาบาลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลแบบปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษามาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. จากผลการวิจัย หลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มทดลอง พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น เนื่องจาก ผลของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีที่ผู้วิจัยและพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ได้จัดทำขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self Efficacy) ของแบนดูรา (Bandura,1997) โดยผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน(Perceived Self Efficacy) ของแบนดูรา (Bandura,1997) ประกอบด้วย 4 วิธี

1) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นกิจกรรมที่ใช้การชักจูงด้วยคำพูด โดยพยาบาล ใช้วิธีการ อธิบายให้ความรู้และให้คำแนะนำ ในเรื่อง โรคมะเร็งเต้านม วิธีการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม การฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การติดตามผลการรักษา การรักษาต่อเนื่อง และการดูแลตนเองที่บ้านหลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม มีความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว จนผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวและสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง การชักจูงด้วยคำพูดและการสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เป็นแรงเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในด้านการปรับแก้ปัญหา การลดความเครียด การตัดสินใจ และการ

ทำชีวิตให้เพลิดเพลิน เพื่อให้ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ในขั้นตอนนี้ พยาบาลปฏิบัติบางคนยังขาดทักษะในการใช้คำพูดและขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม จึงควรมีการพัฒนาทักษะในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติม

2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) โดยให้กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเรียนรู้จากตัวแบบจาก (1) คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม (2) ผู้วิจัย โดยการสาธิตการบริหารแขนข้างที่ได้รับการผ่าตัด การสาธิตการดูแลท่อระบายสารคัดหลั่งและขวดสุญญากาศ รวมถึงการจดบันทึกปริมาณสารคัดหลั่ง การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (3) ผู้ที่มีประสบการณ์ในการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมเหมือนกัน มาพูดคุยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วย เกิดความรู้สึกว่า เขามีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ เกิดการคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน ว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ จากตัวแบบที่ผู้ป่วยได้รับทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีแรงจูงใจเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้ผู้ป่วย สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องขณะอยู่ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้าน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) โดยการให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น การบริหารแขนข้างที่ผ่าตัด การดูแลท่อระบายและการจดบันทึกปริมาณสารคัดหลั่งที่ออกมาทุกวัน การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อนและยากขึ้น มีความพยายามมากขึ้นจนประสบความสำเร็จ จะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและดูแลตนเองได้เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว การเข้ากลุ่ม ทำให้ได้เห็นแบบอย่างจากผู้ป่วยอื่น (Bandura,1986) โดยให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยกันเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย การใช้โทรศัพท์สอบถามอาการผู้ป่วย เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หลังจำหน่ายกลับบ้านได้ 1 สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องและสม่ำเสมอ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง

จากผลของการใช้รูปแบบการการจัดการรายกรณี ของ Powell (2000) ร่วมกับ แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self Efficacy) ของแบนดูรา (Bandura,1997) ในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนคือ ใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การใช้ตัวแบบ (Modeling)

ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้รับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในด้านการปรับแก้ปัญหา (Coping) การลดความเครียด (Stress reduction) การตัดสินใจ (Making Decision) การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน (enjoying Life) สูงขึ้น โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของมีนา ชูใจ (2552) โดยเป็นแบบประเมินวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี การรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1997) โดยประเมินหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ 2 สัปดาห์และผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก จากผลการวิจัย ทั้ง 4 ด้านพบว่า

1) ด้านการปรับแก้ปัญหา (Coping) ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีการรับรู้สรรถนะแห่งตน ว่าสามารถแก้ปัญหาในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้สูงขึ้น

2) การลดความเครียด (Stress Reduction) ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าสามารถลดความเครียดได้ โดยมีวิธีการลดความเครียดเฉพาะของตนเอง เช่น การผ่อนคลายความเครียด โดยการพูดคุยปรึกษากับคนในครอบครัวและคนที่ไว้วางใจได้ การสวดมนต์ การทำสมาธิ การออกกำลังกายและการจินตนาการในสิ่งที่ทำให้เรามีความสุข

3) การตัดสินใจ (Making Decision) ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าตนสามารถ ตัดสินใจ เกี่ยวกับการเลือกใช้วิธีการรักษา การยอมรับการรักษา การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการตัดสินใจในการเลือกใช้วิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองหลังผ่าตัดเต้านม

4) การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน (Enjoying life) ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีการรับรู้ว่าตนสามารถทำชีวิตให้มีความสุข แสวงหาสิ่งที่ช่วยให้ชีวิตมีความสุขเพลิดเพลินใจ จากประสบการณ์หรือทำสิ่งใดๆให้กับตนเองในขณะเจ็บป่วยนั้น เป็นช่วงเวลาที่มีความสุขในขณะในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเต้านม และมีกำลังใจในการรักษา ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสามารถปรับตัวกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่ได้

2. ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่ารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่ผู้วิจัยและพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาล ได้ร่วมกันพัฒนาโดยใช้กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวคิดของ Powell (2000) ซึ่งมี 6 ขั้นตอนคือ 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย 3) การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานงานการดูแลผู้ป่วย 4) การ

ดำเนินการ 5) การประเมินผลและติดตาม 6) การดำเนินการต่อเนื่อง เฝ้าติดตามและประเมินซ้ำ เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ร่วมกับแนวคิดของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงใน Brendle, 2007) มาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม แบ่งการพยาบาลออกเป็นการพยาบาลก่อนผ่าตัดและการพยาบาลหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัด ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย 2) การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด และการพยาบาลหลังผ่าตัด ได้แก่ 1) การจัดการความเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) การส่งเสริมความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 3) การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำ 4) การจัดการความเจ็บปวด 5) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการวางแผนการจำหน่าย และใช้แผนการพยาบาลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการสนับสนุน 4 ประการคือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จได้ด้วยตัวเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและดูแลตนเองได้ถูกต้อง โดยผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นได้แก่ 1) แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 2) คู่มือแนวทางการใช้การจัดการรายกรณีในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 3) คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน รวมถึงการติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง ดังนั้นสรุปได้ว่าการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสามารถลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร สอนไชย (2543) ที่ศึกษาถึงผลของการจัดการรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 40 คน พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ , พัชรี คงปลอด (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 รายและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 20 คน ผลการวิจัยพบว่า จำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ , นิตยา พยุงธรรม (2551) ศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพของผู้ป่วย หอ

ผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณี มาศศรี (2552) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มคือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 15 คน กลุ่มผู้ป่วยที่สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวน 30 คน พบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา น้อยกว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

จากการวิจัยยังพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลได้ให้ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการร่วมแสดงความคิดเห็นและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน มีความพึงพอใจและภาคภูมิใจ ในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม มีความเข้าใจรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเห็นความสำคัญของบทบาทพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยในการเป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเฉพาะ ไม่เกิดการซ้ำซ้อนในการให้การพยาบาล พยาบาลได้มีโอกาสพัฒนาความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น และสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคอื่นต่อไป

การให้การพยาบาลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้ง 6 ขั้นตอน พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีความพึงพอใจต่อการบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบถึง ความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม วิธีการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม การฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การติดตามผลการรักษา การรักษาต่อเนื่อง และการดูแลตนเองที่บ้านหลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม มีความสามารถในการดูแลตนเอง ในด้าน การรับประทานอาหารของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม การออกกำลังกายเพื่อบริหารแขนข้างที่ผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การดูแลตนเองต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน ระยะวันนอนโรงพยาบาล และผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะที่

จำเป็นในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วย มีความมั่นใจ ในการปฏิบัติตัว เพื่อดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล และหลังจำหน่ายกลับบ้านสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

สรุปได้ว่า การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองต่อเนื่อง สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง และลดการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสูงขึ้น ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการบริหาร

1) ควรมีการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในผู้ป่วยอื่นๆเพื่อลดจำนวนวันนอนและต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

2) ควรมีการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในผู้ป่วยอื่นเพื่อเพิ่มสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรให้ความรู้เรื่องรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไปใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาบุคลากร

3. ด้านการวิจัย

1) ควรศึกษาตัวแปรอื่นๆที่เกิดจากผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เช่น ความพึงพอใจของพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2) ควรมีการศึกษาวิจัย ต่อเนื่องเพื่อพัฒนางานต่อไป

รายการอ้างอิง

กฤษณกมล วิจิตร. 2547. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนโดยใช้สื่อวิดิทัศน์ภาษาถิ่นล้านนาต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก**. ปริญญามหาบัณฑิต.สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์. 2546. **การจัดการผู้ป่วยรายกรณี จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิราพร สิมากร. 2544. **ผลของการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ ต่อค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**. ปริญญามหาบัณฑิต.สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิราภรณ์ ศรไชย. 2543. **ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล**. ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชัญวลี ศรีสุโข. 2554. **ต้านมะเร็งเต้านม.** กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ธนิต วัชรพุกก์. 2547. **มะเร็งเต้านม.**ใน ชาญ ตันติพิพัฒน์และธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ).ตำราศัลศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 8 กรุงเทพ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา พยุงธรรม. 2551. **ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ** โรงพยาบาลราชวิถี.ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญหนัก ศรีเกษม. 2551. **ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลต่อจำนวนวันนอนของผู้ป่วยศัลยกรรมและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุศรา ศรีอรุณเรืองแสง. 2552. **ผลของการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล** โรงพยาบาลเอกชน. ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบญจา วิไล. 2549**. ผลการจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกตามแนวคิดของแซนตี้ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาล**.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปรวรรณ วิทย์วรานุกูล. 2552. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว.** ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปิติกานต์ บูรณภาพ , 2552. **คู่มือการตรวจโรคด้วยตนเองเบื้องต้น รู้ทันท่วงที ก่อนที่จะสายเกินแก้.** กรุงเทพ: ยูโรปา เพรส บจก.

ประคอง อินทรสมบัติ. 2555.การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและการจัดการรายกรณี.ในสมจิต หนุเจริญกุลและอรสา พันธ์ภักดี (บรรณาธิการ)**. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง:บูรณการสู่การปฏิบัติ**.พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพ : จุดทองจำกัด.

พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ. 2550. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ**. รามาธิบดีสาร13 (2) : 164-181.

พรวิมล บุญมา. 2552. **การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม.**ปริญญามหาบัณฑิต.สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พัชรี คงปลอด. 2549. **ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล**. ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พินทุสร โชตนาการ. 2539. **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัฒน์พงศ์ นาวีเจริญ. 2551**. ก้อนในเต้านม.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

พัฒน์พงศ์ นาวีเจริญและคณะ. 2553. **มะเร็งเต้านม.** กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

เพทาย สำรวยผล. (2553). **ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แพรวพรรณ อึ้งภากรณ์. 2550. **ประสิทธิผลของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก**.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภัคพร กอบพึ่งตน, ชนกพร อุตตะมะ, นาฏยา เอื้องไพโรจน์ และ ปริชาติ ขันทรักษ์ . 2554. **การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลนครพิงค์**. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 34 (2) : 22-31.

มีนา ชูใจ.2552. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกกาพยาบาล คณะสาธารณสุขสาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุพิน อังสุโรจน์ .2543. การวิจัยเชิงผลลัพธ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล : Out com research for hospital quality development. **วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**.12(2): 9-18.

รัชนี ศุจิจันทรรัตน์.2546. **การบริหารงานบุคคลทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร:บุญศิริการพิมพ์.

รัชนีกร ใจคำสืบ. 2552. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.**วารสารโรคมะเร็ง** 29 (4) : 152-161.

รัสวดี ขุนสวัสดิ์.2551. การ**พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบถอนรากชนิดดัดแปลงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลขอนแก่น.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รุจิเรข ทองไพลิน. 2550. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในตึกศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น.**วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เรณู อาจสาลี.2553. **การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: หจก.เอ็น ที เพลส.

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, อุษาวดี อัศดรวิเศษ. 2545. **การจัดการทางการพยาบาล กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ.** กรุงเทพมหานคร: นิยมวิทยา.

วรรณี มาศศรี. 2552. **ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล**.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศุวัชรีย์ งูพิมาย. 2543. **ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของบุคลากร.** ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2553. **สถิติโรคมะเร็ง.** กรุงเทพมหานคร.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.2539.**ทฤษฎีและเทคนิค:การปรับพฤติกรรม,** พิมพ์ครั้งที่ 2,กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2553. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**.พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวคล โกสีย์ไกลนิรมลและคณะ.2010. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนเอง ต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวของลำไส้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. **Journal of nursing Science** 28(2): 58-66.

สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลและคณะ. 2007. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด. **Rama Nurs J** (January-April) : 40-53.

สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลง. 2555. กรณีศึกษา: ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.ใน สมจิต หนุเจริญกุลและอรสา พันธ์ภักดี (บรรณาธิการ)**. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บูรณการสู่การปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: จุดทองจำกัด.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2549. **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.**[ออนไลน์]. Available from : www.nhso.go.th. [2012, June 20].

สมเกียรติ ลลิตวงศาและคณะ. 2554. **อุบัติการณ์โรคมะเร็งจังหวัดแพร่ พ.ศ. 2550-2552**.กรุงเทพ: กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.

อำไพ เหล็กดี. 2549. **ผลการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดส่วนประสมการตลาดต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล สำนักบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยศ์.

Akin,S., et al.2008.The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy**. Oncology nursing** (12):449-456.

Bandura, A. 1977. **Social learning theory**. New Jersey : prentice-Hall.

Bandura, A. 1986. **Social foundation of thought and action : A social cognitive theory**. New Jersey : prentice-Hall.

Bandura, A. 1997. **Self Efficacy: the exercise of control**. New York : W.H. Freeman and company.

Brendle, J. L. 2007. **Best practice: Evidence based Nursing procedures**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Cook,T.H. 1998.The effect of inpatient case management fact or fiction. **Journal of Nursing Administration** 28(24) : 36-45.

Fath,L. 2007. A primer for nursing case management. **Advances in nursing**: 584-586.

George, J.M. and Jones, G.R.2005.**Understanding and managing Organizational Behavior.**4th ed. New Jersey : person Prentice Hall.

Grimsey,L. 2007.Clinical standards for working in a breast specialty. **Loyal College of nursing.** London : Cavendish Square.

Harris,S.R., et al.2001. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer.:11. Lymphedema. **CAMJ•**164(2):191-199.

Jennings-Sanders,A., and Anderson,E.T. 2003. Older women with breast cancer : Perspective of the effectiveness of nurse case manager. **Nursing Outlook** .51(3):108-114.

Lev,E.L. et al.,(2001). An intervention to increase Quality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. **An International journal** 15(3): 277-294.

Lev,E.L.and Owen,S .1996. A measure of self – care self-efficacy. Research in nursing &Health 19(5) : 421-429.

Linton,A.D. 2012. **Introduction to Medication-Surgical Nursing.5th.**Cananda.3

Liu,W.I.,Edwards,H.and Courtney, M.2011.The development and descriptions of an evidence-based case management education program. **Nurse Education Today** (31): 51-57.

National Health and Medical Research council. 2001. **Clinical practice guidelines Management of advanced breast cancer**. Australia.

Ohen, E.L., Cesta, T.G., 2005. **Nursing case management from Essentials to Advanced Practice Applications**. St.Louis : Mosby.

Powell, SK.2000. **Case management: a practice guide to success in managed care**. 2 nd ed. Maryland: J.B. Lippincott.

Rossi, P.A. 2003. **Case management in health care**.2nd ed.Philadelphia: Curtis Center.

Smith, T. J. and Hillner,B.E. 2001. Ensuring Quality Cancer Care by the Use of Clinical Practice Guidelines and Clinical Pathways. **Journal of Clinical Oncology**. 19(11):2886-2897.

Susan R. Harris, Maria R. Hugi, Ivo A. Olivotto, Mark Levine**,** 2001. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 11. Lymphedema 2001**. Canadian Medical Association or its licensors.**

Thomas, P. 2009. Case management delivery models: The impact of indirect care Givers on organizezational outcome. **The Journal of Nursing Administration** 39: 30-37.

Todd, J. et al. 2008. A randomized controlled trial of two programmes of shoulder exercise following axillaly node dissection for invasive breast cancer. **Physiotherapy** (94):265-273.

Trung, P.T., et al. 2004. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 16. Locoregional post-mastectomy radiation. **CMAJ•**170 (8):1263-1273.

Weed,R.O and Berens,D.E. 2010.**Lift Care Planning and Case Management handbook**.3rd.United state of America.

Yates, Pasty.(2004). Cancer Care Coordinators: Realizing the Potential for Improving the Patient journey. **Cancer Forum** 28(3): 128-1.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายชื่อ	ตำแหน่ง
1. นายแพทย์วิชิน โชติปฏิเวชกุล	นายแพทย์แผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลแพร่
2. รศ.ดร. ทิพาพร วงศ์หงส์กุล	อาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. ดร. กัญญารัตน์ ผึ่งบรรหาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วย ICUศัลยกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
4. นางสุภาภรณ์ จองคำอาง	อาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ
5. นางสาวทิพวรรณ เทียมแสน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการแผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลแพร่

ภาคผนวก ข
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยและ
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ที่ ศธ 0512.11/0430

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์วิชิน โชติปฏิเวชกุล	นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม
2. นางสาวทิพวรรณ เทียมแสน	พยาบาลชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์วิชิน โชติปฏิเวชกุล และนางสาวทิพวรรณ เทียมแสน
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง โทร. 081-681-8625

ที่ ศร 0512.11/0430

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ทิพาพร วงศ์หงส์กุล อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. ทิพาพร วงศ์หงส์กุล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง โทร. 081-681-8625

ที่ ศธ 0512.11/043D

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง นิสิตชั้นบริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. กัญญารัตน์ ผึ่งบรรหาร พยาบาลชำนาญการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ ดร. กัญญารัตน์ ผึ่งบรรหาร โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง โทร. 081-681-8625

ที่ ศธ 0512.11/0430

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอมมิค มหาวิทยาลัยพายัพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสุภาภรณ์ จองคำอาง อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสุภาภรณ์ จองคำอาง
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง โทร. 081-681-8625

ที่ ศธ 0512.11/ 0593

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

11 เมษายน 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยโรงพยาบาลแพร่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและมีท่อระบายสารคัดหลั่งจากแผล ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 30 คน โดยใช้ โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ แผนการอบรมการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม และคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง โทร. 081-681-8625

ที่ ศธ 0512.11/0557

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 เมษายน 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและมีท่อระบายสารคัดหลั่งจากแผล ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 30 คน โดยใช้ โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ แผนการอบรมการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม และคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง โทร. 081-681-8625

เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลแพร่

เอกสารรับรองเลขที่ 2 / 2556

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

เลขที่โครงการ / รหัส 4 / 2556

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง

สังกัดหน่วยงาน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแพร่

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาและการรับรอง
จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่

ลงนาม .....

(นางสาวสุดารัตน์ สุธราพันธ์)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 17 มิถุนายน 2556
วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ : 16 มิถุนายน 2557

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

ชื่อผู้วิจัย นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง(สาขาการบริหารการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ ตำบลในเวียง อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ 54000

(ที่บ้าน) บ้านเลขที่ 57 หมู่ 4 ตำบลทุ่งโฮ้ง อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ 54000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 054-533500 ต่อ 3103,3104

โทรศัพท์มือถือ 081-6818625 E-mail Address: suparat_jack@hotmail.co.th

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ โดยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดหลังการใช้การพยาบาลแบบปกติในกลุ่มควบคุมกับหลังการใช้การพยาบาลแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณีในกลุ่มทดลอง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม, เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบการใช้รูปแบบการจัดการ

และเพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ประชากร : ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่มคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมและมีท่อระบายสารคัดหลั่งจากแผล และพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่

กลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและมีท่อระบายสารคัดหลั่งจากแผล ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คนและกลุ่มทดลอง 15 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้ดำเนินการวิจัยคือ นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน กลุ่มทดลองจำนวน 15 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน โดยการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1) การเตรียมความพร้อมในการจัดบริการตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการเตรียมความพร้อมของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ โดยให้ความรู้ความเข้าใจในการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พยาบาลร่วมกันวางแผนจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

2) การเตรียมวางแผนบริการพยาบาลตามการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยขั้นเตรียมการ มีการจัดทำโครงการ การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเพื่อและจัดทำแผนการอบรมเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแก่พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และร่วมกันจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม, คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม และคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม นำเครื่องมือการทดลองที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ หลังการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คนและกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน

6. การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการจัดระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ

8. หากท่านมี ข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้โดยติดต่อผู้วิจัยคือ นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง ได้ตลอดเวลา หมายเลข 081-6818625 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษต่อการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว **เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

10. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียน ได้ที่คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย…..……

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

ชื่อผู้วิจัย นาง สุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง

ที่อยู่ที่ติดต่อ 57 หมู่ 4 ตำบล ทุ่งโฮ้ง อำเภอ เมือง จังหวัดแพร่

โทรศัพท์ 081-6818625

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดี**แล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและยินยอม ตอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail: eccu@chula.ac.th**

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ‘‘การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม”

ชุดที่ 2 แผนการอบรมการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ภาคผนวก ค 1

ชุดที่ 1
โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง
การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชื่อโครงการ การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

1. หลักการและเหตุผล

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ ให้บริการผู้ป่วยสามัญทางศัลยกรรม เพศหญิงและผู้ป่วยเด็กทั้งหญิงและชาย อายุ 1 - 15 ปี มีจำนวนเตียง 32 เตียง พยาบาลวิชาชีพ 14 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน มีอัตราการครองเตียงในแต่ละเดือนเฉลี่ย 90 - 110 ในปี 2552, 2553 และ 2554 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหญิง จำนวน180, 204 และ 225 คนตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลแพร่, 2554) ส่วนใหญ่รักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด รักษาโดยการผ่าตัดแบบ Modified Radical Mastectomy โดยมีผู้ป่วยมารับการผ่าตัด ปี พ.ศ. 2552, 2553, 2554 จำนวน 75, 78, 84 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่, 2554) ซึ่งพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาโดยการผ่าตัดมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ หลังผ่าตัดเต้านมผู้ป่วยจะมีแผลที่หน้าอกและมีท่อระบายออกจากแผล 2 สายต่อกับขวดสูญญากาศ เพื่อระบายสารคัดหลั่งและป้องกันการคั่งอยู่ใต้แผล ซึ่งมีโอกาสเกิดแผลบวมและเนื้อแผลเน่าได้ ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งสารคัดหลั่งแห้งและแพทย์พิจารณาให้ถอดท่อระบายออกหมดทั้ง 2 เส้นถึงจะสามารถกลับบ้านได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ปัจจุบันผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ มีจำนวนวันนอน 8 วัน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ชี้วัดของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้คือ 5 วัน การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ผ่านมาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่มีการมอบหมายงานเป็นทีม (Team nursing) ร่วมกับมอบหมายตามหน้าที่ (Functional nursing) ซึ่งการมอบหมายงานเป็นทีมเป็นวิธีการทำงานเป็นกลุ่ม โดยมีพยาบาลเป็นหัวหน้าทีมร่วมวางแผนการพยาบาล ร่วมปรึกษา ติดตามประเมินผลและติดต่อประสานงาน และการมอบหมายงานตามหน้าที่ เป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนทำงานตามหน้าที่ โดยเน้นการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วยเพียง 1 - 2 คน ตามขอบเขต

ความสามารถ จากการปฏิบัติงานพบว่ารูปแบบการมอบหมายงานแบบทีมยังไม่ชัดเจน พยาบาลยังเข้าใจบทบาทหน้าที่ ของตนเองไม่ชัดเจน ในการทำงานแบบทีมพยาบาลจะหมุนเวียนกันดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความซ้ำซ้อน การปฏิบัติการพยาบาลเป็นลักษณะต่างคน ต่างปฏิบัติไม่เป็นแนวเดียวกัน แต่ละสาขาวิชาชีพต่างดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ของตน ขาดการประสานงานกันระหว่างทีมสุขภาพ เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีผู้รับผิดชอบในการจัดการการดูแลและติดต่อกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหาและมีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้ป่วยและญาติไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลไม่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น การพัฒนาระบบบริการพยาบาลและนำนโยบายของโรงพยาบาลแพร่สู่การปฏิบัติ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและต่อเนื่องจนถึงหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน มีการประสานการทำงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เพื่อร่วมกันกำหนดแผนการพยาบาลผู้ป่วย (Clinical pathway) ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพเหมาะสมและครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นหลักครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี(case management) เป็นรูปแบบหนึ่งที่นำมาใช้เพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาลโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการการดูแลและติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหาและมีความต่อเนื่องในการดูแล และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลตามปกติได้ (Powell,2000)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นรูปแบบการทำงานที่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นกระบวนการที่ช่วยสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยรวมทั้งญาติ

ทำให้ได้รับทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถนำมาวางแผนในการแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน (Powell, 2000) มุ่งเน้นการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ รังสีแพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาล ร่วมกันจัดทำแผนการดูแล (Clinical pathway) ให้เหมาะสมในการจัดการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการการดูแลและติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหาและมีความต่อเนื่องในการดูแลเพื่อเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ และมีอำนาจในการตัดสินใจ สามารถให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาได้ถูกต้อง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงได้เลือกรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับแนวคิดของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงใน Brendle, 2007) มาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม แบ่งการพยาบาลออกเป็นการพยาบาลก่อนผ่าตัดและการพยาบาลหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัด ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย 2) การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด และการพยาบาลหลังผ่าตัดได้แก่ 1) การจัดการความเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) การส่งเสริมความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 3) การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำ 4) การจัดการความเจ็บปวด 5) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการวางแผนการจำหน่าย และใช้แผนการพยาบาลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดย กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวคิดของ Powell (2000) มี 6 ขั้นตอนคือ 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย 3) การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานงานการดูแลผู้ป่วย 4) การดำเนินการ 5) การประเมินผลและติดตาม 6) การดำเนินการต่อเนื่อง เฝ้าติดตามและประเมินซ้ำ โดยผลของการให้การจัดการรายกรณีทำให้ผู้ป่วยลดจำนวนวันนอนลง (จินตนา ยูนิพันธ์, อัญชัญ ไพบูลย์, 2546) เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน

จากการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจของพัชรี คงปลอด (2549) พบว่าจำนวนวันนอนลดลง ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณี มาศศรี (2552) ที่ศึกษา ผลของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลพบว่า จำนวนวันนอนลดลงและความพึงพอใจของพยาบาลเพิ่มขึ้น และผลการศึกษาของ Lev et al.,(2001) ที่ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตและกลุ่มอาการรบกวนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในครั้งแรก จำนวน 56 รายแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่พบผู้ป่วย 5 ครั้ง ใน 1 เดือนแบ่งการวัดออกเป็น 4 ระยะ คือ 4 เดือนแรกและอีก 8 เดือนถัดไป ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสูงขึ้น และกลุ่มอาการรบกวนลดลง จึงได้นำรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมตามแนวคิดของ Brendle (2007) มาเป็นรูปแบบการให้การพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสามารถดูแลตนเองได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self Efficacy) เป็นแนวทางสำคัญที่ Bandula (Bandula,1997) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Therory) โดยให้ความหมายในการรับรู้แห่งตนว่า เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม ในการเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลสุขภาพของตนเองได้กระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการสนับสนุน 4 ประการ คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จได้ด้วยตัวเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและดูแลตนเองได้ถูกต้อง

ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ามาในหอผู้ป่วยรวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่มีคุณภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วย

รายกรณี (case management) ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม โดยใช้แนวคิดของ Powell (2000) ร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดของ JCAHO guideline in best practice (Brendle, 2007) มาพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง โดยผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาเป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมให้มีคุณภาพ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลต่อไป

2. วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้เข้าอบรม มีความรู้ ความเข้าใจการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

2) เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3) เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในการปฏิบัติจริง

3. ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

4. ผู้เข้าร่วมโครงการ

พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 14 คน

5. วิทยากร นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง

6. ที่ปรึกษาโครงการ

นาง สุที ดวงจิต หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่

7. กำหนดการจัดอบรม

วันที่ 7-8 มกราคม 2556

8. สถานที่จัดอบรม

ห้องประชุม กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่

9. วิธีการจัดอบรมและสื่อการอบรม

วิธีการอบรม 1) การบรรยาย

2) ประชุมกลุ่มและปฏิบัติ

สื่อการอบรม 1) เครื่องฉาย LCD

2) คอมพิวเตอร์

10. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) ได้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

2) เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่

11. การประเมินผล

1) สังเกตความสนใจของในการเข้าร่วมโครงการ

2) สังเกตจากการมีส่วนร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็น

12. งบประมาณ

1) ค่าเอกสารที่ใช้ในการอบรม 14 ชุดๆละ 50 บาท	เป็นเงิน	700	บาท
2) ค่าอาหารว่าง 2 มื้อ มื้อละ 30 บาท x 14 ชุด	เป็นเงิน	840	บาท
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		1,540	บาท

ผู้เสนอโครงการ…….

(นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง)

ผู้เห็นชอบโครงการ.....

(นางสาวสุดารัตน์ สุธราพันธ์)

หัวหน้าพยาบาล

ผู้อนุมัติโครงการ.....

(นายแพทย์วันชัย ล้อกาญจนรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่

กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

วันที่ 7 - 8 มกราคม พ.ศ. 2556

เวลา 13.00 - 16.30 น.

ห้องประชุม กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่

วันที่ /เวลา	รายการ
13.00 - 13.20 น.	ลงทะเบียนและรับเอกสาร
13.20 - 13.30 น.	แนะนำโครงการโดย นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง
13.30 - 13.40 น.	พิธีเปิดการอบรมโดย นางวัจนา ทุ่งสี่ ผู้ตรวจการพยาบาลแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่
13.40 - 15.00 น.	บรรยายเรื่อง แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดย นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง
15.00 - 15.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15.15 - 15.45 น.	การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม
15.45 - 16.00 น.	กิจกรรมกลุ่มนำเสนอรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ประชุมกลุ่มร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม
16.00 - 16.30 น.	รวบรวมปัญหาข้อเสนอแนะและสรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
16.00 น.	ปิดการประชุม

ภาคผนวก ค 2

ชุดที่ 2 แผนการอบรมเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

แผนการอบรมเชิงปฏิบัติ

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม
วิธีการอบรม	การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การประชุมกลุ่ม
ผู้รับผิดชอบ	นางสุภารัตน์ หมื่นโอ้ง
วิทยากร	นางสุภารัตน์ หมื่นโอ้ง
ผู้เข้ารับการอบรม	พยาบาลแผนกศัลยกรรม จำนวน 14 คน
สถานที่	ห้องประชุม กลุ่มงานศัลกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่
วันที่	7-8 มกราคม 2556

วัตถุประสงค์ของการอบรม

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรม มีความรู้ ความเข้าใจแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
4. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการอบรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม	- ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับผู้เข้าอบรม แนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม **วัตถุประสงค์ของการอบรม** 1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรม มีความรู้ ความเข้าใจแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี 4. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้	- ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง - ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าอบรมทราบถึงวัตถุประสงค์ของการอบรม	เอกสารโครงการอบรมการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม	- ผู้เข้าอบรมรับฟังคำชี้แจง
1. ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม	**บทนำเข้าสู่บทเรียน** จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งในจังหวัดแพร่ พบว่าในปี 2550-2552 มีผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 2,730 ราย ในผู้ป่วยเพศหญิงพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับ (สมเกียรติ ลลิตวงศาและคณะ, 2550) สำหรับโรงพยาบาลแพร่พบว่าใน พ.ศ. 2553 และ 2554 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหญิงจำนวน 204 และ 225 คนตามลำดับ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้ง	- การบรรยาย	- เอกสารประกอบการสอนเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	-สังเกตจากความสนใจในการรับฟังของผู้เข้าอบรม

ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 2 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 3 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 4 แบบกำกับการทดลอง

ภาคผนวก ค 3

ชุดที่ 1 แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

สำหรับพยาบาลแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่

วันที่/ กิจกรรม	วันที่ 1 แรกรับ	วันที่ 2 วันผ่าตัด	วันที่ 3 หลังผ่าตัดวันที่ 1	วันที่ 4 หลังผ่าตัดวันที่ 2	วันที่ 5 วันจำหน่าย
Expect Out come	1. ผู้ป่วยและญาติรับทราบแผนการรักษาจากแพทย์และยินยอมรับการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลโดยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย 3. ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลทั่วไป คำแนะนำ เกี่ยวกับ แผนการรักษาการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 4. ผู้ป่วยสามารถบอกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการบริการ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลัง	1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด 2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด 3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและให้การดูแลหลังผ่าตัดตามแนวทางการดูแลที่	1. ผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการและประเมินผลการดูแลหลังผ่าตัด 2. ผู้ป่วยได้รับการสอนการปฏิบัติตัวในการดูแลแขนข้างที่ผ่าตัด 3. ผู้ป่วยได้รับการสอนการดูแลท่อระบายและขวดสูญญากาศและการจดบันทึกปริมาณของเหลวที่ออกมา 4. ผู้ป่วยได้รับการสอนการบริหารแขนข้างที่	1. ผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการและประเมินผลการดูแลหลังผ่าตัด 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินผลการดูแลท่อระบายและขวดสูญญากาศ 3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินการบริหารแขนข้างที่ผ่าตัด 4. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการติดตาม	1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ การเกิด Bleeding ภาวะแขนบวม ภาวะข้อไหล่ติด แผลผ่าตัดติดเชื้อ 2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในเรื่องการบริหารแขน การดูแลแผลผ่าตัด การดูแลท่อระบายและพร้อมที่จะดูแลตนเองต่อที่บ้าน 3. ผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้านได้รับการ

ขั้นตอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ภาคผนวก ค 4

ชุดที่ 2 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

คำนำ

คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมนี้ จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมอย่างต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ความสำคัญของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม วิธีการใช้คู่มือ แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม คำจำกัดความของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ขั้นตอนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมให้มีคุณภาพต่อไป

นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังและต้องใช้เวลานานในการรักษาและติดตามผล ส่วนใหญ่รักษาโดยการผ่าตัดเต้านมร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะแรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะเตรียมผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านรวมถึงการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ดังนั้นทีมการพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาและผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้าน การพัฒนาระบบบริการพยาบาลและนำนโยบายของโรงพยาบาลสู่การปฏิบัติ โดยเน้นการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพเหมาะสมและครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยพยาบาลเป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี(case management) เป็นรูปแบบหนึ่งที่ถูกนำมาใช้เพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาล และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลตามปกติได้ (Powell,2000) โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องครบวงจรจากโรงพยาบาลสู่บ้านหรือสถานบริการสุขภาพอื่นๆที่มีคุณภาพ ต่อไป

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงได้นำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง รวมถึงมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

วิธีการใช้คู่มือ

1. คู่มือนี้ใช้เป็นแนวทางในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมของทีมการพยาบาล โดยมีแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ร่วมกันสร้างขึ้น
2. ทีมพยาบาลที่ใช้คู่มือนี้ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

แนวคิดและหลักการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นแนวคิดให้บริการอย่างเป็นระบบที่เน้นในเรื่องการติดต่อสื่อสารและการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการในสาขาวิชาต่างๆ เพื่อที่จะมุ่งให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เหมาะสมและบริการที่เข้าถึงผู้รับบริการทุกคน การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นแนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ (Manage care) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากรทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยและควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (จินตนา ยูนิพันธ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์, 2546)

การมอบหมายในการจัดการดูแลบนหอผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้บริการการพยาบาลมอบหมายให้พยาบาลผู้จัดการสามารถจัดการดูแล โดยมีเป้าหมายให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ การบรรลุผลที่ต้องการ ผู้บริหารการพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานพยาบาลผู้จัดการที่ให้การดูแลระหว่างหอผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้พยาบาลผู้จัดการให้การดูแลตรวจตราและประสานการดูแลเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายในเวลาที่กำหนด ด้วยความปลอดภัย โดยมีแผนการดูแลเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์การดูแลที่ดี

1. จุดมุ่งหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Manage care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดระบบนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยทั้งองค์รวม โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมการดูแลทั้ง 4 มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ และมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกรับหรือตั้งแต่ก่อนรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย กลับบ้าน หรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน

ประโยชน์หรือจุดมุ่งหมายของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน นอกจากนี้ระบบยัง

เน้นการจัดการ การใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมและให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลในแต่ละสาขาวิชาชีพและระหว่างสาขาวิชาชีพ จึงส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งการบริการที่สะดวกรวดเร็วด้วย (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

2. องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

2.1 การประสานความร่วมมือของบุคลากรในทีมสุขภาพระหว่างสาขาวิชาชีพในการดูแล (Collaborative multidisciplinary team) เป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ให้บริการในทีมสุขภาพ ซึ่งมิได้หมายถึงเฉพาะการประสานงานหรือการรายงานอาการผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะหมายถึงความร่วมมือร่วมใจในการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน เพื่อกำหนดงาน และการประเมินผลสำเร็จ รวมทั้งการเตรียมบุคลากรในทีมเพื่อให้ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน

2.2 แผนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management plan) ซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคหรือกลุ่มอาการ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละแห่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักที่เหมือนกัน 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แสดงชื่อโรคหรือกลุ่มอาการ และระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย (Expected length of stay)

ส่วนที่ 2 แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาล หรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลัก ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรค หรือกลุ่มโรคนั้นๆ ในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งอาจเป็นวัน หรือนาที หรือสัปดาห์

2. 3 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ร่วมกับบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนั้น มีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่นๆ ได้ดี สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) เป็นแนวทางการดูแลรวมทั้งเป็นผู้ติดต่อสื่อสาร

ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประเมินปัญหาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและให้ได้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตามที่วางไว้

คำจำกัดความ

1. รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง กระบวนการการดูแลพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ มุ่งเน้นความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันจัดทำแผนการดูแล(Clinical pathway)ให้เหมาะสมในการจัดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแต่ละรายที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการการดูแลต่อเนื่องและติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมให้มีคุณภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell(2000)โดยมีการดำเนินการ 6 ขั้นตอนร่วมกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงใน Brendle, 2007) ดังนี้

1.1 การคัดเลือกผู้ป่วย (case selection) หมายถึง การคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านม และหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีท่อระบายสารคัดหลั่งต่อขวดสูญญากาศและต้องคาท่อระบายไว้จนกระทั่งสารคัดหลั่งแห้ง ตามคุณสมบัติที่กำหนด

1.2 การประเมินภาวะสุขภาพ(Assessment/ problem identification) หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ค้นหาปัญหาและประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยและให้การดูแลตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดรวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.3 การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานงานการดูแล (Development and coordination of the case plan) หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) โดยแผนการดูแลประกอบด้วย การกำหนดวิธีการ ผู้ให้บริการ ระยะเวลาในการรักษาและแผนการจำหน่าย ให้สอดคล้องกับเป้าหมายและลำดับความสำคัญของปัญหาตามความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดของของ JCAHO guideline in best practice (อ้างถึงในBrendle, 2007) มาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย แบ่งการพยาบาลออกเป็นการพยาบาลก่อนผ่าตัดและการพยาบาลหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัดได้แก่

1.3.1 การพยาบาลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมหมายถึง การให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

1) การเตรียมด้านร่างกาย หมายถึง พยาบาลประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่แรกรับ โดยการซักประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์ EKG และการตรวจพิเศษ พยาบาลสอนสาธิตเรื่องการ Exercise แขนข้างที่ผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม โดยเริ่มปฏิบัติให้เร็วที่สุด ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2) การลดความวิตกกังวล หมายถึง การประเมินสภาวะจิตใจของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรม บุคลิกลักษณะและสร้างสัมพันธภาพในการพูดคุย โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในเรื่อง โรค การผ่าตัด การดมยาสลบ และสอนสาธิตการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล จะช่วยลดความเจ็บปวด ระยะหลังผ่าตัด เพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวเร็วขึ้น มีผลทำให้จำนวนวันนอนลดลง

1.3.2 การพยาบาลหลังผ่าตัด

1) การจัดการความเสี่ยง หมายถึง การที่พยาบาลสามารถประเมินอาการแสดงที่บ่งบอกถึง ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เช่น ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในร่างกาย ภาวะแขนบวม ข้อไหล่ยึดติด ขอบแผลเป็นเนื้อตายให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้การดูแลในเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม

2) การส่งเสริมความสุขสบาย หมายถึง การที่พยาบาลประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหา ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัดและสายท่อระบายไม่ให้ดึงรั้ง ดูแลผิวหนังให้สะอาด ดูแลการรับประทานอาหาร การพักผ่อนอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเผชิญความเครียด โดยให้คำแนะนำวิธีการปรับตัวและให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เอื้ออาทร และอ่อนโยน

3) การดูแลให้สารน้ำ หมายถึง การที่พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งก่อนและหลังได้รับสาร โดยให้การดูแลติดตามให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำครบถ้วน ตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งเฝ้าระวัง ประเมินอาการ ภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับสารน้ำ เช่น หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับสารน้ำเป็นต้น

4) การจัดการความเจ็บปวด หมายถึง การที่พยาบาลประเมิน ระดับความปวดของผู้ป่วยตามแบบประเมิน และให้การช่วยเหลือ บรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ทั้งในระยะ

เฉียบพลันและเรื้อรัง โดยการบริหารยาให้ถูกต้องร่วมกับวิธีบำบัดทางการพยาบาลในการบรรเทาความปวดด้วยการเบนความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือทำกิจกรรมที่ชอบ การช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาจากความเจ็บปวดเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยคลายความหวาดกลัวและลดความวิตกกังวลลง

5) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ หมายถึง การที่พยาบาลประเมินความพร่องด้านร่างกายและจิตใจ ต่อการเจ็บป่วย และประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและผู้ดูแล โดยการสอน สาธิต ร่วมกับการใช้สื่อวิดีโอในการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการ Exercise หลังการผ่าตัด การทำ exercise เพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลท่อระบายสารคัดหลั่ง การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1.4 การดำเนินการ (Implementation of the final plan) หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ทำการประเมิน ประสานงานและติดตามการดำเนินงานของทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการตามแผนการดูแล (Clinical pathway) ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ตามที่กำหนดไว้และมอบหมายให้พยาบาลประจำการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงจนกระทั่งจำหน่าย มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจแนวทางการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถสอบถามพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้านและ นำปัญหาที่พบมาร่วมกันหาแนวทางการดูแล แนะนำการมาตรวจตามแพทย์นัด

1.5 การประเมินผลและติดตาม (Evaluation and follow up) หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประเมินและติดตามผลการดูแล ปรับแผนการดูแลตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาและประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.6 การดำเนินการต่อเนื่อง (Continuous monitoring reassign and Reevaluation) หมายถึง การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานงานกับหน่วยบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โทรศัพท์ติดต่อเพื่อประเมินปัญหาและสรุปผลการดูแลผู้ป่วยและนำผลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อไป

2. ผู้จัดการรายกรณี (case manager)

ผู้จัดการรายกรณี หมายถึง พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงที่ได้รับคัดเลือกจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เป็นผู้ประสานงานตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงจนกระทั่งภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้กระบวนการการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวคิดของ Powell (2000) มอบหมายงานให้พยาบาลประจำการ

ดำเนินงานตามแผนการดูแล และ ควบคุมการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนการดูแลรักษา เป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมการพยาบาล ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

3. แผนการดูแลผู้ป่วย(Clinical pathway)

แผนการดูแลผู้ป่วยหมายถึง แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและแผนการพยาบาลที่ร่วมกันจัดทำในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม โดยร่วมกัน กำหนดปัญหาของผู้ป่วย กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละกิจกรรม กำหนดกิจกรรมในการดูแลในแต่ช่วงเวลา แล้วนำกิจกรรมทั้งหมดมาเขียนเป็น Clinical pathway เพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสุขภาพ

1. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) เป็นพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ร่วมกีบทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้น ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้คือ

1) เป็นผู้พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการเข้าสู่ระบบ Case management ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร่วมกับการนำแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมาใช้กับผู้ป่วย

2) เป็นผู้ตัดสินใจให้เริ่มการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วย ประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมประเมินปัญหาผู้รับบริการ วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล

3) เป็นผู้ตัดสินใจสั่งการให้เริ่มปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติตามแผนการดูแล และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวัน รวมทั้งเป็นผู้เสนอความคิดเห็นแก่ทีมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดทั้งให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือ แก่ทีมการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อนของผู้ป่วย

4) ประสานงานทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประชุมปรึกษาหารือ แก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจากข้อมูลที่ประเมินและรวบรวมได้ รวมทั้งประเมินระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อนำเสนอผู้บริหารระดับสูงต่อไป

5) เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้สอน ถ่ายทอดความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ทีมการพยาบาล ตลอดทั้งทำการประเมินความพร้อมและศักยภาพของทีมการพยาบาลที่จะปฏิบัติการพยาบาลได้ตามแผน

6) เป็นผู้ติดตาม ควบคุมกำกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

7) เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายประสานการดูแลต่อเนื่องกับทีมสหสาขาวิชาชีพและส่งต่อการรักษาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องและส่งต่อการรักษาในหน่วยงาน

8) สรุปผลการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

2. พยาบาลผู้ปฏิบัติ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ปฏิบัติหน้าที่โดยการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวทางการดูแลที่ร่วมกันจัดทำ (Clinical nursing practice Guideline : CNPG) ในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม โดยร่วมกัน กำหนดปัญหาของผู้ป่วย กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละกิจกรรม กำหนดกิจกรรมในการดูแลในแต่ช่วงเวลาแล้วนำกิจกรรมทั้งหมดมาเขียนเป็น Clinical pathway เพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ภายใต้การประสานงานการดูแล การให้คำแนะนำปรึกษาจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย โดยมีบทบาทดังนี้คือ

1) ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2) ประสานงานกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะรายตั้งแต่แรกรับ ภายใต้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้

3) ประเมินสภาพผู้ป่วย ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และบันทึกลงในแบบฟอร์มรับใหม่ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

4) รับคำสั่งการรักษาของแพทย์

5) ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

6) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

7) เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดทั้งหมด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดพูดคุยให้กำลังใจพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการ

8) ดูแลส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ตรวจสอบอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการผ่าตัด เวชระเบียน ฟิล์มเอกซเรย์ ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ

9) ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

10) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเอง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารแขนข้างที่ผ่าตัด

11) ประสานงานและให้ข้อมูลของผู้ป่วยแก่พยาบาลผู้จัดการและทีมสหสาขาวิชาชีพ

12) ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อมีความแปรปรวน เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

13) ร่วมประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และวางแผนการจำหน่ายเพื่อการส่งต่อดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

3. บทบาทของแพทย์

1) ทำการตรวจประเมินปัญหาผู้ป่วย โดยซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค

2) ให้ข้อมูลเรื่องโรค การกำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยประสานงานกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

3) สั่งการให้การรักษา ตามแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ

4) ร่วมตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเรื่องการรักษา

5) อภิปรายปัญหาและวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

6) หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานงานกับแพทย์เพื่อหาแนวทางแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาและแผนการรักษาผู้ป่วย

4. บทบาทของเภสัชกร

1) ร่วมประเมินการใช้ยาในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ ในการบริหารจัดการการใช้ยาในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

2) ร่วมกับทีมในการให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม

3) เฝ้าระวังติดตามอาการมีพึงประสงค์จากการใช้ยา และเฝ้าระวังโอกาสในการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา

4) หากมีความแปรปรวนในการใช้ยาเกิดขึ้น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานงานกับเภสัชกรเพื่อการวางแผน ปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ

5. บทบาทหน้าที่ของนักโภชนาการ

1) ร่วมกับทีมสหสาขาในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

2) วางแผนการดูแลด้านภาวะโภชนาการของผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหสาขา

3) ให้การดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ

4) ร่วมเตรียมความพร้อมของครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

5) หากมีความแปรปรวนจากภาวะโภชนาการ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประสานงานกับนักโภชนาการเพื่อการวางแผน ปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ

6. บทบาทของนักกายภาพบำบัด

1) ร่วมกับทีมสหสาขาในการประเมินปัญหาและความต้องการดูแลประเมินเรื่องการทรงตัว การเคลื่อนไหว

2) ประสานงานการดูแล การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3) ให้การฟื้นฟู กายภาพบำบัด สอนการบริหารแขนข้างที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม

4) หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อไหล่ยึดติด ชาปลายแขนข้างที่ผ่าตัด พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประสานงานกับนักกายภาพบำบัด เพื่อการวางแผน ปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ

7. บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์

นักสังคมสงเคราะห์จะทำหน้าที่ช่วยเหลือในด้านให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาสนับสนุนด้านเครือข่ายทางสังคมต่างๆ ดังนี้

1) รับการประสานงาน การขอคำปรึกษาจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้านสังคม เศรษฐกิจ และหลักประกันสุขภาพ

2) ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านสังคม การอยู่ร่วมกันในครอบครัว ปัญหาและความเครียดของผู้ดูแล

3) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาในการกำหนดแผนการให้ความช่วยเหลือ การเตรียมความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม แหล่งสนับสนุนในชุมชน

4) หากมีความแปรปรวนในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ด้านสังคม เศรษฐกิจ และหลักประกันสุขภาพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อการวางแผนปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ

8. บทบาทของพยาบาลเวชกรรมสังคมและงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home health care)

1) ร่วมกับทีมสหสาขาในการวางแผนการจำหน่าย ประเมินและเตรียมความพร้อมของสิ่งแวดล้อม แหล่งสนับสนุนในชุมชน

2) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานการส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านกับพยาบาลเวชกรรม ให้เป็นไปด้วยความสะดวก และปลอดภัย

3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานกับพยาบาลเวชกรรมและงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการ หลังการจำหน่าย 1 สัปดาห์ เพื่อเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมของทีมสหสาขาวิชาชีพดังกล่าว ซึ่งมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบในการติดต่อกับผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ติดตามผู้ป่วยแต่ละคนและให้ความช่วยเหลือตลอดการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งติดตามผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้จัดการรายกรณี จะเป็นผู้รับผิดชอบการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดพยาบาล และให้การดูแลรักษา ตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) โดยแผนการดูแลประกอบด้วย การกำหนดวิธีการ ผู้ให้บริการ ระยะเวลาในการรักษาและแผนการจำหน่าย ให้สอดคล้องกับเป้าหมายและลำดับความสำคัญของปัญหาตามความต้องการของผู้ป่วย เมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้น พยาบาลผู้จัดการจะเป็นผู้ประสานงานแจ้งให้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องรับทราบ และเป็นผู้นำในการประชุมร่วมกันเพื่อหาแนวทางแก้ไขและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ติดตามและประเมินความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ภาคผนวก ค 5

ชุดที่ 3 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่

มะเร็งเต้านม

นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช
อาจารย์ที่ปรึกษา

สารบัญ

เต้านมของเรา	1
มารู้จักมะเร็งเต้านมกันเถอะ	2
การตรวจคัดกรองเต้านม	3
ผลการตรวจและการรักษา	4
การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม	7
การบริหารร่างกายหลังผ่าตัดเต้านม	9
การดูแลแผลและท่อระบายน้ำเหลือง	13
จะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อกลับบ้าน	15
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	17
การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	21
การรักษาด้วยรังสีรักษา	22
อาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	23
การติดตามผลการรักษา	24

การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

การเตรียมตัววันก่อนผ่าตัด

1. การเตรียมผิวหนังโดยการทำความสะอาดเต้านมและโกนขนรักแร้ข้างที่ผ่าตัด

2. ทำความสะอาดร่างกาย โดยการอาบน้ำ สระผม ล้างสีเล็บออก

3. งดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนการผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารและน้ำออกมาระหว่างการผ่าตัด
4. ฝึกการหายใจ โดยการหายใจเข้าทางจมูกลึกๆและ หายใจออกทางปากช้าๆ
5. การเซ็นใบยินยอมรับการผ่าตัด
6. ทำจิตใจให้สบาย การได้รับกำลังใจจากญาติ พี่น้อง
7. ได้รับการแทงสายน้ำเกลือเข้าเส้นเลือด เพื่อให้ยาและสารน้ำที่จำเป็น

วันผ่าตัด

1. หลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยดูแลท่อระบายน้ำเหลืองไม่ให้หัก พับงอ และเลื่อนหลุด
2. หลังผ่าตัดให้นอนยกแขนข้างที่ผ่าตัดสูงกว่าระดับหัวใจ โดยนอนกางแขนเล็กน้อย ยกแขนเหนือศีรษะหรือใช้หมอนรองใต้แขน
3. เมื่อรู้สึกตัวดี ให้เริ่มบริหารแขนข้างที่ผ่าตัดโดยการบีบลูกบอลยางเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของน้ำเหลืองช่วยป้องกันภาวะแขนบวม
4. ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดให้แจ้งพยาบาลเพื่อประเมินระดับความเจ็บปวดและพิจารณาให้ยาแก้ปวด

การบริหารร่างกายหลังผ่าตัดเต้านม

วิธีบริหาร ท่าที่ 1

1. ยืนหันหน้าเข้าผนัง
2. ใช้มือทั้ง 2 ข้าง แตะผนังด้านหน้าระดับหัวไหล่
3. ใช้นิ้วมือค่อย ๆ ไต่ขึ้นไปเรื่อย ๆ จนสุดปลายแขนและลำตัวชิดกับผนัง แล้วค่อย ๆ ไต่ลงสลับกัน

วิธีบริหาร ท่าที่ 2

1. ยกมือทั้ง 2 ข้างแตะหัวไหล่
2. ศอกแนบลำตัว
3. ยกศอกขึ้นระดับหัวไหล่หมุนแขนไปด้านหน้าและหลังสลับเป็นวงกลม

ชุดที่ 4 แบบกำกับการทดลอง

ภาคผนวก ค 6

ชุดที่ 5 แบบกำกับการทดลอง มี 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบกำกับการทดลองเป็นแบบสังเกต พฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ผู้สังเกต.....

ผู้ที่ได้รับการสังเกต พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

<u>คำชี้แจง</u> เมื่อท่านเห็นพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ ให้บันทึกพฤติกรรมที่ท่านพบเห็นโดยใส่เครื่องหมาย/ลงในช่องปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติโดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อนั้นๆ

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามข้อนั้นๆ

	พฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
1.	คัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาโดยการผ่าตัดเพื่อให้การดูแลในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี			
2.	ดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม			
3.	…….....			
4.	.....			
9.	ร่วมกับทีมสุขภาพในการวางแผนการจำหน่ายและประสานงานส่งต่อ			
10.	ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้านโดยการโทรศัพท์สอบถามอาการหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์			

ตอนที่ 2 แบบกำกับการทดลองเป็นแบบสังเกต พฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติในการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ผู้สังเกต.....

ผู้ที่ได้รับการสังเกต พยาบาลผู้ปฏิบัติในการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

<u>คำชี้แจง</u> เมื่อท่านเห็นพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลปฏิบัติในการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ ให้บันทึกพฤติกรรมที่ท่านพบเห็น โดยใส่เครื่องหมาย/ลงในช่องปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติโดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อนั้นๆ

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามข้อนั้นๆ

	พฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
1.	แจ้งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเมื่อรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย			
2.	……..			
3.	.....			
4.	ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลที่กำหนด **4.1 ระยะก่อนผ่าตัด** 1) ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลโดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย			
	2)			
	7) พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา			

	พฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
	4.2 ระยะผ่าตัด 1) การเตรียมเอกสารและผลการตรวจต่างๆ			
	2) …….....			
	3) …….			
	4.3 ระยะหลังผ่าตัด 1) ประเมินอาการและบันทึกความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ			
	4.4 วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน 1) ให้คำแนะนำการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน			
	2) ……			
5.	.....			
8.	รวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้นแก่พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย			

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 2 แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

ภาคผนวก ค 7

ชุดที่ 1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ คือ

ด้านที่ 1	การปรับแก้ปัญหา	จำนวน 8	ข้อ
ด้านที่ 2	การลดความเครียด	จำนวน 3	ข้อ
ด้านที่ 3	การตัดสินใจ	จำนวน 7	ข้อ
ด้านที่ 4	การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน	จำนวน 2	ข้อ
	จำนวนรวม	20	ข้อ

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้ สอบถามความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตัวท่านเองว่า ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละข้อคำถามได้ในระดับใด เมื่อท่านอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วโปรดพิจารณาอย่างรอบคอบว่าท่านมีความมั่นใจมากน้อยเพียงใดแล้วให้เขียนเครื่องหมายถูก (✓) ให้ตรงกับระดับความมั่นใจของท่านมากที่สุดโดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน	1	หมายถึง	มีความมั่นใจต่ำสุด
คะแนน	2	หมายถึง	มีความมั่นใจต่ำ
คะแนน	3	หมายถึง	มีความมั่นใจปานกลาง
คะแนน	4	หมายถึง	มีความมั่นใจสูง
คะแนน	5	หมายถึง	มีความมั่นใจสูงสุด

ข้อคำถาม	ระดับความมั่นใจ				
	1	2	3	4	5
ก. การปรับแก้ปัญหา 1. ท่านสามารถออกกำลังกายบริเวณแขนและไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด					
2. ภายหลังการผ่าตัดเต้านมท่านสามารถแต่งตัวได้เหมือนภาวะปกติ					
……					
……..					
. .....					
8. ท่านสามารถตรวจเต้านมอีกข้างด้วยตัวเอง					
ข้อคำถาม	ระดับความมั่นใจ				

	1	2	3	4	5
ข. การลดความเครียด 9. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจท่านสามารถพูดคุยปรึกษากับคนในครอบครัว					
10. …**……**					
11. ……..					
ค. การตัดสินใจ 12. ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลแขนข้างที่ผ่าตัดเต้านม**ได้**					
…….....					
……					
17. หลังผ่าตัดท่านสามารถดูแลท่อระบายและการทำงานของขวดสูญญากาศได้					
18. ท่านสามารถจะรับการรักษาต่อเนื่องหลังผ่าตัดเต้านมได้ถึงแม้จะทราบผลข้างเคียงของรักษา					
ง. การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน 19. ท่านสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองกับผู้ป่วยท่านอื่นที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมเหมือนกัน					
20.					

ภาคผนวก ค 8

ชุดที่ 2 แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

แบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ผู้ป่วยในโครงการ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

รายที่ ……..

1. อายุ.....ปี

2. ระดับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ อุดมศึกษา
☐ อื่นๆ ระบุ……..

3. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย/หย่า

4. อาชีพ ☐ รับราชการ ☐ รับจ้าง
☐ ค้าขาย ☐ ธุรกิจส่วนตัว
☐ เกษตรกร ☐ แม่บ้าน
☐ อื่นๆ โปรดระบุ……..

5. การวินิจฉัยโรค…….

6. การผ่าตัด.....

7. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล.....วัน

8. แหล่งสนับสนุนในชุมชน ☐ โรงพยาบาลแพร่
☐ โรงพยาบาลชุมชน ระบุ……
☐ สถานีอนามัย
ระบุ…….
☐ อื่นๆ โปรดระบุ

ภาคผนวก ง

ตารางวิเคราะห์ผลข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ด้านการปรับแก้ปัญหาในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมใน กลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม		$\bar{x}$	SD	ระดับ
การปรับแก้ปัญหา				
สามารถออกกำลังกายบริเวณแขนและไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด	กลุ่มควบคุม	3.60	.507	ปานกลาง
	กลุ่มทดลอง	5.00	.000	สูง
ภายหลังการผ่าตัดเต้านมสามารถแต่งตัวได้เหมือนภาวะปกติ	กลุ่มควบคุม	3.13	.352	ปานกลาง
	กลุ่มทดลอง	5.00	.000	สูง
สามารถเลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่เกิดการเสียดสีกับผิวหนังบริเวณที่ทำผ่าตัด	กลุ่มควบคุม	3.13	.516	ปานกลาง
	กลุ่มทดลอง	5.00	.000	สูง
สามารถพูดคุยปรึกษากับแพทย์ /พยาบาลหรือผู้ที่มีความรู้เมื่อมีอาการแผลแยก / แผลติดเชื้อ หรือข้อไหล่ติด	กลุ่มควบคุม	2.73	.594	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	5.00	.000	สูง
สามารถทำงานได้เหมือนปกติถึงแม้ว่าจะป่วยเป็นมะเร็งเต้านม	กลุ่มควบคุม	1.87	.640	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	4.80	.414	สูง
เมื่อมีปัญหาสุขภาพภายหลังที่แพทย์ให้กลับบ้านแล้วสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลใกล้บ้านได้	กลุ่มควบคุม	2.87	.352	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	4.93	.258	สูง
เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสามารถกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด	กลุ่มควบคุม	3.40	.507	ปานกลาง
	กลุ่มทดลอง	5.00	.000	สูง
สามารถตรวจเต้านมอีกข้างด้วยตัวเอง	กลุ่มควบคุม	2.93	.258	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	4.80	.414	สูง
ภาพรวม	กลุ่มควบคุม	3.00	.220	ปานกลาง
	กลุ่มทดลอง	4.94	.110	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ด้านการปรับแก้ปัญหา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกกิจกรรม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองมากที่สุดคือ สามารถออกกำลังกายบริเวณแขนและไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด, ภายหลังการผ่าตัดเต้านมสามารถแต่งตัวได้เหมือนภาวะปกติ, สามารถเลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่เกิดการเสียดสีกับผิวหนังบริเวณที่ทำผ่าตัด, สามารถพูดคุยปรึกษากับแพทย์ /พยาบาลหรือผู้ที่มีความรู้เมื่อมีอาการแผลแยก / แผลติดเชื้อ หรือข้อไหล่ติด และ เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

สามารถกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด รองลงมาคือ เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ภายหลังที่แพทย์ให้กลับบ้านแล้ว สามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลใกล้บ้านได้, สามารถทำงานได้เหมือนปกติถึงแม้ว่าจะป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและสามารถตรวจเต้านมอีกข้างด้วยตัวเอง ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้านการลดความเครียดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมใน กลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม		$\bar{x}$	**SD**	**ระดับ**
การลดความเครียด				
เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจสามารถพูดคุยปรึกษากับคนในครอบครัว	กลุ่มควบคุม	2.87	.352	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	4.87	.352	สูง
สามารถพูดคุยกับบุคคลรอบข้างได้อย่างปกติถึงแม้ว่าจะรู้สึกเศร้าใจจากการเจ็บป่วยครั้งนี้	กลุ่มควบคุม	2.40	.507	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	4.67	.488	สูง
สามารถจัดการความเครียดโดยการ ทำสมาธิ การสวดมนต์หรือการออกกำลังกาย	กลุ่มควบคุม	3.00	.000	ปานกลาง
	กลุ่มทดลอง	5.00	.000	สูง
ภาพรวม	กลุ่มควบคุม	2.76	.430	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	4.84	.240	สูง

จากตารางที่ 8 พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ด้านการลดความเครียด ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกกิจกรรม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีการรับรู้ว่าสามารถลดความเครียดได้ดีที่สุดคือ สามารถลดความเครียดโดยการ ทำสมาธิ การสวดมนต์หรือการออกกำลังกาย รองลงมาคือ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจสามารถพูดคุยปรึกษากับคนในครอบครัว และสามารถพูดคุยกับบุคคลรอบข้างได้อย่างปกติ ถึงแม้ว่าจะรู้สึกเศร้าใจจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้านการตัดสินใจ ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ในกลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม		**$\bar{x}$**	**SD**	**ระดับ**
การตัดสินใจ				
สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลแขนข้างที่ผ่าตัดเต้านมได้	กลุ่มควบคุม	3.00	.000	ปานกลาง
	กลุ่มทดลอง	4.87	.352	สูง
เมื่อแขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านมมีอาการบวมหรือปวดจะหยุดการใช้แขนข้างนั้นทันที	กลุ่มควบคุม	2.93	.258	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	5.00	.000	สูง
รู้วิธีบำบัดอาการปวดแขนข้างที่ผ่าตัด เช่น การรับประทานยาแก้ปวดและหยุดพักการใช้แขนข้างที่ปวด	กลุ่มควบคุม	2.93	.258	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	5.00	.000	สูง
สามารถใช้แขนข้างเดียวกับข้างที่ผ่าตัดเต้านมได้ตามปกติ	กลุ่มควบคุม	2.40	.507	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	4.67	.488	สูง
ท่านสามารถจดบันทึกของเหลวที่ออกมาจากท่อระบายจากการผ่าตัด	กลุ่มควบคุม	1.00	.000	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	4.87	.352	สูง
หลังผ่าตัดสามารถดูแลท่อระบายและการทำงานของขวดสูญญากาศได้	กลุ่มควบคุม	2.33	.488	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	5.00	.000	สูง
สามารถจะรับการรักษาต่อเนื่องหลังผ่าตัดเต้านมได้ถึงแม้จะทราบผลข้างเคียงของรักษา	กลุ่มควบคุม	2.33	.488	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	5.00	.000	สูง
ภาพรวม	กลุ่มควบคุม	2.41	.21	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	4.91	.15	สูง

จากตารางที่ 9 พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ด้านการตัดสินใจ ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกกิจกรรม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีการรับรู้ว่า สามารถตัดสินใจได้ดีที่สุดคือ เมื่อแขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านมมีอาการบวมหรือปวด จะหยุดการใช้แขนข้างนั้นทันที, รู้วิธีบำบัดอาการปวดแขนข้างที่ผ่าตัด เช่น การรับประทานยาแก้ปวดและหยุดพักการใช้แขนข้างที่ปวด, หลังผ่าตัดสามารถดูแลท่อระบายและการทำงานของขวดสูญญากาศได้, สามารถจะรับการรักษาต่อเนื่องหลังผ่าตัดเต้านมได้ถึงแม้จะทราบผลข้างเคียงของรักษา รองลงมาคือ

สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลแขนข้างที่ผ่าตัดเต้านมได้ ,สามารถจดบันทึกของเหลวที่ออกมาจากท่อระบายจากการผ่าตัดและ สามารถใช้แขนข้างเดียวกับข้างที่ผ่าตัดเต้านมได้ตามปกติ ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมใน กลุ่มควบคุมหลังการให้การพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม		$\bar{x}$	**SD**	**ระดับ**
การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน				
สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองกับผู้ป่วยท่านอื่นที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมเหมือนกัน	กลุ่มควบคุม	4.47	7.909	สูง
	กลุ่มทดลอง	5.00	.000	สูง
สามารถหางานอดิเรกทำ เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง เพื่อช่วยให้รู้สึกสบายใจ มีกำลังใจ และต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่	กลุ่มควบคุม	2.73	.458	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	5.00	.000	สูง
ภาพรวม	กลุ่มควบคุม	2.60	.430	ต่ำ
	กลุ่มทดลอง	5.00	.000	สูง

จากตารางที่ 10 พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกกิจกรรม เมื่อพิจารณาตามรายข้อคือ สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองกับผู้ป่วยท่านอื่นที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมเหมือนกัน และสามารถหางานอดิเรกทำ เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง เพื่อช่วยให้รู้สึกสบายใจ มีกำลังใจ และต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง เกิดวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2513 ภูมิลำเนา จังหวัดแพร่ สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา ปีการศึกษา 2535 สำเร็จการศึกษาระดับ ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปีการศึกษา 2541 และเข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2553

ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่