

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรค
มะเร็งเต้านม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
The Effects of Pre- and Postoperative Breast Visiting Program
on Knowledge, Anxiety, and Satisfaction of Breast Cancer Patients at Sawangdandin
Crown Prince Hospital.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

สุนัน พันธะสา¹ สุรีพร จรกรรณ์¹

Sunan Phuntasa¹ Sureeporn jorrakan¹

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมต่อความรู้ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2568 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบใช้ Paired t - test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}$ =15.16, S.D.=1.84 vs $\bar{X}$ =18.96, S.D.=1.46; t =-10.970, p <0.001) และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}$ =28.80, S.D.=5.03 vs $\bar{X}$ =22.72, S.D.=2.91; t =5.906, p <0.001) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านม และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.73, S.D.=0.59)

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม, การผ่าตัด, การเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of pre- and postoperative breast visiting program on knowledge, anxiety, and satisfaction of breast cancer patients at Sawangdandin Crown Prince Hospital, Sawang Daen Din district, Sakon Nakhon province. The sample group consisted of 25 newly diagnosed breast cancer patients scheduled for mastectomy at Sawangdandin Crown Hospital between July and October 2025, purposive sampling of the sample. Data collection instruments included the questionnaire of; general information, self-care knowledge, anxiety, satisfaction of the program, and recording form of postoperative complication. The experimental instrument was the pre- and postoperative breast visiting program. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The comparative parametric statistics used paired t-test.

The results showed that the sample group had significantly higher mean scores on self-care knowledge after receiving the program than before ($\bar{X}$ =15.16, S.D.=1.84 vs $\bar{X}$ =18.96, S.D.=1.46; t =-10.970, p <0.001). And mean score on anxiety after receiving the program was significantly lower than before ($\bar{X}$ =28.80, S.D.=5.03 vs $\bar{X}$ =22.72, S.D.=2.91; t =5.906, p <0.001). No complications were found after mastectomy, and overall satisfaction with the pre- and post-operative visiting program was high.

Keyword: Breast cancer, surgery, pre- and postoperative.

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญทั่วโลก โดยเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิงทั้งในระดับประเทศและระดับโลก จากข้อมูลสถิติมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 2,296,840 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้จำนวน 666,103 ราย¹ คาดการณ์ว่าในปี 2593 ตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 3.2 ล้านรายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตถึง 1.1 ล้านรายต่อปี หากไม่มีมาตรการป้องกันและการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2565 หญิงไทยจำนวนมากสุดเป็นโรคมะเร็งเต้านม โดยมีผู้ป่วยทั้งหมด 38,855 ราย กลุ่มอายุที่พบบ่อยที่สุดอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป จำนวน 19,776 ราย รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50-59 ปี จำนวน 12,181 ราย ตามด้วยกลุ่มอายุ 40-49 ปี จำนวน 5,177 ราย² ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปีเดียวกันพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะต่างๆ โดยระยะที่พบบ่อยที่สุดคือ ระยะที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 28.9 รองลงมาคือระยะที่ 3 ร้อยละ 20.3 ระยะที่ 2 ร้อยละ 17.2 และระยะที่ 1 ร้อยละ 9.4 ส่วนระยะที่ไม่ทราบระยะร้อยละ 24.2³

การรักษามะเร็งเต้านมในระยะที่ 1-3 ส่วนใหญ่มักเป็นการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนมะเร็งออกซึ่งสามารถแบ่งเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ คือ การผ่าตัดโดยสงวนเต้านม (Breast-Conserving Surgery, BCS) และการตัดอวัยวะเต้านมออกทั้งหมด (Mastectomy)⁴ อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดเป็นการรักษาที่มีผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าจะส่งผลต่อความปลอดภัยและความไม่แน่นอนในการฟื้นฟูสุขภาพว่าสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดจะนำไปสู่การหายสนิทหรือไม่⁵ นอกจากความเจ็บป่วยทางกายแล้ว ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการรักษา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรู้สึกวิตกกังวลร้อยละ 48.71 สมาธิลดลงร้อยละ 25.64 และพบ

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ร้อยละ 20.51⁶ โดยเฉพาะความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น ความกลัวภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงความกลัวเสียชีวิตในระหว่างการผ่าตัด^{7,8,9,10} อาจทำให้ผู้ป่วยไม่พร้อมต่อการเข้ารับการผ่าตัด ส่งผลให้เกิดการงดหรือเลื่อนผ่าตัด เพิ่มความเสี่ยงของการลุกลามของโรคและกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยได้

มีการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดส่งผลต่อร่างกายทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อีกทั้งยังส่งผลให้การฟื้นฟูสุขภาพหลังผ่าตัดเป็นไปได้ช้า ปวดแผลมาก และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังผ่าตัดได้ เช่น แผลติดเชื้อ เพราะความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าจะไปกีดขวางการทำงานของร่างกายทำให้เกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome[SIRS]) และการติดเชื้ออาจรุนแรงขึ้นจนกระทั่งติดเชื้อในกระแสเลือดหรือเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) และอาจเสียชีวิตได้¹¹ ความวิตกกังวลจึงกลายเป็นปัจจัยขัดขวางกระบวนการรับรู้และการตัดสินใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาการทรุดลง ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานและทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นตามไปด้วย¹² ดังนั้นในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยควรได้รับการประเมิน การวางแผนการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ขั้นตอนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงทราบเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ระหว่างการผ่าตัด ในขณะเดียวกันการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยควรได้รับการดูแลแบบองค์รวม¹³

พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด ลักษณะการพยาบาลผ่าตัดแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดเพื่อตอบสนองต่อความต้องการทั้ง

ของผู้ป่วยและครอบครัว¹⁴ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดปัญหาที่พบส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความรู้ความวิตกกังวล¹⁵ ความเครียดและความหวาดกลัว สาเหตุส่วนใหญ่มาจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องหรือปฏิเสธความเจ็บป่วย¹⁶ การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด (Preoperative and postoperative visit) เป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติสืบต่อกันมานานกว่า 20 ปี พยาบาลห้องผ่าตัด นอกจากจะมีความรู้และทักษะความชำนาญในด้านการส่งเครื่องมือผ่าตัดแล้ว ยังให้ความสำคัญในการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน¹⁷ การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เป็นการให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายกับผู้ป่วย เพราะหากผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้องอาจมีผลต่อการถูกเลื่อนการผ่าตัด เพิ่มจำนวนวันที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านการรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจโดยมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานการณ์ในห้องผ่าตัดที่ต้องเผชิญ รวมทั้งค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อใช้เป็นแนวทางให้คำแนะนำในการปรับตัวของผู้ป่วยและส่งเสริมวิธีการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถข้ามผ่านสถานการณ์วิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้และการอธิบายอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพนั้นมีส่วนสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม¹⁸ สำหรับการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วยเป็นการประเมินผลลัพธ์หลังให้การพยาบาลขณะผ่าตัดหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด หากพบปัญหา พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทในการติดต่อประสานงานกับทีมที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดพร้อมลงบันทึกในเอกสารของหน่วยงาน เพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไขและป้องกันอุบัติการณ์ซ้ำ^{14,18}

มีการศึกษาวิจัยพบว่าผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดก่อนเนื่องออกแบบไม่พักค้างในโรงพยาบาลได้¹⁹ และการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกับและทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนการปฏิบัติตัวสูงขึ้น²⁰ อีกทั้งยังพบว่าโปรแกรมการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยระยะเร่งด่วนที่ได้รับการผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ ทำให้ผู้ป่วยความรู้ในการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมาก และผลการติดตามหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด²¹ แนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์²² มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการบริการและทรัพยากร และด้านการประเมินค่า การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านนี้ ส่งผลต่อการดูแลตนเอง และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด หากได้รับคำแนะนำการฝึกฝนทักษะ ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากบุคลากรทางการแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้ดี²¹

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด S เปิดให้บริการรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัด ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน จากสถิติปีงบประมาณ 2565-2567 มีผู้ป่วยระยะเร่งด่วนที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 108 คน เฉลี่ยปีละ 36 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมก่อนผ่าตัดทุกราย โดยพยาบาลห้องผ่าตัด แต่ไม่มีการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด การดำเนินงานเยี่ยมก่อนผ่าตัดที่ผ่านมาประกอบด้วย การเยี่ยมเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน จากการศึกษาสำรวจในผู้ป่วยระยะเร่งด่วนที่มีแผนเข้ารับการผ่าตัดจำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดร้อยละ 50 และจากการทบทวน

เวชระเบียนย้อนหลังระหว่างปี 2565-2567 พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ แผลอักเสบ ร้อยละ 5.5 พบอาการบวมบริเวณใต้ผิวหนังที่เกิดจากการคั่งของเลือดและน้ำเหลือง ร้อยละ 11.11 ภาวะการอุดตันของท่อระบายสิ่งคัดหลั่ง ร้อยละ 10 จากการวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกับทีมพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า รูปแบบการเยี่ยมและการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ยังมีรูปแบบไม่ชัดเจน พยาบาลห้องผ่าตัดยังปฏิบัติการให้ข้อมูลและเยี่ยมติดตามไม่เป็นแนวทางเดียวกัน อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือครบถ้วน ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและจัดทำโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด และนำมาทดลองใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและครอบครัวการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมต่อความรู้ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการติดตามเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดก่อน

และหลังได้รับโปรแกรมการติดตามเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด

3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด

4) เพื่อศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด

สมมติฐาน

- 1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด
- 2) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด
- 3) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด
- 4) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์²² มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อนำไปใช้เป็นทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมหรือแก้ไขปัญหา 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกถึงการดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจเพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน 3) การสนับสนุนการบริการและทรัพยากร การจัดสิ่งแวดล้อมหรือบริการต่างๆเพื่ออำนวยความสะดวก และ 4) การ

สนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยการยอมรับเพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเองและมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านนี้ ส่งผลต่อการดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด หากได้รับคำแนะนำ การฝึกฝนทักษะ ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากบุคลากรทางสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้ดี²¹

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ในระหว่างดำเนินการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ในระหว่างดำเนินการศึกษา ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เพศหญิง 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 3) สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นอีสานได้ดี 4) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ 5) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่แพทย์ลงความเห็นให้เปลี่ยนแผนการรักษาด้วยวิธีการอื่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่อยู่ในภาวะวิกฤติหรือคุกคามต่อชีวิตที่ต้องเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น หรือกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการศึกษา

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากสถิติที่เลือกใช้งานคือ T-test ทดสอบแบบสองทาง ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง มาตรวัดอันตรายภาค

ชั้นขึ้นไป (Interval scale or Ration scale) กำหนดค่า Effect size d ตามคำแนะนำของ Cohen²³ กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เท่ากับ 0.80 ค่าวิกฤติเท่ากับ 0.05 Power of test (1-β) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน²⁴ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ตามสูตรดังนี้²⁵

$$n_{\text{adjust}} = \frac{n}{(1-R)} = \frac{23}{(1-0.05)} = 24.21$$

n ~ 25 ราย

n_{adjust} = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่ได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

R = สัดส่วนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการติดตาม

จากผลการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เพิ่ม dropout rate 5% เป็นจำนวน 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคร่วมระยะของโรค ชนิดการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเต้านม ประยุกต์มาจากการศึกษาของสุวรรณิ บุตรกระจำ²¹ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน เป็นต้น ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ดีกว่าคะแนนรวมต่ำ เกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่ง

ระดับคะแนนอิงจากหลักเกณฑ์ของ Bloom²⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 16 - 20 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 12 - 15 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0 - 11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวล สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นการสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์การเข้ารับการผ่าตัดเต้านมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นสิ่งเร้าให้เกิดความวิตกกังวลในขณะนั้น มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ 1 เท่ากับ ไม่เลย 2 เท่ากับ มีบ้างเล็กน้อย 3 เท่ากับ ปานกลาง และ 4 เท่ากับ มาก และ 5 เท่ากับ มากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1 - 50 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงจากหลักเกณฑ์ของ Bloom²⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

ความวิตกกังวลสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 40 - 50 คะแนน)

ความวิตกกังวลปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 30 - 39 คะแนน)

ความวิตกกังวลต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 1 - 29 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเย็บก่อนและหลังผ่าตัด ประยุกต์มาจากการศึกษาของ Aday and Anderson²⁷ มีประเด็นคำถามทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเตรียมการ ด้านกระบวนการ ด้านระยะเวลา และด้านสิ่งแวดล้อม จำแนกเป็นข้อคำถาม 10 ข้อ ระดับการให้คะแนนกำหนดไว้ตั้งแต่ 1-5 โดย 5 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางบวกที่สุด และ 1 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางลบที่สุด มาตรฐาน

วัดข้อมูลแบบอันตรภาคชั้น (Interval Scale) การแปลความหมายค่าคะแนนดังนี้²⁸

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

3.51-4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก

2.51-3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

กลาง

1.51-2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย

1.00-1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย

ที่สุด/ไม่พึงพอใจ

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ภาวะน้ำเหลืองคั่งบริเวณแผลผ่าตัด ภาวะข้อไหล่ติด และภาวะแขนบวม ฯลฯ เป็นต้น

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการเย็บก่อนและหลังผ่าตัดที่ประยุกต์จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของแฮสส์²²

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเย็บก่อนและหลังผ่าตัด แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม และโปรแกรมการเย็บก่อนและหลังผ่าตัด นำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมากกว่า 10 ปี 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน แบบสอบถามความรู้ได้ค่า IOC ภาพรวมเท่ากับ 0.91 แบบสอบถามความวิตกกังวลได้ค่า IOC ภาพรวมเท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามความพึงพอใจได้ค่า IOC ภาพรวมเท่ากับ 0.97 2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ผ่าน การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ แบบวัดความวิตกกังวล และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเย็บ ก่อนและหลังผ่าตัด นำไปทดสอบ (Tryout) กับ กลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะ คล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มี ขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินในจังหวัดสกลนคร จำนวน 20 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของ เครื่องมือ และพบว่าแบบสอบถามความรู้ในการ ดูแลตนเองได้ค่า Kr-20 เท่ากับ 0.79 ส่วนแบบวัด ความวิตกกังวลและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อ โปรแกรมการเย็บก่อนและหลังผ่าตัดได้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาคเท่ากับ 0.86 และ 0.92 ตามลำดับ ซึ่งยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ

1) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคมะเร็ง เต้านมและการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม แนวคิดการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ และงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง

2) เขียนเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับรอง จริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน คน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

3) หลังได้รับการรับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจึงเก็บข้อมูลใน ขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนการ

1) ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย และเตียงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแผนการรักษาด้วย การผ่าตัดเต้านมจากตารางการผ่าตัด

2) ติดตามเยี่ยมก่อนผ่าตัด 1 วัน โดย ดำเนินกิจกรรมการเย็บดังต่อไปนี้

2.1) พยาบาลห้องผ่าตัดเข้าเยี่ยมผู้ป่วย แนะนำตัว อธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และอธิบายขั้นตอนโปรแกรม

การเย็บก่อนและหลังผ่าตัด พร้อมทั้งขอความ ร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา และหากผู้ป่วย ยินดีเข้าร่วมการศึกษาจึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสาร ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

2.2) เก็บข้อมูลตามสอบถามความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด พร้อม ทั้งวัดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่ม ดำเนินการทดลอง

2.3) ประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านม สอบถามประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่มาผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว ประวัติ การใช้ยา ตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยประเมินศีรษะ จรดปลายเท้า และตรวจสอบรายละเอียดข้อมูล เกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจ ทางรังสี และการตรวจพิเศษอื่นๆ ตามแผนการ รักษาของแพทย์ก่อนผ่าตัด ประเมินสภาพจิตใจ ผู้ป่วยพร้อมทั้งค้นหาปัจจัยเสี่ยงและข้อจำกัดของ ผู้ป่วยเพื่อนำไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัด ร่วมกับทีมผ่าตัด และตรวจสอบการลงลายมือชื่อ ยินยอมรับการผ่าตัดโดยการผ่าตัดตามแบบฟอร์มที่ กำหนด พร้อมทั้งมีพยานลงชื่อกำกับ

2.4) เริ่มขั้นตอนการสนับสนุนทางสังคม สำหรับกลุ่มตัวอย่างตามบทบาทของพยาบาลห้อง ผ่าตัดดังนี้

(1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ทำ ความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแผนการรักษา ด้วยการผ่าตัดเต้านม โดยอธิบายเกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดโรค และกระบวนการรักษาโรคด้วยการ ผ่าตัด อธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด สิ่ง que ผู้ป่วยจะต้องพบ/ สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด การแต่งกายในห้อง ผ่าตัด และอุปกรณ์ต่างๆ สภาพภายในห้องผ่าตัด และอุปกรณ์ต่างๆ บริเวณที่ญาติรอและติดต่อกับ ห้องผ่าตัด สิ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดให้การพยาบาล ขณะรอหน้าห้องผ่าตัด (การซักประวัติซ้ำและ อำนวยความสะดวกต่างๆเมื่อผู้ป่วยต้องการ) อธิบายให้ทราบถึงการปฏิบัติตัวในระยะผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด เป็นต้น

(2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นวิธีการลดความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดได้ ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

(2.1) ค้นหาแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทั้งจากตัวผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีโดยการมองไปข้างหน้า การสร้างกำลังใจด้วยตนเอง การตระหนักถึงพื้นฐานของความจริง เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความปรารถนา หรือความคาดหวังเกี่ยวกับการรักษา โดยขณะให้การพยาบาลแทรกกระบวนการส่งเสริมความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยและต้องหลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวมากยิ่งขึ้น

ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย

(2.2) ดูแลระดับประคองความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการสนทนาและการตอบข้อซักถาม สังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสีหน้า การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วย และพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความต้องการเพิ่มเติมของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลเพิ่มเติมได้อย่างเหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

(2.3) ส่งเสริมความมั่นใจด้านการเผชิญการผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ของการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยใช้พลังของการคิดบวก และแนะนำให้ผู้ป่วยยึดหลักการอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และขออนุญาตก่อนให้การพยาบาล เป็นการแสดงออกอย่างให้เกียรติแก่ผู้ป่วย

(2.4) ซักถามเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ โดยการเป็นผู้ฟังที่ดีให้ความสำคัญต่อการฟังและใช้เทคนิคการถามเพื่อสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วยโดยใช้คำพูดที่สุภาพและนุ่มนวล รวมทั้งควรแสดงออกถึงความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยขณะสนทนา

(2.5) เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รับฟังปัญหาและความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ไม่พูดขัดจังหวะหรือพูดตำหนิเพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอายหรือรู้สึกผิด และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

(2.6) สนทนากับผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง ร่วมกับใช้เทคนิคการสัมผัสอย่างนุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจในขณะบอกเล่าข้อมูล

(2.7) สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบการดูแลของทีมผ่าตัดและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาที่เข้ารับบริการในห้องผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพังขณะผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

(3) การสนับสนุนด้านการบริการ สอนให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายร่างกาย ร่วมกับเทคนิคการกำหนดลมหายใจ โดยแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าๆและผ่อนลมหายใจออกทางปาก ช่วยลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดภาวะปอดแฟบจากการดมยาสลบ และประสานงานกับทีมผ่าตัดเกี่ยวกับข้อมูลที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและข้อจำกัดของผู้ป่วยเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด และประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

(4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยการทวนสอบด้วยการตั้งคำถามและการสาธิตย้อนกลับเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

2.5) หลังเสร็จกิจกรรมการเย็บก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยวัดความรู้และความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนนัดเย็บหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง

3) กิจกรรมเย็บหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ตามนัด สอบถามอาการผิดปกติหลังผ่าตัด ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง ทบทวนแนวทางการดูแลตัวเองหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เปิดโอกาสให้กลุ่ม

ตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย และประเมินความพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมการเย็บก่อนและหลังผ่าตัด

4) หลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลการศึกษาต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ 2) ใช้สถิติอนุมาน Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเย็บก่อนและหลังผ่าตัด 3) ใช้สถิติพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ และการแบ่งระดับตามเกณฑ์ของ Bloom26 เพื่อนำเสนอระดับความรู้ ระดับความวิตกกังวล และระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเย็บก่อนและหลังผ่าตัด 4) ใช้สถิติอัตราส่วน ร้อยละ ในการนำเสนอข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เอกสารเลขที่ SWDCPH 2025-015 ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 40.0

อายุเฉลี่ย 57.08 ปี (S.D.=7.59 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 92.0 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 92.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.0 รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 76.0 ด้านประวัติที่เกี่ยวข้องพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคอื่นร่วม ร้อยละ 52.0 มีประวัติครอบครัวสายตรงเป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 48.0 มีประวัติการฉายแสงใกล้บริเวณเต้านม ร้อยละ 8.0 ไม่ได้รับฮอร์โมน ร้อยละ 100.0 มีประวัติเคยคุมกำเนิด ร้อยละ 96.0 ส่วนใหญ่เป็นการทำหมัน ร้อยละ 52.0 ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.6 - 22.9 kg/m² ร้อยละ 36.0 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.52 kg/m² (S.D.=4.74 kg/m²)

ความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเต้านม ก่อนได้รับโปรแกรมการเย็บก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.0 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 32.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.0 หลังได้รับโปรแกรมพบว่าความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 4.00 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\bar{X}$ =15.16, S.D.=1.84 vs $\bar{X}$ =18.96, S.D.=1.46; $t=-10.970$, $p<0.001$)

ความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ก่อนได้รับโปรแกรมการเย็บก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดเต้านมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 และระดับมาก ร้อยละ 8.0 หลังได้รับโปรแกรมพบว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 96.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 4.00 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\bar{X}=28.80$, S.D.=5.03 vs $\bar{X}=22.72$, S.D.=2.91; $t=5.906$, $p<0.001$)

ด้านความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดพบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X}=3.73$, S.D.=0.59) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านกระบวนการอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X}=3.91$, S.D.=0.47) รองลงมาคือ ด้านการเตรียมการอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X}=3.62$, S.D.=0.64) และด้านระยะเวลาอยู่ในระดับพึงพอใจปานกลาง ($\bar{X}=3.40$, S.D.=0.50) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=3.20$, S.D.=0.71)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม จากการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 25 ราย

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์นี้คือเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมต่อความรู้ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดเต้านมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุวารี บุตรกระจำ²¹ ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมติดตามทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก และส่วนใหญ่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านม และใกล้เคียงกับการศึกษาของฉวีวรรณ มินแทน²⁹ ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดมีความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ให้การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการศึกษาของมยุรา ศรีศิลป์²⁰ ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลโดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดในการศึกษานี้เป็นการนำองค์ความรู้จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์²² มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล สำหรับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมกลุ่มตัวอย่างให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด เต้านมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยการสนับสนุน 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด 2) ด้านอารมณ์ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงท่าทีรับฟังความกังวลและความกลัวของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้กำลังใจ 3) ด้านการบริการและทรัพยากร ได้แก่ การสอนปฏิบัติการฝึกหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อแขน และการดูแลแผลผ่าตัด และ 4) ด้านการประเมินค่า ได้แก่ การช่วยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสามารถของตนเองในการรับมือกับโรคและการฟื้นตัวได้อย่างเหมาะสม ส่วนการเยี่ยมหลังผ่าตัดเป็นการประเมินสภาพกลุ่มตัวอย่างหลังการผ่าตัด โดยประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับหลังการผ่าตัดเต้านมตามแผนการรักษา ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในขณะผ่าตัด หรือจากการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ถูกต้อง ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัด ทำให้ผลลัพธ์ของการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการศึกษา

กล่าวโดยสรุปโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแล

ตนเองสูงขึ้นและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเต้านม ตลอดจนมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก สามารถนำไปประยุกต์ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการขยายผลการศึกษาไปใช้ในการเย็บก่อนและหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดอื่นๆต่อไป
2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการเย็บก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมในระยะยาว เพื่อยืนยันว่าโปรแกรกดังกล่าวมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยได้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. World Cancer Research Fund.(2025). Breast Cancer Statistics[Internet]. 2025[Retrieved January 25th, 2025]. Available from <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/breast-cancer-statistics/>
2. กรมอนามัย.(2566). กรมอนามัยเผยหญิงไทยป่วยมะเร็งเต้านมสูงสุด เน้นตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน[อินเทอร์เน็ต]. 2566[สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2568]. แหล่งข้อมูล <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/140366/>
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.(2567). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: หน่วยงานฐานผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
4. American Cancer Society.(2022). Breast Cancer Facts & Figures 2022-2024 [internet]. 2022[Retrieved December 2025,10]. Available from <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/2022-2024-breast-cancer-facts-figures-acf.pdf>
5. Heizer JH.(2018). Strategic Operations Management. 4th ed. London: Routledge; 2018.
6. Pandey M, Sigh SP, Behere PB, Sigh S, & Shukla VK.(2000). Quality of life in patients with early and advanced carcinoma of the breast. European Journal of Surgical Oncology 2000,26,20-24.
7. Oshodi TO.(2007). The impact of preoperative education on postoperative pain: Part 2. Br J Nurs 2007,16,730-737.
8. Liddle C.(2012). Preparing patients to undergoing surgery. Nurs Times 2012,108,12-13.
9. Artsalee R.(2007). Perioperative nursing. Bangkok: N P PRESS Limited Partnership.
10. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W.(2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. Bio Med Cent Surg 2014,14,1-10.
11. เพิ่มเพ็ญ น้อยต่น, ชีรณัฐ ห่านิธิติชัย, ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์, และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์.(2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2560,23(3),269-283.
12. สุภารัตน์ หมิ่นไธสง, เฉลิมขวัญ สุฤทธิ, และขวัญดาว ดวงแก้ว.(2566). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์ทางคลินิก โรงพยาบาลแพร่ 2566,31(2),104-117.
13. Johnstone J.(2020). How to provide preoperative care patients. Nursing Standard 2020,36(11),72-76.
14. Association of Perioperative Registered Nurses.(2013). Perioperative standards and recommended practices. Denver (CO): AORN.
15. Ylmaz M, Sezer H, Gurler H, Bekar M.(2011). Predictors of preoperative anxiety in Surgical inpatients. J Clin Nurs 2011,21,956-964.

16. Santos MM, Martins JC, Oliveira LM.(2014). Anxiety depression and stress in the preoperative surgical patient. *Rev Enferm Referencia* 2014,4,7-15.
17. Phillips NM.(2013). Berry & Kohn's operative room technique. 12th ed. St. Louis (MO): Mosby Elsevier.
18. Fuller LK.(2013). Surgical technology. 6th ed. St. Louis (MO): Mosby Elsevier;2013.
19. ประทุม เสถานนท์และเพ็ญปวีณ จตุรพิชโพธิ์ทอง. (2555). ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนเนื้องอกที่เต้านมแบบไม่พักค้างในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลศิริราช* 2555,5(1),29
20. มยุรา ศรีศิลป์.(2567). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลเกษรวิสัย. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ* 2567,5(1),260-272.
21. สุวารี บุตรกระจำ.(2567). รายงานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมติดตามต่อความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2568]. แหล่งข้อมูล <https://www.lpch.go.th/lpch/uploads/20240619142007751559.pdf>
22. House JS.(1981). Work stress and social support. New Jersey: Prentice-Hall;1981.
23. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates;1988.
24. นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพชร และญาดา นภาอารักษ์.(2568). การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power[อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป.[เข้าถึงเมื่อ 28 มกราคม 2568]. แหล่งข้อมูล [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/181958-Article%20Text-595652-1-10-20190623%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/181958-Article%20Text-595652-1-10-20190623%20(5).pdf)
25. อรุณ จิรวัฒน์กุล.(2556). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์;2556.
26. Bloom BS.(1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
27. Aday L & Anderson R.(1975). Development of indices of access to medical care: Health administration. Michigan.
28. ธาณินทร์ ศิลป์จารุ.(2555). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: บิสนิเนสอาร์แอนด์ดี;2555.
29. ฉวีวรรณ มินเทน.(2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2568]. แหล่งข้อมูล <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=269>