

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด

ชาลิตา พรหมทอง* กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา)

พินิจ ปรีชานนท์** วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

ศราวรรณ ภาวัฒนานุสรณ์*** วท.บ. (พยาบาลและพดุงครรภ์)

ศรีสุวรรณ ชูกิจ*** วท.บ. (พยาบาลและพดุงครรภ์)

กานดา กาญจนโพธิ์* วท.บ. (พยาบาลและพดุงครรภ์)

บทคัดย่อ: การผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีจำนวนมากเป็นลำดับต้น ๆ ของการผ่าตัดที่ไปทางศัลยกรรมพยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญหนึ่งที่จะต้องดูแลผู้ป่วยให้พร้อมรับการผ่าตัดทั้งร่างกาย จิตสังคม ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่ทุกข์ทรมานจากความปวดในทุกระยะ การผ่าตัดบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอขั้นตอนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด โดยการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์ ลั่งเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ในทุกระยะของการผ่าตัดสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด และได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความตรงตาม เนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้ใน pre-operative visit ก่อนผ่าตัด 1 วัน ขณะผ่าตัด และที่ห้องพักฟื้น รวมไปถึง post-operative visit หลังผ่าตัด 1 วันและลงบันทึกไว้ ผลการศึกษาทั้ง 11 ราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด มะเร็งเต้านมชนิด Modified Radical Mastectomy: MRM ทุกราย จำนวน 11 ราย ได้นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ใน pre-operative visit ก่อนผ่าตัด 1 วัน ขณะผ่าตัด และที่ห้องพักฟื้น รวมไปถึง post-operative visit หลังผ่าตัด 1 วันและลงบันทึกไว้ ผลการศึกษาทั้ง 11 ราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลการผ่าตัดของพยาบาลในห้องผ่าตัด เช่น อาการปวดหรือชาจากการบาดเจ็บของ brachial nerve ลิ่งตากค้างในแผลผ่าตัด เป็นต้น และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ระดับมาก ร้อยละ 90.90 ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.10

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล การผ่าตัดมะเร็งเต้านม หลักฐานเชิงประจักษ์ ความพึงพอใจ ของผู้ป่วย

*พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***พยาบาลชำนาญการ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์

มะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากเป็นโรคร้ายแรงที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเกือบทุกประเทศ แนวโน้มของอุบัติการณ์ที่มากขึ้นทำให้มีอัตราตายสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว มะเร็งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความห้อแท้ลึกลับในชีวิต มีผลต่อสังคมและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นคนที่หารายได้ของครอบครัว (Orsini Spratt, & Donegen, 2002)

ในปัจจุบันพบจำนวนมะเร็งเต้านมในเพศหญิงเป็นจำนวนมาก และเชื่อว่ามีมะเร็งเต้านมเป็น systemic disease จึงจำเป็นต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง การผ่าตัดเป็นการรักษาในขั้นแรก การใช้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา ฮอร์โมนบำบัด เป็นการรักษาร่วมกันหลายวิธีที่ตามมา ทั้งนี้เพื่อชัดและทำลายเซลล์มะเร็งที่คงเหลืออยู่ซึ่งจะทำให้หายจากโรคหรือทำให้ปลอดโรคนานขึ้น จากสถิติ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปี 2547-2548 จำนวน 142 ราย (เวชสถิติโรงพยาบาลรามาธิบดี, 2548) พบร้าเป็นโรคที่ผ่าตัดมากเป็นลำดับต้นๆ ในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี แม้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็งในระยะแรก แต่จากการรับรู้ว่าต้นเรื่องเป็นโรคมะเร็งหรือเนื้องอกชนิดร้ายแรงและต้องผ่าตัด ทำให้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยเกิดความรู้สึกโศกเศร้า เสียใจต่อการเจ็บป่วยและความรู้สึกเสียดาย อาลัยกับการสูญเสียเต้านม ส่วนผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดที่พบได้คือความพร่อง

ของการใช้แขนงข้างที่ผ่าตัดเต้านมและภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการชา เมื่อยแขน น้ำเหลืองคั่ง ได้แพลงผ่าตัดเต้านม การติดเชื้อ และข้อให้ลิดติด ส่วนผลกระทบทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ความรู้สึกเสียภาพลักษณ์ที่ดีของผู้หญิง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงอาจมีผลต่อเพศสัมพันธ์ตามมา

การผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วยมาก พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการผ่าตัดลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งก่อนขณะและหลังผ่าตัด ตลอดจนทำให้การผ่าตัดของศัลยแพทย์ดำเนินไปด้วยดี ดังนั้น ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดจึงได้พัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ใช้ความรู้หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based) และมีจุดมุ่งหมายที่ก่อให้เกิด Best Practice สำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อใช้เป็นแนวทางให้การพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะและหลังผ่าตัด ตลอดจนเพิ่มความพึงพอใจบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย

การสืบค้นงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

เริ่มต้นด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์ของการสืบค้น ซึ่งได้แก่ การสืบค้นงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม โดยคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ mastectomy, surgery, pre-operative anxiety, pre-operative education, randomised control trials ตัดเลือกงานวิจัยและ

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าว จาก Internet วิทยานิพนธ์ มาตรฐานการพยาบาล คำแนะนำ

การปฏิบัติ วารสารและตำรา จำนวนทั้งสิ้น 30 เรื่อง ตัวอย่างที่นำเสนอนี้ในตาราง

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

Number Authors/year	Design Level of evidence	Sample/Setting	Findings	Implication/ Implementation potential
1. Devine & Cook (1986)	meta-analysis experiment design Level A	วิเคราะห์งานวิจัย 102 เรื่อง ศึกษาผลของ Psycho-Educational Intervention ต่อการฟื้นหาย, ความปวด, ความสุข主观的 จิตใจและความพึงพอใจในการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	พบว่าได้ผลในทางบวกทำให้ความเจ็บปวดลดลง มีความสุขด้านจิตใจและมีความพึงพอใจในการดูแลของพยาบาล	ให้คำแนะนำ ความรู้และดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัดเพื่อลดความเจ็บปวดเพิ่มความสุขด้านจิตใจและความพึงพอใจในการดูแลของพยาบาล
2. Hathaway (1986)	Meta-analysis experiment design Level A	วิเคราะห์งานวิจัย 68 เรื่อง ผู้ป่วยญี่ปุ่น 2413 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 1605 ราย Level A กลุ่มควบคุม 808 ราย โดยศึกษาผลการสอนก่อนการผ่าตัดที่มีผลต่อผลลัพธ์ของ การผ่าตัด	พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด สิ่งที่พบ ความรู้สึกและเนื้อหาการดูแลด้านจิตใจก่อนการผ่าตัดทุกรูปแบบมีผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ เช่น ทำให้ความกลัวและวิตก กังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน 67%	สอนผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีในระยะหลังผ่าตัด
3. Hodgkinson, Evan, & O'Neill (2000)	Systemic Review of Research (RCT) Level A	วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยสร้างเป็น Evidence Based Practice Information Sheet for health Professional	การแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและเหตุการณ์ขณะผ่าตัดแก่ผู้ป่วยผ่าตัดก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึมั่นและตั้งใจกับเอกสารความรู้พร้อมให้คำอธิบายหลังรับไว้ในโรงพยาบาล	นำวิธีการแจกเอกสารความรู้พร้อมให้คำอธิบายเกี่ยวกับการผ่าตัดและเหตุการณ์ขณะผ่าตัดใน Preoperative visit ที่ห้องผ่าตัด
4. Shuldharm (1999)	Systemic Review of Research (RCT) Level A	วิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อลดภาวะเครียด ความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเลือกเฉพาะงานวิจัยแบบทดลองตั้งแต่ปี 1985-1996	สรุปผลการวิจัยพบว่าการบอกลิ้งค์ คาดหวังได้ในผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่แบบกลุ่ม หรือเดี่ยวไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลายด้าน เช่นลดวันนอนในโรงพยาบาล ลดความวิตกกังวล ลดความปวดและเพิ่มความพึงพอใจ	นำรูปแบบและชนิดของการให้ข้อมูล เช่น สิ่งที่พับและความรู้สึก การสร้างจินตภาพที่ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

Evidence based level (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544)

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดียวที่ design เป็น RCT

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น RCT อย่างน้อย

1. เรื่องหรือหลักฐานที่ได้จากการวิจัยที่มีการออกแบบรดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองซึ่งไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบทหารความล้มพ้นร์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการฉันทางติ (consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การนำไปใช้เพื่อประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดที่พัฒนาได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้

การทดลองใช้ ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในห้องผ่าตัดศัลยกรรมและรับไว้นอนในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมและรับไว้นอนในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 11 ราย โดยให้พยาบาลห้องผ่าตัดใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งเต้านม ดังนี้

1. ในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน ที่หอผู้ป่วย (pre operative visit)
2. ในวันที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด
3. หลังผู้ป่วยผ่าตัดในห้องพักฟื้น
4. ใน การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 วัน ที่หอผู้ป่วย (post operative visit)

สรุปผลการนำไปทดลองปฏิบัติในคลินิก

จากการศึกษาทั้ง 11 ราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด เช่น ไม่มีรอยถลอก รอยแดง ตุ่มพอง รอยใหม่บริเวณผิวนหนังจากการใช้เครื่องเจี้ไฟฟ้า ไม่มีอาการชาแนน แขนอ่อนแรง ข้อมือตกจากการจัดท่า ไม่มีลิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด จึงสรุปได้ว่า แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นเมื่อนำไปใช้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการพยาบาลในห้องผ่าตัดที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ และจากการประเมินความพึงพอใจพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในระดับมาก ร้อยละ 90.90 ระดับปานกลางร้อยละ 9.10 และไม่พบปัญหาหรืออุปสรรคในการนำแนวทางปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ในห้องผ่าตัดศัลยกรรม พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถนำแนวทางปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ด้วยตนเองได้ถูกต้อง ทั้งพยาบาลที่ปฏิบัติงานใหม่และพยาบาลที่ปฏิบัติงานมานานแล้ว ทำให้ห้องผ่าตัดได้รับทราบข้อมูลของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนถูกต้องเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการผ่าตัดผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

ควรนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมให้มีจำนวนมากขึ้น และวัดผลที่เกิดขึ้นในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย และการลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ว่าแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้หรือไม่อย่างไร ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ร.ศ. สุปานี เสนาดิลีย พ.ศ. อรอนงค์ พุมอาภรณ์ พ.ศ. ดร. เรณุ พุกนุญมี พ.ศ. พ.ณ. เยาวนุช คงด่าน และ พ.ศ. ศรีเวียงแก้ว เก้งเจิงเกียรติ์ตระกูล ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษา และเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพแนวทางปฏิบัตินี้ทำให้สำเร็จลุล่วงไปได้เป็นอย่างดี

ภาคผนวก

ตัวอย่างแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPGs) เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม สำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด

การผ่าตัดมะเร็งเต้านม เป็นการรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมด้วยวิธีการผ่าตัด ซึ่งพบบ่อย มี 2 ชนิด (Spear & Little, 1998) ได้แก่

1. Modified radical mastectomy เป็นการผ่าตัดโดยตัด breast tissue, prepectoral fascia, nipple, areola complex และ axillary lymph nodes โดยเก็บรักษา pectoralis major muscle และ pectoralis minor muscle ศัลยแพทย์จะวางท่อระบายนเลือดบริเวณรักแร้ และใต้ muscle flap ของ chest wall

2. Breast conservative surgery เป็นการผ่าตัดที่เก็บเต้านมไว้โดยการทำผ่าตัด wide excision, lumpectomy หรือ quadrantectomy และเปิดรอยแผลที่ axilla เพื่อตัดต่อมน้ำเหลืองที่ axilla ออก (axillary dissection) ใส่ท่อระบายนเลือดบริเวณเต้านมและรักแร้

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในระยะผ่าตัดมี 3 ระยะ

1. ระยะก่อนผ่าตัด หมายถึง ระยะที่เริ่มประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน หรือในเช้าของวันผ่าตัดจนกระทั่งผู้ป่วยอยู่บนเตียงผ่าตัด

2. ระยะผ่าตัด หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยอยู่บนเตียงผ่าตัดจนกระทั่งผ่าตัดเสร็จและย้ายไปห้องพักฟื้น

3. ระยะหลังผ่าตัด หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้นถึงหลังผ่าตัด 1 วัน ที่หอผู้ป่วย

ชาลิตา พรมทอง และคณะ

Assessment	Intervention	Outcome
<p>ระยะก่อนผ่าตัด</p> <p>Initial Assessment</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมิน/ทวนสอบ ความพร้อมก่อนการผ่าตัด (Level D: Busen, 2001; Groah, 1990) <ol style="list-style-type: none"> ด้านร่างกาย ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> สภาพร่างกาย น้ำหนักตัว ส่วนสูง และสภาพผิวหนัง ภูมิแพ้และการแพ้ต่างๆ เช่น ยา น้ำยา洁膚 เช่น พลาสเตอร์ปิดแผล และอาหาร การงดดาน้ำดื่มก่อนการผ่าตัด อย่างน้อย 6-8 ชม. การงดรับประทานยา抗凝血剂 anti-platelet drug เช่น aspirin, กลุ่ม anti-coagulant drug เช่น warfarin และกลุ่ม anti-inflammatory drug เช่น NSAIDS (Level D: Pass & Simpson, 2004) ผลตรวจห้องท้องปฏิบัติการผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี CBC, chest X-ray ผู้ป่วย อายุมากกว่า 40 ปี CBC, chest X-ray, P1, EKG การอดฟันปลอม แหวนและเลนส์สัมผัส เป็นต้น ด้านจิตใจ <ul style="list-style-type: none"> ความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว และการสูญเสียภาพลักษณ์ ความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย และครอบครัว ความชื่อชอบผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด 	<p>การเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Pre operative visit)</p> <ul style="list-style-type: none"> ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียน สังเกตสภาวะร่างกายและ ชักประวัติเพื่อเดินทาง แนะนำความสำคัญของการดูぶบุหรี่ เพื่อทำให้ผลผ่าตัดหายช้า (Chang et al., 2000) ส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลประจำ ห้องผู้ป่วย หากพบว่ามีความผิดปกติ และยังไม่ได้รับการแก้ไข สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงขณะรอ เข้าห้องผ่าตัดเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกทางการ พยาบาลของห้องผ่าตัด (perioperative nursing record) ส่งต่อข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ / ภาวะเสี่ยงที่พบกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วย ในห้องผ่าตัด <p>- รับฟังถึงที่ผู้ป่วยบอก เปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรายความรู้สึก บอกถึงที่ผู้ป่วยจะได้พ้น/เหตุการณ์ และความรู้สึกขณะผ่าตัด (Level A: Devine & Cook, 1986; Devine & Cook, 1992; Hathaway, 1986; The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000)(Level D: Carmody, Hickey, & Bookbinder, 1991; Hampe, 1975)</p> <p>- ค้นหาและใช้ประโยชน์จากผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย (Social support)(Level C: Makabe & Nomizu, 2006)</p> <p>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการ สื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน (Level C: Ben-Zur, Gilbar & Lev, 2001; Kilpatrick et al., 1998; Rees & Bath, 2000; Walker, 1997)</p> <p>- แนะนำวิธีการผ่อนคลายที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย เช่น การสร้างจิตภาพ Caring-Healing เป็นต้น (Level A: 1999; Norred, 2000; Shuldhham, 1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการผ่าตัด ลงนามยินยอมรับการผ่าตัด
<p>ระยะหลังผ่าตัด</p> <p>Postoperative Assessment</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมิน/ทวนสอบ ความพร้อมก่อนการผ่าตัด (Level D: Busen, 2001; Groah, 1990) <ol style="list-style-type: none"> ด้านร่างกาย ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> สภาพร่างกาย น้ำหนักตัว ส่วนสูง และสภาพผิวหนัง ภูมิแพ้และการแพ้ต่างๆ เช่น ยา น้ำยา洁膚 เช่น พลาสเตอร์ปิดแผล และอาหาร การงดดาน้ำดื่มก่อนการผ่าตัด อย่างน้อย 6-8 ชม. การงดรับประทานยา抗凝血剂 anti-platelet drug เช่น aspirin, กลุ่ม anti-coagulant drug เช่น warfarin และกลุ่ม anti-inflammatory drug เช่น NSAIDS (Level D: Pass & Simpson, 2004) ผลตรวจห้องท้องปฏิบัติการผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี CBC, chest X-ray ผู้ป่วย อายุมากกว่า 40 ปี CBC, chest X-ray, P1, EKG การอดฟันปลอม แหวนและเลนส์สัมผัส เป็นต้น ด้านจิตใจ <ul style="list-style-type: none"> ความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว และการสูญเสียภาพลักษณ์ ความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย และครอบครัว ความชื่อชอบผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด 	<p>การเยี่ยมประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Postoperative visit)</p> <ul style="list-style-type: none"> ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียน สังเกตสภาวะร่างกายและ ชักประวัติเพื่อเดินทาง แนะนำความสำคัญของการดูบบุหรี่ เพื่อทำให้ผลผ่าตัดหายช้า (Chang et al., 2000) ส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลประจำ ห้องผู้ป่วย หากพบว่ามีความผิดปกติ และยังไม่ได้รับการแก้ไข สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงขณะรอ เข้าห้องผ่าตัดเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกทางการ พยาบาลของห้องผ่าตัด (perioperative nursing record) ส่งต่อข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ / ภาวะเสี่ยงที่พบกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วย ในห้องผ่าตัด <p>- ความวิตกกังวลลดลง หรือไม่มี</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ปลอดภัย չ恐怖 เก็บเกี่ยว เข้าห้องผ่าตัด</p>	<ul style="list-style-type: none"> ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการผ่าตัด ลงนามยินยอมรับการผ่าตัด

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด

Assessment	Intervention	Outcome
	<ul style="list-style-type: none"> - ทวนสอบการรับรู้ความเข้าใจและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะหลังผ่าตัด (Level D: Rothrock, 2003; Wright & Dyck, 1984) เช่น รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำสามารถป้องกันการกลับเป็นชาข่องน้ำอarty ได้ (Level B: Chlebowski et al., 2006) 	
ระยะผ่าตัด		
1. ประเมินโอกาสเสี่ยง		
1.1 การผ่าตัดผิดคน ผิดช้าง และผิดตำแหน่ง	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตาม WI ของงานการพยาบาลผ่าตัดเรื่อง การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดช้าง ผิดตำแหน่ง (w-nsx-016) (Level D: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ, 2548; AORN official statement, 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคนถูกช้าง ถูกตำแหน่ง
1.2 การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้น้ำยาทำลายเชื้อและพลาสเตอร์ปิดแผล	<ul style="list-style-type: none"> - ตามชื่อ นามสกุลผู้ป่วยและทวนสอบการผ่าตัดทุกครั้งก่อนรับข้อห้องผ่าตัด - ทวนสอบป้ายชื่อ มือ ชื่อ นามสกุล ให้ตรงกับคำบอกของผู้ป่วย/ผู้ปักกรองและที่เวชระเบียน - ทวนสอบข้างและตำแหน่งผ่าตัดกับแผนการผ่าตัดของศัลยแพทย์ที่บันทึกในเวชระเบียน เอกสารยินยอมรับการผ่าตัดและ บริเวณที่ศัลยแพทย์ทำเครื่องหมายบนผิวนานั้นตำแหน่งที่จะผ่าตัดของผู้ป่วย - ประเมินผิวหนังบริเวณที่ใช้น้ำยา เช่น รอยผื่น รอยแดง (Level B: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2001) - ดูแลไม่ให้เกิดการบาดเจ็บ ของเส้นประสาท (Brachial plexus) ในขณะยกแขนข้างที่ทำผ่าตัดเพื่อเลาะต่อمن้าเหลืองบริเวณรักแร้ในให้แขนบิดหรืออมมากผิดปกติ ตลอดระยะเวลาผ่าตัด (Level D: สุธิตร วงศ์เกียรติชัย, 2547) - หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาทำลายเชื้อ / พลาสเตอร์ปิดแผลที่ผู้ป่วยแพ้ - สังเกตผิวหนังบริเวณที่มีผ้าสักน้ำยาทำลายเชื้อ/พลาสเตอร์ปิดแผล 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีรอยผื่นแดงบริเวณผิวหนัง ที่สัมผัสกับน้ำยาทำลายเชื้อ/พลาสเตอร์ปิดแผล
1.3 การติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> - ทราบให้ผู้ป่วยได้รับ prophylactic antibiotic ก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ - ตรวจสอบ chemical indicator ที่แสดงสถานะปลอดเชื้อทั้งภายนอกและภายในห้องผ่าตัด รวมเครื่องมือ เครื่องผ้าที่ใช้ในการผ่าตัด รวมกันระหว่างพยาบาล ส่งผ่าตัดและพยาบาลช่วยทั่วไป 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแผลติดเชื้อภายใน 72 ชม. หลังการผ่าตัด - ไม่ไว้ช้ำ - ไม่มีอาการปวดบวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัด

ชาลิตา พรมทอง และคณะ

Assessment	Intervention	Outcome
<p>- chemical indicator วันหมด อายุการใช้ สภาพของห่อเครื่องมือ เครื่องผ้า วัสดุที่ใช้ในการผ่าตัด น้ำยาและสารเคมี</p> <p>- สภาวะที่ทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรค เช่น ถุงมือขัดหรือรุ่งขยะผ่าตัด</p> <p>1.4 สิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด</p> <p>- ผ้าชั้บเลือด</p> <p>- เครื่องมือ/ของมีค่า/ส่วนประกอบของ เครื่องมือ เช่น สรุป เป็นต้น</p> <p>2. การเก็บและส่งขันเนื้อ (Surgical pathology)</p> <p>มะเร็งเต้านมเพื่อส่งตรวจ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ทวนสอบน้ำยาทำความสะอาด สารน้ำต่างๆ ให้พร้อมใช้งานไม่หมดอายุ และอยู่ในสภาพ ปลอดเชื้อ - ใช้เทคนิคปลดเชือตลดผลกระทบจากการผ่าตัด - ปฏิบัติตามหลักการป้องกันสิ่งแผลกลบлом ด้านในผู้ป่วย (Level C: Bani-Hani, Gharaibeh & Yagha, 2005) ตาม WI ของงานการพยาบาลผ่าตัด (w-nsx-013) (Level D: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ, 2548; AORN official statement, 2006) - ตรวจสอบและบันทึกผ้าชั้บเลือด ของมีค่า และเครื่องมือ ก่อนผ่าตัด และก่อนเย็บปิด ชั้นในของแผลผ่าตัด - กรณีที่มีไม่ครบ แจ้งแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดทราบและ ดำเนินการให้ครบ - กรณีหักหานแล้วไม่ครบแจ้งแพทย์ผ่าตัด เพื่อส่ง X-ray ค้นหาภายในรากบริเวณที่ผ่าตัด - ปฏิบัติตาม WI ของงานการพยาบาลผ่าตัด ดัง การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ (w-nsx-010) (Level D: คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพ, 2548; ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2547; AORN official statement, 2006) - พยาบาลส่งเครื่องมือเก็บขันเนื้อและส่งส่งตรวจ ที่ตัดออกจากต้นผู้ป่วยโดย confirm ชื่อ นามสกุล ข้างขันเนื้อ & ส่งส่งตรวจกับแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด ก่อนส่งต่อให้พยาบาลช่วยท้าไป เพื่อระบุ ชื่อ/ชั่ง ให้ถูกต้อง - พยาบาลช่วยท้าไปจัดเก็บและส่งตรวจเต้านมข้าง ที่ตัดออกตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยแบ่งเต้านม และต่อมน้ำเหลืองน้ำยา 10 % Formalin ทันทีที่ ตัดออกจากผู้ป่วย พร้อมระบุเวลาที่แช่ Formalin - ตรวจจลักษณ์ ... - ตรวจสอบแบบฟอร์มการขอส่งตรวจที่แพทย์กรอก รายละเอียดให้ครบถ้วน และตรงบับชื่อผู้ป่วย และสิ่งส่งตรวจ ... - แจ้งเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับเพื่อรายงานผลการตรวจ บนแบบฟอร์มการส่งตรวจ - ประสานงานเจ้าหน้าที่หน่วยพยาธิวิทยา ก่อนส่ง ขันเนื้อตรวจ 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีสิ่งแผลกลบломด้านใน แผลผ่าตัด - ส่งตรวจขันเนื้อได้ถูกต้อง ตามแผนการรักษา

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด

Assessment	Intervention	Outcome
3. ประเมินตำแหน่งของท่อระบายนเลือด (Hemovac, Jackson Pratt) จากแผลผ่าตัด <ul style="list-style-type: none"> - การหดตัวอ่อนพับงอ - ขาดรองรับเลือด 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบท่อระบายนเลือดในให้หักพับงอ และเลื่อนหลุด.....เป็นระบบปิด - ชาร์ตรองรับเลือดคงสภาพสูญญากาศ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีเดือด/สิ่งคัดหลังที่ติดค้างจากแผลผ่าตัด ระบายออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ประเมินการเสียเลือด Blood loss < 200 cc/hr	<ul style="list-style-type: none"> - คำนวณปริมาณการสูญเสียเลือด ขณะทำผ่าตัดจากผ้าซับเลือด... - บันทึกปริมาณสารน้ำที่ใช้ในการ Irrigate แผลผ่าตัด - ผู้ป่วยปลดภัยไม่เกิดภาวะตกเลือด - ติด monitor วัดความดันโลหิต... - ตรวจจดและบันทึกสัญญาณชีพ SpO₂ - ติดตาม Aldrett's Score และ Score อื่นๆ ตามเกณฑ์ของ Post Anesthetic Recovery Score ทุก 15 นาที - ตรวจดูปริมาณเลือดบริเวณผ้าปิดแผลผ่าตัด... - สังเกตอาการและอาการแสดงของการขาดน้ำ... (Level D: วรรภา สุวรรณจินดา, 2536) - บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก - ให้สารน้ำทดแทนในปริมาณที่เพียงพอ กับความต้องการของผู้ป่วย (Level D: วรรภา สุวรรณจินดา, 2536) 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะตกเลือด - ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน - ผู้ป่วยได้สารน้ำ และหรือ ประกอบของเลือดอย่างเพียงพอ - ไม่อุญในสภาวะ shock
ระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น และการวางแผนงานนำร่องจากห้องพักฟื้น 1. ประเมินสภาพร่างกายและแผลผ่าตัด ผ่าตัดของผู้ป่วยในห้องพักฟื้นตามเกณฑ์ของ ส่วน Post Anesthetic Recovery Score... <ul style="list-style-type: none"> 1.1 ประเมินการเสียเลือด <ul style="list-style-type: none"> - ปริมาณเลือดบริเวณแผลผ่าตัด - ปริมาณเลือดจากท่อระบายนเลือดมากกว่า 200 cc ใน 1 ชม. 1.2 ประเมินระดับความปวดจากการปวดแผลผ่าตัด โดยใช้ numeric' pain score 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจดูปริมาณเลือดบริเวณผ้าปิดแผลผ่าตัด... - สังเกตอาการและอาการแสดงของการขาดน้ำ... (Level D: วรรภา สุวรรณจินดา, 2536) - บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก - ให้สารน้ำทดแทนในปริมาณที่เพียงพอ กับความต้องการของผู้ป่วย (Level D: วรรภา สุวรรณจินดา, 2536) - ให้ผู้ป่วยบอกความปวดของตนเองลงในแบบประเมิน pain scale ที่บันทึก - สังเกตและบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน - ประเมินก่อนนำส่งห้องผู้ป่วยตามเกณฑ์ การหายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด (Post operative visit) <ul style="list-style-type: none"> - Spo₂ > 95 % - ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ห้องผู้ป่วย เพื่อประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของ พยาบาลห้องผ่าตัด (Post operative visit) 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการบรรเทา - ผู้ป่วยพักฟื้นได้ - ผู้ป่วยปลอดภัยพ Wohnung - ผู้ป่วยพักฟื้นได้
2. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ก่อนย้ายกลับห้องผู้ป่วยตามเกณฑ์ (Level D: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์และภาควิชาสังคมวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2540) 3. ประเมินผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด ที่ห้องผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> 3.1 ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่มีผลจากการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด สภาพผิวนัง รอยคลอก รอยแดง ตุ่มพอง รอยใหม่ <ul style="list-style-type: none"> • อาการชาแน แขนอ่อนแรง ข้อเมื่อตกล • อาการปวดแหลมรุนแรง เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินก่อนนำส่งห้องผู้ป่วยตามเกณฑ์ การหายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด (Post operative visit) <ul style="list-style-type: none"> - สังเกตร่างกายทั่วไปและสอบถาม ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วย - ให้คำแนะนำผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยร้องขอ ไขข้อมูลเชิงที่เหมาะสมและส่งต่อข้อมูลแก่ พยาบาลที่ห้องผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีความผิดปกติของสภาพผิวนัง - ไม่มีอาการชาที่แข็ง เป็นต้น

ผลลัพธ์โดยรวม

ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการผ่าตัดถูกต้องตามแผนการรักษา^ร สืักตัวดี และความปวดบรรเทาลงภายหลังการทำผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการ Evidence-Based Medicine and Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำในการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinical Practice Guidelines). สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 18(6), 36-47.

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ. (2548). วิธีทำงานเรื่องการป้องกันการผ่านตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง (W-NSX-016) วิธีปฏิบัติงาน งานการพยาบาลผ่าตัด, ฉบับที่ 1, คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

ຄະນະອຸນ່ງກຽມການພັດທະນາຄຸມກາພ. (2548). ວິຊີ່ທຳຈານເຮື່ອການ
ປົ້ນກັນລຶ່ງແປລັກປລອມຕົກຄ້າໃນຕັ້ງຜູ້ປ່າຍ (W-NSX-013)
ວິທີປົກບັດໃຈນາງ ຈາກການພຢາບາລຸກຳຕັດ, ຈົບບັນທຶກ 1, ຄະນະ
ແພັນຍາຄສຕ່ວງໂຈງພາກາລຽມາອີນເດືອນ.

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพฯ (2548) วิธีทำงานเรื่องการจัดการกับลิ้งส่งตรวจ (W-NSX-010) วิธีปฏิบัติงานในการพยายามผลักดัน, ฉบับที่ 1, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพฯ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์และภาควิชาสัญญารัฐไทย. (2540).
เอกสารแนวทางการปฏิบัติงานห้องพักพื้น (Quality Procedure). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
(2547).คู่มือการใช้บริการทางพยาธิวิทยา (หน้า 180-182).
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

วรรณ สุวรรณจิตา. (2536). ภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดต่ำ. ใน อังกาน ปราการัตน์ และคณะ (บก.), กัญชองการให้ยาแรงขับความรู้สึก (หน้า 85). กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.

เวชสหติโรงพยาบาลรามาธิบดี. (2548). ฐานข้อมูลอิเลคทรอนิก. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. สุมิตรา วงศ์เกียรติธรรม. (2547). Postoperative complication after breast surgery. ใน สุรพงษ์ สุภารถ. และคณะ (บก.), มะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ: โฆษณาการพิมพ์.

AORN Official Statement. (2006). Statement on correct site surgery. In AORN, *Standards Recommended Practices and Guidelines* (pp. 348–351). Denver: AORN.

AORN Official Statement. (2006). Recommended practices for count-sponge, sharp and instrument. In AORN, *Standards Recommended Practices and Guidelines* (pp. 459–468). Denver: AORN.

AORN Official Statement. (2006). Recommended practices for the care and handling of specimen in the perioperative environment. In AORN, *Standards Recommended Practices and Guidelines* (pp. 607–614). Denver: AORN.

Bani-Hani, K. E., Gharaibeh, K. A., & Yaghan, R. J. (2005). Retained surgical sponges (gossypiboma). *Asian Journal of Surgery, 28*(2), 109–115.

Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 32-39.

Busen, N. H. (2001). Perioperative preparation of the adolescent surgical patient. *AORN Journal*. Retrieved November 28, 2006, from http://www.findarticles.com/p/articles/mi_mofsl/is_2_73/ai_70871435/Print.

Carmody, S., Hickey, P., & Bookbinder, M. (1991). Perioperative needs of families: Results of surgery. *AORN Journal*, 54(3), 561-567.

Chang, D. W., Reece, G. P., Wang, B., Robb, G. L., Miller, M. J., Evans, G. R., et al. (2000). Effect of smoking on complications in patients undergoing free TRAM flap breast reconstruction. *Plastic Reconstruction Surgery*, 105(7), 2374-2380.

Chlebowski, R. T., Blackburn, G. L., Thomson, C. A., Nixon, D. W., Shapiro, A., Hoy, M. K., et al. (2006). Dietary fat reduction and breast cancer outcome: Interim efficacy results from the Women's Intervention Nutrition Study. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(24), 1753–1755.

Devine, E. C., & Cook, T. D. (1986). Clinical and cost saving effects of psychoeducational interventions with surgical patients: A meta-analysis. *Research in Nursing and Health*, 9(2), 89-105.

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด

- Devine, E. C., & Cook, T. D. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A theory probing meta-analysis of intervention studies In T. D. Cook, H. Cooper, T. H. Cordray, H. Hartman, LV Hedges, R. J. Light, et al. (Eds.), *Meta-analysis for explanation: A casebook*. New York: Russell Sage Foundation.
- Groah, L. K. (1990). *Operating Room Nursing: Perioperative practice* (2nd ed.). East Norwalk: Appleton & Lange.
- Hampe, S. O. (1975). Needs of the grieving spouse in a hospital setting. *Nursing Research*, 24(2), 113-120.
- Hathaway, D. (1986). Effect of pre-operative instruction on post-operative outcome: A meta-analysis. *Nursing Research*, 5(35), 269-275.
- Kilpatrick, M. G., Kristjanson, L. J., Tataryn, D. J., & Fraser, V. H. (1998). Information needs of husbands of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25(9), 1595-1601.
- Makabe, R., & Nomizu, T. (2006). Social support and psychological and physical states among Japanese patients with breast cancer and their spouses prior to surgery. *Oncology Nursing Forum*, 33(3), 651-655.
- Norred, C. L. (2000). Minimizing perioperative anxiety with alternative caring-healing therapies. *AORN Journal*, 72(5), 838-842.
- Orsini, J. A., & Spratt, J. S., & Donegan, W. L. (2002). *Cancer of the breast* (5th ed.). Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Pass, S. E., & Simpson, R. W. (2004). Discontinuation and reinstitution of medications during the perioperative period. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 61(9), 899-912.
- Rees, C. E., & Bath, P. A. (2000). Exploring the information flow: Partners of women with breast cancer, patients and healthcare professionals. *Oncology Nursing Forum*, 27(8), 1267-1275.
- Rothrock, J. C. (2003). Breast surgery. In J. C. Rothrock, D. A. Smith, & D. R. McEwen (Eds.), *Alexander's care of the patient in surgery* (pp. 644-645). St. Louis: Mosby.
- Shuldhham, C. (1999). A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 36(2), 171-177.
- Spear, S. L., & Little, J. W. (1998). *Surgery of the breast: Principles and art*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. (2000). Knowledge retention from pre-operative patient information. *Best Practice: Evidence Best Practice Information Sheet for Health Professional*, 4(6), 1-6. Retrieved June 12, 2007, from <http://www.joannabriggs.edu.au>
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2001). A follow-up review of wrong site surgery, *Sentinel Event Alert*, 24. Retrieved November 28, 2006, from http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_24.htm
- Walker, B. L. (1997). Adjustment of husband and wives to breast cancer. *Cancer Practice*, 5(2), 92-98.
- Wright, K., & Dyck, S. (1984). Express concerns of adult cancer patients' family members. *Cancer Nursing*, 7(5), 371-374.

Using an Evidence-Based Approach for Developing Clinical Nursing Practice Guidelines for Breast Cancer Patients Undergoing Surgery

Chalila Phomtong* R.N., M.Ed. (*Educational Psychology*)

Pinit Prechanond** R.N., M.Sc. (*Public Health*)

Sarawan Pavavattananusorn*** R.N., B.Sc. (*Nursing*)

Srisuwan Choukit*** R.N., B.Sc. (*Nursing*)

Kanda Kanjanapho* R.N., B.Sc. (*Nursing*)

Abstract: Breast cancer surgery including mastectomy is one of the most common operations in the operating theater. Peri-operative nurses are the team members who play a main role in nursing care the patients undergoing surgery physically and psychologically. The goals are to promote patients' safety, prevent complications, and relieve pain in each stage of the procedure. The aim of this study is to present steps of developing clinical nursing practice guidelines, including collecting and analyzing relevant research studies, standard review, manual information, and documents, and then, gathering them to develop CNPGs of all stages of breast cancer surgery for peri-operative nurses. The content validity was conducted before being used with 11 women with breast cancer, who were undergone modified radical mastectomy and admitted to Ramathibodi Hospital. The author and team used the CNPGs in pre-operative visit (one day before surgery), intra-operative, immediate post-operative period in the recovery room and post-operative visit (one day after surgery) and the data were recorded. Then, almost all of the patients reported their satisfaction with nursing care of peri-operative nurses in the high level. Also, the result showed neither complications of peri-operative nursing such as pain or numbness due to brachial nerve injury nor instruments left in surgical wounds. It is proposed that this CNPG should be useful for promoting care quality in breast cancer patients who undergo surgery.

Keywords: Clinical nursing practice guidelines, Mastectomy, Evidence-based approach, Patient satisfaction

*Registered nurse, Operating Room Division, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Associate Professor, Operating Room Division, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Expert Nurse, Operating Room Division, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University