

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการให้คำปรึกษาด้านยีนกลายพันธุ์
เพื่อเพิ่มความรู้ด้านยีนกลายพันธุ์ และลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
กลุ่มเสี่ยงพบยีนกลายพันธุ์: การศึกษานำร่อง
Development of a Nursing Practice Guideline for Gene Mutations
Counseling to Enhance Gene Mutations Knowledge and Reduce
Anxiety among Breast Cancer Patients at Risk for Genetic Mutations:
A Pilot Study

ธิยา นุสายรัมย์, พย.บ*

บุษบา สมใจวงศ์, ประ.ด. (การพยาบาล)**

สุพันธ์ อุ่นใจ, ประ.ด. (การพยาบาล)***

Thiya Nusairam, B.N.S. *

Busaba Somjaivong, Ph.D. (Nursing) **

Supan Unjai, Ph.D. (Nursing) ***

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย 40000

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย 40000

***อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย 40000

*A student of the master of nursing science program in adult and gerontological nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen Province, Thailand, 40000

**Assistant Professor, Department of Adult, Faculty of Nursing, Khon Kaen University Khon Kaen District, Khon Kaen Province, Thailand, 40000

***Lecturer, Department of Adult, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen Province, Thailand, 40000

Corresponding author, E-mail address: bussom@kku.ac.th

Received: 12 May 2026. Revised: 15 Jun 2026. Accepted: 24 Jul 2026.

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : มะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 หรือ BRCA2 ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงการเกิดมะเร็งซ้ำและก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วย แม้ว่าการให้คำปรึกษาด้านยีนกลายพันธุ์อย่างเป็นระบบ จะมีส่วนช่วยลดความวิตกกังวลตลอดกระบวนการตรวจคัดกรอง แต่แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในประเด็นดังกล่าวยังคงมีข้อจำกัดในบริบทของประเทศไทย
- วัตถุประสงค์** : เพื่อพัฒนาและประเมินผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการให้คำปรึกษาด้านยีนกลายพันธุ์ต่อความรู้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงต่อการพบยีนกลายพันธุ์
- วิธีการศึกษา** : การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของ Soukup โดยดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนหลักฐานและพัฒนาแนวปฏิบัติ และทดลองใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 30 ราย ณ คลินิกมะเร็งและโรคทั่วไป โรงพยาบาลสุรินทร์ ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านยีนกลายพันธุ์และแบบประเมินความวิตกกังวล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Friedman test และ Wilcoxon signed-rank test

- ผลการศึกษา** : กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ พบว่า ก่อนได้รับคำปรึกษา คะแนนเฉลี่ย 14.5 ± 2.8 หลังได้รับคำปรึกษาทันที คะแนนเฉลี่ย 16.4 ± 1.8 และติดตามผล 1 เดือน คะแนนเฉลี่ย 18.2 ± 1.0 เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 ระยะพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 34.137, p < 0.001$) ส่วนคะแนนความวิตกกังวล พบว่า ก่อนได้รับคำปรึกษา คะแนนเฉลี่ย 38.4 ± 11.3 หลังได้รับคำปรึกษาทันที คะแนนเฉลี่ย 35.9 ± 11.6 และติดตามผล 1 เดือน คะแนนเฉลี่ย 24.8 ± 6.1 เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 ระยะ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 14.708, p = 0.001$)
- สรุป** : แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มความรู้ด้านยีนกลายพันธุ์และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มเสี่ยงต่อการพบยีนกลายพันธุ์ได้อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น โดยมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบและยืนยันประสิทธิผลของแนวปฏิบัติดังกล่าว
- คำสำคัญ** : การตรวจยีนกลายพันธุ์ การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม ความวิตกกังวล แนวปฏิบัติการพยาบาล มะเร็งเต้านม

ABSTRACT

- Background** : Breast cancer is associated with hereditary BRCA1 or BRCA2 genetic mutations, which significantly increase the risk of cancer recurrence and contribute to anxiety among patients. Although systematic genetic mutation counseling has been shown to reduce anxiety throughout the screening process, standardized practice guidelines addressing this issue remain limited within the Thai context.
- Objective** : To develop and evaluate the effects of a pilot nursing practice guideline for genetic mutation counseling on knowledge and anxiety among breast cancer patients at risk for genetic mutations.
- Methods** : The nursing practice guideline was developed using Soukup's conceptual framework across three phases: situational analysis, evidence review and guideline development, and pilot implementation among 30 breast cancer patients at the Cancer and General Medicine Clinic, Surin Hospital. Outcomes were evaluated using a genetic mutation knowledge assessment and an anxiety assessment tool, and data were analyzed using descriptive statistics, the Friedman test, and the Wilcoxon signed-rank test.
- Results** : Before counselling, the participants had a mean knowledge score was 14.5 ± 2.8 . The mean score increased to 16.4 ± 1.8 immediately after counseling and to 18.2 ± 1.0 at the one-month follow-up. Knowledge

scores differed significantly across the three time points ($\chi^2 = 34.137$, $p < 0.001$). For anxiety, the mean score was 38.4 ± 11.3 before counseling, 35.9 ± 11.6 immediately after counseling, and 24.8 ± 6.1 at the one-month follow-up. Anxiety scores also differed significantly across the three time points ($\chi^2 = 14.708$, $p = 0.001$).

Conclusions : The developed nursing practice guideline enhanced genetic mutation knowledge and reduced anxiety among breast cancer patients at risk for genetic mutations. However, further studies with larger sample sizes and control groups are warranted to compare and confirm the effectiveness of this guideline.

Keywords : Genetic Mutation Testing, Genetic Counseling, Anxiety, Nursing Practice Guidelines, Breast Cancer.

หลักการและเหตุผล

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีทั่วโลก มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 2.3 ล้านคนและผู้เสียชีวิตประมาณ 670,000 รายต่อปี^(1,2) ประเทศไทยมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสุรินทร์ในช่วง พ.ศ. 2564-2566 โดยผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปี มีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 30.8⁽³⁾ ยีน breast cancer susceptibility gene 1 (BRCA1) และ breast cancer susceptibility gene 2 (BRCA2) เป็นยีนกดการเกิดเนื้องอก (tumor suppressor genes) ที่เกี่ยวข้องกับการซ่อมแซมความเสียหายของสารพันธุกรรม (DNA) การกลายพันธุ์ชนิดก่อโรคของยีนดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมตลอดช่วงชีวิตร้อยละ 45-72 และพบได้ร้อยละ 10-30 ของมะเร็งเต้านมที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม^(4,5) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบยีนกลายพันธุ์ ได้แก่ การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมก่อนอายุ 50 ปี มะเร็งเต้านมชนิด triple-negative breast cancer (TNBC) ซึ่งไม่มีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน ตัวรับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน และตัวรับ human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) จึงมีแนวโน้มดำเนินโรครวดเร็วและมีทางเลือกการรักษาแบบจำเพาะจำกัดการเป็นมะเร็งเต้านมหลายตำแหน่ง มะเร็งเต้านมในเพศชายและการมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่^(5,6) การตรวจยีนจึงมีบทบาทสำคัญต่อการวางแผน

รักษาและการเฝ้าระวังระยะยาว^(7,8) แม้การรักษาหลักยังพิจารณาตามระยะโรค ลักษณะทางพยาธิวิทยา และสถานะตัวรับ แต่ผลการตรวจ BRCA1/2 อาจมีผลต่อการเลือกการรักษาบางกรณี การวางแผนผ่าตัดและการติดตามความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดมะเร็งเต้านมอีกข้าง ผู้ป่วยจึงควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางเฝ้าระวังและลดความเสี่ยงอย่างครบถ้วน^(9,10)

การให้คำปรึกษาด้านยีนกลายพันธุ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นกระบวนการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเข้ารับการตรวจทางพันธุกรรมอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในอนาคตและการถ่ายทอดยีนกลายพันธุ์สู่บุตรหลาน อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงรอผลและรับทราบผลตรวจ^(10,11) ดังนั้น การให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบจึงมีความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมด้านอารมณ์ การทำความเข้าใจผลตรวจ และการตัดสินใจร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว

คลินิกมะเร็งและโรคทั่วไป โรงพยาบาลสุรินทร์ มีพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิก 4 คน มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเฉลี่ย 4.5 ปี และผ่านการอบรมด้านการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม 2 คน คิดเป็น

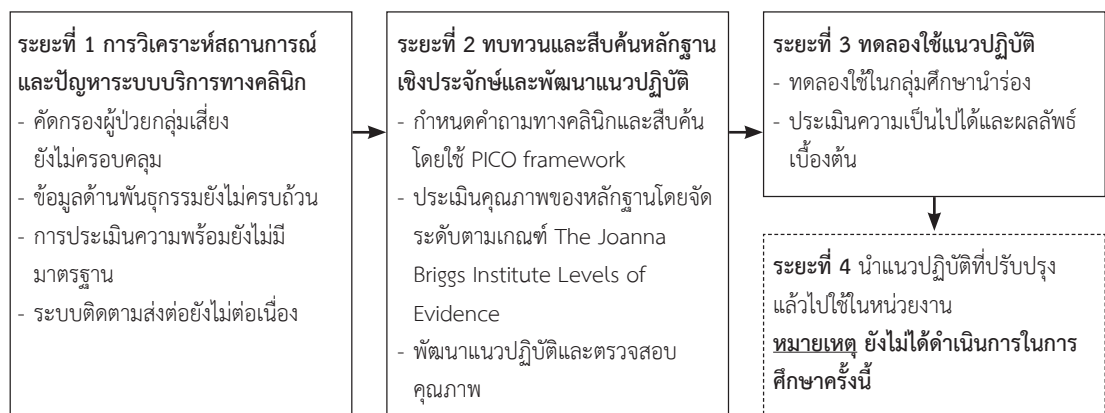
ร้อยละ 50.0 บ่งชี้ถึงข้อจำกัดของบุคลากรที่มีความรู้ และทักษะเฉพาะด้าน นอกจากนี้ หน่วยงานยังไม่มี แนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาที่ชัดเจน การประเมินความเสี่ยง การให้ข้อมูล การส่งตรวจทางพันธุกรรมและการ ติดตามผลจึงขึ้นอยู่กับความรู้ ประสบการณ์และ ดุลยพินิจของพยาบาลแต่ละคน ส่งผลให้การคัดกรอง อาจไม่ครอบคลุมและการปฏิบัติไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งไม่สอดคล้องกับแนวทางของ National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ซึ่งเป็น องค์การเครือข่ายศูนย์มะเร็งชั้นนำของสหรัฐอเมริกาที่จัด ทำแนวทางเวชปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์⁽⁷⁾ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่เป็นมาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการคัดกรองและการให้ คำปรึกษาอย่างเป็นระบบ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ ถูกต้อง ลดความวิตกกังวล และสามารถวางแผน ใฝ่ระวังและลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งซ้ำได้ อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการให้คำปรึกษาด้านยีนกลายพันธุ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงต่อการพบยีนกลายพันธุ์
2. เพื่อประเมินผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลต่อความรู้ด้านยีนกลายพันธุ์และความวิตก กังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup's Evidence-Based Practice Model)⁽¹²⁾ ซึ่งพัฒนาสำหรับ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก และเชื่อมโยงปัญหาจาก การปฏิบัติกับหลักฐานวิจัยอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาจากหลักฐานหรือ สถานการณ์ทางคลินิก (evidence-triggered phase) 2) การสืบค้น ประเมิน และสังเคราะห์หลักฐาน (evidence-supported phase) 3) การทดลองใช้และ ประเมินผลแนวปฏิบัติ (evidence-observed phase) และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่มีหลักฐานสนับสนุนไปใช้ อย่างต่อเนื่อง (evidence-based phase) (แผนภาพที่ 1) กรอบแนวคิดนี้สอดคล้องกับกระบวนการศึกษาที่เริ่มจาก การวิเคราะห์ปัญหาการให้คำปรึกษาด้านยีนกลายพันธุ์ การสืบค้นและสังเคราะห์หลักฐาน เพื่อนำมาพัฒนา แนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบทบาทพยาบาลและบริบท ของคลินิกมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์ ตลอดจนเอื้อต่อ การทดลองใช้และประเมินผล การศึกษาค้นคว้านี้ดำเนินการ ในระยะที่ 1-3 และทดลองใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่าง นำร่องจำนวน 30 ราย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชูชีพ⁽¹²⁾ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาาระบบบริการทางคลินิก (evidence-triggered) วิเคราะห์ปัญหาจากหลักฐาน 2 แหล่ง ได้แก่ ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (practice triggers) และตัวกระตุ้นจากแหล่งความรู้ (knowledge triggers) ดังนี้

1.1 ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (practice triggers) สถิติคลินิกมะเร็งและโรคทั่วไป โรงพยาบาลสุรินทร์ ปี พ.ศ. 2566-2567 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 416 และ 450 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เข้าเกณฑ์ตรวจยีนกลายพันธุ์ 230 และ 270 ราย แต่ได้รับการตรวจเพียงร้อยละ 50.0 และ 65.2 ตามลำดับ การวิเคราะห์ระบบบริการพบว่า การคัดกรองและการให้คำปรึกษายังไม่เป็นระบบ พยาบาลบางส่วนขาดการอบรมเฉพาะทางและให้คำปรึกษาตามประสบการณ์ ทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน มีความรู้ไม่เพียงพอ และวิตกกังวลต่อผลตรวจ รวมทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการส่งต่อและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.2 ตัวกระตุ้นจากแหล่งความรู้ (knowledge triggers) การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2 เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่⁽¹³⁻¹⁴⁾ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งหลายราย เป็นมะเร็งตั้งแต่อายุน้อย หรือเป็นมะเร็งหลายตำแหน่ง ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรมตั้งแต่วัยแรก เพื่อเข้าสู่กระบวนการตรวจยีนและรับคำปรึกษาอย่างเหมาะสม จึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการคัดกรองและให้คำปรึกษาด้านยีนกลายพันธุ์อย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มเสี่ยง

ระยะที่ 2 ทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาแนวปฏิบัติ (evidence-supported) ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นและพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 กำหนดวัตถุประสงค์การสืบค้น คือ เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มเสี่ยงต่อการพบยีนกลายพันธุ์

2.2 กำหนดคำถามทางคลินิก 2 คำถาม ได้แก่
1) แนวทางการคัดกรองความเสี่ยงต่อการมียีนกลายพันธุ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรดำเนินการอย่างไร และ
2) แนวทางการให้คำปรึกษาด้านยีนกลายพันธุ์เพื่อเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มเสี่ยงควรดำเนินการอย่างไร

2.3 กำหนดคำสืบค้นโดยใช้กรอบ PICO framework โดย P(Population): “breast Neoplasms” or “breast cancer” or “mammary neoplasms” or “malignant breast tumor” or “breast carcinoma” I1(Intervention): “nursing care” or “nursing management” or “nursing intervention” or “Protocol” or “guideline” or “best practice” I2(Intervention): “model” or “model of care” or “care model” or “nursing model” or “system” or “development” or “care process” or “practice model” C(Comparison): usual care O(Outcome): “genetic counseling” or “genomics counseling” or “counseling system development” เพื่อให้ครอบคลุมคำสำคัญเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม การพยาบาล และผลลัพธ์ด้านความรู้ ความวิตกกังวล และการคัดกรองความเสี่ยง

2.4 กำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้น การศึกษานี้ สืบค้นโดยฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, ProQuest, CINAHL, Nature และ Science Direct

2.5 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอายุมากกว่า 18 ปี หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เผยแพร่แบบ free full text ตีพิมพ์ ภาษาอังกฤษ และตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2015-2025 เกณฑ์คัดออก ได้แก่ การศึกษาในผู้ป่วยระยะท้าย

2.6 ประเมินคุณภาพหลักฐานโดยใช้เกณฑ์ The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence⁽¹³⁾ พบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดเลือกจำนวน 20 เรื่อง ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมีระดับข้อเสนอแนะ A ทั้งหมด ก่อนนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

2.7 การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ จากการนำหลักฐานที่ได้จำนวน 20 เรื่องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์โดยพบประเด็นหลักเกี่ยวกับการสร้างแนวปฏิบัติ ได้เป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เสี่ยงต่อการพบยีนกลายพันธุ์มีความสำคัญต่อการวางแผนดูแล โดยประเมินประวัติครอบครัวและปัจจัยทางคลินิก กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปี มะเร็งเต้านมชนิด TNBC มะเร็งเต้านมในเพศชาย มะเร็งหลายตำแหน่ง หรือมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม^(5,6,14)

ประเด็นที่ 2 การให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มเสี่ยงต่อการพบยีนกลายพันธุ์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน^(14,15) ได้แก่ การให้คำปรึกษาก่อนการทดสอบทางพันธุกรรม โดยประเมินความรู้ ภาวะจิตสังคม ความวิตกกังวล และประวัติครอบครัวด้วยแผนผังเครือญาติสามรุ่น พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ ข้อจำกัด ผลกระทบ การแปลผลตรวจ และขอความยินยอมก่อนตรวจ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ การทดสอบทางพันธุกรรมซึ่งนิยมใช้ตัวอย่างเลือด เพื่อประเมินความเสี่ยง สนับสนุนการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาเฉพาะบุคคลภายใต้การดูแลของทีมนสหสาขาวิชาชีพ⁽⁸⁾ และการให้คำปรึกษาหลังการทดสอบ โดยแจ้งและอธิบายผลตรวจ รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การลดความเสี่ยง การติดตามเฝ้าระวัง และการประเมินสมาชิกครอบครัวตามผลตรวจ และระดับความเสี่ยงรายบุคคล⁽¹⁶⁾

2.8 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการให้คำปรึกษาด้านยีนกลายพันธุ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มเสี่ยง จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ แนวปฏิบัติประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 2) การให้คำปรึกษาก่อนตรวจ การตรวจทางพันธุกรรม และการให้คำปรึกษาหลังตรวจ^(14,15) 3) การประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory (STAI)⁽¹⁷⁾ จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็นความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (State Anxiety: S-Anxiety) และความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety: T-Anxiety) ด้านละ 20 ข้อ มีคะแนนด้านละ 20-80 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงความวิตกกังวลที่สูงขึ้น 4) การให้ความรู้และประเมินความรู้เกี่ยวกับ

ยีนกลายพันธุ์ด้วยแบบประเมินความรู้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม⁽¹⁸⁾ และ 5) การใช้ LINE Official Account เพื่อให้ความรู้ติดตามผล ตอบข้อซักถาม และให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูล ลดความวิตกกังวล และสนับสนุนการตัดสินใจตรวจทางพันธุกรรม

2.9 การตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาล ดำเนินการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ด้านมะเร็ง 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 2 ท่าน ผลการประเมินด้วยเครื่องมือ AGREE II⁽¹⁹⁾ ได้คะแนนภาพรวมร้อยละ 94.2 และเห็นสมควรให้นำไปใช้ ส่วนค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบคัดกรองโปรแกรมให้คำปรึกษาและระบบคัดกรองผ่าน LINE Official Account เท่ากับ 1.0 1.0 และ 0.9 ตามลำดับ^(20,21) โดยปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติ (evidence - observed phase)

ภายหลังการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มเสี่ยงต่อการพบยีนกลายพันธุ์ จำนวน 30 ราย ณ คลินิกมะเร็งและโรคทั่วไป โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าเป็นผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีข้อบ่งชี้ความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมก่อนอายุ 50 ปี มะเร็งเต้านมซ้ำหรือมะเร็งเต้านมสองข้าง มะเร็งเต้านมชนิด TNBC มะเร็งหลายตำแหน่ง หรือมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งที่สัมพันธ์กับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม เครื่องมือประเมินผลประกอบด้วย 2 ชนิด ได้แก่ 1) แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และ 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับยีนกลายพันธุ์ โดยประเมิน 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนให้คำปรึกษา หลังให้คำปรึกษาทันที และระยะติดตาม 1 เดือน เมื่อทราบผลตรวจทางพันธุกรรม ทั้งนี้ โรงพยาบาลใช้เวลารายงานผลตรวจประมาณ 1 เดือน ผู้วิจัยจึงกำหนดการติดตามความรู้และความวิตกกังวลในระยะดังกล่าว เพื่อประเมินผลและให้คำปรึกษาด้านยีนกลายพันธุ์หลังทราบผลตรวจ โดยเครื่องมือมีค่าความ

เชื่อมั่นของ STAI-T เท่ากับ 1.0 และ STAI-S ก่อนให้คำปรึกษา หลังให้คำปรึกษาทันที และระยะติดตาม 1 เดือน เท่ากับ 0.8 1.0 และ 0.9 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับยีนกลายพันธุ์ 2 ชุด ชุดละ 20 ข้อ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.8 และ 0.8 ตามลำดับ⁽²²⁾

ระยะที่ 4 นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริง ในหน่วยงาน (evidence-based phase)

เนื่องจากระยะนี้ไม่ได้ดำเนินการในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงวางแผนนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริง โดยนำเสนอต่อบุคลากรในหน่วยงาน จัดทำคู่มือการให้คำปรึกษาด้านยีนกลายพันธุ์ และติดตามผลลัพธ์ด้านการคัดกรอง การให้คำปรึกษา ความรู้ ความวิตกกังวล และการส่งต่อรักษาเป็นรายเดือนอย่างต่อเนื่อง

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE682241 ลงวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2569 และโรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่ 18/2569 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วม พร้อมขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วม

สามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการรักษา ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบการแจกแจงคะแนน ความรู้และความวิตกกังวลในระยะ T1-T3 ด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลไม่เป็นปกติ ($p < 0.05$) จึงเปรียบเทียบการวัดซ้ำด้วย Friedman test และเปรียบเทียบรายคู่ด้วย Wilcoxon signed-rank test โดยปรับค่า p ด้วย Bonferroni correction พร้อมคำนวณขนาดอิทธิพลและแปลผลตามเกณฑ์ของ Cohen⁽²³⁾

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างนำร่องเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มเสี่ยงต่อการพบยีนกลายพันธุ์ จำนวน 30 ราย มีอายุเฉลี่ยขณะเข้าร่วมศึกษา 46.2 ปี ($SD = 6.9$) และอายุเฉลี่ยเมื่อได้รับการวินิจฉัย 43.6 ปี ($SD = 4.9$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มเสี่ยงพบยีนกลายพันธุ์ ($n = 30$)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
อายุขณะเข้าร่วมศึกษา (ปี) (Mean $\pm$ SD)	46.2 $\pm$ 6.9
อายุเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง (ปี) (Mean $\pm$ SD)	43.6 $\pm$ 4.9
สถานภาพ	
โสด	5 (16.7%)
สมรส	24 (80.0%)
หม้าย	1 (3.3%)
การศึกษา	
ไม่ได้ศึกษา	1 (3.3%)
ประถมศึกษา	9 (30.0%)
มัธยมศึกษา	11 (36.7%)
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	1 (3.3%)
ปริญญาตรี	5 (16.7%)
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (10.0%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มเสี่ยงพบยีนกลายพันธุ์ (n = 30) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพ	
เกษตรกร	8 (26.7%)
รับจ้างทั่วไป	7 (23.3%)
ค้าขาย	2 (6.7%)
รัฐวิสาหกิจ/รับราชการ	7 (23.3%)
พนักงานเอกชน	2 (6.7%)
แม่บ้าน	4 (13.3%)
รายได้	
ไม่มีรายได้	2 (6.7%)
ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน	5 (16.7%)
5,001-10,000 บาท/เดือน	8 (26.7%)
10,001-15,000 บาท/เดือน	5 (16.7%)
15,001-30,000 บาท/เดือน	5 (16.7%)
มากกว่า 30,000 บาท/เดือน	5 (16.7%)
สิทธิการรักษา	
ต้นสังกัด/เบิกได้	5 (16.7%)
ประกันสังคม	2 (6.7%)
บัตรประกันสุขภาพ	23 (76.7%)

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ส่วนใหญ่มีข้อบ่งชี้การตรวจยีนจากการได้รับการวินิจฉัย มะเร็งเต้านมก่อนอายุ 50 ปี จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 93.3) และเป็นมะเร็งเต้านมชนิด TNBC จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 6.7) ไม่มีประวัติมะเร็งในครอบครัว จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 50.0) ส่วนผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็ง 1 2 3 และ 4 ราย มีจำนวน 10 3 1 และ 1 ราย

คิดเป็นร้อยละ 33.3 10.0 3.3 และ 3.3 ตามลำดับ ทั้งนี้ไม่พบยีนกลายพันธุ์ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 ราย (ร้อยละ 100.0) ผลการทดสอบ Friedman พบว่า คะแนนความรู้ด้านยีนกลายพันธุ์ทั้ง 3 ระยะแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 34.137$, $p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ภายในของกลุ่มตัวอย่างใน 3 ช่วงระยะเวลา (n = 30)

ระยะเวลา	Mean $\pm$ SD	Median (IQR)	χ^2	df	p-value
ก่อนการให้คำปรึกษา	14.5 $\pm$ 2.8	15.0 (13.0-16.0)			
หลังได้รับคำปรึกษาทันที	16.4 $\pm$ 1.8	17.0 (15.0-18.0)			
ติดตามผล 1 เดือน	18.2 $\pm$ 1.0	18.0 (18.0-19.0)	34.137	2	< 0.001*

*Friedman test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านยีนกลายพันธุ์ในแต่ละช่วงเวลา พบว่า คะแนนความรู้ด้านยีนกลายพันธุ์หลังได้รับคำปรึกษาทันที (Md = 17.0) สูงกว่าก่อนการให้คำปรึกษา (Md = 15.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.630$, $p < 0.001$, $r = 0.845$) นอกจากนี้ คะแนนความรู้ด้านยีนกลายพันธุ์ในระยะติดตามผล

1 เดือน (Md = 18.0) สูงกว่าก่อนการให้คำปรึกษา (Md = 15.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.631$, $p < 0.001$, $r = 0.846$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านยีนกลายพันธุ์หลังได้รับคำปรึกษาทันที กับระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Md = 17.0 และ 18.0 ตามลำดับ ($Z = -3.726$, $p < 0.001$, $r = 0.680$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบมัธยฐานคะแนนความรู้ด้านยีนกลายพันธุ์รายคู่ใน 3 ช่วงระยะเวลา (n = 30)

การเปรียบเทียบ	Rank	n	Mean Ranks	Sum of Ranks	Z	*p-value	Effect size (r)
T1 vs T2	Negative ranks	0	0.00	0.00	-4.630	< 0.001*	0.845
	Positive ranks	28	14.5	406.0			
	Ties	2	-	-			
T1 vs T3	Negative ranks	0	0.00	0.00	-4.631	< 0.001*	0.846
	Positive ranks	28	14.5	406.0			
	Ties	2	-	-			
T2 vs T3	Negative ranks	3	6.8	20.5	-3.726	< 0.001*	0.680
	Positive ranks	21	13.3	279.5			
	Ties	6	-	-			

*Bonferroni correction adjusted significance level at $p < 0.0167$ โดย T1 คือ ก่อนการให้คำปรึกษา T2 คือ หลังได้รับคำปรึกษาทันที และ T3 คือ ติดตามผล 1 เดือน

ด้านคะแนนความวิตกกังวลด้านยีนกลายพันธุ์ ใช้สถิติ Friedman test จากการทดสอบ พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา

3 ช่วง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 14.708$, $p = 0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างใน 3 ช่วงระยะเวลา (n = 30)

ระยะเวลา	Mean $\pm$ SD	Median (IQR)	χ^2	df	*p-value
ก่อนการให้คำปรึกษา	38.4 $\pm$ 11.3	39.0 (31.00-47.0)	14.708	2	0.001*
หลังได้รับคำปรึกษาทันที	35.9 $\pm$ 11.6	34.0 (28.00-44.0)			
ติดตามผล 1 เดือน	24.8 $\pm$ 6.1	24.5 (20.00-29.0)			

*Friedman test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลด้านยีนกลายพันธุ์ในแต่ละช่วงเวลา พบว่า คะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับคำปรึกษาทันที (Md = 34.0) ต่ำกว่าก่อนการให้คำปรึกษา (Md = 39.0) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.280$, $p = 0.023$, $r = 0.416$) นอกจากนี้ คะแนนความวิตกกังวลในระยะติดตามผล 1 เดือน

(Md = 24.5) ต่ำกว่าก่อนการให้คำปรึกษา (Md = 39.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.105$, $p < 0.001$, $r = 0.749$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับคำปรึกษาทันที กับระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Md = 34.0 และ 24.5 ตามลำดับ; $Z = -3.629$, $p < 0.001$, $r = 0.662$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบมัธยฐานคะแนนความวิตกกังวลรายคู่ใน 3 ช่วงระยะเวลา (n = 30)

การเปรียบเทียบ	Rank	n	Mean Ranks	Sum of Ranks	Z	p-value*	Effect size (r)
T1 vs T2	Negative ranks	17	15.6	265.0			
	Positive ranks	9	9.6	86.0	-2.280	0.023	0.416
	Ties	4	-	-			
T1 vs T3	Negative ranks	24	18.0	432.0			
	Positive ranks	6	5.5	33.0	-4.105	< 0.001*	0.749
	Ties	0	-	-			
T2 vs T3	Negative ranks	20	17.0	340.0			
	Positive ranks	7	5.4	38.0	-3.629	< 0.001*	0.662
	Ties	3	-	-			

*Bonferroni correction adjusted significance level at $p < 0.0167$ โดย T1 คือ ก่อนการให้คำปรึกษา
T2 คือ หลังได้รับคำปรึกษาทันที และ T3 คือ ติดตามผล 1 เดือน

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงต่อยีนกลายพันธุ์ในการศึกษานี้ ครอบคลุมกระบวนการตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ การให้คำปรึกษาก่อนการทดสอบทางพันธุกรรม การทดสอบทางพันธุกรรมโดยการตรวจยีนหลายชนิดเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม และการให้คำปรึกษาภายหลังการทดสอบทางพันธุกรรม ผลจากการศึกษานำร่องการทดลองใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวพบว่า สามารถเพิ่มความรู้ด้านยีนกลายพันธุ์และลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงต่อการพบยีนกลายพันธุ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในด้านความรู้เกี่ยวกับยีนกลายพันธุ์ พบว่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา แสดงว่าองค์ประกอบของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยเฉพาะกระบวนการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจทางพันธุกรรมที่มีลักษณะเป็นการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งความหมายของการตรวจประโยชน์ ข้อจำกัด และความเสี่ยง รวมถึงการใช้สื่อสนับสนุน LINE Official Account ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้าใจของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การให้

คำปรึกษาหลังการตรวจยังมีบทบาทสำคัญในการทบทวนและย้ำความเข้าใจ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงข้อมูลทางพันธุกรรมกับภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องแม้ในระยะติดตามผล 1 เดือน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Berliner และคณะ⁽²⁴⁾ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการตรวจยีนกลายพันธุ์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอช่วยส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างมีเหตุผล อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวทางการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมที่เน้นการให้ข้อมูลเฉพาะราย และการสนับสนุนการตัดสินใจในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อ hereditary breast cancer^(8,15,16,24)

ในด้านความวิตกกังวล พบว่าคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับคำปรึกษาทันทีลดลงจากก่อนได้รับคำปรึกษา แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.280$, $p = 0.023$, $r = 0.416$) ซึ่งอาจเนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงการรับรู้ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับความเสี่ยงทางพันธุกรรมและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อการรักษาและสมาชิกในครอบครัว จึงยังคงมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ในระยะเริ่มต้นของกระบวนการให้คำปรึกษา

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างก่อนการให้คำปรึกษาและภายหลังได้รับคำปรึกษา 1 เดือน พบว่า คะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงถึงกระบวนการให้คำปรึกษาด้านยีนกลายพันธุ์ช่วยลดความไม่แน่นอนของข้อมูล โดยผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจความเสี่ยงของโรคและปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Dibblec และคณะ⁽²⁵⁾ ที่รายงานว่าภายหลังผู้ป่วยได้รับการตรวจทางพันธุกรรมและทราบผลการตรวจ ระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจ ประโยชน์ ข้อจำกัด และความหมายของผลตรวจในแต่ละรูปแบบ อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Spielberger ซึ่งอธิบายว่าความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ สามารถลดลงได้เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลที่เพียงพอและสามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การรับรู้และการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ดีขึ้น รวมทั้งสอดคล้องกับแนวทางการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมที่มุ่งเน้นการลดความวิตกกังวลและส่งเสริมการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมของผู้ป่วย^(8,18,19)

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้มีลักษณะเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกขั้นตอนของกระบวนการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม ได้แก่ การให้คำปรึกษาก่อนการทดสอบทางพันธุกรรม การตรวจทางพันธุกรรมโดยใช้ multigene testing และการให้คำปรึกษาหลังการทดสอบ ซึ่งรวมถึงการแปลผลการให้ข้อมูลเชิงลึก และการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง กระบวนการดังกล่าวช่วยเสริมสร้างทั้งด้านการรับรู้ และด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเผชิญกับผลการตรวจและสามารถวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะไม่พบการกลายพันธุ์ของยีน แต่ผลลัพธ์จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงคุณค่าของแนวปฏิบัติในเชิงคลินิก โดยเฉพาะในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการตรวจทางพันธุกรรม ในบริบทที่ระบบบริการยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและมาตรฐานการให้คำปรึกษา นอกจากนี้การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

ช่วยให้พยาบาลสามารถดำเนินการคัดกรอง ให้ข้อมูล และติดตามผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบและมีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลประจำคลินิกมะเร็งอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมความรู้ด้านพันธุศาสตร์มะเร็ง การประเมินความเสี่ยง การซักประวัติครอบครัว การแปลผลเบื้องต้น และการส่งต่อ ควบคู่กับการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยใช้การอบรม กรณีศึกษา สถานการณ์จำลอง การประเมินสมรรถนะ และการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ หน่วยงานควรจัดระบบสนับสนุน ได้แก่ แบบคัดกรอง สื่อความรู้ ช่องทางปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ระบบส่งต่อ และการติดตามผล พร้อมกำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลลัพธ์และพัฒนาคุณภาพการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การศึกษารังนี้เป็นการทดลองใช้ในกลุ่มนักร้องและไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงอาจมีข้อจำกัดด้านการสรุปอ้างอิงผลลัพธ์ในวงกว้าง ดังนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น การออกแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ และการติดตามผลในระยะยาว รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์เพิ่มเติม เช่น การตัดสินใจรักษา การเข้าถึงการตรวจของสมาชิกในครอบครัว และการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในระบบบริการ เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความเป็นไปได้ในการขยายผลต่อไป

สรุป

การทดลองใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนตรวจยีนกลายพันธุ์ในกลุ่มตัวอย่างนักร้อง 30 ราย พบว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้ในบริบทคลินิก ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน โดยไม่กระทบต่อการบริการตามปกติ และพยาบาลสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นระบบ ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจยีนกลายพันธุ์เพิ่มขึ้นและมีความวิตกกังวลลดลง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายต้องการเวลาเพิ่มเติมในการทำความเข้าใจผลตรวจและผลกระทบต่อครอบครัว จึงได้ปรับเนื้อหาให้กระชับ ชัดเจน และเหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้ป่วยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ โดยใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และดำเนินการในบริบทบริการที่หลากหลาย เพื่อยืนยันผลต่อความรู้ ความวิตกกังวล และผลลัพธ์ของกระบวนการตรวจทางพันธุกรรม นอกจากนี้ ควรติดตามความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติของพยาบาล และปรับรูปแบบการให้ข้อมูลให้เหมาะสมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในงานประจำอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.(พิเศษ) ดร.นพ.ชลิต ชยางศุนายแพทย์เชี่ยวชาญ นพ.เฉลิมชัย เลิศอนันต์สิทธิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ น.ส.นันทน์ภัส อิงคะธรรมศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และ นางรสสุคนธ์ นามวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุรินทร์ น.ส.นิมล พจนดั่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ น.ส.อรนุช ประดับทอง อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือ และสุดท้ายขอขอบพระคุณผู้ป่วย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. CA Cancer J Clin 2023;73(1):17-48. doi: 10.3322/caac.21763.
2. World Health Organization. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Geneva : World Health Organization ; 2023.
3. โรงพยาบาลสุรินทร์. ข้อมูลสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากเวชระเบียน โรงพยาบาลสุรินทร์. สุรินทร์ : โรงพยาบาลสุรินทร์ ; 2568. (เอกสารอัดสำเนา).
4. National Comprehensive Cancer Network. Genetic/familial high-risk assessment: breast, ovarian, and pancreatic. Version 4.2023. [Internet]. 2023. [cited 2026 Apr 15]. Available from:URL:https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_bop.pdf.
5. Petrucelli N, Daly MB, Pal T. BRCA1- and BRCA2-Associated Hereditary Breast and Ovarian Cancer. 1998 Sep 4. [Updated 2026 Mar 25]. In: Adam MP, Bick S, Mirzaa GM, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2026. [cited 2026 Apr 15]. Available from:URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1247/.
6. US Preventive Services Task Force; Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, et al. Risk Assessment, Genetic Counseling, and Genetic Testing for BRCA-Related Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2019;322(7):652-65. doi: 10.1001/jama.2019.10987.

7. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines for Patients: Breast Cancer Screening and Diagnosis. Version 2.2025. [Internet]. 2025. [cited 2026 Apr 15]. Available from: URL: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/breastcancerscreening-patient.pdf>.
8. Dubsky P, Jackisch C, Im SA, Hunt KK, Li CF, Unger S, et al. BRCA genetic testing and counseling in breast cancer: how do we meet our patients' needs? NPJ Breast Cancer 2024;10(1):77. doi: 10.1038/s41523-024-00686-8.
9. Tung NM, Boughey JC, Pierce LJ, Robson ME, Bedrosian I, Dietz JR, et al. Management of Hereditary Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology, American Society for Radiation Oncology, and Society of Surgical Oncology Guideline. J Clin Oncol 2020;38(18):2080-106. doi: 10.1200/JCO.20.00299.
10. Tutt ANJ, Garber JE, Kaufman B, Viale G, Fumagalli D, Rastogi P, et al. Adjuvant Olaparib for Patients with BRCA1- or BRCA2-Mutated Breast Cancer. N Engl J Med 2021; 384(25):2394-405. doi: 10.1056/NEJMoa2105215.
11. Wevers MR, Aaronson NK, Verhoef S, Bleiker EM, Hahn DE, Kuenen MA, et al. Impact of rapid genetic counselling and testing on the decision to undergo immediate or delayed prophylactic mastectomy in newly diagnosed breast cancer patients: findings from a randomised controlled trial. Br J Cancer 2014;110(4):1081-7. doi: 10.1038/bjc.2013.805.
12. Soukup SM. The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am 2000;35(2):301-9. PMID: 10873242.
13. Wolters Kluwer Health. JBI EBP database guide [Internet]. 2022. [cited 2026 Apr 15]. Available from: URL: <https://ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.htm>.
14. Arun B, Couch FJ, Abraham J, Tung N, Fasching PA. BRCA-mutated breast cancer: the unmet need, challenges and therapeutic benefits of genetic testing. Br J Cancer 2024; 131(9):1400-14. doi: 10.1038/s41416-024-02827-z.
15. Sweet K, Reiter PL, Schnell PM, Senter L, Shane-Carson KP, Aeilts A, et al. Genetic counseling and testing for females at elevated risk for breast cancer: Protocol for the randomized controlled trial of the Know Your Risk intervention. Contemp Clin Trials 2023;133:107323. doi: 10.1016/j.cct.2023.107323.
16. Pujol P, Barberis M, Beer P, Friedman E, Piulats JM, Capoluongo ED, et al. Clinical practice guidelines for BRCA1 and BRCA2 genetic testing. Eur J Cancer 2021;146:30-47. doi: 10.1016/j.ejca.2020.12.023
17. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto (CA) : Consulting Psychologists Press ; 1983.

18. Dekanek EW, Thull DL, Massart M, Grubs RE, Rajkovic A, Mai PL. Knowledge and opinions regarding BRCA1 and BRCA2 genetic testing among primary care physicians. *J Genet Couns* 2020;29(1):122-30. doi: 10.1002/jgc4.1189.
19. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449.
20. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res* 1986;35(6):382-5. PMID: 3640358.
21. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10th.ed. Philadelphia : Wolters Kluwer Health ; 2017.
22. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika* 1937;2(3):151-60. doi:10.1007/BF02288391.
23. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd. ed. New York : Routledge ; 1988.
24. Berliner JL, Cummings SA, Boldt Burnett B, Ricker CN. Risk assessment and genetic counseling for hereditary breast and ovarian cancer syndromes-Practice resource of the National Society of Genetic Counselors. *J Genet Couns* 2021;30(2):342-60. doi: 10.1002/jgc4.1374.
25. Dibble KE, Donorfio LKM, Britner PA, Bellizzi KM. Perceptions and care Recommendations from Previvors: Qualitative analysis of female BRCA1/2 mutation Carriers' experience with genetic testing and counseling. *Gynecol Oncol Rep* 2022;41:100989. doi: 10.1016/j.gore.2022.100989.