วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL

ปีที่ 45 ฉบับที่ 3
กันยายน–ธันวาคม 2568

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel
- ผลการใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและท่อนำไข่ทั้งสองข้างเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
- คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
- ผลของโปรแกรม I (Love U)-131 ต่อสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์

บทฟื้นวิชาการ (Review Articles)

- การแพทย์แบบแม่นยำและโรคมะเร็ง

รายงานผู้ป่วย (Case Report)

- Adenoid Cystic Carcinoma of The Breast: A Case Report

Vol. 45 No. 3
September-December 2025
Issn : 3057–1537 (Online)

วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL

มูลนิธิวิจัยโรคมะเร็งเพื่อสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ISSN 3057-1537(Online)

ที่ปรึกษา

เรืออากาศเอก นพ.สมชาย ธนะสิทธิชัย
นพ.วีรวุฒิ อิ่มสำราญ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

นพ.ธีรวุฒิ คูหะเปรมะ

บรรณาธิการ

นพ.ธนะรัตน์ อิ่มสุวรรณศรี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.นพ.เอกภพ แสงอริยวนิช
นันทนา มีศิริพันธุ์

ดร.นพ.วิรุทธิ์ เอี่ยมสหเกียรติ
ดร.สุชานุช อ่อนดี

กองบรรณาธิการ

ดร.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล	นักวิชาการอิสระ
ผศ.นพ.นริศ เจียรบรรจงกิจ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
นพ.สันติชัย ดินชูไท	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.นพ.อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ	นักวิชาการอิสระ
นพ.ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นพ.สาริศ อารยะพงษ์	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
นิรมล พจน์ด้วง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
พชรพร พิเชฐโสภณ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
รศ.นพ.ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผศ.ดร.จินตนา ศิริวราศัย	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
รศ.นพ.เอกภพ สิระชัยนันท์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ดร.รจนา ชุณหบัณฑิต	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ผศ.ดร.พัชรินทร์ พูลทวี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดร.ภญ.วิลาสินี หิรัญพานิช ซาโตะ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.นภัสสร ฉันทธำรงศิริ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.สีใส ยี่สุ่นแสง	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
รศ.นพ.อดิศักดิ์ นารถธนะรุ่ง	ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
ศ.นพ.พิเชฐ สัมปทานุกุล	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
นพ.ภาสกร วันชัยจิระบุญ	โรงพยาบาลพระปกเกล้า
นพ.วศิน ชคัตตรัยกุล	โรงพยาบาลราชวิถี
นพ.ณพ คงทน	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.พญ.เอื้อมแข สุขประเสริฐ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้จัดการ

พญ.รจนา ญาณสมบูรณ์	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ผู้ช่วยผู้จัดการ

เสาวลักษณ์ มีคุณ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ณัฐธิดา แสงณรงค์	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL

Cancer Research Foundation for National Cancer Institute

ISSN 3057-1537(Online)

Advising

Flt. Lt. Somchai Thanasitthichai, M.D.
Weerawut Imsamran, M.D.

Advising Editor

Thiravud Khuhaprema, M.D.

Editor

Thanarath Imsuwansri, M.D.

Assistant Editors

Dr. Ekapob Sangariyavanich, M.D., Ph.D.
Nuntana Meesiripan
Dr. Wirut Iamsahakiat, M.D., Ph.D.
Dr. Suchanuch Ondee, Ph.D.

Editorial Board

Dr. Suwat Chariyalertsak, M.D., Ph.D.	Chiang Mai University
Asst. Prof. Wanpen Pinyopasakul	Independent Scholar
Asst. Prof. Narit Chiaranai-bornjongkit, M.D.	Faculty of Medicine, Burapha University
Santichai Dinchuethai, M.D.	Faculty of Medicine, Burapha University
Dr. Attasit Srisubat, M.D., Ph.D.	Independent Scholar
Trairak Pisitkun, M.D.	Chulalongkorn University
Sarit Arayaphong, M.D.	National Cancer Institute
Niramol Pojdoung	National Cancer Institute
Phacharaporn Pichetsobhon	National Cancer Institute
Assoc. Prof. Chatchai Ekpanyaskul, M.D.	Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University
Asst. Prof. Jintana Siriwarasai, Ph.D.	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
Assoc. Prof. Ekapaph Sirachainan, M.D.	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
Dr. Rotjana Chunhabundit, Ph.D.	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
Asst. Prof. Patcharin Phultavee, Ph.D.	Faculty of Nursing, Burapha University
Assoc. Prof. Wilasinee Hirunpanich Sato, Pharm.D., Ph.D.	Faculty of Pharmacy, Mahidol University
Dr. Napassorn Chantathamrongkul, Ph.D.	Faculty of Pharmacy, Burapha University
Dr. Seesai Yisunsaeng, Ph.D.	Department of Disease Control, Ministry of Public Health
Assoc. Prof. Adisak Nartthanarung, M.D.	Chulabhorn Royal Academy
Prof. Pichet Sampatanukul, M.D.	King Chulalongkorn Memorial Hospital
Pasakorn Wanchaijiraboon, M.D.	Prapokklao Hospital
Wasin Chakattrayakul, M.D.	Rajavithi Hospital
Nop Kongton, M.D.	Chiang Mai University
Asst. Prof. Auamporn Suraprasert, M.D.	Khon Kaen University

Manager

Rojana Yansomboon, M.D.	National Cancer Institute

Assistant Managers

Saowalak Meekhun	National Cancer Institute
Nattida Sangnarong	National Cancer Institute

วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ผลงานวิจัย เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

สำนักงาน สำนักงานวารสารโรคมะเร็ง กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 02 202-6800 ต่อ 1401,1402
โทรสาร 02 202-6800 ต่อ 1424

เว็บไซต์เผยแพร่ https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TCJ
โดย เผยแพร่ในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

กำหนดการตีพิมพ์ กำหนดออกทุก 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ
(มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน- ธันวาคม)

การส่งต้นฉบับ บรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0-2202-6800 ต่อ 1402
E – mail: thaicancerj@gmail.com
https://he01.tci-thaijo.

วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL

สารบาญ

Content

ปีที่ 45 ฉบับที่ 3 **กันยายน–ธันวาคม 2568**

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้า จากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel 122

ณิภา แสงกิตติไพบูลย์ พย.ม., ชญานันท์ ทิพย์ละมัย พย.บ., ลาวัลย์ เชยชม พย.ม., อมรรัตน์ ยุรยาท พย.บ.

ผลการใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและท่อนำไข่ทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี 135

ณฐพร กุลยอด พย.บ., ศรัณยา ทัดทอง พย.บ., ลาวัลย์ เชยชม พย.ม.

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี 146

ศิริพร ศรีแผ้ว พย.บ.

ผลของโปรแกรม I (Love U)-131 ต่อสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ 165

พงษ์ศรี เขตจัตุรัส พย.บ., รุ่งรัศมี ศรีจันทร์ดี พย.บ.

บทฟื้นวิชาการ (Review Articles)

การแพทย์แบบแม่นยำและโรคมะเร็ง 176

จรัญญา งามขำ ปร.ด, เทียนแสง พันธ์ศรี วท.บ., ฐิตาภรณ์ ภู่ขวัญ วท.บ.

รายงานผู้ป่วย (Case Report)

Adenoid Cystic Carcinoma of The Breast: A Case Report 190

Aratta Tantichote M.D.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel

ณิภา แสงกิตติไพบูลย์ พย.ม.

ชญานันท์ ทิพย์ละมัย พย.บ.

ลาวัลย์ เชยชม พย.ม.

อมรรัตน์ ยุรยาท พย.บ.

บทคัดย่อ การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel นี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่ม Paclitaxel ในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ที่มีอาการชาปลายมือปลายเท้า ในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 81 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาจากแบบประเมินแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ขั้นตอน ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือมีค่า IOC 0.98 และ Cronbach's Coefficient Alpha 0.94 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 81 ราย ตอบแบบสอบถามระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 ถึง สิงหาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี (r=-0.089, P=0.429) การศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนรูปแบบการช่วยเหลือให้คำแนะนำให้เกิดความเข้าใจ และจัดการอาการชาปลายมือปลายเท้าของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ให้สามารถเผชิญกับอาการชาปลายมือปลายเท้า ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ให้สามารถผ่านพ้นระยะอาการดังกล่าวต่อไป *(วารสารโรคมะเร็ง 2568;45:122–134)*

คำสำคัญ: มะเร็งนรีเวช ยาเคมีบำบัดกลุ่มแพกคลิแทกเซล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาการชาปลายมือปลายเท้า

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

วันที่รับบทความ 12/03/2568, วันที่แก้ไขบทความ 04/04/2568, วันที่ตอบรับบทความ 28/10/2568

Health Literacy of Gynecological Cancer Patients Experiencing Numbness in Hands and Feet Due to Receiving Paclitaxel Chemotherapy

by **Nipa Sangkittipaibun M.N.S., Chayanun Thiplamai B.N.S., Lawan Choeychom M.N.S., Amornrat Yurayat B.N.S..**

Inpatient Nursing Work, Inpatient Nursing Group, Lopburi Cancer Hospital

Corresponding author: Chayanun Thiplamai (toy.yanun@gmail.com)

Abstract This descriptive study aimed to examine the health literacy regarding self-care practices for managing experiencing of numbness in the hands and feet due to receiving Paclitaxel chemotherapy at Lopburi Cancer Hospital. The study sample consisted of 81 female gynecologic cancer patients aged 18 and above, who were receiving Paclitaxel chemotherapy and experienced symptoms of numbness in the hands and feet. Data were collected using a questionnaire developed by the researcher, based on a review of relevant literature and theories, as well as the Health Literacy Assessment Tool, which consisted of six steps from the Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. The instrument demonstrated high content validity (IOC = 0.98) and reliability (Cronbach's Alpha Coefficient = 0.94). The data collection period was from May to August 2024. Descriptive statistics and the Spearman's rank correlation coefficient were used for data analysis. The study results indicated that there was no significant relationship between the participants' health literacy regarding access to information and health services, understanding information and services, verifying information, communication and social support, and self-management in alleviating the severity of numbness in the hands and feet due to Paclitaxel chemotherapy (r=-0.089, *P*=0.429). This study provides foundational information for designing strategies to improve health literacy among gynecologic cancer patients undergoing Paclitaxel chemotherapy. The findings highlight the need for guidance and support to enhance patients' awareness and management of numbness in hands and feet, helping to prevent complications, and ensure patients can manage their symptoms effectively. The results also serve as a basis for healthcare providers to promote appropriate health literacy and increase access to quality health services for patients. *(Thai Cancer J 2025;45:122–134)*

Keywords: gynecologic cancer, paclitaxel chemotherapy, health literacy, numbness in hands and feet

บทนำ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติรายงานสถิติโรคมะเร็ง ปี 2564[1] พบว่ามะเร็งที่พบมากที่สุดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ได้แก่ มะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 1 และจากรายงานสถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ปี 2565 ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเพศหญิงรายใหม่ พบโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับที่ 2 จำนวน 343 ราย[1] โดยการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีบทบาทสำคัญในการรักษามะเร็งทางนรีเวช โดยเฉพาะยากลุ่ม Paclitaxel ซึ่งมักก่อให้เกิดอาการข้างเคียง[2] ที่มีผลกับเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตหรือแบ่งตัวเร็ว จึงทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่สำคัญได้แก่ อาการชาปลายมือปลายเท้า ปวดกล้ามเนื้อ ผมร่วง คลื่นไส้/อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อบุช่องปากอักเสบ ภูมิต้านทานโรคต่ำ และเลือดออกง่ายได้ เป็นต้น จากการซักประวัติและการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พบว่าอาการ ชาปลายมือปลายเท้า รบกวนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคมมากที่สุด อาการดังกล่าวสามารถเป็นตัวทำนายการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความล้มเหลวในการรักษาและผลการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะสามารถเข้าถึง เข้าใจ และประเมินข้อมูลเกี่ยวกับอาการชาปลายมือปลายเท้าที่เกิดจากยาเคมีบำบัดได้ดีกว่า ทำให้ทราบว่าอาการนี้เป็นผลข้างเคียงที่ต้องเฝ้าระวังและจัดการ มีการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสม ความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองที่ได้รับการแนะนำ แทนการใช้วิธีที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้สูงจะสามารถสื่อสารอาการและความรุนแรงของการชาปลายมือปลายเท้ากับทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ได้รับการปรับแผนการรักษาหรือการจัดการอาการที่เหมาะสมได้ทันท่วงที ความเข้าใจในประโยชน์ของการดูแลตนเองตามคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นและสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการอาการเรื้อรัง เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย[3] ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับยาเคมีบำบัดได้อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ความเชื่อมโยงโดยตรงกับความสำเร็จของการรักษา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถนำมาใช้ในการทำนายหรือส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการชาปลายมือปลายเท้าได้จริง และเป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการจัดการหรือโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำเพาะเจาะจง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้องและลดผลกระทบจากอาการชาได้จริง[4]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

คำนิยามศัพท์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ความรอบรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่รักษาด้วยการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ที่มีผลต่อกระบวนการการคิด การอ่าน การฟัง การเขียน ผ่านทางทักษะการพูดคุยการซักถามรวมถึงความสามารถในการค้นหา ข้อมูลและเข้าถึงข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำมาปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการชาปลายมือปลายเท้า โดยจำแนกเป็นแต่ละองค์ประกอบ 6 ด้าน ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ความเข้าใจในข้อมูลสาระสำคัญต่าง ๆ มีความสามารถในการจดจำเพื่อนำมาปฏิบัติ

2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการค้นหาข้อมูล เลือกแหล่งข้อมูล และรู้วิธีการค้นหาข้อมูลในการดูแลอาการชาปลายมือปลายเท้า เพื่อให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศที่เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพที่ต้องการ

3. การสื่อสารเพื่อพัฒนาสุขภาพ หมายถึง ความสามารถ พูด ฟัง อ่าน และเขียนข้อมูลด้านสุขภาพ โดยสามารถสื่อสาร ทำความเข้าใจ อธิบาย หรือแนะนำให้ผู้อื่นเข้าใจรวมถึงสามารถชักจูง โน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับในพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติตัว ที่เกี่ยวกับการดูแลอาการชาปลายมือปลายเท้าและสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมถึงมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนบรรเทาอาการชาปลายมือปลายเท้า

5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ที่ได้รับ สามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อและประเมินถึงผลที่จะเกิดจากการตัดสินใจที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นได้

6. ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือก และปฏิเสธหรือตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่จะปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการชาปลายมือปลายเท้า

อาการชาปลายมือปลายเท้า[5] หมายถึง อาการที่เสียการรับรู้ความเจ็บปวด ความรู้สึกร้อน เย็น และการสัมผัสหรือการสั่นสะเทือน แบ่งระดับความรุนแรงได้ 4 ระดับ ดังนี้

เกรด 1 : ไม่มีอาการแสดง สังเกตอาการยังไม่ต้องทำอะไร

เกรด 2 : มีอาการชาเล็กน้อย มีผลต่อการดำเนินชีวิตในประจำวัน เช่น การเตรียมอาหาร การหยิบจับสิ่งของ

เกรด 3 : มีอาการชารุนแรง มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ จะต้องมีคนคอยช่วย

เกรด 4 : มีอันตรายต่อชีวิต ต้องให้การช่วยเหลือโดยทันที

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 ถึง สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เกิดอาการชาปลายมือ ปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ในผู้ป่วยหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 81 ราย จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง Estimating an Infinite Population Proportion เป็นการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามระหว่างเดือน พฤษภาคม 2567 ถึง สิงหาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติทดสอบที และสหสัมพันธ์เพียร์สัน ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่ทราบจำนวนที่แน่นอนของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ทั้งหมด จึงทำการคำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง Estimating an Infinite Population Proportion ที่ระดับ .05 ค่าความเชื่อมั่น 95 การวิจัยนี้มีการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2567 เลขที่โครงการวิจัย REC 015/67

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่สร้างและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และแบบประเมินแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ขั้นตอน ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[6] โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม อายุ ระยะของโรค สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ จำนวนครั้งการรับยาเคมีบำบัด โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการชา แบ่งเป็น 4 เกรด ดังนี้ เกรด 1 คือ ไม่มีอาการอะไร สังเกตอาการ ไม่ต้องทำอะไร เกรด 2 คือ มีอาการชาเล็กน้อย มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเตรียมอาหาร การจ่ายตลาด การหยิบจับสิ่งของ เกรด 3 คือ มีอาการชารุนแรง มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง จะต้องมีคนคอยช่วยเหลือ เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ การกินยา เกรด 4 คือ มีอันตรายต่อชีวิตต้องให้การช่วยเหลือโดยทันที

3. แบบสอบถามการวัดความรอบรู้ การรับรู้ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถ/ทักษะด้านสุขภาพของตนเอง 5 ส่วน จำนวน 43 ข้อคำถาม คือ ส่วนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel 8 ข้อ ส่วนที่ 3 การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัด

กลุ่ม Paclitaxel 5 ข้อ ส่วนที่ 4 การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel 6 ข้อ ส่วนที่ 5 การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel 14 ข้อ ส่วนที่ 6 การจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่ม Paclitaxel 10 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (likert scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ (1 = ตรงกับความคิดเห็นน้อยที่สุด ถึง 5 = ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้มีการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ดังนี้

1. ความเที่ยงตรง (validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการชา และแบบสอบถามความรอบรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปให้ผู้เชี่ยวชาญ รวม 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำเครื่องมือมาหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยการตรวจสอบด้านคุณภาพของข้อคำถามที่มีรายละเอียดในประเด็นต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงแก้ไข และนำมาคำนวนค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (IOC) ให้ได้ค่าเฉลี่ยที่ยอมรับได้มากกว่า 0.5 และจากการประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา พบว่าทุกข้อคำถามมีค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) โดยรวมเท่ากับ 0.98 ทั้งหมด

2. ความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 3 แบบที่สร้างขึ้นมาทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเพื่อใช้เก็บข้อมูลทั้ง 6 ส่วน มาตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาท (Cronbach's Coefficient Alpha) มีค่าเท่ากับ 0.94 ทั้ง 3 แบบสอบถาม

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ ระดับการชา จำนวนครั้งการรับยาเคมีบำบัด ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ได้มีการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลแล้วพบว่ามีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบโค้งไม่ปกติ จึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบ Spearman Rank Correlation Coefficient

ผลการศึกษา

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (N=81)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Mean±SD) (57.25±11.523)		
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	4.9
ประถมศึกษา	43	53.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	8.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	11.1
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ปวส.	9	6.2
ปริญญาตรี	10	12.3
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	3	3.7
สถานภาพสมรส		
โสด	14	17.3
คู่	43	53.1
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	24	29.6
อาชีพ		
ใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป	33	40.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11	13.6
พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	1	1.2
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ	10	12.3
ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเป็นแม่บ้าน	26	32.1
รายได้ (Mean±SD) (16122.22±49885.599)		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	34	42
มี	47	58
สุขภาพใน 7 วันที่ผ่านมา		
ดีมาก	7	8.6
ดี	40	49.4
ค่อนข้างดี	18	22.2
ค่อนข้างไม่ดี	15	18.5
ไม่ดี	1	1.2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (N=81) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะของโรคมะเร็ง		
ระยะที่ 1	11	13.6
ระยะที่ 2	8	9.9
ระยะที่ 3	30	3.7
ระยะที่ 4	23	28.4
ไม่ทราบ/ไม่สามารถระบุได้	9	11.1
ระดับอาการชา		
เกรด 2	71	87.7
เกรด 3	10	12.3
ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่		
ครั้งที่ 1	3	3.7
ครั้งที่ 2	5	6.2
ครั้งที่ 3	7	8.6
ครั้งที่ 4	5	6.2
ครั้งที่ 5	5	6.2
ครั้งที่ 6	36	44.4
ครั้งที่ 7	3	3.7
ครั้งที่ 8	8	9.9
ครั้งที่ 9	4	4.9
ครั้งที่ 10	1	1.2
ครั้งที่ 11	1	1.2
ครั้งที่ 12	3	3.7

ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 57.2±11.52 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.1 อาชีพใช้แรงงาน ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.7 ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58 ระยะของโรคมะเร็งส่วนใหญ่ระยะที่ 2 ร้อยละ 37.0 รอบการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Paclitaxel) ส่วนใหญ่รอบที่ 6 ร้อยละ 44.4 ข้อมูลรอบที่ 6 ขึ้นไปมีความถี่สูง แสดงถึงการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน

1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 2

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ระดับความคิดเห็นโดยรวมแต่ละด้าน		
	Mean	SD	ความหมาย
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel	2.78	1.19	ปานกลาง
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel	2.84	1.06	ปานกลาง
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel	3.03	1.17	ปานกลาง
การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel	2.83	1.12	ปานกลาง
การจัดการสุขภาพตนเองเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel	2.82	1.12	ปานกลาง

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง แต่การมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับขีดจำกัดล่าง โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูล ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มทักษะของผู้ป่วย โดยเฉพาะการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลและบริการที่ถูกต้องได้ง่ายขึ้น เพื่อนำไปสู่การจัดการสุขภาพตนเองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้า ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้า ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้า ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้า และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้าทั้งหมด ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ตัวแปร	อาการชา	
	r	*P*-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช	-0.089	0.429
- ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อ ลดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการ ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel	-0.064	0.568
- ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ ต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้า จากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel	-0.177	0.115
- ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อลด อาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมี บำบัดกลุ่ม Paclitaxel	-0.109	0.331
- ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลด อาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel	-0.087	0.441
- ด้านการจัดการสุขภาพตนเองเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่ม Paclitaxel	-0.025	0.825

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชกับอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel

เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ด้านระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว สุขภาพในช่วง 7 วันที่ผ่านมา และระยะของโรคมะเร็ง นรีเวชกับการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการชาปลายมือปลายเท้า จากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ทุกด้านไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชกับอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel

ตัวแปร	อาการชา	
	r	*P*-value
ระดับการศึกษา	-.103	.360
สถานภาพ	.039	.730
อาชีพ	-.070	.532
โรคประจำตัว	.091	.419
สุขภาพในช่วง 7 วันที่ผ่านมา	.046	.685
ระยะของโรคมะเร็งนรีเวช	.087	.440

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อมีอาการชาปลายมือปลายเท้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.86) แสดงให้เห็นว่าระดับความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในผู้ป่วยไทยโดยทั่วไป ยังคงอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการส่งเสริม ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงควรเร่งพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นกลยุทธ์การสื่อสารที่ง่าย ตรงประเด็น และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่สอดคล้องกับระดับการศึกษาและบริบททางสังคมของผู้ป่วย เพื่อยกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการชาปลายมือปลายเท้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณรัตน์ รัตนวรางค์ และวิทยา จันทร์ทา[7] ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนไทย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{x}$=2.68) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น และส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงตามไปด้วย แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้พยาบาลและทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว การวิเคราะห์จุดอ่อนด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติ ค่าเฉลี่ยของด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่ต่ำที่สุด ($\bar{x}$=2.78) ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องเน้นย้ำ การเข้าถึงข้อมูลถือเป็นรากฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพราะหากผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังความสามารถในการทำความเข้าใจ และการนำไปใช้ในการจัดการอาการชาปลายมือปลายเท้า เชื่อมโยงกับข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จากข้อมูลทั่วไปที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับ ประถมศึกษาและประกอบอาชีพที่ใช้แรงงาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มักมีรายได้ไม่สูงนัก ปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นปัจจัยทางสังคมและที่มีงานวิจัยทั่วโลกยืนยันว่าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพ และอาจทำให้การใช้คำศัพท์หรือรูปแบบการนำเสนอข้อมูลทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อน กลายเป็นกำแพงขวางกั้นความเข้าใจได้

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการชาปลายมือปลายเท้า (r=-0.089, *P*=0.429) จากผลการศึกษาควรมีการวิเคราะห์เพิ่มเติมว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการอาการชาปลายมือปลายเท้าหรือไม่ เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสัมพันธ์กับการใช้ถุงมือเย็น/ถุงเท้าเย็น การรายงานอาการต่อแพทย์เร็วขึ้น หรือการปรับเปลี่ยนกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุจากการชาหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในส่วนที่ 2 ที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับการดูแลตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา เชาว์ไวย และคณะ[8] ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 1-2 ผลการศึกษา

พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะเริ่มต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชด้านระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว สุขภาพในช่วง 7 วันที่ผ่านมา และระยะของโรคมะเร็งนรีเวชกับอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ทุกด้านไม่มีความสัมพันธ์เช่นกันนั้น มีความสอดคล้องกับกลไกทางสรีรวิทยาของยา Paclitaxel ที่มีผลกระทบต่อเส้นประสาทโดยตรงมากกว่าจะเป็นผลจากความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ปริมาณยา จำนวนรอบที่รับยาเคมีบำบัด เป็นต้น อย่างไรก็ตามข้อมูลนี้ได้เน้นย้ำถึงบทบาทที่แตกต่างกันของความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งควรถูกนำไปใช้เพื่อปรับปรุง พฤติกรรมการจัดการอาการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่ใช่เพื่อทำนายการเกิดอาการ การไม่พบความสัมพันธ์กับข้อมูลทั่วไปยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่ทีมสุขภาพจะต้องใช้วิธีการสื่อสารที่ครอบคลุม เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิชญ์ศุภากาณต์ ไต่เมฆ และคณะ[9] ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพรายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประวัติการเป็นโรคมะเร็งของคนในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สรุป

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช สรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้า ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้า ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้า ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้า และด้านการจัดการสุขภาพตนเองเพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้า

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ($r=-0.089$, $P=0.429$)

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมให้มีการเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควรดำเนินการผ่านการสร้างโอกาสการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมและระบบบริการในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่สะดวก ปรับกระบวนการสื่อสารกับผู้ป่วย ตลอดจนสร้างสื่อสุขภาพที่มีข้อมูลเที่ยงตรงเชื่อถือได้ โดยเฉพาะข้อมูลผ่านสื่อที่โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาขึ้น เช่น แอพพลิเคชั่นไลน์ออฟฟิศเซียล เว็บไซต์โรงพยาบาล เป็นต้น เพื่อเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Cancer Registry 2002-2022. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2024 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จากhttps://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/HOSPITAL-BASED_2021.pdf
2. รัชดา พันธ์ชัยโตษะ, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร Paclitaxelและ Carboplatin. วารสารพยาบาลและสุขภาพ. 2559;34(2):49-57.
3. Griswold J, Wagner M, Hsieh J. Patient-reported strategies for prevention and treatment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. Support Care Cancer. 2023;31(5):306.
4. Mun S, Park H. The impact of peripheral neuropathy symptoms, self-care ability, and disturbances to daily life on quality of life among gynecological cancer patients undergoing chemotherapy: a cross-sectional survey. Korean J Women Health Nurs. 2022;28(4):296-306.
5. คู่มือการดูแลตนเองเมื่อมีอาการชาปลายมือปลายเท้า จากการได้รับยาเคมีบำบัด.pdf [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2024 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.lopburicancer.in.th/document/opd
6. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ10 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จากhttp://www.hed.go.th
7. วรรณรัตน์ รัตนวรางค์, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์. ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. ว. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2561;24(2):34-51.
8. สุพัตรา เชาว์ไวย, กิตติพงษ์ พลทิพย์, วิราพร สืบสุนทร, จิรวรรณ ชาประดิษฐ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566;38(1):11-20.
9. พิชญ์ศุภากาณต์ ไต่เมฆ, ปรารถนา กันทอน. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [เข้าถึงเมื่อ 26 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JSH/article/view/247466

ผลการใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้างเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ณฐพร กุลยอด พย.บ.

ศรัณยา ทัดทอง พย.บ.

ลาวัลย์ เชยชม พย.ม.

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มใช้วิธีปฏิบัติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 32 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 16 คน คือ กลุ่มทดลองที่ใช้วิธีปฏิบัติและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 31 พฤษภาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (อายุ โรคประจำตัว ภาวะโภชนาการ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ระยะเวลาผ่าตัด ปริมาณเลือดระหว่างผ่าตัด วิธีระงับความรู้สึก ประเภทและลักษณะแผลผ่าตัด จำนวนวันนอน) และแบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง (ตกเลือด แผลผ่าตัดติดเชื้อ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอาการปวดแผลผ่าตัด ปอดอักเสบ) 2. วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด แบบบันทึกข้อมูลและวิธีปฏิบัติผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติอนุมาน fisher's exact test ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง ในกลุ่มทดลองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ในขณะที่กลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ร้อยละ 31.3 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบ เกิดเฉพาะในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 12.5 ร้อยละ 6.3 และร้อยละ 8.3 ตามลำดับ ดังนั้นการใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้างเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาวิธีปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้างในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีต่อไป *(วารสารโรคมะเร็ง 2568;45:135–145)*

คำสำคัญ: วิธีปฏิบัติ การผ่าตัดมดลูกท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

วันที่รับบทความ 19/03/2568, วันที่แก้ไขบทความ 29/09/2568, วันที่ตอบรับบทความ 28/10/2568

The Effectiveness of Using Work Instruction: Nursing Care of Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy (TAH&BSO) Surgery Patients for the Prevention of Postoperative Complications Lopburi Cancer Hospital

by **Nathaphorn Kulyod B.N.S., Saranya Thadthong B.N.S., Lawan Choeychom M.N.S.**

Inpatient Nursing Work, Inpatient Nursing Group, Lopburi Cancer Hospital

Corresponding author: Saranya Thadthong (baitong9876@gmail.com)

Abstract This quasi-experimental research aimed to compare the effects of nursing interventions for patients who underwent Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy (TAH&BSO) to prevent postoperative complications. The study was conducted with two groups: an experimental group that received the nursing intervention, and a control group that received standard care. The sample consisted of 32 female patients who underwent TAH&BSO in the surgical ward at Lopburi Cancer Hospital, divided into two groups of 16 patients each. The research was conducted from June 1 to May 31, 2024. The research instruments included two parts: 1) a general information record form, which covered age, underlying diseases, nutritional status, disease diagnosis, disease stage, surgery duration, blood loss during surgery, anesthesia types, surgical wound types, and length of hospital stay, and 2) a record of postoperative complications, including hemorrhage, surgical wound infection, urinary tract infection, postoperative pain, and pneumonia. The nursing interventions for patients who underwent TAH&BSO to prevent postoperative complications. The content validity evaluation by experts (Content Validity Index: CVI) of 0.98. Descriptive statistics such as frequencies, percentages, means, and standard deviations, along with inferential statistics using Fisher's exact test, were used to compare postoperative complications between the experimental and control groups. The results revealed that no postoperative complications occurred in the experimental group, whereas 31.3% of the control group experienced complications, with significant differences between the two groups ($P<.05$). The complications in the control group included surgical wound infection (12.5%), urinary tract infection (6.3%), and pneumonia (8.3%). In conclusion, the nursing interventions for patients who underwent TAH&BSO to prevent postoperative complications led to improved postoperative care, preventing complications and enhancing patient outcomes. This study contributes to the

development of nursing practices aimed at preventing postoperative complications following TAH&BSO at Lopburi Cancer Hospital. *(Thai Cancer J 2025;45:135–145)*

Keywords: nursing intervention, Total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy; TAH&BSO, postoperative complications

บทนำ

ปัจจุบันการผ่าตัดมดลูกเป็นการผ่าตัดทางนรีเวชที่พบได้บ่อยที่สุดของสตรีทั่วโลก โดยในแต่ละปีมีสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกเป็นจำนวนไม่น้อยและส่วนใหญ่ยังอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ สำหรับอายุของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้างนั้น อยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 45 ปี และอายุ 45 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 37 และร้อยละ 68 ตามลำดับ[1] สำหรับข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดมดลูกส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางนรีเวช ได้แก่ เนื้องอกในมดลูก การมีประจำเดือนมากหรือนาน ภาวะมดลูกโผล่ย้อย อาการปวดท้องเรื้อรังในช่องเชิงกราน ภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกขึ้นผิดที่ (endometriosis) มะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น มะเร็งมดลูก มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ เป็นต้น โดยในการตัดมดลูกออกนั้น สตรีส่วนใหญ่โดยเฉพาะในรายที่มีสาเหตุจากมะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ มักจะได้รับการตัดรังไข่ทั้งสองข้างร่วมด้วย เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งบริเวณรังไข่ และป้องกันการลุกลามของโรคมะเร็งสำหรับประเทศไทย จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าผู้หญิงกว่า ร้อยละ 60 มีก้อนเนื้องอกที่มดลูก (myoma uteri หรือ uterine fibroid หรือ leiomyoma) จุดประสงค์ในการตัดมดลูกหรือก้อนเนื้อที่มีพยาธิสภาพเพื่อการรักษาอาการ และภาวะต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น และในบางครั้งอาจต้องมีการตัดท่อนำไข่ และรังไข่ร่วมด้วย[2] ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง หมายถึง ภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้หลังจากการผ่าตัด[3] ได้แก่ ตกเลือด[4] แผลผ่าตัดติดเชื้อ[5] ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ[6] ติดเชื้อด้านระบบทางเดินหายใจ เช่น ภาวะปอดอักเสบ[7] ปอดแฟบหลังการผ่าตัด[8] การมีเสมหะคั่งค้างอยู่ในหลอดลม ซึ่งอาจทำให้มีภาวะติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ อาการปวดหลังจากการบล็อกหลังหรืออาการปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง[9] ส่งผลให้การเคลื่อนไหวลดลง มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องจากการผ่าตัด[10] อาจมีท้องอืดชั่วคราว เนื่องจากลำไส้ไม่ทำงาน[11] และบางรายมีอาการปวดศีรษะอย่างมากหลังการผ่าตัด[12] ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งอาจทำผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลหรือมีวันนอนเพิ่มขึ้นได้ ปัญหาเหล่านี้ พยาบาลเป็นหัวใจสำคัญในการนำแนวปฏิบัติตาม ERAS Program ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เนื่องจากเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีบทบาทหลักในการลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้[13]

จากสถิติของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี มีผู้ป่วยมะเร็งมดลูกที่เข้ารับการรักษาปี 2565 เป็นอันดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 38 และในช่วง 10 เดือนที่ผ่านมาได้มีการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง 41 คน และมีแนวโน้มมากขึ้น[14] นอกจากนี้ผู้ป่วยผ่าตัดดังกล่าวยังพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบ เป็นต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาและพัฒนาวิธีปฏิบัติการ

พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และเพื่อนำไปใช้เป็นวิธีปฏิบัติในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

นิยามศัพท์

1. วิธีปฏิบัติ หมายถึง ขั้นตอน กระบวนการพยาบาล การเตรียมร่างกายและจิตใจ ก่อน-หลังการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง จนกระทั่งกลับบ้าน โดยใช้การพยาบาลตามหลัก ERAS Program (Enhanced Recovery After Surgery Program) โดยมีกิจกรรมที่สำคัญในโปรแกรม คือ การเริ่มรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (step diet) ให้เร็วตามแผนการดูแลและมีรูปแบบการกระตุ้นการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด (early ambulate) ที่ชัดเจน

2. การผ่าตัดมดลูกและท่อนำไข่ทั้งสองข้าง (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy TAH&BSO) หมายถึง การผ่าตัดเอามดลูก รังไข่ทั้งสองข้าง และท่อนำไข่ออกไปจากร่างกาย เพื่อรักษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

3. ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง หมายถึง ภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้หลังจากการผ่าตัดที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ ตกเลือด แผลผ่าตัดติดเชื้อ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อาการปวดแผลผ่าตัด และปอดอักเสบ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ใช้วิธีปฏิบัติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงทั้งหมด 32 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 16 คน คือ กลุ่มทดลองที่ใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน–31 พฤษภาคม 2567 คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Two Independent Means ของ App N4Studies ใช้ข้อมูลงานวิจัยของนพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์[16] ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ระดับความเชื่อมั่น 95% Effect Size (Cohen's d) เท่ากับ 1.001 และ Power เท่ากับ 0.80 การวิจัยนี้มีการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัย และพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เลขที่โครงการ LEC 6630 ลงวันที่ 15 มิถุนายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ประกอบด้วย อายุ โรคประจำตัว ภาวะโภชนาการ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ระยะเวลาผ่าตัด ปริมาณเลือดระหว่างผ่าตัด วิธีระงับความรู้สึก ประเภทแผลผ่าตัด ลักษณะแผลผ่าตัด จำนวนวันนอน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง ประกอบด้วย ตกเลือด แผลผ่าตัดติดเชื้อ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อาการปวดแผลผ่าตัด และปอดอักเสบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้างเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำ ดังนี้ 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และวิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้างเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.98

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบเก็บข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ วิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบ Fisher Exact Test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.8 และร้อยละ 81.3 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งเกี่ยวกับมดลูกและโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ร้อยละ 50.0 และร้อยละ 43.8 ไม่สามารถระบุระยะของโรคได้ ร้อยละ 81.3 และร้อยละ 37.5 ใช้วิธีระงับการระงับความรู้สึกแบบ general anesthesia ร้อยละ 75.0 และร้อยละ 93.8 ประเภทของแผลผ่าตัดเป็น clean-contaminate ร้อยละ 93.8 และร้อยละ 100.0 และผ่าตัดแบบ mid line ร้อยละ 50.0 และร้อยละ 62.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว				
- ไม่มี	9	56.3	3	18.8
- มี	7	43.8	13	81.3
การวินิจฉัยโรคครั้งนี้				
- โรคมะเร็งเกี่ยวกับรังไข่	4	25.0	5	31.3
- โรคมะเร็งเกี่ยวกับมดลูกและโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก	8	50.0	7	43.8
- โรคมะเร็งเกี่ยวกับปากมดลูก	3	18.8	1	6.3
- โรคเกี่ยวกับมะเร็งภายในช่องท้อง	0	0	2	12.5
- โรคมะเร็งเต้านม	0	0	1	6.3
- โรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก	1	6.3	0	0
ระยะของโรค				
- ระยะที่ 1	1	6.3	4	25.0
- ระยะที่ 2	0	0	1	6.3
- ระยะที่ 3	2	12.5	4	25.0
- ระยะที่ 4	0	0	1	6.3
- อื่นๆ	13	81.3	6	37.5
วิธีการระงับความรู้สึก				
- General Anesthesia	12	75.0	15	93.8
- Spinal block	4	25.0	1	6.3
Wound Classification				
- Clean-Contaminate	15	93.8	16	100.0
- Contaminate	1	6.3	0	0
Incision				
- Mid line	8	50.0	10	62.5
- Transverse/Bikini	8	50.0	6	37.5

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปที่ใกล้เคียงกัน โดยมีอายุเฉลี่ย 54.25 และ 59.25 ปี มีน้ำหนักเฉลี่ย 61.82 และ 62.74 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย 154.31 และ 153.90 เซนติเมตร ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 123.75 และ 157.81 นาที ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัดเฉลี่ย 308.12 และ 333.12 มิลลิลิตร และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในการผ่าตัดครั้งนี้เฉลี่ย 4.62 และ 5.81 วัน ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	$\bar{X} \pm$ S.D.	$\bar{X} \pm$ S.D.
อายุ (ปี)	54.25±12.59	59.25±8.45
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	61.82±11.65	62.47±14.65
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	154.31±4.77	153.90±4.66
ระยะเวลาในการผ่าตัด (นาที)	123.75±44.51	157.81±68.53
ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด (มิลลิลิตร)	308.12±293.01	333.12±327.02
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในการผ่าตัดครั้งนี้ (วัน)	4.62±1.31	5.81±3.46

2. ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้างในกลุ่มทดลองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และกลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ร้อยละ 31.3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่เกิด ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบ เกิดเฉพาะในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 12.5 ร้อยละ 6.3 และร้อยละ 8.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้างเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (สถิติ Fisher's exact test)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*P*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภาวะแทรกซ้อน					
ไม่เกิด	16	100.00	11	68.8	
เกิด	0	0	5	31.3	0.043
- เกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ	0	0	2	12.5	
- เกิดติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	0	0	1	6.3	
- เกิดปอดอักเสบ	0	0	3	18.3	

อภิปรายผล

จากผลการใช้วิธีปฏิบัติในกลุ่มทดลองพบว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และกลุ่มที่ไม่ได้ใช้วิธีปฏิบัติเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้วิธีปฏิบัติส่งผลให้เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน วิธีปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีกิจกรรมและกระบวนที่สำคัญ คือ การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลัก ERAS Program (Enhanced Recovery After Surgery Program) โดยมีกิจกรรมที่สำคัญในโปรแกรม คือ การเริ่มรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (step diet) ให้เร็วตามแผนการดูแลและมีรูปแบบการกระตุ้นการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด (early ambulate) ที่ชัดเจน พร้อมกับมีสื่อแผ่นพับและ QR Code สำหรับผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และช่วยลดวันนอนผ่าตัดจาก 8 วัน เหลือ 4 วัน ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้มากขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง และคณะ ได้ทำการศึกษาคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.001)[17] และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชา กลางประพันธ์ และคณะ ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรโตคอลเสริมการฟื้นตัว (ERAS) ในการผ่าตัดคลอด พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยโปรโตคอลเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีคะแนนความเจ็บปวดที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ 72 ชั่วโมง การดูแลโดยโปรโตคอลเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสามารถที่จะลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยไม่พบผลลบต่อผลของการผ่าตัด[18]

สรุปผล

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้างเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเลย (ร้อยละ 0) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่เกิด ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบ โดยเกิดเฉพาะในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 12.5 ร้อยละ 6.3 และร้อยละ 8.3 ตามลำดับ

การใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้างตามหลัก ERAS Program ซึ่งเน้นกิจกรรมสำคัญ เช่น การเริ่มรับประทานอาหารเร็ว (step diet) และการกระตุ้นให้ลุกเดินเร็วหลังผ่าตัด (early ambulation) มีประสิทธิผลสูงในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และส่งผลให้ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล วิธีปฏิบัตินี้จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และควรนำไปใช้เป็นมาตรฐานในโรงพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจนกว่าผู้ป่วยจะกลับบ้าน
2. ควรจัดให้มีการให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยและญาติเพิ่มเติม ในการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลหลังการผ่าตัด เพื่อลดปัจจัยการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์เมธี วงศ์เสนา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณอาจารย์สุรินทร์ อวดร่าง ที่ชี้แนะและให้คำแนะนำในการทำวิจัย ขอขอบคุณ คุณบุศรินทร์ เผด็จทุกข์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก คุณอุไรวัลย์ ดวงแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการพยาบาลหอผู้ป่วยหญิง และคุณสิริกานดา กอแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการพยาบาลหอผู้ป่วยพุทธรักษา ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำตรวจสอบความน่าเชื่อถือหลักฐานเชิงประจักษ์ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ขอขอบคุณพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ที่มีความมุ่งมั่นให้ผู้ป่วยในความดูแลปลอดภัยและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการศึกษาและการเก็บรวมรวมข้อมูล ทำให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. อรพิน จิตคุณธรรมกุล. ความชุกของมะเร็งรังไข่และการผ่าตัดรังไข่ในภายหลังในสตรีที่มีประวัติผ่าตัดมดลูกออกสำหรับกลุ่มโรคไม่ร้ายแรงระยะเวลา 10 ปี ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: สถาบันฝึกอบรม ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ธันวาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2021/11/Aurapin_Jitkunnatumkul-1.pdf.

2. ณัฏฐ์วรดี จิรายุสวุฒิธนา. การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดแบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;5:110-23.
3. สโรชา สุภาธาดา, สุภารัตน์ วังศรีคูณ, อัจฉรา สุคนธสรรพ. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด. พยาบาลสาร. 2565;49:179-92.
4. สีชมพู นุ่นแก้ว, มณฑิรา ชาญณรงค์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการแพทย์เขต. 2566;37:44-57.
5. วิศิษฏ์ จันทร์คุณาภาส, สิทธิชา สิรารีย์. Prevention of surgical site infection [อินเทอร์เน็ต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2566 พ.ค. 15]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/5794.
6. หน่วยขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติและอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนในสตรี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2566 พ.ค.]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/urogyne/admin/download_files.
7. อุ่นเรือน กลิ่นขจร, สุพรรษา วรมาลี. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ [อินเทอร์เน็ต]. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 2563. [เข้าถึงเมื่อ 12 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/811/Nursing%20Guide%20for%20Elderly%20Patients%20with%20Pneumonia.pdf.
8. Lagier D, Zeng C, Fernandez-Bustamante A, Vidal Melo MF. Perioperative Pulmonary Atelectasis: Part II. Clinical Implications. Anesthesiology. 2022;136(1):206-36.
9. สิรานันท์ จันทร์ชุม, วิภา แซ่เซี้ย, ประณีต ส่งวัฒนา. การจัดการและผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์; 2560.
10. ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและกายภาพบำบัด. ทำไมต้องกายภาพบำบัดหลังการผ่าตัดนี่คือคำตอบ [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.phyathai.com/article_detail/2998/th.
11. อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์. บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยศัลยศาสตร์ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช; 2559.
12. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 เรื่อง แนวทางเวชปฏิบัติในการทำ Spinal Anesthesia [อินเทอร์เน็ต]. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rcat.org/_files/ugd/82246c_16805a0ebfb1452c948b08aa291e5e09.pdf.

13. Charad M, Akkaregar R. Post-operative nursing programme for recovery (ERAS). Asian Pac J Nurs Oncol. 2022 [cited Jul 9 7]: Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35620398/.
14. งานทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี. รายงานสถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี. ลพบุรี: โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี; 2565.
15. นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์. ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในการผ่าตัดและความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
16. สุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง, เฉลิมขวัญ สุฤทธิ์, ขวัญดาว ดวงแก้ว. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์คลินิกแพร่. 2566;31:104-17.
17. ณัฐชา กลางประพันธ์, อมรินทร์ นาควิเชียร, จุฑารัตน์ เลื่อนผลเจริญชัย, วิภาดา เหล่าสุขสถิตย. ประสิทธิผลโปรโตคอลเสริมการฟื้นตัว (ERAS) ในการผ่าตัดคลอด งานวิจัยแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุม. Thai J Obstet Gynaecol. 2565;30:393-402.

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

ศิริพร ศรีแผ้ว พย.บ.

บทคัดย่อ มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยหญิงทั่วโลก จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยมะเร็งโลกปี 2022 พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เกือบ 20 ล้านคน เป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 11.6 สำหรับในประเทศไทยจากรายงานสถิติในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 38,555 ราย ในระดับจังหวัดจากสถิติของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ในช่วงระยะ 5 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2567) มีผู้ป่วยรายใหม่ รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,653 ราย มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีผลกระทบอย่างมากกับสุขภาพกายและใจของสตรี ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยครั้งนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทำการวิจัยแบบผสมผสานวิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพ ใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกัน เลือกแบบเจาะจง จำนวน 110 ราย โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การวิจัยแบบผสมผสานวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพช่วยให้ได้ผลวิจัยที่สมบูรณ์มากกว่าการวิจัยวิธีเดียว กล่าวคือ ผลการวิจัยเชิงปริมาณ ตามแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 5 ด้าน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 59.655 (ร้อยละ 41.43) สำหรับผลการวิจัยเชิงคุณภาพได้ข้อมูล 3 มิติ คือ สภาพปัญหา 5 ด้าน ความต้องการ 4 ประเด็น และความคิดเห็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต 3 ประเด็น ช่วยเสริมให้ผลการวิจัยมีความครอบคลุม สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น การวิจัยเชิงปริมาณมีการวัดระดับคุณภาพชีวิตด้านเฉพาะโรคมะเร็ง ในขณะที่การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวถึงสภาพความเจ็บป่วยเป็นอาการที่เกิดกับร่างกายและความทุกข์ในจิตใจ การวิจัยเชิงปริมาณไม่มีองค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ ในขณะที่ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบประเด็นสภาพปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยหลายรายได้รับความลำบากมากขึ้น กระทบต่อคุณภาพชีวิตมากขึ้น *(วารสารโรคมะเร็ง 2568;45:146–164)*

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต มะเร็งเต้านม มะเร็งระยะลุกลาม เคมีบำบัด

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี รหัสไปรษณีย์ 84100

วันที่รับบทความ 09/07/2568, วันที่แก้ไขบทความ 05/09/2568, วันที่ตอบรับบทความ 10/11/2568

Quality of Life in Advanced Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy in SuratThani Cancer Hospital

by **Siriporn Sripaew B.N.S.**

SuratThani Cancer Hospital, Khun Thale Subdistrict, Mueang District, SuratThani Province, Thailand. 84100

Corresponding author: Siriporn Sripaew (sripaew@gmail.com)

Abstract Breast cancer is the most common cancer found in female patients worldwide. According to global cancer statistics for 2022, there were nearly 20 million new cancer cases globally, with breast cancer accounting for 11.6%. In Thailand, according to a statistical report from the Health Data Center (HDC) in 2022, there were 38,555 cases of breast cancer. At the provincial level, based on data from SuratThani Cancer Hospital during the 5-year period (fiscal years 2020–2024), there were a total of 2,653 new cases. Breast cancer significantly impacts both the physical and mental health of women. Therefore, the researcher conducted this study with the objectives of examining the quality of life in advanced breast cancer patients receiving chemotherapy, and studying the problems, needs, and opinions regarding the promotion of their quality of life. This study employed a mixed-methods approach, combining both quantitative and qualitative methods using the same purposively selected sample group of 110 participants. A breast cancer-specific quality of life measurement scale and an interview form were used. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and content analysis. The findings indicated that mixed-methods research, combining both quantitative and qualitative approaches, yielded more complete results than single-method research. Specifically, the quantitative findings based on the 5 dimensions of the quality of life measurement scale showed an overall moderate level of quality of life, with a score of 59.655 (41.43%). The qualitative findings provided data in 3 dimensions: 5 problem areas, 4 identified needs, and 3 opinions regarding quality of life promotion. These findings enhanced the comprehensiveness of the study and increased the practical value of the results. The quantitative research assessed quality of life in cancer-specific aspects, while in the qualitative research, participants described illness in terms of physical symptoms and emotional suffering. The quantitative research did not include economic aspects, whereas the qualitative findings revealed economic issues as significant problems

contributing to greater hardship among many patients and significantly impacted their quality of life. *(Thai Cancer J 2025;45:146–164)*

Keywords: quality of life, breast cancer, advance cancer, chemotherapy

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยหญิงทั่วโลก อุบัติการณ์ของโรคนี้จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยมะเร็งโลกปี 2022 พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เกือบ 20 ล้านคน เป็นมะเร็งปอดมากที่สุด ร้อยละ12.4 (ประมาณ 2.5 ล้านคน) รองลงมาเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 11.6 และคาดว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี 2050 สูงถึง 35 ล้านคน[1] สำหรับในประเทศไทยจากรายงานสถิติในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 38,555 ราย[2] ในระดับจังหวัดจากสถิติของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ในช่วงระยะ 5 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2567) มีผู้ป่วยรายใหม่รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,653 ราย (471, 516, 587, 546 และ 533 ตามลำดับ)[3] มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีผลกระทบอย่างมากกับสุขภาพกายและใจของสตรี ซึ่งเมื่อมีการลุกลามถึงระยะที่ 3 ที่ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ขึ้นมากกว่า 5 เซนติเมตร และมีการขยายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้มากกว่า 4 ต่อมขึ้นไป ไม่สามารถจะรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่การรักษาจะช่วยให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง ช่วยบรรเทาอาการอันเกิดจากมะเร็ง รวมทั้งอาจช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยได้[4] ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามมีการรักษาในหลายวิธี[5] เพื่อยับยั้งหรือหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งไม่ให้แพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำ การรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยต้องประสบกับภาวะข้างเคียงต่อสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ผมร่วง ไข้ และมีการกดการทำงานของไขกระดูก ผู้ป่วยจะรู้สึกทรมานในช่วงให้ยา กิจวัตรประจำวันที่ปฏิบัติอยู่ทำได้น้อยลง ผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวล กลัวโรคจะกลับเป็นซ้ำ ไม่หายขาด กลัวว่าจะมีชีวิตไม่ยืนยาว เป็นปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมาก[6] สภาพความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งระยะลุกลามส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ กระทบต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ในครอบครัวของผู้ป่วย จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้พบว่า ผลการศึกษาส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางที่ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ซึ่งเป็นทิศทางที่ดี อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้มีข้อสังเกตจากการทำงานที่ผ่านมา ได้พบเห็นสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้พบผู้ป่วยหลายรายที่ประสบปัญหาการดำเนินชีวิตที่ยากลำบากมาก บ่งบอกถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนัก และจากการสืบค้นผลการวิจัยที่ผ่านมา มักเป็นการศึกษาเพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตในเชิงปริมาณ ทำให้ขาดข้อมูลเชิงลึกที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยครั้งนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research)[7] ประกอบด้วยวิธีเชิงปริมาณใช้ในการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดและวิธีเชิงคุณภาพใช้ในการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้วิธีหาขนาดตัวอย่างจากการคำนวณด้วยสูตรของ Cohen[8] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 110 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าวิจัย ดังนี้ คือ (1) ผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ทั้งกลุ่มผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารักษาและผลวินิจฉัยอยู่ในระยะลุกลาม ได้รับยาเคมีบำบัดตั้งแต่ครั้งที่ 1 เป็นต้นไป และหลังให้ยาเคมีบำบัดครั้งสุดท้ายไม่เกิน 3 สัปดาห์ (2) อายุ 20 ปี ขึ้นไป (3) ทราบการวินิจฉัยโรคของตนว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม สามารถอ่าน พูด และเข้าใจภาษาไทยได้ และ (4) ยินดีเข้าร่วมในโครงการ สำหรับเกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย ดังนี้ คือ (1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยทุกขั้นตอน (2) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับการวิจัยเชิงปริมาณ โดย ผู้วิจัยได้ทำการแนะนำผู้เข้าร่วมโครงการข้างต้น ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลในประเด็นสัมภาษณ์ ทั้งนี้ได้มีกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูล จำนวน 74 ราย ซึ่งเพียงพอสำหรับการสรุปผลวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ดังนี้

1. แบบสอบถาม ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ สำหรับศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับโรค รวม 11 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ระยะของโรค จำนวนครั้งที่ให้ยา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โรคประจำตัว และผู้ดูแล ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Scale: FACT-B version 4) พัฒนาโดย Cella และคณะ[9] เป็นแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0-4 ตั้งแต่ไม่มีปัญหาเลย (0) จนถึงมีมากที่สุด (4) (ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มากที่สุด) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคำถามทั้งหมด 37 ข้อ ทั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพียง 36 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามสุดท้ายเป็นคำถามสรุปอาการด้านร่างกาย ซึ่งปรากฏในแบบวัดด้านร่างกายที่มีประเด็นคำถามเกี่ยวกับสภาพร่างกาย ความไม่สบายทางกาย อาการข้างเคียงจากการรักษา มีความเพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์และการแปลผลคะแนน โดยค่าคะแนนสูงบ่งชี้ถึงภาวะคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ ได้กำหนดแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตใช้เครื่องมือผ่านเว็บไซต์[10] และได้รับอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2567 เป็นแบบสอบถามฉบับภาษาไทย

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหา ความต้องการ และความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นประเด็นคำถามปลายเปิด สำหรับกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลในแต่ละประเด็นได้อย่างอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในการวิจัยนี้ ได้ใช้เครื่องมือหลักเป็น FACT-B ซึ่งเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยเฉพาะ พัฒนาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้พัฒนาจนถึง version 4 มีการแปลและนำไปใช้ในประเทศต่าง ๆ มากกว่า 60 ประเทศ[11] ได้ผ่านการตรวจสอบ ค่าดัชนีความสอดคล้องคะแนนรวมเท่ากับ .90 และรายข้อตั้งแต่ .63 ถึง .86 แสดงถึงคุณภาพของเครื่องมือที่มีความตรงและเชื่อถือได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำมาใช้โดยเว้นการทดสอบความสอดคล้อง สำหรับแบบสัมภาษณ์ เป็นประเด็นคำถามเพิ่มเติมจากแบบสอบถาม จำนวน 3 ประเด็น ทั้งนี้ เพื่อความสะดวกในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้บรรจุประเด็นสัมภาษณ์เป็นส่วนหนึ่งในชุดเครื่องมือ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในคราวเดียวกัน จำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นในส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาร์ค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.94 สำหรับการตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นเครื่องมือเชิงคุณภาพ ผลการทดลองใช้จริงจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ปรากฏว่า มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 25 ราย ในจำนวนนี้ เป็นผู้ให้ข้อมูลครบทั้ง 3 ประเด็นคำถาม จำนวน 22 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจในประเด็นคำถาม และให้คำตอบที่มีความสอดคล้องกัน ผู้วิจัยจึงได้นำไปใช้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้ (1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (SPSS) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เนื้อหา การสรุปประเด็นจากคำอธิบายเกี่ยวกับสภาพปัญหาในการดำเนินชีวิต ความต้องการได้รับความช่วยเหลือ ความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และทำการเปรียบเทียบผลการวิจัยในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

งานวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 8 เดือน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 – เดือนมิถุนายน 2568 ผู้วิจัยได้รับการรับรองโครงการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี เลขที่ SCH_EC_001/2568

ผลการศึกษา

การวิจัยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ด้วยการวิจัยแบบผสมผสานวิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน โดยการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 110 ราย ในส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ มีผู้เข้าร่วมให้ข้อมูล จำนวน 74 ราย (ร้อยละ 67.27) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 40-59 ปี (62 ราย ร้อยละ 56.36) สถานภาพทางครอบครัว มีคู่ (66 ราย ร้อยละ 60.00) มีการศึกษาระดับประถม-มัธยมศึกษา (66 ราย ร้อยละ 60.00) ประกอบอาชีพเกษตรกร, ค้าขาย (รวม 56 ราย ร้อยละ 50.91) มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 19,999 บาท (65 ราย ร้อยละ 59.09) และส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สัปดาห์ละ 1-2 วัน (54 ราย ร้อยละ 49.09) สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในระยะที่ 2 (55 ราย ร้อยละ 50.00) ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 5 ครั้ง (40 ราย ร้อยละ 36.36) เจ็บป่วยมาเป็นเวลาไม่เกิน 1 ปี (69 ราย ร้อยละ 62.73) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (47 ราย ร้อยละ 42.73) ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิต (34 ราย ร้อยละ30.9) และมีผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวเป็นหลัก (88 ราย ร้อยละ 80.00) ผลการวิจัย มีดังนี้

1. ผลการวิจัยเชิงปริมาณ: ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากแบบสอบถามทำการวิเคราะห์และแปลผล เพื่ออธิบายผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การแปลผลระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

มิติการวัด	คะแนนที่เป็นไปได้	แปลผล		
		ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ภาพรวม (36 ข้อ)	0-144	0.00-48.00	48.01-96.00	96.01-144.00
รายด้าน				
- ด้านร่างกาย (7 ข้อ)	0-28	0.00-9.33	9.34-18.63	18.64-28.00
- ด้านสังคม/ครอบครัว (7 ข้อ)	0-28	0.00-9.33	9.34-18.63	18.64-28.00
- ด้านอารมณ์/จิตใจ (6 ข้อ)	0-24	0.00-8.00	8.01-16.00	16.01-24.00
- ด้านการปฏิบัติกิจกรรม (7 ข้อ)	0-28	0.00-9.33	9.34-18.63	18.64-28.00
- ด้านเฉพาะโรคมะเร็ง (9 ข้อ)	0-36	0.00-12.00	12.01-24.00	24.01-36.00
แปลผลจากค่าร้อยละ*		0.00%-33.33%	33.34%-66.67%	66.68%-100%

*ค่าร้อยละ = ค่าคะแนนที่ได้ / คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ X 100

ผลการวิจัยระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับ 59.655 คิดเป็น 41.43% ค่าเฉลี่ย 1.660 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .245 สำหรับคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านเรียงตามลำดับคะแนนสูงสุดไปต่ำสุด ดังนี้ (1) ด้านการปฏิบัติกิจกรรม ระดับปานกลาง คะแนนสูงสุด เท่ากับ 17.245 (ร้อยละ 61.59) (2) ด้านสังคม/ครอบครัว ระดับปานกลาง คะแนน 16.582 (ร้อยละ 59.22) (3) ด้านเฉพาะโรคมะเร็งเต้านม ระดับต่ำ คะแนน 11.500 (ร้อยละ 31.94) (4) ด้านอารมณ์/จิตใจ ระดับต่ำ คะแนน 7.600 (ร้อยละ 31.67) และ (5) ด้านร่างกาย ระดับต่ำ มีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 6.727 (ร้อยละ 24.03) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N=110)

มิติการวัด	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนน/(%) ที่ได้	ค่าเฉลี่ย/ค่า S.D.	แปลผล (ระดับ)	ข้อคำถามคะแนนสูงสุด-ต่ำสุด	
					คะแนนสูงสุด (คะแนน / ร้อยละ)	คะแนนต่ำสุด (คะแนน / ร้อยละ)
ภาพรวม	0-144	59.655 (41.43%)	1.660 .245	ปานกลาง	คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของฉัน (3.300 / 82.50%)	ฉันรู้สึกมีเสน่ห์เป็นที่ดึงดูดใจทางเพศ (0.220 / 6.14%)
ด้านร่างกาย (ลำดับ 5)	0-28	6.727 (24.03%)	0.961 .622	ต่ำ	ฉันรำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา (1.155 / 28.88%)	ฉันจำต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง (0.555 / 13.88%)
ด้านสังคม/ครอบครัว (ลำดับ 2)	0-28	16.582 (59.22%)	2.369 .644	ปานกลาง	คนในครอบครัวยอมรับ การเจ็บป่วยของฉัน (3.300 / 82.50%)	ฉันพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง (1.027 / 25.68%)
ด้านอารมณ์จิตใจ (ลำดับ 4)	0-24	7.600 (31.67%)	1.267 .713	ต่ำ	ฉันรู้สึกพอใจกับวิธีที่ฉันปรับตัวกับการเจ็บป่วยของตนเอง (2.473 / 61.82%)	ฉันรู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย (.330 / 18.64%)
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม (ลำดับ 1)	0-28	17.245 (61.59%)	2.464 .755	ปานกลาง	ฉันพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน (รวมถึงงานบ้าน) (2.891 / 72.27%)	ฉันยังคงสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสำราญ (2.000 / 50.00%)
ด้านเฉพาะโรคมะเร็งเต้านม (ลำดับ 3)	0-36	11.500 (31.94%)	1.278 .491	ต่ำ	ฉันรู้สึกว่ายังเป็นผู้หญิงเหมือนกับหญิงอื่นโดยทั่วไป (2.555 / 63.86%)	ฉันรู้สึกมีเสน่ห์เป็นที่ดึงดูดใจทางเพศ (0.220 / 6.14%)

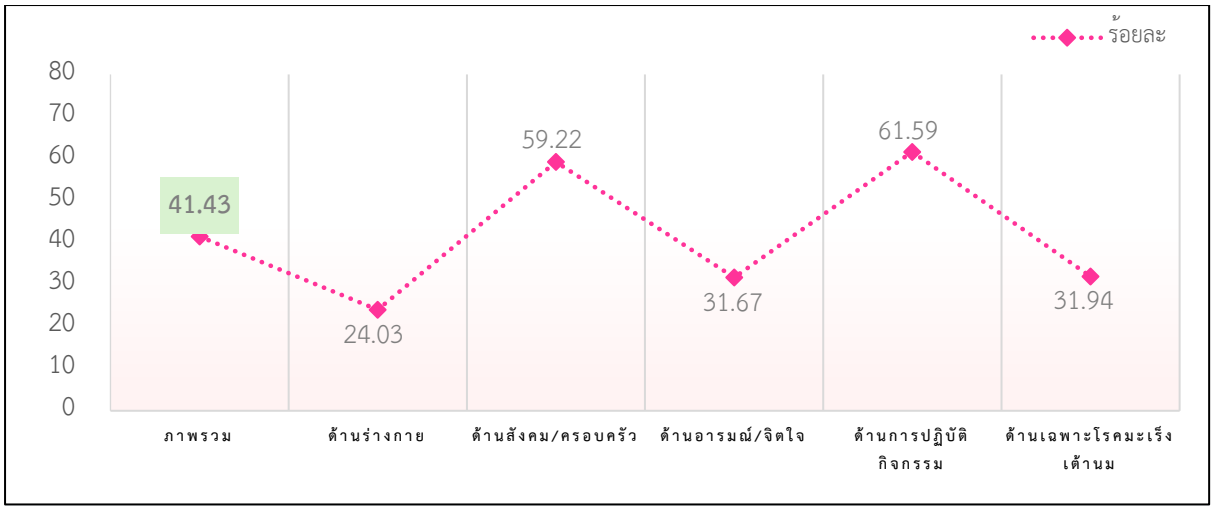
จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับ 59.655 คิดเป็น ร้อยละ 41.43 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.660 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .245 ค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนสูงสุดและต่ำสุด

เท่ากับ 1.139 โดยด้านที่มีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับ 17.245 คิดเป็นร้อยละ 61.59 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.464 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .755 รองลงมาตามลำดับ ได้แก่ ความผาสุกด้านครอบครัว/สังคม มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับ 16.582 คิดเป็นร้อยละ 59.22 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.369 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .644, ความผาสุกด้านเฉพาะโรคมะเร็ง มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ คะแนนเท่ากับ 11.500 คิดเป็นร้อยละ 31.94 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.278 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .491, ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ คะแนนเท่ากับ 7.600 คิดเป็นร้อยละ 31.67 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.267 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .713 และด้านที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุด คือ ความผาสุกด้านร่างกาย มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ คะแนนเท่ากับ 6.727 คิดเป็นร้อยละ 24.03 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .961 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .662 ทั้งนี้ ค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนสูงสุดและต่ำสุด ของแต่ละด้านมีค่าตั้งแต่ 2.222 – 3.000 แสดงถึงค่าเฉลี่ยของคำตอบในแต่ละด้านมีความแตกต่างกันระหว่างคะแนนสูงสุดและต่ำสุดห่างกันมากกว่า 2 คะแนน จนถึง 3 คะแนน ซึ่งขึ้นอยู่กับข้อคำถามและบริบทของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

สำหรับประเด็นรายข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือ “คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของฉัน” (ด้านสังคม/ครอบครัว) คะแนน 3.300 คิดเป็นร้อยละ 82.50 และข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ “ฉันรู้สึกมีเสน่ห์เป็นที่ดึงดูดใจทางเพศ” คะแนน 0.220 คิดเป็นร้อยละ 6.14 (ด้านเฉพาะโรคมะเร็งเต้านม)

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดในภาพรวมและรายด้าน โดยใช้ค่าร้อยละเป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบ (เนื่องจากคะแนนรวมแต่ละด้านไม่เท่ากัน) พบว่า ในภาพรวม เท่ากับร้อยละ 41.43 อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งค่อนไปทางระดับต่ำ สำหรับระดับคุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจกรรม เท่ากับร้อยละ 61.59 และด้านสังคม/ครอบครัว เท่ากับร้อยละ 59.22 อยู่ในระดับต่ำ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย เท่ากับร้อยละ 24.03 ด้านอารมณ์/จิตใจ เท่ากับ ร้อยละ 31.67 และด้านเฉพาะโรคมะเร็งเต้านม เท่ากับ ร้อยละ 31.94 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภาพรวมและรายด้าน



จากแผนภูมิที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมมีค่าร้อยละเท่ากับร้อยละ 41.43 โดยระดับคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านสังคม/ครอบครัว ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าร้อยละสูงกว่าในภาพรวม กล่าวคือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมมีค่าร้อยละสูงสุด (ร้อยละ 61.59) สูงกว่าภาพรวม ร้อยละ 20.16 และค่าร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์/จิตใจ และด้านเฉพาะโรคมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับต่ำทั้ง 3 ด้าน และมีค่าร้อยละที่ต่ำกว่าระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวม โดยด้านร่างกายมีค่าร้อยละต่ำสุด (ร้อยละ 24.03) ต่ำกว่าภาพรวม ร้อยละ 17.40

2. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ : ผลการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด จากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 74 ราย มีผู้ให้ข้อมูลตามประเด็นคำถาม 58 ราย และมีจำนวน 16 ราย ที่ตอบว่าไม่มีปัญหา ความต้องการ และไม่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลความคิดเห็นเฉพาะ 58 ราย ทำการวิเคราะห์ในแต่ละประเด็น ได้ข้อค้นพบดังนี้

สภาพปัญหา ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ได้ให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้ โดยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการทำงานอันเกิดจากสภาพร่างกายที่ไม่เหมือนเดิม และปัญหาอื่น ๆ สรุปได้ตามลำดับ ได้แก่ (1) ด้านการทำงาน/ทำกิจกรรมประจำวัน (2) ด้านร่างกาย (3) ด้านจิตใจ (4) ด้านเศรษฐกิจ และ (5) ด้านครอบครัว/สังคม ทั้งนี้ มีผู้ป่วยบางรายประสบปัญหาหลายด้าน ทำให้ชีวิตมีความทุกข์ยากลำบากดังตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้ให้ข้อมูลว่า “ใช้ชีวิตจากเดิมค่อนข้างจะลำบาก การเงินติดขัด เพราะเป็นหัวหน้าครอบครัว มีความเครียดมาจากค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอกับรายได้ เพราะหาเช้ากินค่ำ” และ “ทำงานได้ไม่เหมือนเดิม ต้องเป็นภาระของคนอื่น บางทีคู่ครองก็ไม่ได้หวังดีกับเราเสมอไป เราหาเลี้ยงตัวเองไม่ได้ ต้องใช้ของเขา เขาทำงานคนเดียว เขาบ่น เขาด่า คือเขียนออกมาเป็นตัวหนังสือลำบาก” ผู้ป่วยบางรายประสบปัญหาหลายประการแต่มีครอบครัวให้กำลังใจ สะท้อนจากข้อมูลผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ระบุว่า “กำลังใจของครอบครัวสำคัญที่สุด” ซึ่งสอดคล้องกับผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตในการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งปรากฏในข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือ “คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของฉัน” คะแนน 3.300 (ร้อยละ 82.50) ขณะเดียวกันก็ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลว่า “มีปัญหาเพียงเล็กน้อย รับได้ทุกเรื่อง” และ “ไม่มีปัญหาอุปสรรค” ทั้งนี้ได้พบว่าประเด็นปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นปัญหาในเชิงลึกที่กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์

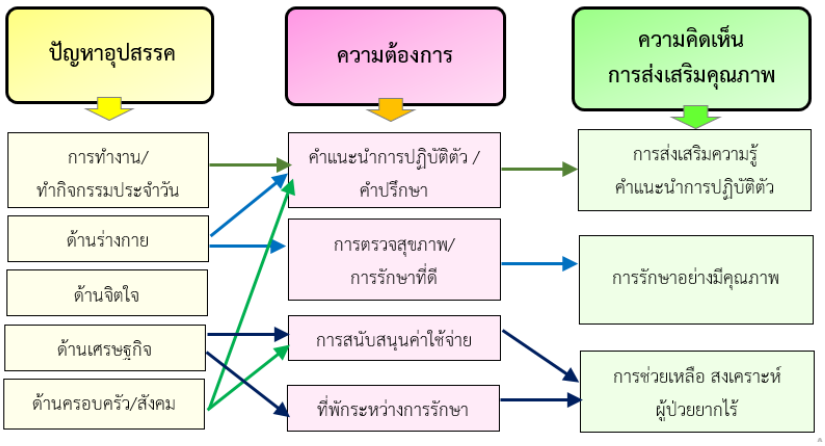
ความต้องการ ผลการวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพียงส่วนน้อยที่ได้ให้ข้อมูลความต้องการได้รับความช่วยเหลือ สะท้อนถึงพื้นฐานความเป็นอยู่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ค่อนข้างมีความพร้อม อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้ให้ข้อมูลความต้องการ อันเป็นผลจากสภาพปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิตในขณะที่เจ็บป่วย โดยเรียงตามลำดับ ได้แก่ (1) คำแนะนำในการปฏิบัติตัว/คำปรึกษา ดังตัวอย่างผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลว่า “ถ้าเป็นไปได้ อยากให้โรงพยาบาลมีการแนะนำเรื่องอาหาร การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็ง เพราะไม่ได้รับการแนะนำเรื่องนี้ ต้องไปถามจากผู้ป่วยด้วยกัน” และ “ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาตัวเองในช่วงรักษา และจบการรักษาไปแล้ว” เป็นต้น (2) การตรวจสุขภาพ/การรักษาที่ดี ผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลส่วนมากมีความกลัวว่าอาการจะแย่ลง จึงต้องการ

ได้รับการรักษาที่ดี (3) การสนับสนุนค่าใช้จ่าย เป็นความต้องการที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ดังตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้ให้ข้อมูลว่า “ค่ารักษา ยารักษาโรค ค่าเดินทางทุกอย่าง เพราะการรักษามะเร็งต้องต่อเนื่องและระยะยาว คนไม่มีเงิน คือไม่มีจริง ๆ” เป็นต้น และ (4) ที่พักระหว่างการรักษา จากข้อมูลได้พบว่า ผู้ป่วยหลายรายมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดและต้องใช้เวลาเดินทาง ทำให้ไม่สะดวกระหว่างการรักษา และบางรายมีความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นด้วย

ความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้เสนอความคิดเห็นที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหา ความต้องการ ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้อธิบายในประเด็นนี้มากนัก เพียงแต่ให้ความเห็นตรง ๆ ตามลำดับ ได้แก่ (1) การส่งเสริมความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตัว เป็นความคิดเห็นที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เสนอเป็นประเด็นหลัก (2) การรักษาอย่างมีคุณภาพ และ (3) การช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ เน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก

จากข้อมูลทั้ง 3 ประเด็นข้างต้น กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลในทิศทางที่มีความสอดคล้องเชื่อมโยงจากประเด็นปัญหา ความต้องการ และความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต กล่าวคือ จากประเด็นความต้องการที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก คือ ความต้องการคำแนะนำการปฏิบัติตัว/คำปรึกษา และเชื่อมโยงประเด็นความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้านการส่งเสริมความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตัว ซึ่งได้ให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกเช่นเดียวกัน ในขณะที่ปัญหาด้านร่างกาย มีความเชื่อมโยงถึงความต้องการได้รับการรักษาที่ดี และความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านการรักษาอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้มีประเด็นความต้องการด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่าย และที่พักระหว่างการรักษา เชื่อมโยงความคิดเห็นที่สอดรับกันในด้านการช่วยเหลือ สงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงประเด็นปัญหา ความต้องการ และความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด



3. ผลการเปรียบเทียบผลการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ จากผลการวิจัยในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามที่ได้กล่าวข้างต้น ได้พบว่า มีมิติที่แสดงให้เห็นผลการวิจัยที่แตกต่างและสนับสนุนต่อกัน ทั้งนี้ สามารถแสดงผลการเปรียบเทียบผลการวิจัย โดยพิจารณาตามกรอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตามกรอบวัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ / วิธีการวิจัย	
วัตถุประสงค์ที่ 1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด	
การวิจัยเชิงปริมาณ	**การวิจัยเชิงคุณภาพ**
1. ผลการวิจัย ในการวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้แบบวัด FACT-B สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ชัดเจน ในภาพรวม พบว่า มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คะแนน 59.655 คิดเป็นร้อยละ 41.43 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.660 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .245	1. ผลการวิจัย ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตเป็นข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสภาพปัญหาในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด 5 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการทำงาน/ทำกิจกรรม ประจำวัน (2) ด้านร่างกาย (3) ด้านจิตใจ (4) ด้านเศรษฐกิจ และ (5) ด้านครอบครัว/สังคม
2. ผลการวัดคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า (1) ด้านการปฏิบัติกิจกรรม ระดับปานกลาง ได้คะแนนสูงสุด เท่ากับ 17.245 (ร้อยละ 61.59) (2) ด้านสังคม/ครอบครัว ระดับปานกลาง คะแนน 16.582 (ร้อยละ 59.22) (3) ด้าน เฉพาะโรคมะเร็งเต้านม ระดับต่ำ คะแนน 11.500 (ร้อยละ 31.94) (4) ด้านอารมณ์/จิตใจ ระดับต่ำ คะแนน 7.600 (ร้อยละ 31.67) และ (5) ด้านร่างกาย ระดับต่ำมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 6.727 (ร้อยละ 24.03) (รายละเอียด ตามผลการวิจัยในตารางที่ 2)	2. ข้อมูลสะท้อนระดับคุณภาพชีวิต จากคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างที่ปรากฏทั้งในทิศทางที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี และในทิศทางที่ไม่ค่อยดีนัก เช่น “มีปัญหาเพียงเล็กน้อย รับได้ทุกเรื่อง”, “ใช้ชีวิตจากเดิมค่อนข้างจะลำบาก การเงินติดขัด เพราะเป็นหัวหน้าครอบครัว มีความเครียดมาจากค่าใช้จ่าย ไม่เพียงพอกับรายได้ เพราะหาเช้ากินค่ำ” เป็นต้น
3. ผลการวิจัยสามารถนำไปเปรียบเทียบกับงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชิ้นอื่นๆ ซึ่งที่ผ่านมาล้วนทำการศึกษาด้วยวิธีเชิงปริมาณเป็นหลัก ทำให้ผลงานวิจัยมีประโยชน์ในการทบทวนวรรณกรรม การเลือกใช้/พัฒนาเครื่องมือในการวิจัยที่เหมาะสมกับบริบทและวัตถุประสงค์ในการศึกษา	3. ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้วยการสัมภาษณ์ทำให้ได้ข้อมูลสภาพปัญหาจากการบอกเล่าของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยตรง ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในการตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ

วัตถุประสงค์ / วิธีการวิจัย

วัตถุประสงค์ที่ 1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การวิจัยเชิงปริมาณ	การวิจัยเชิงคุณภาพ
4. ผลการวิจัยด้วยวิธีเชิงปริมาณ สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ มีความเชื่อถือได้สูงและมีประโยชน์ แต่เป็นวิธีที่มีข้อจำกัด กล่าวคือ ตามแบบวัดระดับคุณภาพชีวิต (FACT-B) มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ทำให้ไม่ครอบคลุมถึงสภาพปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างบางส่วนประสบอยู่ ดังที่ปรากฏในข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นปัญหาที่ส่งผลต่อกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	4. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพในงานวิจัยครั้งนี้ มีส่วนช่วยสนับสนุนให้งานวิจัยบรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างมีคุณค่าต่อการนำไปใช้ประโยชน์ ครอบคลุมสภาพความเป็นจริงในมิติที่การสำรวจเชิงปริมาณไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ดังตัวอย่างที่ได้กล่าวในข้อ 2. อย่างไรก็ตาม หากศึกษาด้วยวิธีเชิงคุณภาพเพียงวิธีเดียวย่อมไม่สามารถทำให้ผลการวิจัยบรรลุตามวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ และอาจส่งผลให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือได้ต่ำ

วัตถุประสงค์ที่ 2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

1. ผลการวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยการวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามแบบวัด FACT-B ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์นี้ได้อย่างครอบคลุมทั้งมิติสภาพปัญหา ความต้องการ และความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	1. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ข้อค้นพบที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ครบทั้ง 3 องค์ประกอบ กล่าวคือ สภาพปัญหา 5 ด้าน ความต้องการ 4 ประเด็น และ ความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต 3 ประเด็นที่มีความเชื่อมโยงกันของคำตอบทั้ง 3 องค์ประกอบ
2. มีข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงปริมาณ ที่พอจะสรุปถึงสภาพปัญหา โดยพิจารณาได้จากผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน ที่ปรากฏผลอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มี 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านเฉพาะโรคมะเร็งเต้านม (2) ด้านอารมณ์/จิตใจ และ (3) ด้านร่างกาย ซึ่งมีคะแนนต่ำสุด สำหรับประเด็นความต้องการ และความคิดเห็น ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้น การวิจัยด้วยแบบวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (FACT-B) ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนนี้ได้	2. ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยแบบสัมภาษณ์ มีดังนี้ (1) สภาพปัญหา 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำงาน/ทำกิจกรรมประจำวัน, ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจ, ด้านเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว/สังคม (2) ความต้องการ 4 ประเด็น ได้แก่ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว/คำปรึกษา, การตรวจสุขภาพ/การรักษาที่ดี, การสนับสนุนค่าใช้จ่าย และที่พักระหว่างการรักษา (3) ความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต 3 ประเด็น ได้แก่ การส่งเสริมความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตัว, การรักษาอย่างมีคุณภาพ และการช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้

วัตถุประสงค์ที่ 2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ต่อการนำไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

วิจารณ์

งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเรื่องนี้ ได้มุ่งเน้นทำการวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทำการศึกษาข้อมูลทั้งในมิติเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการให้ข้อมูลสภาพชีวิตทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว/สังคม การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ปัญหาอุปสรรค ความต้องการ และความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในแง่มุมที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยเอง สะท้อนให้เห็นสภาพชีวิตจากการบอกเล่าและความคิดเห็นของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่สามารถจะนำข้อมูลไปประกอบการพัฒนากลไกในการดูแลรักษา การส่งเสริมคุณภาพชีวิต ตอบสนองการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2567 - 2575 ในการช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้การใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม [12] ทั้งนี้จากผลการวิจัย มีประเด็นที่จะอภิปรายดังต่อไปนี้

1. การผสานและเปรียบเทียบผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ: ในการวิจัยแบบผสมผสานโดยทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน การวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 110 ราย และเชิงคุณภาพ จำนวน 58 ราย ได้พบว่า การวิจัยเชิงคุณภาพทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เสริมให้ผลการวิจัยเชิงปริมาณมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น กล่าวคือ

1.1 ในภาพรวมการวิจัยเชิงปริมาณโดยการวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตามแบบวัด FACT-B ทำการวัดระดับคุณภาพชีวิต 5 ด้าน ได้พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่อนไปทางต่ำ) สำหรับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ข้อมูล 3 มิติ คือ สภาพปัญหา 5 ด้าน, ความต้องการ 4 ประเด็น และความคิดเห็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต 3 ประเด็น ที่มีความเชื่อมโยงกันของประเด็นย่อยทั้ง 3 มิติ ทั้งนี้ ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ปรากฏว่า ไม่มีข้อมูลที่ระบุด้านเฉพาะโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้กล่าวถึงสภาพความเจ็บป่วยเป็นอาการที่เกิดกับร่างกาย นอกจากนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพ ยังพบประเด็นสำคัญ คือ สภาพปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยหลายรายได้รับความลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลที่ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ไม่มีรายได้ – มีรายได้ไม่เกิน 19,999 บาท มีอัตราสูงถึง ร้อยละ 72.73 นับว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ในขณะที่องค์ประกอบตามแบบวัด FACT-B ไม่ได้มีการวัดในประเด็นดังกล่าว

1.2 ความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน ผลการวิจัยได้พบว่า ในการวิจัยเชิงปริมาณ ด้านการปฏิบัติกิจกรรม เป็นด้านที่มีคะแนนสูงสุด แสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าด้านอื่น ๆ และด้านร่างกาย เป็นด้านที่มีคะแนนต่ำสุด แสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ในขณะที่ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ปรากฏว่า ด้านการทำงาน/ทำกิจกรรมประจำวัน เป็นด้านที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าประสบปัญหามากที่สุด แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าด้านอื่นทุกด้าน ผลการวิจัยในประเด็นนี้ จึงมีลักษณะสวนทางกันสำหรับด้านร่างกาย เป็นลำดับที่ 2 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิจัยเชิงปริมาณ

1.3 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพช่วยเสริมผลการวิจัยเชิงปริมาณ ให้มีข้อมูลที่สามารถอธิบายผลการวิจัยได้ครอบคลุมมากขึ้น ในมิติสภาพปัญหา 4 ด้าน มีความสอดคล้องกับผลวิจัยเชิงปริมาณ และมีประเด็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับสภาพปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลให้การใช้ชีวิตยากลำบากยิ่งขึ้น สำหรับในมิติความต้องการ และความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นข้อค้นพบที่จะช่วยเสริมผลการวิจัยเชิงปริมาณ เกี่ยวกับทิศทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้สอดคล้องกับระดับคุณภาพชีวิตที่ปรากฏในผลการวิจัย

2. การเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่น: ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของทรงเดช ประเสริฐศรี และนิธิตา ธารีเพียร ทำการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไดรับเคมีบำบัด[13] งานวิจัยของวารุณี มีเจริญ, ฐิติกานต์ กาลเทศ และกัลยา นุตระ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและญาติผู้ดูแล[14] และภัทรริกา ภู่ทวี ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี[15] ซึ่งผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ มีความแตกต่างกับผลงานวิจัยในบางเรื่องที่ปรากฏว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ผลการวิจัยของสุทักษิณา กระแจะจันทร์ ซึ่งทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะ 1-3 ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 3 ขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 20,001- 25,000 บาท และได้รับกำลังใจจากครอบครัว[16] ในขณะที่งานวิจัยนี้ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ไม่มีรายได้ – มีรายได้ไม่เกิน 19,999 บาท มีอัตราสูงถึง ร้อยละ 72.73 นับว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ซึ่งสะท้อนให้เห็นชัดเจนในผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่ผู้ป่วยต้องการให้สนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย และเสนอความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านการช่วยเหลือ สงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ ระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมที่แตกต่างกัน จึงอาจจะเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรักษา การผ่าตัด สถานภาพเฉพาะบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น รายได้ เป็นต้น และยังแตกต่างกับผลงานวิจัยของ พรพิมล เลิศพานิช, อาภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง 83 ราย โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ร้อยละ 73.49 นอกจากนั้นเป็นมะเร็งประเภทอื่น ๆ ที่อยู่ในระยะลุกลามและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลการวิจัยได้พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทั้งก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยเคมีบำบัด อยู่ในระดับสูง[17] นอกจากนี้ มีผลการวิจัยคุณภาพชีวิตรายด้านที่อยู่ในระดับต่ำ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์/จิตใจ และด้านเฉพาะโรคมะเร็งเต้านม ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัย

บางเรื่องซึ่งอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง อาทิ ผลวิจัยคุณภาพชีวิตรายด้านทุกด้านยกเว้นด้านสิ่งแวดล้อมของทั้งผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและของญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง[14] ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ ระดับสูง ส่วนความผาสุกด้านร่างกายระดับปานกลาง[16] คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านอารมณ์/จิตใจอยู่ในระดับสูงทั้ง 2 ด้าน[17] เป็นต้น

3. ประเด็นสะท้อนปัญหาและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม

3.1 สภาพปัญหาความเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเหนื่อยง่าย ทานอาหารไม่ได้ อ่อนเพลีย ผมร่วง อันเป็นผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นผลต่อร่างกายและกระทบถึงจิตใจ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “ไม่ค่อยมีแรง จึงมีปัญหาด้านการทำมาหากิน คนทำอะไรไม่ค่อยไหว ใคร ๆ ก็รังเกียจ” ทั้งนี้ เมื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลในตัวแปรที่เกี่ยวข้องด้านจิตใจ ปรากฏว่า ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอันเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติน้อยมาก กล่าวคือ ผู้ไม่ปฏิบัติเลย–ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง มีสัดส่วนถึง 80.91% สะท้อนถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของตัวผู้ป่วยเอง อยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยเชิงบวกด้านครอบครัว จากผล การวิจัยเชิงปริมาณที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการยอมรับอาการเจ็บป่วยจากคนในครอบครัว ร้อยละ 82.50 แต่ข้อมูลดังกล่าว ยังไม่ชัดเจนนักเกี่ยวกับการยอมรับอาการ ซึ่งอาจจะเป็นเพียงการรับรู้ไม่ครอบคลุมการดูแลเอาใจใส่ด้านจิตใจ ดังนั้น ประเด็นการปฏิบัติให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจตนเอง จึงอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งในหลายปัจจัยที่ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์/จิตใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ

3.2 ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด จากผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามในด้านร่างกายมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 6.727 (ร้อยละ 24.03) แสดงถึงคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ประกอบกับผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลความเจ็บป่วยทำให้ต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การรับประทานอาหาร การดูแลตัวเอง การแต่งตัว เป็นต้น กรณีตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบปัญหาหลายด้านได้กล่าวว่า “ทำงานได้ไม่เหมือนเดิม ต้องเป็นภาระของคนอื่น บางทีคู่ครองก็ไม่ได้หวังดีกับเราเสมอไป เราหาเลี้ยงตัวเองไม่ได้ ต้องใช้ของเขา เขาทำงานคนเดียว เขาบ่น เขาด่าคือเขียนออกมาเป็นตัวหนังสือลำบาก” อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยในครั้งนี้ ได้พบกรณีตัวอย่างที่เป็นมุมมองในทางบวกต่อคุณภาพชีวิต กรณีผู้ป่วยรายหนึ่งที่ให้ข้อมูลว่า “มีอุปสรรคเรื่องการแต่งกาย ถึงแม้จะใส่นมปลอม แต่ก็รู้สึกว่านมปลอมก็มีขนาดและรูปทรงไม่เหมือนนมอีกข้างที่ปกติ มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป แต่ก็ปล่อยวางได้ และถือว่าเป็นอุปสรรคเล็กน้อยเท่านั้น” นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบในการดำเนินชีวิต และต้องการ ให้ผู้เกี่ยวข้องช่วยเหลือ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “ถ้าเป็นไปได้อยากให้โรงพยาบาลมีการแนะนำเรื่องอาหาร การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็ง เพราะไม่ได้รับการแนะนำเรื่องนี้ต้องไปถามจากผู้ป่วยด้วยกัน” ข้อมูลสะท้อนปัญหาดังกล่าวนี้ นับเป็นประเด็นสำคัญที่ควรดำเนินการให้สอดคล้องตามแผน การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2567 - 2575 ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้ระบุสาระสำคัญของหลักการเหตุผล ในย่อหน้าสุดท้าย ความว่า “...การให้บริการคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา วิธีการปฏิบัติและการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย

ถือเป็นเรื่องสำคัญอีกเรื่องหนึ่งที่จะช่วยลดความไม่เข้าใจและความวิตกกังวล ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาตามแผนการรักษาที่วางไว้”[10]

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ด้วยวิธีวิจัยแบบผสมผสาน ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน โดยการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 110 ราย และการวิจัยเชิงคุณภาพ มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 58 ราย ได้ข้อค้นพบที่สำคัญ สรุปดังนี้

1. การวิจัยแบบผสมผสานวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ช่วยให้ได้ผลวิจัยที่สมบูรณ์มากกว่าการวิจัยวิธีเดียว ในงานวิจัยนี้ผลวิจัยเชิงคุณภาพทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เสริมให้ผลการวิจัยเชิงปริมาณมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น กล่าวคือ ผลการวิจัยเชิงปริมาณได้จากการวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตามแบบวัด FACT-B ทำการวัดระดับคุณภาพชีวิต 5 ด้าน ได้พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่อนไปทางต่ำ) คะแนน 59.655 (ร้อยละ 41.43) สำหรับผลการวิจัยเชิงคุณภาพได้ข้อมูล 3 มิติ คือ สภาพปัญหา 5 ด้าน, ความต้องการ 4 ประเด็น และความคิดเห็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต 3 ประเด็น ซึ่งมีทั้งมิติที่สนับสนุน และแตกต่างกับผลการวิจัยเชิงปริมาณ ช่วยเสริมให้ผลการวิจัยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีความครอบคลุมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น

2. ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด เมื่อพิจารณาองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้ผลสรุปดังนี้ (1) คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมและด้านสังคม/ครอบครัว (2) คุณภาพชีวิตระดับต่ำ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์/จิตใจ และด้านเฉพาะโรคมะเร็งเต้านม (3) ลำดับคุณภาพชีวิตรายด้าน เรียงตามลำดับค่าร้อยละจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ดังนี้ ด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีค่าร้อยละสูงสุด (ร้อยละ 61.59), ด้านสังคม/ครอบครัว (ร้อยละ 59.22), ด้านเฉพาะโรคมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 31.94), ด้านอารมณ์/จิตใจ (ร้อยละ 31.67) และด้านร่างกาย มีค่าร้อยละต่ำสุด (ร้อยละ24.03)

3. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ สรุปดังนี้ (1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดประสบปัญหา 5 ด้าน เรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการทำงาน/ทำกิจกรรมประจำวัน, ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจ, ด้านเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว (2) ความต้องการ 4 ด้าน เรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ได้แก่ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว/ คำปรึกษา, การตรวจสุขภาพ/การรักษาที่ดี, การสนับสนุนค่าใช้จ่าย และที่พักระหว่างการรักษา (3) ความคิดเห็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต 3 ด้าน เรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ได้แก่ การส่งเสริมความรู้/คำแนะนำการปฏิบัติตัว, การรักษาอย่างมีคุณภาพและการช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้

4. ผลการวิจัยที่แตกต่างระหว่าง 2 วิธี มีดังนี้ (1) การวิจัยเชิงปริมาณ มีผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตด้านเฉพาะโรคมะเร็ง ในขณะที่ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่มีข้อค้นพบด้านเฉพาะโรคมะเร็ง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวถึงสภาพความเจ็บป่วยเป็นอาการที่เกิดกับร่างกายและความทุกข์ในจิตใจ (2) การวิจัยเชิงปริมาณ

ไม่มีองค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ ในขณะที่ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบประเด็นสภาพปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยหลายรายประสบความยากลำบาก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ทราบถึงระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งในมิติเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงลึกที่ได้จากผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีความสอดคล้องและแตกต่างกับงานวิจัยหลายเรื่องตามที่ได้กล่าวข้างต้น นอกจากนี้ ยังได้ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำให้ทราบปัญหาอุปสรรค ความต้องการ และความคิดเห็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งยังไม่ปรากฏผลการวิจัยในมิติดังกล่าวนี้จากผลงานวิจัยอื่น ๆ ที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ มีดังนี้ (1) ด้านการบริหาร: หน่วยงานที่สนใจให้มีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ควรขับเคลื่อนด้วยมุมมองที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รับฟังความคิดเห็นและให้ความสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ตรงประเด็นความต้องการ เพื่อช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (2) ด้านการดำเนินงานของหน่วยงานพยาบาล: ควรมีการวางแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย การพยาบาลแบบองค์รวม และจัดให้มีระบบผู้ดูแล (caregiver) ที่เหมาะสม โดยการพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรู้ที่ถูกต้อง ทั้งนี้ จากผลวิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว และผลจากแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ส่วนใหญ่คนในครอบครัวยอมรับอาการของผู้ป่วย นับเป็นจุดแข็งในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการดำรงชีวิตต่อไปของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

2. ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ การนำผลวิจัยไปใช้เพื่อการศึกษาต่อยอด ดังนี้ (1) การวิจัยเกี่ยวกับนวัตกรรมการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จากผลการวิจัยที่ปรากฏว่า ผู้ป่วยมีความต้องการความรู้ คำแนะนำในการดูแลตนเอง การวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือในการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ช่วยลดปัญหาข้อจำกัดในกรณีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ (2) การวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแบบองค์รวม เน้นกลุ่มผู้ป่วยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสัดส่วนมากที่สุด จะเป็นประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น (3) การวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่ประสบปัญหาหลายด้าน ให้ได้แนวทางหรือรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี และ ดร.สมหมาย คชนาม ผู้ให้โอกาสและความรู้ในการทำวิจัย ขอขอบคุณแพทย์หญิงฟ้าใส ภักดิกมล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี แพทย์หญิงวัชลาวลี แย้มแก้ว หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

และผู้ช่วยศาสตราจารย์กฤษณา สังขมุณีจินดา ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายชุมชนสัมพันธ์และส่งเสริมสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ให้คำแนะนำ ขอขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัย ทุกท่าน โดยเฉพาะนางสาวกัญญา ศรีแผ้ว ที่ได้ช่วยเหลือในด้านวิชาการและสนับสนุนในหลาย ๆ เรื่อง ขอขอบคุณท่านผู้ประเมินบทความวิจัยนี้ ท่านได้เมตตาแนะนำการปรับปรุงบทความให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ที่สำคัญยิ่ง ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งหลายท่านยังได้ให้คำชื่นชมและพึงพอใจ เป็นอย่างมากต่อโรงพยาบาลและบุคลากร ทั้งแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยในฐานะเป็นส่วนหนึ่ง ของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ขอขอบคุณในความร่วมมือและคำชื่นชมเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024 May-Jun;74(3):229–63. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38572751
2. Ministry of Public Health. Non-communicable disease [Internet]. [cited 2024 Nov 23]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
3. Surat Thani Cancer Hospital. Cancer Statistics. Cancer Statistics and Registry; 2024.
4. Radiotherapy and Oncology Department of Radiology, King Chulalongkorn Hospital. Advancecancer [Internet]. [cited 2025 Jan 12]. Available from: https://www.Chula cancer.net/health-tips-view.php?id=833
5. Siriraj Piyamaharajkarun Hospital. Learn more about breast cancer treatment methods [Internet]. [cited 2024 Nov 23]. Available from: https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/breast-cancer-treatment
6. Korpunsilp S, Pongmesa T. Quality of life of breast cancer women during chemotherapy with fluorouracil, doxorubicin and cyclophosphamide (FAC) regimen. Songklanagarind Med J. 2017;35(4):373-84.
7. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and Conducting Mixed Methods Research. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2018.
8. Cohen J, Cohen P. Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Alabama Associates; 1983.
9. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. J Clin Oncol [Internet]. 1993;11(3):570–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8445433/

10. Facit.org. Functional Assessment of Cancer Therapy–Breast web sites [Internet]. [cited 2024 Nov 12]. Available from: https://www.facit.org/license-registration-form
11. Facit.org. Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast. Overview web sites. Available from: https://www.facit.org/measures/fact-b. Accessed November 12, 2024
12. National Cancer Institute. National Cancer Control Programme พ.ศ. 2567–2575 [Internet]. [cited 2025 Jan 12]. Available from: https://www.nci.go.th/th/New_web2024/officer/download/nccp/NCCP_67_75.pdf
13. Prasertsri T, Tareepian N. Health promoting behaviors and quality of life in patients with breast cancer receiving chemotherapy. J Nurs Health Care. 2015;33(2):92-101.
14. Meecharoen W, Kalated T, Nutra K. Quality of life of cancer patients receiving chemotherapy and their family caregivers. J Nurs Health Care. 2018;36(4):52-61.
15. Poothavee P. Relationships between basic conditioning factors, health promoting behaviors, social support and quality of life in breast cancer patient receiving chemotherapy at Daycare Centre Udonthani Hospital. Udonthani Hosp Med J. 2018;26(3):144-52.
16. Krajeajan S. Illness representation, coping and quality of life among breast cancer patients [Master of Nursing Science]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2019.
17. Lertpanit P, Namvongprom A, Pakdevong N. Symptom experiences and quality of life of patients with advanced cancer receiving chemotherapy. APHEIT Int J. 2017;6(1):45-55.

ผลของโปรแกรม I (Love U)-131 ต่อสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์

พงษ์ศรี เขตจัตุรัส พย.บ.

รุ่งรัศมี ศรีจันทร์ดี พย.บ.

บทคัดย่อ การวิจัย เรื่องผลของโปรแกรม I (Love U)-131 ต่อสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม I (Love U)-131 ด้วยการเปรียบเทียบความรู้การดูแลตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน-131 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม I (Love U)-131 และกลุ่มให้การพยาบาลรูปแบบปกติ วิธีการ: รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่นอนโรงพยาบาล เพื่อกลืนแร่ไอโอดีน-131 โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี จำนวน 74 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 37 ราย ให้การพยาบาลรูปแบบเดิม และกลุ่มทดลอง 37 ราย ให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรม I (Love U)-131 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม I (Love U)-131 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ขณะอยู่ที่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 3) แบบสังเกตพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และ 4) แบบติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี หลังกลับไปอยู่ที่บ้านวันที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) *(วารสารโรคมะเร็ง 2568;45:165–175)*

คำสำคัญ: สมรรถนะการดูแลตนเอง มะเร็งไทรอยด์ แร่ไอโอดีน-131

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

วันที่รับบทความ 03/10/2568, วันที่แก้ไขบทความ 17/10/2568, วันที่ตอบรับบทความ 20/11/2568

Effects of The I (Love U)-131 Performance Program on Thyroid Cancer Patients Treated with Radioiodine Ablation (I-131)

by **Pongsri Khetjusturas B.N.S., Rungrussamee Srijundee B.N.S.**

Inpatient Nursing Division, Nursing Mission, Lopburi Cancer Hospital

Corresponding author: Pongsri Khetjusturas (phunnakornp@gmail.com)

Abstract This quasi-experimental research aimed to examine the effects of the I (Love U)-131 Program on self-care competence among thyroid cancer patients receiving iodine-131 therapy at Lopburi Cancer Hospital. The objectives were to compare the patients' self-care knowledge and self-care behaviors between those who received the I (Love U)-131 Program and those who received routine nursing care. The sample consisted of 74 thyroid cancer patients who were admitted for iodine-131 therapy at Lopburi Cancer Hospital, Muang District, Lopburi Province. Participants were purposively selected and divided into two groups: a control group (n=37) receiving routine nursing care, and an experimental group (n=37) receiving nursing care using the I (Love U)-131 Program. The research instruments included (1) a general information questionnaire, (2) a self-care knowledge test for thyroid cancer patients during hospitalization and after discharge, (3) an observation form for self-care behaviors during hospitalization, and (4) a follow-up self-care behavior form on day 7 after discharge. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations. The Mann–Whitney U test was used to compare mean scores of knowledge and self-care behaviors between groups. The results revealed that the experimental group had significantly higher mean scores of self-care knowledge than the control group (P<.001). Similarly, the experimental group showed significantly higher mean scores of self-care behaviors than the control group **(**P<.001**).** The findings indicate that the I (Love U)-131 Program effectively enhanced self-care competence among thyroid cancer patients receiving iodine-131 therapy. *(Thai Cancer J 2025;45:165–175)*

Keywords: self-care competence, thyroid cancer, iodine-131

บทนำ

ประชากรในทวีปเอเชียมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงที่สุดในโลก จากรายงานของ Ferlay และคณะ ในปี 2564 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งสูงถึง 18 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 49.3 ของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก โดยมะเร็งไทรอยด์ เป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในทวีปเอเชียเช่นกัน มีจำนวนทั้งสิ้น 586,202 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 59.7 ของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 โดยมะเร็งไทรอยด์อยู่ในลำดับที่ 6 จากมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรก[2] ถึงแม้ว่ามะเร็งไทรอยด์จะพบได้น้อยกว่ามะเร็งชนิดอื่น แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การรักษาหลัก คือ การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกให้หมด ภายหลังแพทย์จะตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา เพื่อประเมินความจำเป็นในการรักษาต่อเนื่อง ด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจเหลือจากการผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็งว่าเป็นชนิดที่จับกินรังสีไอโอดีนได้หรือไม่[3] ในกรณีที่โรคลุกลามเข้าอวัยวะข้างเคียง อาจต้องได้รับการฉายรังสีร่วมด้วย ส่วนผู้ป่วยที่มีมะเร็งชนิดเซลล์รุนแรง หรือมะเร็งที่ไม่จับกินรังสีไอโอดีน อาจต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมด้วยการฉายรังสีและยาเคมีบำบัดร่วมกัน[4]

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 4 จากสถิติโรคมะเร็งในปี 2564 พบว่าโรคมะเร็งไทรอยด์จัดอยู่ในลำดับที่ 7 จากโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยของสถานพยาบาล[5] โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีให้การรักษามะเร็งไทรอยด์ด้วยแร่ไอโอดีน-131 มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ซึ่งแร่ไอโอดีน-131 เป็นสารกัมมันตรังสีที่มีอันตรายต่อร่างกาย และมีการแผ่รังสีตลอดเวลา[6] จึงต้องมีการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างบุคลากรหลายฝ่าย เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดี และปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จึงควรมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับหลักการใช้สารกัมมันตรังสีเป็นอย่างดี โดยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ทั้งก่อนการรักษา ขณะรักษา และหลังการรักษา เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวเหมือนขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ต่อจนครบ 7 วัน หลังกลืนแร่ไอโอดีน-131 จึงสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ต้องมีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่วันแรกที่มานอนโรงพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะในการดูแลตนเอง ด้านความรู้ และทักษะในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย ในการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงาน บุคคลรอบข้าง และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ แม้โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จะมีระบบการรักษาผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ด้วยแร่ไอโอดีน-131 มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 และมีมาตรการความปลอดภัยด้านรังสีอย่างต่อเนื่อง แต่จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังและรายงานอุบัติการณ์ภายในหน่วย พบว่า ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ทั้งในระหว่างการรักษา และหลังได้รับอนุญาตกลับบ้าน เช่น การเว้นระยะห่างจากผู้อื่น การแยกของใช้ส่วนตัว การรับประทานอาหาร หรือการกำจัดสิ่งคัดหลั่งที่ปนเปื้อนรังสีไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการได้รับรังสีโดยไม่ตั้งใจแก่บุคคลในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมรอบตัว นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยหลายรายมีระดับความวิตกกังวลสูง จากการรับรู้ว่ารังสีเป็นสิ่งอันตราย และจากการต้องอยู่ลำพังในห้องแยกตลอดช่วงการรักษา ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา และคุณภาพชีวิตระหว่างการกลืนแร่ ขณะเดียวกัน

บุคลากรพยาบาลยังขาดสื่อหรือแนวทางการให้คำแนะนำที่เป็นระบบและเข้าใจง่าย เพื่อใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างมีมาตรฐานเดียวกัน จึงได้มีการจัดทำโปรแกรม I (Love U)-131 โดยใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปศึกษาวิธีปฏิบัติตัวขณะกลืนแร่ I-131 อาการแทรกซ้อนจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้นได้ ตลอดจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลจากการรักษา เข้าใจการรักษาเกี่ยวกับสารกัมมันตรังสี มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และจำหน่ายได้ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์

นิยามศัพท์

1. โปรแกรม I (Love you)-131 หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1: แจก “คู่มือการปฏิบัติตัว การรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน” และ QR code วีดีโอ “การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน” เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน กิจกรรมที่ 2: แลกเปลี่ยนความรู้ เรื่องการปฏิบัติตัว ดูวีดีโอ “การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน” และสาธิตการใช้อุปกรณ์ ในห้องแยก การทิ้ง และวิธีการเก็บขยะจากถังตะกั่ว และกิจกรรมที่ 3: ติดตามผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์หลังกลืนแร่ครบ 7 วัน

2. สมรรถนะการดูแลตนเอง หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน-131 มีความรู้และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในวันที่มานอนโรงพยาบาล ขณะนอนโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งไทรอยด์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม I (Love U)-131 และกลุ่มพยาบาลรูปแบบปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งไทรอยด์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม I (Love U)-131 และกลุ่มพยาบาลรูปแบบปกติ

วัสดุและวิธีการศึกษา

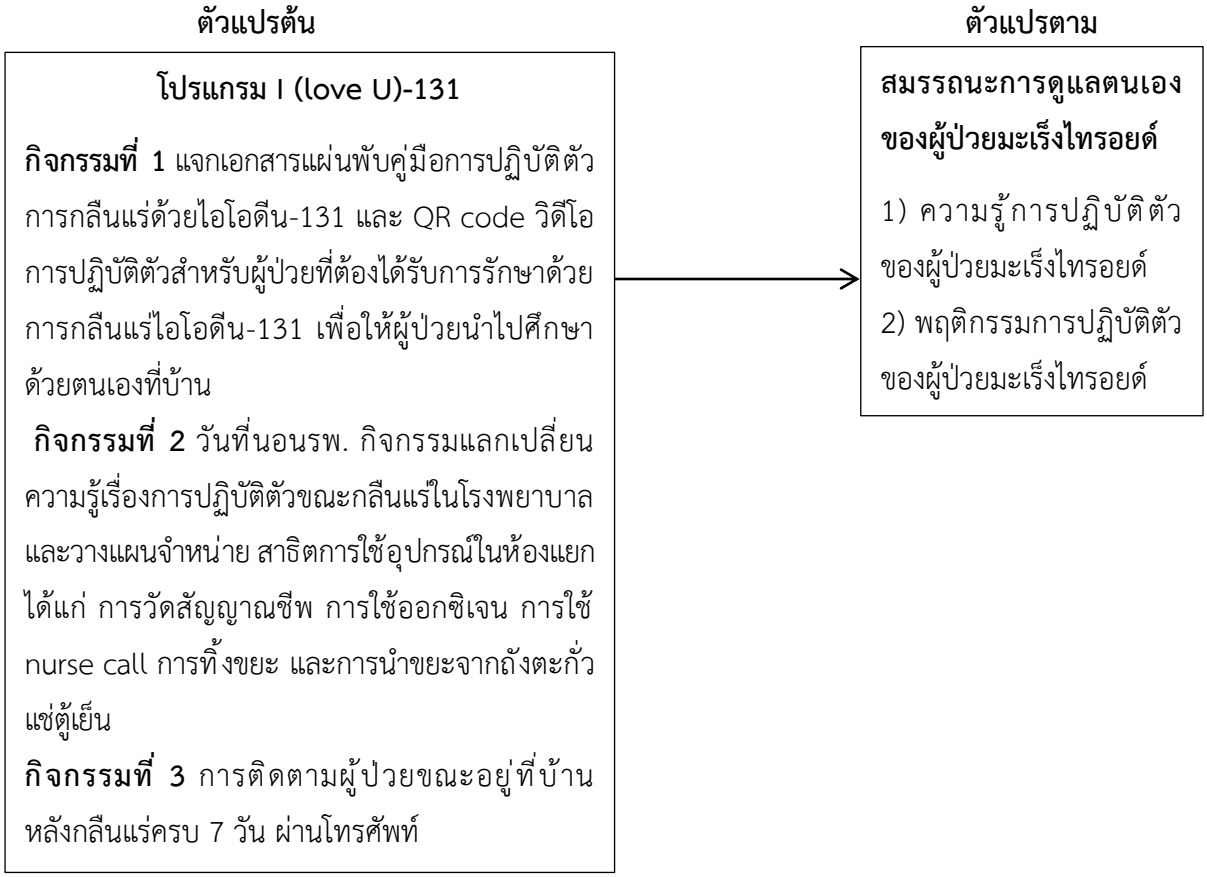
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการกลืนแร่ไอโอดีน-131 แบบ high dose ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ระหว่างเดือนมิถุนายน 2565 – พฤศจิกายน 2565

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในประชากรสองกลุ่มที่อิสระต่อกัน แทนค่าสถิติโดยอ้างจากงานวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับไอโอดีนรังสี I-131[7] ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ทำให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรม I (Love U)-131 จำนวน 37 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบเดิม จำนวน 37 ราย

มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ คือ 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการกลืนแร่ไอโอดีน 2) ไม่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ (tracheostomy-tube) 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 4) มีแพลตฟอร์มออนไลน์บน smart phone รวมทั้งใช้อย่างต่อเนื่อง เกณฑ์คัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมตามแผน จากนั้นจะสุ่มอย่างง่าย เพื่อเลือกสิ่งทดลองให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดลำดับการรับเข้านอนในหอผู้ป่วย เป็นลำดับเลขคู่เป็นกลุ่มทดลอง และลำดับเลขคี่กำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด ดังนี้

1. โปรแกรม I (love U)-131 ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1: แจก “คู่มือการปฏิบัติตัว การรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน” และ QR code วีดีโอ “การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน” เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน กิจกรรมที่ 2: แลกเปลี่ยนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวดูวีดีโอ “การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน” และสาธิตการใช้อุปกรณ์ในห้องแยก การทิ้ง และวิธีการเก็บขยะจากถังตะกั่ว และกิจกรรมที่ 3: ติดตามผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์หลังกลืนแร่ครบ 7 วัน

2. แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย เรื่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ขณะอยู่ที่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะการดูแลตนเองขณะได้รับการกลืนแร่ไอโอดีน-131 จำนวน 15 ข้อ ถ้าเป็นคำถามเชิงบวก ถ้าตอบใช่ หมายถึงได้ 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์ระดับคะแนนความรู้ตามแนวคิดของ bloom[8] (ระดับคะแนน 0-8 คะแนนน้อย ระดับคะแนน 9-11 คะแนนปานกลาง ระดับ 12-15 คะแนนมาก)

3. แบบเก็บข้อมูล เรื่องแบบสังเกตพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ขณะอยู่ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 8 ข้อ สำหรับผู้วิจัยใช้สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตัว (มีเกณฑ์ คะแนน 4-5 ระดับน้อย คะแนน 6-7 ระดับปานกลาง และ คะแนน 8 พฤติกรรม ระดับมาก)

4. แบบติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ หลังกลืนแร่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน วันที่ 7 มีจำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบแบบทำ/ไม่ทำ โดยหากทำ หมายถึงได้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงทางเนื้อหา (content validity) ในแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ส่วนเครื่องมือในรูปแบบแผ่นพับ “คู่มือการปฏิบัติตัวการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน” และวีดีโอ “การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน” มีค่า IOC เท่ากับ 0.86

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน-131 โดยนำไป try out (ทดลองใช้) กลุ่มตัวอย่างที่ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 20 ราย และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.67

การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งไทรอยด์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม I (Love U)-131 และกลุ่มพยาบาลรูปแบบปกติ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U (3) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งไทรอยด์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม I (Love U)-131 และกลุ่มพยาบาลรูปแบบปกติ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งขอคำยินยอมในการวิจัยโดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย

2.1 กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม I (Love you)-131 ในวันที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมาพบแพทย์ที่ OPD ดำเนินตามกิจกรรมที่ 1 และวันที่เข้านอนในโรงพยาบาลดำเนินตามกิจกรรรมที่ 2 หลังจากนั้นให้ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ ผู้วิจัยทำแบบสังเกตพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยประเมินข้อ 1 (ในวันรับใหม่) ข้อ 5 6 7 (วันจำหน่าย) ข้อ 2 3 4 และ 8 (หลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 วัน) ผู้วิจัยดำเนินตามกิจกรรมที่ 3 พร้อมทั้งทำแบบสอบถามการปฏิบัติตัวหลังกลืนแร่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน วันที่ 7

2.2 กลุ่มควบคุม ให้การพยาบาลรูปแบบปกติ คือ ให้ความรู้คำแนะนำ และดู VDO แบบเดิม หลังจากนั้นให้ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ ผู้วิจัยทำแบบสังเกตพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยประเมินข้อ 1 (ในวันรับใหม่) ข้อ 5 6 7 (วันจำหน่าย) ข้อ 2 3 4 และ 8 (หลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 วัน) และทำแบบสอบถามการปฏิบัติตัวหลังกลืนแร่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน วันที่ 7

พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตทำวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี อนุมัติเลขที่ LEC 6521 วันที่รับรอง 29 สิงหาคม 2565

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 45 ปี (SD=11.45) กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 43 ปี (SD=12.28) ซึ่งค่าเฉลี่ยอายุในแต่ละกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่เข้ารับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>.05)

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มควบคุมร้อยละ 84 กลุ่มทดลองร้อยละ 87 ซึ่งสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงในผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ ที่เข้ารับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>.05) กลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 ส่วนกลุ่มทดลอง มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนของระดับการศึกษาระหว่างสองกลุ่มด้วย สถิติ Chi-square test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>.05) และประสบการณ์การเข้ารับการกลืนแร่ไอโอดีนของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่กลืนแร่ครั้งที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51 ส่วนกลุ่มทดลอง กลืนแร่ครั้งที่ 1 มากที่สุดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 65 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนครั้งของการกลืนแร่ไอโอดีนระหว่างสองกลุ่มด้วย สถิติ Chi-square test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>.05)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=74 คน)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (N=37)		กลุ่มทดลอง (N=37)		*P*-value
อายุ					
10-20 ปี	1		0		
21-30 ปี	3		7		
31-40 ปี	8		9		
41-50 ปี	13		10		
51-60 ปี	8		8		
มากกว่า 61 ปี	4		3		
อายุเฉลี่ย (SD)	45 (11.45)		43 (12.28)		.248*
เพศ	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**	***P*-value**
ชาย	6	16	5	13	
หญิง	31	84	32	87	1.000**
การศึกษา					
ไม่ได้ศึกษา	0	0	1	3	
ประถมศึกษา	14	38	11	30	
มัธยมศึกษา/ปวช	10	27	16	43	
อนุปริญญา/ปวส	3	8	3	8	
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	9	24	6	16	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3	0	0	.521**
ประสบการณ์การเข้ารับการกลืนแร่ไอโอดีน					
ครั้งที่ 1	19	51	24	65	
มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป	18	49	13	35	.346**

* Independent t-test

** Chi-square test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน-131 และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=74)

ความรู้การปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์	กลุ่มควบคุม (N=37)		กลุ่มทดลอง (N=37)		*P*-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
คะแนนความรู้ เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน	10.38	1.74	13.14	1.51	<0.001*
คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน	10.97	1.28	12.46	0.69	<0.001*

* Mann-Whitney U

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน-131 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบคะแนนเฉลี่ยความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีนของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรม I (Love U)-131 ค่าเฉลี่ย 13.14 (SD=1.51) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบปกติ ค่าเฉลี่ย 10.38 (SD=1.74) คะแนนเฉลี่ยความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.001

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม I (Love U)-131 ค่าเฉลี่ย 12.46 (SD=0.69) สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบปกติ ค่าเฉลี่ย 10.97 (SD=1.28) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปราย

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรม I (Love U)-131 ต่อสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรม I (Love U)-131 มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ โดยช่วยเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน-131 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถเรียนรู้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษา การปฏิบัติตนในช่วงที่ต้องอยู่ในห้องแยก และการดูแลตนเอง

หลังกลับบ้านได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมากขึ้นในการจัดการตนเอง และลดความกังวลที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของปรัศนีย์ พันธุ์กสิกร, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล[9] ที่มีการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ในโปรแกรมผู้ป่วยจะได้รับคู่มือและวีดิโอ การดูแลตนเองหลังผ่าตัดกลับบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกได้ดียิ่งขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของชลลดา ทานาลาด, วิพร เสนารักษ์[10] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้จะช่วยเพิ่มความสามารถให้แก่ผู้ป่วย ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น เพราะการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีความเชื่อในความสามารถของตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจจะเกิดความมั่นใจและจะสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริพรรณ ภมรพล และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มความสามารถในการดูแลทวารใหม่[11] เนื่องจากผู้ป่วยก่อนกลืนแร่หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การรักษาก็อาจจะได้รับการเลื่อนออกไปเช่นเดียวกับขณะ และหลังการกลืนแร่ที่จะต้องได้รับการจำกัดพื้นที่ให้อยู่ภายในห้องแยก ทำให้การสื่อสารและการได้รับข้อมูลเป็นไปได้ยาก ดังนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลประกอบไปด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เป็นลำดับ ชัดเจน มีหลากหลายวิธี ทั้งการชมวีดีโอ แผ่นพับ และการเข้าถึงสื่อได้ด้วยตนเองตลอดเวลาตามที่ต้องการจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจการจดจำ และเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง[12]

สรุป

1. โปรแกรม I (Love U)-131 ต่อสมรรถนะการดูแลตนเองและพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเอง สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่จะต้องรับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีนได้

2. การใช้สื่อต่าง ๆ ในการช่วยสรุปเนื้อหา เช่น วีดีโอ แผ่นพับ เป็นต้น และการที่สามารถให้เข้าถึงสื่อได้ด้วยตนเองตลอดเวลาตามที่ต้องการ สามารถทำให้เกิดความเข้าใจ นำไปสู่การเกิดความรู้และเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัยในกลุ่มงานวิจัยถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ ที่สนับสนุนการดำเนินการและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยทำให้โครงการวิจัยสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. Int J Cancer. 2019 Apr 15;144(8):1941-53.

2. Rojanamatin J, Sangrajrang S. Cancer in Thailand [Internet]. National Cancer Institute; [cited 2025 Oct 16] p. 62. Report No.: x. Available from: https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/
3. Somgit W, Srisawas P, Phutthikhamin N. Sialadenitis in Thyroid Cancer Patients Receiving High-Dose Radioactive Iodine-131 (RAI-131): Factors Associated, Outcome and Nursing Implementation and Prevention. MAHASARAKHAM Hosp J. 2023 Apr 24;20(1):203–15.
4. Simpson WJ. Radioiodine and radiotherapy in the management of thyroid cancers. Otolaryngol Clin North Am. 1990 Jun;23(3):509-21.
5. Cancer Registry Unit. Hospital - Based Cancer Registry 2564 [Internet]. Lopburi Cancer Hospital, Department of Medical Services Ministry of public health: 2022; [cited 2025 Oct 16]. Available from: https://www.lopburicancer.in.th/canreg/HOS65/HOS65.html #p=3
6. Nuclear Medicine Society of Thailand. Nuclear Medicine Society of Thailand [Internet]. [cited 2025 Oct 16]. Available from: http://www.thaisnm.org/ArticleNuclearAccident AndThyroidGland.php
7. Keawwilai S. The effect of education and selfcare behaviors program among thyroid cancer radioiodine (I-131) therapy. LBCH. 2564
8. Chansuvarn W. Bloom's Taxonomy [Internet]. Active Learning : Learning for All. [cited 2025 Oct 16]. Available from: https://sci.rmutp.ac.th/woravith/?page_id=11322
9. Pankasikorn P, Kitsripisarn S. Benefits of a Self-Care-Promoting Programme for Cataract Surgery Patients' Knowledge and Self-Care Behaviour. J Thail Nurs Midwifery Counc. 2020 Oct 6;35(4):84-98.
10. Thanalad C, Senarak W. The Effect of Knowledge and Perceived Self-Efficacy Promotion Program on Self-Care Behaviors of Patients with Heart Failure. J Nurs Ther Care. 2014;32(2):123-30.
11. Phamornpon S, Nooyam B, Kanjanasilp P. Effects of Self-Efficacy-Promoting Programme on Self-Care Ability of Persons with Stoma. J Thail Nurs Midwifery Counc. 2021;36(1):52-70.
12. Buapool P, Sindhu S, Utrivaprasit K, Pusuwan P. Symptom Experience, Symptom Management Strategies and Functional Status in Well-Differentiated Thyroid Carcinoma Patients Undergoing High-Dose Radioactive Iodine-1 3 1 Administration. J Thail Nurs Midwifery Counc. 2558;30(1):123-38.

การแพทย์แบบแม่นยำและโรคมะเร็ง

จรัญญา งามขำ ปร.ด
เทียนแสง พันธ์ศรี วท.บ.
ฐิตาภรณ์ ภู่ขวัญ วท.บ.

บทคัดย่อ การแพทย์แบบแม่นยำของโรคมะเร็งเป็นแนวทางการแพทย์แบบใหม่ ที่มุ่งการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยพิจารณาจากข้อมูลเฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งแนวทางนี้จะช่วยให้การตรวจหรือรักษามีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยผู้ป่วยจะได้รับยาในปริมาณและระยะเวลาที่เหมาะสมเฉพาะแต่ละบุคคล ข้อมูลในระดับโมเลกุล เช่น ยีน โปรตีน หรือกระบวนการเผาผลาญต่าง ๆ ของตัวอย่างจากมะเร็ง รวมทั้งข้อมูลทางด้านสุขภาพอื่น ๆ ของผู้ป่วยจะมีความสำคัญในการนำมาเป็นข้อมูลสำหรับการเลือกเป้าหมายของการรักษา เพื่อให้ผลการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาตรงจุดและมีประสิทธิภาพ การนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เช่น การหาลำดับการแสดงออกของสารชีวภาพต่าง ๆ ในระดับโมเลกุล หรือการหาลำดับของอาร์เอนเอ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมและข้อมูลทางด้านสุขภาพต่าง ๆ ของผู้ป่วยจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญต่อการพิจารณาหรือตัดสินใจของแพทย์ในการวางแผนการรักษา นอกจากนี้การแพทย์แบบแม่นยำสามารถนำไปใช้ในการตรวจประเมินสุขภาพหรือการตรวจวินิจฉัยเพื่อพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็ง อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดของการนำการแพทย์แบบแม่นยำไปใช้ในบางพื้นที่ไม่ว่าจะเป็นการขาดแคลนเทคโนโลยีใหม่ ๆ หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แต่ถึงแม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว การแพทย์แบบแม่นยำก็ยังคงเป็นแนวทางที่น่าสนใจในการมุ่งพัฒนาการรักษาผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงแต่ละราย โดยใช้ข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละบุคคลในการวางแผนการรักษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาต่อไป *(วารสารโรคมะเร็ง 2568;45:176-189)*

คำสำคัญ: การแพทย์แบบแม่นยำ การแพทย์เฉพาะบุคคล มะเร็ง

งานวิจัยพื้นฐาน กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

วันที่รับบทความ 18/12/2567, วันที่แก้ไขบทความ 05/09/2568, วันที่ตอบรับบทความ 10/11/2568

Precision Medicine and Cancer

by **Jarunya Ngamkham Ph.D., Thainsang Phansri B.Sc., Thitaporn Pukhan B.Sc.**

Basic Research Section, Research and Technology Assessment Division, National Cancer Institute

Corresponding author: Jarunya Ngamkham (jaranya43@hotmail.com)

Abstract Precision medicine in oncology represents a modern approach that tailors diagnosis and treatment to the specific characteristics of each patient. This strategy involves providing effective medications at the most appropriate doses and times, personalized for each individual. The analysis of molecular profiles, such as genetic, proteomic, and metabolomic data from cancer samples, combined with patient health data, is essential for identifying potential therapeutic targets and guiding the monitoring of targeted treatments. Advanced technologies like whole-genome sequencing, RNA sequencing, behavioral data, environmental factors, and comprehensive health data are critical tools that help physicians make informed decisions and improve treatment outcomes for cancer patients. Precision medicine also extends to supportive care, enhancing the prognosis of patients with malignancies. However, access to this approach may be limited in certain areas due to a lack of advanced technology and specialized expertise. Despite these challenges, precision medicine remains a promising trend that aims to improve patient-specific care and treatment by utilizing individualized health data to maximize the effectiveness of current therapeutic interventions. *(Thai Cancer J 2025;45:176–189)*

Keywords: precision medicine, personal medicine, cancer

บทนำ

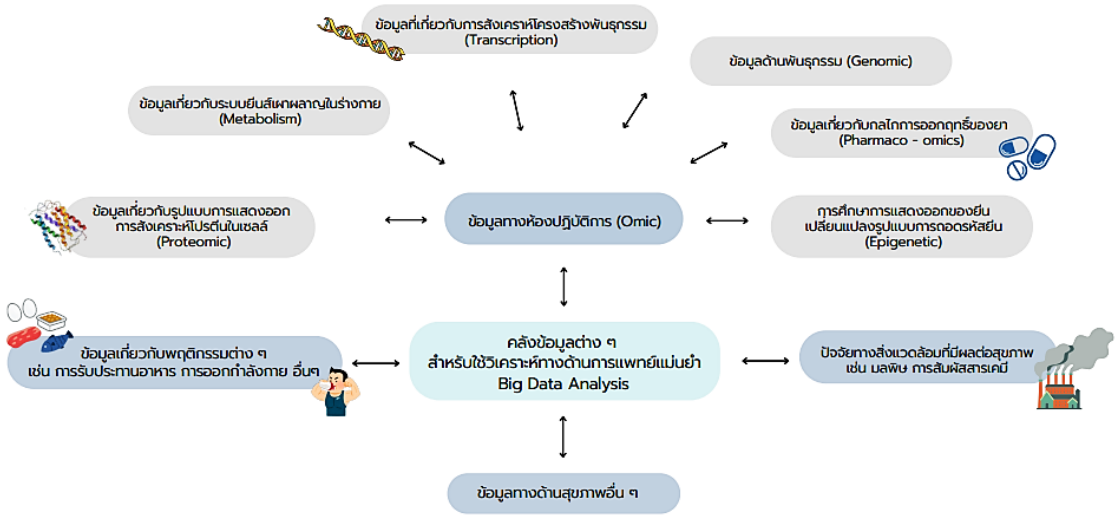
โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุลำดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตในประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดผู้ป่วยรายใหม่และอุบัติการณ์การตายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา[1,2] จากรายงานอุบัติการณ์การเกิดผู้ป่วยรายใหม่ (incidence) และการตาย (mortality) จากโรคมะเร็งในประชากรทั่วโลกของ International Agency for Research on Cancer (IARC) ในปี 2020 พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 19.3 ล้านคน และพบอุบัติการณ์การตายมากกว่า 10.0 ล้านคน[2,3] โดยมะเร็งเต้านมจะพบมากที่สุด รองลงมา คือ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ตามลำดับ ในขณะที่อัตราการเกิดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในประเทศไทย พบประมาณ 190,636 คน และอุบัติการณ์การตายประมาณ 124,866 คน โดยมะเร็งตับจะพบมากที่สุด[3] สำหรับสาเหตุสำคัญ

ของการเกิดมะเร็งมักสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล พันธุกรรมที่เปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมที่เป็นมลพิษ การสัมผัสสารก่อมะเร็งเป็นระยะเวลานาน เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในระดับเซลล์ และส่งผลให้สารพันธุกรรมบางตัวเกิดการกลายพันธุ์ มีการทำงานที่ผิดปกติ และเซลล์เพิ่มจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว[4] สำหรับการรักษาโรคมะเร็งด้วยการรักษาแบบมาตรฐานคือการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา ซึ่งการรักษาดังกล่าวอาจเกิดผลข้างเคียงในผู้ป่วยบางราย เช่น การแพ้ยาเคมีบำบัด การดื้อยา หรือมีผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ผลข้างเคียงจากการฉายแสง เป็นต้น[5] ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีการพัฒนาแนวทางการรักษาแบบใหม่ เช่น ภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) การบำบัดรักษาในระดับยีน (gene therapy) ฯลฯ รวมทั้งการค้นหาแนวทางในการตรวจค้นหา/วินิจฉัยมะเร็งในระยะแรกเริ่มเพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษา และการพัฒนาแนวทางการรักษาใหม่ที่มีความจำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง ที่เรียกว่า การแพทย์แม่นยำ (precision medicine) หรือการแพทย์เฉพาะบุคคล (personalized medicine) หรือการแพทย์แบบมุ่งเป้า (targeted therapy)[6] ช่วยให้การตรวจวินิจฉัยและการรักษาทำได้แม่นยำเหมาะสมที่สุด และการกำหนดยามุ่งเป้าอย่างแม่นยำต่อการรักษามะเร็งแต่ละชนิดในแต่ละบุคคล เนื่องจากแนวทางการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาโดยการแพทย์แม่นยำจะตรวจวิเคราะห์ความผิดปกติในระดับยีนหรือสารพันธุกรรมของแต่ละบุคคล เพื่อการรักษาเฉพาะบุคคลที่มีความจำเพาะมากขึ้น จะช่วยเพิ่มความปลอดภัย ลดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพและปรับปรุงคุณภาพของระบบสุขภาพและลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรักษา[7] เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่หรืออัตราการตายจากโรคมะเร็ง รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยบทความนี้มีวัตถุประสงค์รวบรวมความรู้เบื้องต้นต่าง ๆ เกี่ยวกับการแพทย์แม่นยำ ซึ่งเป็นแนวทางการรักษาแบบใหม่ โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งและการนำองค์ความรู้หรือเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่เหมาะสมในปัจจุบันไปประยุกต์ใช้ในการตรวจวินิจฉัย การตรวจหาสารบ่งชี้ของโรค รวมทั้งการวางแผนการรักษาที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งและเหมาะสมแต่ละบุคคล

การแพทย์แม่นยำ (precision medicine) คืออะไร

การแพทย์แม่นยำ (precision medicine) เป็นแนวการรักษาแบบใหม่ที่มีความจำเพาะแต่ละบุคคล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาหรือผลทดสอบของตัวอย่างจากผู้ป่วยในห้องปฏิบัติการทั้งในระดับเซลล์และระดับโมเลกุลของเซลล์ เช่น ความผิดปกติของเซลล์ การกลายพันธุของสารพันธุกรรมหรือยีน ระดับการแสดงออกของยีน (transcriptomic) ระดับการแสดงออกของโปรตีน (proteomic) กระบวนการเผาผลาญ/สังเคราะห์สารภายในเซลล์ (metabolomics) หรือสภาพแวดล้อมและรูปแบบการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล (life style) มาใช้ในเป็นข้อมูลประกอบการตรวจวินิจฉัย เลือกรูปแบบการรักษาหรือชนิดของยาที่ตอบสนองต่อการรักษาและความผิดปกติของแต่ละบุคคลที่ตรวจพบ รวมถึงการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพที่ตรงจุดและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยวิเคราะห์ความแตกต่างของโรคที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล ดังแสดงในรูปที่ 1 รวมทั้งอาจมีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ใช้การวิเคราะห์กระบวนการทำงานในระดับต่าง ๆ ของเซลล์เดี่ยว (single-cell omics technology) มาช่วยในการตรวจ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ส่งผลให้การรักษาในแต่ละบุคคลมีความแม่นยำเพิ่มขึ้น[7-9] ปัจจุบันการแพทย์แม่นยำเป็นแนวทางเลือกหนึ่ง

ในการนำมาตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยหลากหลายโรคที่สำคัญ อาทิ เช่น การเลือกยารักษามะเร็งแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) ประเมินความเสี่ยงของมะเร็ง[10,11] ภาวะสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์[12] ประเมินการแพ้ยาหรือป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา[13] ซึ่งการแพทย์แม่นยำจะช่วยเพิ่มความจำเพาะในการตรวจวินิจฉัยและรักษาเฉพาะบุคคล ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว โดยการรักษาแบบแม่นยำจำเป็นต้องมีการตรวจความผิดปกติของตัวอย่างจากผู้ป่วยทั้งในระดับเซลล์และระดับโมเลกุลเพื่อหาสารบ่งชี้ (biomarker) ที่อาจเป็นสาเหตุหรือความรุนแรงของการก่อโรค รวมทั้งเป้าหมายของยาที่จะเลือกนำมาใช้ในการวางแผนการบำบัดรักษาในแต่ละบุคคล ซึ่งเทคโนโลยีหรือเทคนิคที่นำมาใช้ในการตรวจวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติปฏิบัติการมีค่อนข้างหลากหลาย เช่น next-generation sequencing, Microarray, Immunohistochemistry เป็นต้น ทั้งนี้การเลือกเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ตัวอย่างที่นำมาทดสอบ ค่าใช้จ่าย วัตถุประสงค์ของการตรวจวิเคราะห์หรือรักษา เป็นต้น[9,14]



รูปที่ 1 แสดงกลุ่มข้อมูลของแต่ละบุคคลในการนำมาใช้ประกอบการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาแบบการแพทย์แบบแม่นยำ[9,14]

การแพทย์แม่นยำและโรคมะเร็ง

สำหรับบทบาทของการแพทย์แบบแม่นยำในการนำมาใช้ในการตรวจวินิจฉัยหรือการบำบัดรักษาโรคมะเร็งเริ่มในช่วงปี ค.ศ. 1998 จากการพบว่า โรคมะเร็งเม็ดเลือดชนิด chronic myeloid leukemia สามารถรักษาด้วยยา imatinib ซึ่งมีลักษณะเป็นอนุภาคขนาดเล็ก (small molecule) และได้รับการรับรองจาก US Food and Drug Administration ในปี 2001[14] ต่อมามีการศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลำดับเบสของสารพันธุกรรมของมนุษย์ (human genome) รวมทั้งลำดับเบสของเซลล์มะเร็ง (cancer genome)[15,16] ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญในการนำมาพยากรณ์หรือวางแผนการรักษาโรคในการนำไปใช้ในการรักษาแบบการแพทย์แม่นยำที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละคน และเป็นแนวทางการรักษาที่ได้รับความสนใจอย่างสูงในปัจจุบัน เพราะจะช่วยให้ในการตรวจวินิจฉัย

การรักษาแบบตรงจุด เลือกขนาดและชนิดของยาที่เหมาะสมต่อการรักษาและลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งบทบาทที่ข้องกับโรคมะเร็งสามารถใช้ในการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย รวมทั้งการบำบัดรักษาผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะการคัดกรองหรือตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มแรก หากสามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม โอกาสที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งรักษาได้อย่างหายขาดจากโรค สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดผู้ป่วยรายใหม่ ลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็งชนิดนั้นหรือลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง รวมทั้งการเฝ้าติดตาม/ระวังกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการถ่ายทอดยีนหรือสารพันธุกรรมภายในครอบครัวหรือญาติใกล้ชิดที่มีความผิดปกติหรือการกลายพันธุ์ของสารพันธุกรรม (hereditary/familiar syndrome) สำหรับแนวทางสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งสามารถพิจารณาจากปัจจัยทางพันธุกรรม สภาพแวดล้อม วิถีการดำเนินชีวิต ประวัติการตรวจคัดกรอง หรือการระบุรอยโรคที่เกิดจากมะเร็ง[7,17,18] ในการวินิจฉัยโรคมะเร็งด้วยวิธีการแพทย์แม่นยำด้วยทดสอบการเปลี่ยนแปลงของยีนหรือโปรตีน ทำให้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็ง รวมถึงการเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์ เช่น การตรวจตัวชี้วัดของเซลล์มะเร็ง (biomarker testing) ตรวจการแสดงออกของสารทางชีวภาพต่าง ๆ ในเนื้องอก (tumor Marker testing หรือ tumor genetic testing) การจัดทำรูปแบบการแสดงออกของยีนหรือโปรตีน (genome/protein profiling) การทดสอบในระดับโมเลกุล (molecular testing or molecular profiling) และการตรวจลำดับนิวคลิโอไทด์ (nucleotides) หรือลำดับเบสของดีเอ็นเอ (Next Generation Sequencing; NGS) จากตัวอย่างชิ้นเนื้อ เลือด น้ำลาย หรือของเหลวในร่างกายอื่น ๆ[9]

เมื่อไหร่ถึงใช้การแพทย์แม่นยำในการรักษามะเร็ง

สำหรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในปัจจุบันมิได้กำหนดการรักษาแบบเฉพาะบุคคล โดยมะเร็งชนิดหรือระยะเดียวกันจะได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ (Clinical Practice Guideline; CPG) ซึ่งการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา มักก่อให้เกิดอาการข้างเคียง (side effects) กับผู้ป่วยและผลจากการรักษาอาจมีผลต่อเซลล์ปกติที่อยู่ข้างเคียง แต่แนวทางการแพทย์แม่นยำหรือ precision medicine เป็นแนวทางการแพทย์สมัยใหม่ที่นำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยมะเร็งอย่างแม่นยำแบบเฉพาะเจาะจงแต่ละบุคคล โดยการตรวจหายีนผิดปกติในชิ้นเนื้อมะเร็งของผู้ป่วยแต่ละคน โดยผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดเดียวกันอาจมีความผิดปกติของยีน สารบ่งชี้ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ตัวรับ (receptor) ชนิดต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะกับยาแต่ละชนิดที่แตกต่างกัน รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการวางแผนการรักษาและเลือกยาที่เหมาะสมและมีความจำเพาะกับเซลล์มะเร็งที่เกิดในแต่ละบุคคล รวมทั้งการนำเทคโนโลยีใหม่ที่มีความจำเพาะสูงมาประยุกต์ใช้[19] ในการบำบัดรักษาแบบการแพทย์แม่นยำหรือการรักษาแบบมุ่งเป้า จะช่วยลดผลข้างเคียงจากการรักษาแบบดั้งเดิม เพื่อให้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด[14]

สำหรับการรักษาที่นำแนวทางการรักษาแบบการแพทย์แม่นยำที่พบบ่อย คือ ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองหรือมีผลการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานค่อนข้างต่ำ โดยอาจเกิดจากกลายพันธุ์และความผิดปกติของยีน/สารพันธุกรรมบางชนิด หรือมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยดื้อต่อยาเคมีบำบัดที่นำมารักษา การรักษา

ด้วยยาแบบกำหนดเป้าหมายหรือยามุ่งเป้าซึ่งเป็นยาที่ออกแบบมาเพื่อโจมตีเป้าหมายเฉพาะเซลล์มะเร็งแบบเฉพาะเจาะจงหรือยับยั้งการทำงานของโมเลกุลที่จำเพาะและภูมิคุ้มกันบำบัด ใช้เป็นยาช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายหรือ monoclonal antibody ทำลายมะเร็งโดยเฉพาะ โดยจะออกฤทธิ์ยับยั้งโปรตีนหรือ ตัวรับบนผิวมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของมะเร็ง นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการวินิจฉัยโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับถ่ายทอดทางพันธุกรรม (hereditary cancer) ในผู้ป่วยและญาติจะช่วยในการเลือกยารักษามะเร็งแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) เพื่อการรักษาที่ดีที่สุด หรือการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาได้แตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งยังสามารถวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ ช่วยให้แพทย์สามารถออกแบบวิธีการรักษาแบบกำหนดเป้าหมายเฉพาะบุคคล ทำให้อัตราการรอดชีพและหายจากโรคสูงขึ้น[20,21] ปัจจุบันมีการศึกษานำร่องใช้รูปแบบการแสดงออกของสารระดับโมเลกุล เช่น ยีนหรือโปรตีน ในก้อนมะเร็งเพื่อค้นหาเป้าหมายความเป็นไปได้ในการรักษามะเร็ง

ตัวอย่างของการแพทย์แม่นยำในโรคมะเร็ง

ในปัจจุบันพบงานวิจัยจำนวนหนึ่งดำเนินการศึกษาความสัมพันธ์ของความผิดปกติ การกลายพันธุ์ รวมทั้งระดับการแสดงออก (expression levels) ของสารพันธุกรรมต่อการก่อหรือความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง รวมทั้งมีงานการนำการแพทย์แบบแม่นยำไปใช้ในทางคลินิกเพิ่มมากขึ้น ซึ่งยีนที่เป็นตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarker) หลายชนิดที่มีความจำเพาะกับมะเร็งแต่ละชนิด รวมทั้งการเลือกใช้ยาที่เป็นยาเป้าหมายที่ใช้บำบัดรักษาต่อยีนที่มีความผิดปกกติได้รับการรับรองจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกา จีน หรือญี่ปุ่นและได้นำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มมากขึ้น[6,14,22] โดยข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการนำไปพยากรณ์โรคหรือวางแผนการรักษา อาทิเช่น มะเร็งบางชนิดมีโอกาสตรวจพบได้สูง หากพบบุคคลในครอบครัวเคยมีประวัติการเป็นมะเร็งมาก่อน เนื่องจากความผิดปกติบางอย่างสามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรมเช่น มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่ และมีความผิดปกติของยีน BRCA1 และ BRCA2 จะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งสูงกว่าคนทั่วไป[18] ผลการศึกษาของ Wang และคณะ พบว่าการยับยั้งการทำงานของยีน Isocitrate Dehydrogenase 2 (IDH2) ที่มีการกลายพันธุ์ในกระบวนการเผาผลาญสารอาหารเพื่อสร้างพลังงานหรือสารชีวโมเลกุลที่จำเป็นในร่างกาย (metabolism) จะช่วยยับยั้งการเติบโตของเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มาจากผู้ป่วยที่พบการกลายพันธุ์ของ IDH2[23] นอกจากนี้ยังพบว่าการยับยั้งโมเลกุลของ IDH1 ยังช่วยชะลอการเติบโตของเซลล์เนื้องอกในสมองที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของยีน Isocitrate Dehydrogenase 1 (IDH1)[24] โดยการรักษาแบบแม่นยำหรือการรักษาแบบมุ่งเป้าได้ถูกนำมาพัฒนาใช้ในการบำบัดรักษาวิธีอื่น ๆ เช่น ร่วมกับการบำบัดด้วยภูมิคุ้มกัน เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษา เช่น แนวทางการรักษาแบบการแพทย์เฉพาะบุคคลในมะเร็งปอดชนิด Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC) ในระยะลุกลาม จะมีการระบุและกำหนดยีนเป้าหมายทำนายที่เกิดการกลายพันธุ์หรือพบระดับการแสดงออกที่ผิดปกติ เช่น การกลายพันธุ์ของยีน EGFR, BRAF, ALK และ ROS1 หรือการค้นหาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพที่ช่วยส่งเสริมการรักษาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น PD-L1[25,26] จากผลการศึกษาของ Wang และคณะ พบว่า ระดับการแสดงออกของ CD82 ซึ่งเป็นสารในกลุ่ม tetraspanin ในเซลล์มะเร็งเต้านมสูงกว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มเนื้องอก

ที่มิใช่เซลล์มะเร็ง (benign) อย่างมีนัยสำคัญ และระดับ CD82 ในเลือดเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านม[27] ข้อมูลทางพันธุกรรมเหล่านี้ส่งผลดีต่อการเฝ้าระวัง ติดตามและป้องกันในอนาคต

สำหรับการติดเชื้อที่มีความจำเพาะต่อการเกิดมะเร็งหรือการแสดงออกของสารทางชีวภาพบางชนิดในร่างกายก็สามารถบ่งชี้หรือนำมาใช้ในการพยากรณ์โรคหรือวางแผนแนวทางการป้องกันรักษาได้เช่นเดียวกัน เช่น มะเร็งปากมดลูกที่มีสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human PapillomaVirus; HPV) สายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูงในการก่อกลายพันธุ์ (high risk type) โดยเฉพาะสายพันธุ์ที่ 16, 18 และ 45 เป็นระยะเวลานาน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกสามารถตรวจหาการติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ดังกล่าว เพื่อตรวจหาและรักษาเซลล์ปากมดลูกระยะก่อนมะเร็ง เพื่อป้องกันโรคมะเร็งและเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก[28,29] หรือจากผลการศึกษาของ Andrikou และคณะในตัวอย่างมะเร็งปอดชนิด NSCLC ในระยะ advance stage ที่มีเซลล์ Circulating Tumor Cells (CTCs) พบว่า CTCs สามารถนำมาใช้ในการพยากรณ์และทำนายการกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็งชนิดนี้ มีอัตราการรอดชีพลดลง (overall survival; OS) และการอยู่รอดปลอดโรคสั้นลง (DFS) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มต้นและระยะลุกลาม จะพบการกลายพันธุ์ของยีนบางชนิด เช่น ALK, EGFR, และ ROS-1[30] ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำมาในการรักษาแบบกำหนดเป้าหมายหรือการรักษาด้วยสารยับยั้งภูมิคุ้มกัน แต่อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยที่จำนวนมากยิ่งขึ้น เพื่อประเมินความแม่นยำในการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาต่อไป

นอกจากการตรวจความผิดปกติของสารพันธุกรรมหรือยีนแล้ว การนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาด้วยแนวทางการแพทย์แบบแม่นยำ อาทิ เช่น ในปัจจุบันการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจแมมโมแกรม (mammography) ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานนั้น การตรวจในผู้ป่วยที่อายุยังน้อยยังมีข้อจำกัด จึงนำวิธีการตรวจคัดกรองโดยใช้เทคโนโลยี 3D Mammography (tomosynthesis) มาใช้เนื่องจากมีความไวและความจำเพาะที่สูงกว่า[31] ในขณะที่ผลการศึกษาของ National Lung Screening Trial (NLST) ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปอดด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ชนิด Low-Dose Computed Tomography (LDCT) พบว่า การคัดกรองด้วย LDCT ลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด ร้อยละ 20[32] จากผลการคัดกรองด้วยวิธีต่าง ๆ เหล่านี้ในมะเร็งแต่ละชนิด จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความแม่นยำเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงสุขภาพโดยรวมและประวัติการตรวจคัดกรอง โรคในครั้งก่อน ๆ ด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามการคัดกรองโรคมะเร็งยังมีความหลากหลายเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน เช่น ข้อมูลประชากร ประวัติครอบครัว และพันธุกรรม เป็นต้น[33] ดังนั้นการพัฒนาตัวชี้วัดชีวภาพหรือแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญต่อการคัดกรองด้วยการแพทย์แม่นยำอาจเพื่อแยกประชากรที่มีความเสี่ยงสูงจากผู้ป่วยมะเร็ง

สารบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarker) กับโรคมะเร็ง

จากที่กล่าวข้างต้นในปัจจุบันมีการรับรองสารบ่งชี้ (biomarker) หรือยีนที่เป็นเป้าหมายของมะเร็งจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น องค์การอาหารและยาสหรัฐอเมริกา (U.S. Food and Drug Administration; FDA)

ในการนำมาใช้ในการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาโรคมะเร็ง อาทิ เช่น ระดับการแสดงออกของ HER2/neu (ERBB2) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะที่มีการแพร่กระจาย จะใช้ยาเคมีบำบัด Trastuzumab หรือ pertuzumab ในการบำบัดรักษา หรือมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด chronic myeloid leukemia สามารถตรวจวิเคราะห์หรือวินิจฉัยได้จากสารชีวภาพในกลุ่มของ BCR-ABL1 fusion และบำบัดรักษาด้วยยามุ่งเป้าชนิด Imatinib ในขณะที่ยาเคมีบำบัด Gefitinib ซึ่งเป็นยาในกลุ่มของ EGFR inhibitor มีเป้าหมายในการยับยั้งการสังเคราะห์ยีนในกลุ่ม EGFR-TKI ในเซลล์มะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด ได้รับการรับรองครั้งแรกในปี 2002 โดยสำนักงานควบคุมเวชภัณฑ์ (National Medical Product Administration; NMPA) ประเทศจีนและกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการญี่ปุ่น ประเทศญี่ปุ่น[7,14] เป็นต้น โดยสารบ่งชี้ทางชีวภาพที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงในเซลล์มะเร็งแต่ละชนิดเมื่อเปรียบเทียบกับระดับการแสดงออกในเซลล์ปกติหรือการกลายพันธุ์ของยีนจะช่วยในการวางแผนคัดเลือกยารักษาแบบมุ่งเป้าต่อความผิดปรกติที่เกิดขึ้นดังตัวอย่างที่แสดงในตารางที่ 1 เพื่อให้ผลการรักษามีความแม่นยำมากขึ้น ไม่เกิดผลข้างเคียงต่อเซลล์ปรกติหรือระบบต่าง ๆ ภายในเซลล์หรือเกิดขึ้นไม่มาก จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาและมีความจำเพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละคน

ตารางที่ 1 ตัวอย่างสารบ่งชี้ (biomarker) ที่เป้าหมายของการตรวจวินิจฉัย/บำบัดรักษาโรคมะเร็งในทางการแพทย์แบบแมนยำ

ชนิดของสารบ่งชี้	ชนิดยาเคมีบำบัดที่ใช้	โรคมะเร็ง	เอกสารอ้างอิง
HER2/neu (ERBB2)	Transtuzumab and Pertuzumab	มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย	14
		มะเร็งกระเพาะอาหาร	34
		มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	35
		มะเร็งรังไข่	36
BCR-ABL1, fusion	Erlotimab	มะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะแพร่กระจาย	14
BRAF V600E	BRAF and MEK inhibitors	Melanoma ระยะแพร่กระจาย	14
Wild type EGFR	Cetuximab and Panitumumab	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	36
VEGF-A	Bevacizumab	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	37
		มะเร็งปอด	38
		มะเร็งรังไข่	39

การนำการแพทย์แม่นยำไปใช้ในมะเร็งที่พบการกลายพันธุ์ของยีน

ปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งที่มักพบผู้ป่วยมะเร็งบางราย คือ การดื้อต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่อาจเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น การกลายพันธุ์ซ้ำซ้อนของสารพันธุกรรม หรือยีนเป้าหมายในการรักษา (drug target alteration) ความผิดปกติของระบบนำส่งยาในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของยีนเป้าหมายแบบ epigenetic การเกิดกระบวนการต่อต้านหรือยับยั้งการตายของเซลล์มะเร็ง (cell death inhibition) เป็นต้น[22] ซึ่งความผิดปกติหรือการกลายพันธุ์ของยีนมักเป็นปัญหาที่พบบ่อย โดยเฉพาะการกลายพันธุ์ซ้ำ (secondary mutation) ทำให้ดื้อต่อยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาแบบเดิม สำหรับตัวอย่างที่มีการนำการรักษาแบบแพทย์แม่นยำมาใช้ในกรณีเกิดการดื้อยา เช่น การรักษามะเร็งปอดชนิด NSCLC ด้วยยาที่ยับยั้งการทำงานของ Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR) พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะดื้อยาดังกล่าวที่เป็นยาต้นตำรับและยาต้นตำรับที่ได้รับการพัฒนา (first and second generation) ภายใน 1 ปี[40,41] ดังนั้นจึงต้องนำยาที่ได้รับการปรับปรุงใหม่เป็น third generation หรือ fourth generation มาใช้ในการบำบัดรักษาต่อไป เช่นเดียวกับการดื้อยา tamoxifen ที่เป็นยามาตรฐานในการรักษามะเร็งเต้านม เนื่องจากมีระดับการแสดงออกของยีนในกลุ่ม receptor tyrosine kinase ค่อนข้างสูง และไปกระตุ้นยีนในกลุ่มอื่น ๆ ที่ส่งเสริมการเกิดมะเร็งเพิ่มมากขึ้น จึงมีการนำ aromatase inhibitor มาใช้รักษามะเร็งเต้านมทดแทน[42,43] จากข้อมูลดังกล่าวการรักษาแบบแม่นยำจึงมีความสำคัญ เนื่องจากข้อมูลเบื้องต้นของการตรวจหาความผิดปกติหรือการกลายพันธุ์ของยีนหรือสารพันธุกรรม (mutation) จากผู้ป่วยแต่ละบุคคลจะช่วยในการพยากรณ์ความรุนแรงของของโรค ตำแหน่งที่เป็นเป้าหมายในการรักษา การวางแผนแนวทางการรักษา การเลือกใช้ขนาด (dose) และชนิดของยาที่เหมาะสมต่อการรักษาผู้ป่วยแต่ละบุคคล และแนวทางการแพทย์แบบแม่นยำจะช่วยในการรักษาที่ตรงจุดของยีนที่ผิดปกติ ทั้งเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งชนิดเดียวกันอาจมีความผิดปกติของยีนที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผลการรักษาที่แตกต่างกัน ดังที่กล่าวมาในข้างต้น ดังนั้นการตรวจหาลำดับเบสหรือโปรตีนของสารพันธุกรรม (genome pattern) ของผู้ป่วยแต่ละคนก่อนดำเนินการรักษาจึงมีความสำคัญในการรักษาตามแนวทางการรักษาแบบการแพทย์แม่นยำและข้อมูลดังกล่าวยังสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนในการนำไปใช้ในการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาทางการแพทย์ในอนาคตได้

ข้อจำกัดของการใช้การแพทย์แม่นยำในการรักษาโรคมะเร็ง

อย่างไรก็ตามการนำแนวทางการแพทย์แม่นยำมาใช้ก็ยังพบข้อจำกัด อาทิ เช่น การแพทย์แม่นยำยังถูกจำกัดในบางสถานที่โดยเฉพาะศูนย์มะเร็งขนาดใหญ่ ประเภทของเทคนิคหรือเทคโนโลยีที่นำมาใช้และการทดลองทางคลินิกกับผู้ป่วยมะเร็งบางชนิด เนื่องจากต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อการรักษาที่มีความจำเพาะกับคนไข้แต่ละราย (person's cancer) เช่น การวินิจฉัยมะเร็งด้วยการทดสอบการเปลี่ยนแปลงของยีนหรือโปรตีนที่มีราคาแพง ยีนหรือสารพันธุกรรมในเซลล์มะเร็งบางชนิดอาจเกิดกลายพันธุ์แบบซ้ำซ้อนส่งผลให้ต้องเปลี่ยนยาหรือวิธีการที่ใช้ในการบำบัดรักษาที่มีราคาสูงขึ้น[6] และการทดสอบการเปลี่ยนแปลงของยีนหรือโปรตีนหลายชนิด ไม่สามารถเบิกค่าจ่ายในการทดสอบได้ รวมทั้งรายละเอียดของการกำหนดมาตรฐานการทดสอบทั้งในห้องปฏิบัติการ ขั้นตอน การประเมินผลการทดสอบ

และการรายงานผลที่ได้ นอกจากนี้ยามุ่งเป้าแต่ละตัวถูกออกแบบมาให้จำเพาะกับความผิดปกติของยีนที่แตกต่างกันในคนไข้แต่ละราย อาจส่งผลให้การนำชนิดของยามุ่งเป้าในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อประสิทธิภาพของการรักษา ผู้ป่วยจำต้องตรวจหาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพก่อนเริ่มการรักษาต่อไป[7,22]

แนวทางการพัฒนาของแนวทางการตรวจวินิจฉัย/รักษาด้วยการแพทย์แม่นยำในอนาคต

การตรวจหารูปแบบการแสดงออกของยีนหรือโปรตีน (genome and protein pattern/profile) เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญในการนำมาใช้ในทางการแพทย์แบบแม่นยำ ในปัจจุบันหลายประเทศมีโครงการเก็บข้อมูลดังกล่าวจากทั้งผู้ป่วยและคนปกติ รวมทั้งประเทศไทยมีโครงการ Genomic Thailand ที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลของยีนในคนไทย และมีการนำแนวทางการแพทย์แบบแม่นยำมาใช้ในทางคลินิกเพิ่มมากขึ้นและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมะเร็งแต่ละชนิดจะมีลักษณะการแสดงออกหรือการกลายพันธุ์ของยีนที่แตกต่างกัน หรือในมะเร็งชนิดเดียวกันอาจมีการแยกกลุ่มย่อย (subtypes) ที่มีความไวหรือความจำเพาะต่อการรักษาหรือยาที่แตกต่างกัน ดังนั้นแนวทางการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษามะเร็งด้วยแนวทางการแพทย์แม่นยำในอนาคตจึงอาจมีการตรวจกลุ่มย่อยของมะเร็งก่อนวางแผนการรักษา เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสามารถแยกกลุ่มย่อยได้ 4 กลุ่มได้แก่ CMS 1-4 ตามความผิดปกติของยีนและกระบวนการกระตุ้นการทำงานทางชีวภาพในเซลล์[11] หรือมะเร็งเต้านมที่สามารถแบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้ตามการแสดงออกของตัวรับหรือ receptors อยู่บนผิวเซลล์[44] ซึ่งแต่ละกลุ่มย่อยของมะเร็งแต่ละชนิดจะมีความไวต่อยาที่นำมารักษาแตกต่างกัน โดยในแต่ละกลุ่มย่อยสามารถตรวจและจำแนกได้หลายวิธีอาทิ เช่น ใช้แอนติบอดี้ที่มีความจำเพาะต่อเซลล์ด้วยการย้อม immunohistochemistry (IHC) หรือตรวจหาการกลายพันธุ์หรือแสดงออกของยีนด้วยวิธี Real-Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) เป็นต้น สำหรับตัวอย่างจากผู้ป่วยที่คาดว่าจะถูกนำมาใช้เพิ่มมากขึ้นในการตรวจวินิจฉัยหรือติดตามผลการรักษา คือ ตัวอย่างที่เป็นของเหลว (liquid biopsies) เช่น เลือด เนื่องจากเก็บได้ง่ายและสามารถตรวจหาระดับการแสดงของสารบ่งชี้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือติดตามผลของบำบัดรักษาได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการตรวจหาเซลล์มะเร็งในระบบไหลเวียนของเลือดหรือของเหลวต่าง ๆ ภายในร่างกาย หรือที่เรียกว่า circulating cancer cells[6] นอกจากข้อมูลเบื้องต้นของยีนหรือโปรตีนจากตัวอย่างของผู้ป่วยแล้ว แนวโน้มในอนาคตของการแพทย์แม่นยำ อาจมีการพัฒนาการนำส่งยาเข้าสู่เซลล์เป้าหมายอย่างเฉพาะเจาะจงเพิ่มมากขึ้น (targeted drug) โดยนำยาเคมีที่ต้องการบำบัดรักษาเคลือบด้วยสารทางชีวภาพต่าง ๆ เช่น liposome หรือ nanoparticle อื่น ๆ ที่ช่วยป้องกันยาเคมีบำบัดไม่ให้ถูกทำลายด้วยระบบภูมิคุ้มกันเมื่อเข้าสู่เซลล์ ส่งผลให้ยาเคมีบำบัดสามารถเข้าสู่เซลล์มะเร็งได้เพิ่มมากขึ้น และลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับเซลล์ปกติ[22] หรือมีการพัฒนาวิธีการเพาะเลี้ยงเซลล์จากผู้ป่วยมาดำเนินการเพาะเลี้ยงในห้องปฏิบัติการเป็น primary cell เพื่อตรวจหาสารบ่งชี้ที่อาจมีผลต่อการเกิดหรือความรุนแรงของโรคและทดสอบความไวของยาหรือผลการทดสอบทางชีวภาพอื่น ๆ ก่อนมาดำเนินการรักษาในผู้ป่วย อาทิ เช่น การนำเซลล์ผู้ป่วยมาเพาะเลี้ยงในห้องปฏิบัติการในรูปแบบของเซลล์สามมิติ (organoids)[45] หรือการนำเซลล์มาปลูกถ่ายในสัตว์ทดลอง เช่น หนูทดลอง ที่เรียกว่า patients-derived xenografts[46] โดยผลที่ได้จากการศึกษาดังกล่าวจะช่วยในการประเมินผลของการเลือกยาหรือวิธีการรักษาที่เหมาะสม

ต่อผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา โดยข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยต่อไป

บทสรุป

การแพทย์แบบแม่นยำ จะเป็นทางเลือกใหม่ในการใช้เป็นแนวทางการรักษาแบบใหม่ที่ช่วยในการรักษาผู้ป่วยแบบตรงจุด ซึ่งแนวทางการรักษาในอนาคตอาจมีการตรวจรูปแบบการแสดงออกของยีนหรือโปรตีนของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะมีประโยชน์ในการนำไปพยากรณ์ความรุนแรงของโรค การวางแผนการรักษา เพื่อให้ผลการรักษาตรงกับเป้าหมายที่เป็นตำแหน่งสาเหตุของการเกิดหรือลุกลามของโรคอย่างมีประสิทธิภาพและแม่นยำ ช่วยในการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมที่สุดและกำหนดยามุ่งเป้าอย่างแม่นยำเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย เพิ่มความปลอดภัย ลดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ช่วยค้นหาและป้องกันการเกิดโรคมะเร็งสำหรับกลุ่มความเสี่ยงสูง และเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรองการเกิดโรคในระยะเริ่มแรก การตรวจวินิจฉัย ตลอดจนการรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[2,3]

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.
3. International Agency for Research on Cancer. The Global Cancer Observatory. [Internet]. [cited 2024 June 20]. Available from: http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp.
4. Dixon K, Kopras E. Genetic alteration and DNA repair in human carcinogenesis. Semin Cancer Biol. 2004;14(6):441-8.
5. Vadlapatha RK, Vadlapudi AD, Pal D, Mitra AK. Mechanism of drug resistance in cancer chemotherapy: coordinated role and regulation of efflux transports and metabolizing enzymes. Curr Pharm Des. 2013;19(40):7126-44.
6. Gambardella V, Tarazona N, Cejalvo JM, Lombardi P, Huerta M, Roselló S, et al. Personalized Medicine: Recent Progress in Cancer Therapy. Cancers (Basel). 2020;12(4):1009.
7. Naithani N, Atal AT, Tilak T V S V G K, Vasudevan B, Misra P, Sinha S. Precision medicine: Uses and challenges. Med J Armed Forces India. 2021;77(3):258-62.
8. McGrath S, Ghersi D. Building towards precision medicine: empowering medical professionals for the next revolution. BMC Med Genomics. 2016;9(1):23.

9. Naithani N, Sinha S, Misra P, Vasudevan B, Sahu R. Precision medicine: Concept and tools. Med J Armed Forces India. 2021;77(3):249–57.
10. Junior HLR, Novaes LAC, Datorre JG, Moreno DA, Reis RM. Role of Polygenic Risk Score in Cancer Precision Medicine of Non-European Populations: A Systematic Review. Curr Oncol. 2022;29(8):5517-38.
11. Koulis C, Yap R, Engel R, Jardé T, Wilkins S, Solon G, et al. Personalized Medicine-Current and Emerging Predictive and Prognostic Biomarkers in Colorectal Cancer. Cancers (Basel). 2020;12(4):812.
12. Bonkhoff AK, Grefkes C. Precision medicine in stroke: towards personalized outcome predictions using artificial intelligence. Brain. 2022;145(2):457-60.
13. Noyes JD, Mordi IR, Doney AS, Jamal R, Lang CC. Precision Medicine and Adverse Drug Reactions Related to Cardiovascular Drugs. Diseases. 2021;9(3):55.
14. Schwartzberg L, Kim ES, Liu D, Schrag D. Precision Oncology: Who, How, What, When, and When Not?. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2017;37:160-9.
15. Venter JC, Adams MD, Myers EW, Li PW, Mural RJ, Sutton GG, et al. The sequence of the human genome. Science. 2001;291(5507):1304-51.
16. Sjöblom T, Jones S, Wood LD, Parsons DW, Lin J, Barber TD, et al. The consensus coding sequences of human breast and colorectal cancers. Science. 2006;314(5797):268-74.
17. Murciano-Goroff YR, Suehnholz SP, Drilon A, Chakravarty D. Precision Oncology: 2023 in Review. Cancer Discov. 2023;13(12):2525-47.
18. Marcus PM, Pashayan N, Church TR, Doria-Rose VP, Gould MK, Hubbard RA, et al. Population-Based Precision Cancer Screening: A Symposium on Evidence, Epidemiology, and Next Steps. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2016;25(11):1449-57.
19. Bode AM, Dong Z. Recent advances in precision oncology research. npj Precision Oncol. 2018;2(1):11.
20. Rattanavipapong W, Koopitakkajorn T, Praditsitthikorn N, Siddique B, Mahasirimongkol S, Teerawattananon Y. Economic evaluation of HLA-B*15:02 screening for carbamazepine-induced severe adverse drug reactions in Thailand. Epilepsia. 2013;54(9):1628-36.
21. Sukasem C. Pharmacogenetic Markers to Predict Drug-induced Allergic Reactions. Thai Pharm Health Sci J. 2009;4(4):532-44.
22. Koirala M, DiPaola M. Overcoming cancer resistance: strategies and modalities for effective treatment. Biomedicines. 2024;12(8):1801.

23. Wang F, Travins J, DeLaBarre B, Penard-Lacronique V, Schalm S, Hansen E, et al. Targeted Inhibition of Mutant IDH2 in Leukemia Cells Induces Cellular Differentiation. Science. 2013;340(6132):622-6.
24. Rohle D, Popovici-Muller J, Palaskas N, Turcan S, Grommes C, Campos C, et al. An Inhibitor of Mutant IDH1 Delays Growth and Promotes Differentiation of Glioma Cells. Science. 2013;340(6132):626-30.
25. Mascaux C, Tomasini P, Greillier L, Barlesi F. Personalised medicine for non-small cell lung cancer. Eur Respir Rev. 2017;26(146):170066.
26. Dessai A, Nayak UY, Nayak Y. Precision nanomedicine to treat non-small cell lung cancer. Life Sci. 2024;346:122614.
27. Wang X, Zhong W, Bu J, Li Y, Li R, Nie R, et al. Exosomal protein CD82 as a diagnostic biomarker for precision medicine for breast cancer. Mol Carcinog. 2019;58(5):674-84.
28. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. Lancet. 2007;370(9590):890-907.
29. Schiffman M, Wentzensen N. A suggested approach to simplify and improve cervical screening in the United States. J Low Genit Tract Dis. 2016;20(1):1-7.
30. Andrikou K, Rossi T, Verlicchi A, Priano I, Cravero P, Burgio MA. Circulating Tumour Cells: Detection and Application in Advanced Non-Small Cell Lung Cancer. Int J Mol Sci. 2023;24(22):16085.
31. Lim C, Mra A, Suliong C, Rao CV, Aung T, Sieman J, et al. Recent Advances in Breast Cancer Diagnosis Entering an Era of Precision Medicine. BJMS. 2018;13(1):3-9.
32. National Lung Screening Trial Research T, Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med. 2011;365(1):395-409.
33. Pinsky PF, Church TR, Izmirlian G, Kramer BS. The National Lung Screening Trial: Results stratified by demographics, smoking history, and lung cancer histology. Cancer. 2013;119(21):3976-83.
34. Gravalos C, Jimeno A. HER2 in gastric cancer: a new prognostic factor and a novel therapeutic target. Ann Oncol. 2008;19(9):1523-9.
35. Schuell B, Gruenberger T, Scheithauer W, Zielinski C, Wrba F. HER2/neu protein expression in colorectal cancer. BMC Cancer. 2006;6(1):123.
36. Hetzel DJ, Wilson TO, Keeney GL, Roche PC, Cha SS, Podratz KC. HER-2/neu expression: a major prognostic factor in endometrial cancer. Gynecol Oncol. 1992;47(2):179-85.

37. Saltz LB, Clarke S, Díaz-Rubio E, Scheithauer W, Figer A, Wong R, et al. Bevacizumab in combination with oxaliplatin-based chemotherapy as firstline therapy in metastatic colorectal cancer: a randomized phase III study. J Clin Oncol. 2008;26(12):2013-9.
38. Barlesi F, Scherpereel A, Gorbunova V, Gervais R, Vikström A, Chouaid C, et al. Maintenance bevacizumab-pemetrexed after first-line cisplatin-pemetrexed-bevacizumab for advanced nonsquamous non-small-cell lung cancer: updated survival analysis of the AVAPERL (MO22089) randomized phase III trial. Ann Oncol. 2014;25(5):1044-52.
39. Aghajanian C, Blank SV, Goff BA, Judson PL, Teneriello MG, Husain A, et al. OCEANS: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial of chemotherapy with or without bevacizumab in patients with platinum-sensitive recurrent epithelial ovarian, primary peritoneal, or fallopian tube cancer. J Clin Oncol. 2012;30(17):2039-45.
40. Bell DW, Gore I, Okimoto RA, Godin-Heymann N, Sordella R, Mulloy R, et al. Inherited susceptibility to lung cancer may be associated with the T790M drug resistance mutation in EGFR. Nat Genet. 2005;37(12):1315-6.
41. Tang J, Salama R, Gadgeel SM, Sarkar FH, Ahmad A. Erlotinib resistance in lung cancer: Current progress and future perspectives. Front Pharmacol. 2013;4:42680.
42. Tong JS, Zhang QH, Wang ZB, Li S, Yang CR, Fu XQ, et al. ER-α36, a novel variant of ER-α, mediates estrogen-stimulated proliferation of endometrial carcinoma cells via the PKCδ/ERK pathway. PLoS ONE. 2010;5(11):e15408.
43. Avvaru SP, Noolvi MN, Aminbhavi TM, Chkraborty S, Dash A, Shukla SS. Aromatase inhibitors evolution as potential class of drugs in the treatment of postmenopausal breast cancer women. Mini Rev Med Chem. 2018;18(8):609-21.
44. Mazo C, Barron S, Mooney C, Gallagher WM. Multi-Gene Prognostic Signatures and Prediction of Pathological Complete Response to Neoadjuvant Chemotherapy in ER-Positive, HER2-Negative Breast Cancer Patients. Cancers (Basel). 2020;12(5):1133.
45. Sato T, Stange DE, Ferrante M, Vries RG, Van Es JH, Van den Brink S, et al. Long-term expansion of epithelial organoids from human colon, adenoma, adenocarcinoma, and Barrett's epithelium. Gastroenterology. 2011;141(5):1762-72.
46. Morton CL, Houghton PJ. Establishment of human tumor xenografts in immunodeficient mice. Nat Protoc. 2007;2(2):247-56.

Adenoid Cystic Carcinoma of The Breast: A Case Report

by **Aratta Tantichote M.D.**

Radiology Department, National Cancer Institute, Ratchathewi, Bangkok, Thailand. 10400

Corresponding author: Aratta Tantichote (beerberley@gmail.com)

(Received: 23 July, 2025; Revised: 31 October, 2025; Accepted: 4 December, 2025)

Abstract Adenoid cystic carcinoma (ACC) is an extremely rare tumor of the breast, accounting for approximately 0.1% of all cases of mammary malignancies. It is characterized by a slow-growing nature and an excellent prognosis, in contrast to most other forms of breast cancer. Diagnostic mammography and breast ultrasound play essential roles in the early detection and diagnosis of this uncommon tumor. Treatment options include lumpectomy with radiation therapy or mastectomy. Although late recurrence and distant metastasis have been reported in the literature, long-term surveillance remains crucial. This report describes the case of a 58-year-old woman with abnormal findings on screening mammography and ultrasonography, which were pathologically confirmed as adenoid cystic carcinoma of the breast, and includes a relevant literature review. *(Thai Cancer J 2025;45:190–197)*

Keywords: breast adenoid cystic carcinoma, mammogram, ultrasound

Introduction

Adenoid cystic carcinoma (ACC) of the breast is an exceedingly rare subtype of breast malignancy[1]**.** The incidence is less than 0.1% worldwide, including in Thailand. While ACC most commonly originates in the salivary glands, it can also occur in other parts of the body, including the breast[2]**.** Breast ACC typically exhibits an indolent clinical course and is associated with a relatively favorable prognosis when compared to ACCs originating in other locations. Radiological imaging modalities, including mammography and breast ultrasonography, play a pivotal role in the early detection of lesions, thereby facilitating prompt diagnosis and appropriate therapeutic planning. Definitive therapeutic strategies include either breast-conserving surgery (lumpectomy) followed by adjuvant radiotherapy or total mastectomy. Both modalities have demonstrated comparable local control and survival outcomes.[3] The choice of treatment depends on the individual characteristics of each patient. This report describes the imaging features of adenoid cystic carcinoma of the breast, with pathologic and clinical correlation.

Case report

A 58-year-old Thai female presented for a routine health check-up with no clinical symptoms. She had no known underlying medical conditions and denied any family history of cancer. Screening mammography revealed a 1.0 cm oval-shaped, isodense mass with microlobulated margin located in the mid-inner part of the left breast. No suspicious microcalcifications or architectural distortion were detected (Figure 1). Subsequent breast ultrasound demonstrated an irregular shape, parallel-oriented, heterogeneous hypoechoic mass with microlobulated and angular margins, accompanied by both posterior acoustic shadowing and enhancement, located at the 9 o'clock position of the left breast. No internal vascularity was observed on Doppler imaging (Figure 2). No abnormal axillary lymph nodes were identified. Radiologist assessment based on the Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) classified the lesion as BI-RADS category 4B, indicating a moderate suspicion of malignancy, with an estimated likelihood of breast cancer between 10–50%. A tissue biopsy was recommended.

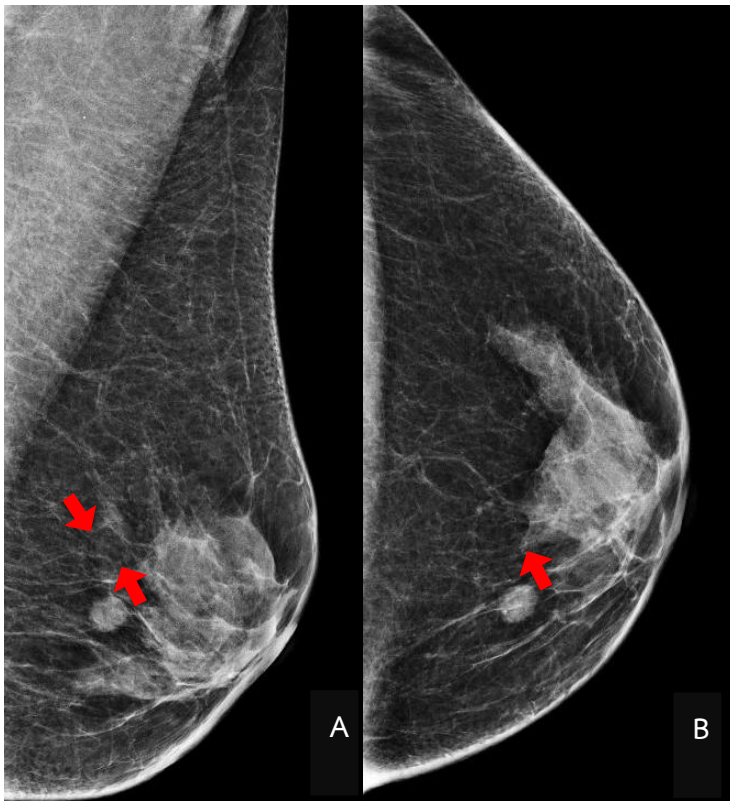


Figure 1 (A and B): MLO (A) and CC (B) mammographic views of the left breast demonstrate an oval-shaped, isodense mass with microlobulated margin (red arrow).

The patient underwent an ultrasound-guided core needle biopsy using a 14-gauge needle, with four core samples obtained from the lesion. Histopathological examination confirmed a diagnosis of breast adenoid cystic carcinoma.

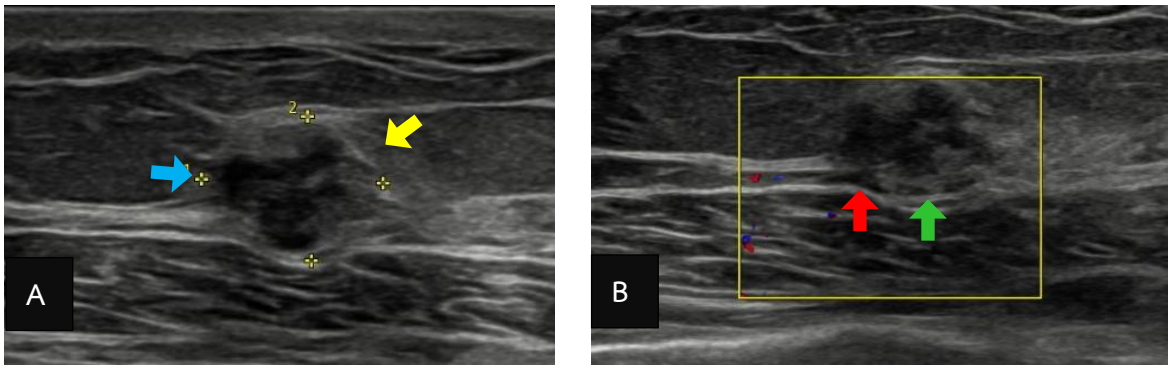


Figure 2 (A and B): Ultrasound images reveal an irregular shape, parallel, heterogeneous hypoechoic mass with microlobulated (blue arrow) and angular borders (yellow arrow). The lesion demonstrates a combined pattern of posterior acoustic shadowing (red arrow) and enhancement (green arrow), with no evidence of increased vascularity.

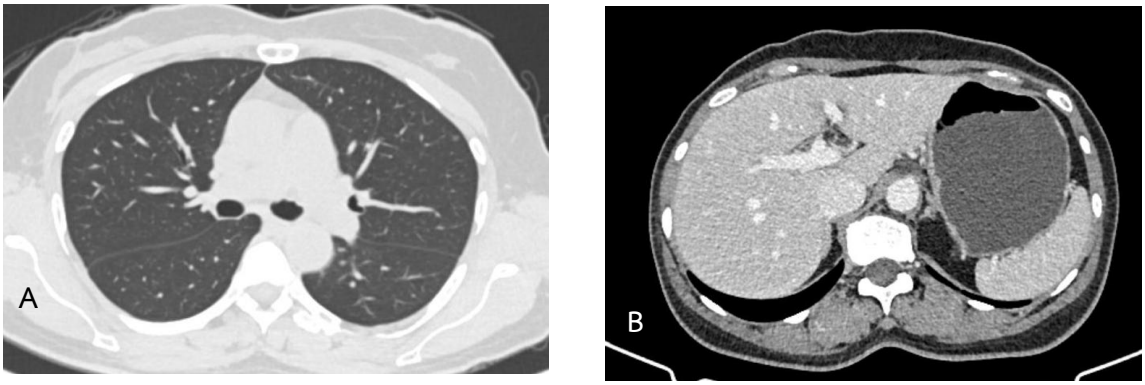


Figure 3 (A and B): CT imaging of the chest and abdomen demonstrates no evidence of regional or distant metastasis.

Further diagnostic work-up included a contrast-enhanced CT scan of the chest and abdomen, which revealed no evidence of regional or distant metastasis (Figure 3). A bone scan was also performed and showed no signs of bone metastasis (Figure 4).

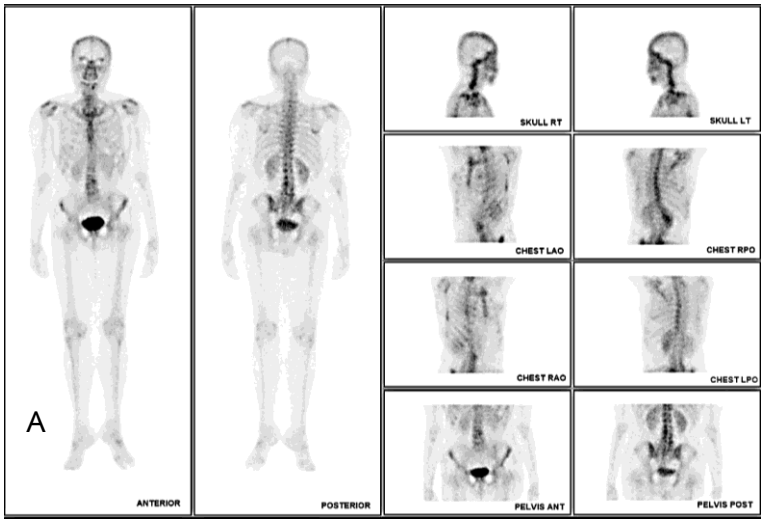


Figure 4 (A): Bone scan shows no abnormal radiotracer uptake indicative of bone metastasis.

Definitive surgical management was performed via breast-conserving surgery with sentinel lymph node biopsy. Surgical pathology of the lumpectomy specimen revealed a 1.2 cm tumor. Histopathologic analysis confirmed the diagnosis of the classic subtype of adenoid cystic carcinoma, with clear surgical margins and absence of lymphovascular invasion or perineural invasion. (Figure 5). All eight left axillary lymph nodes examined were negative for malignancy.

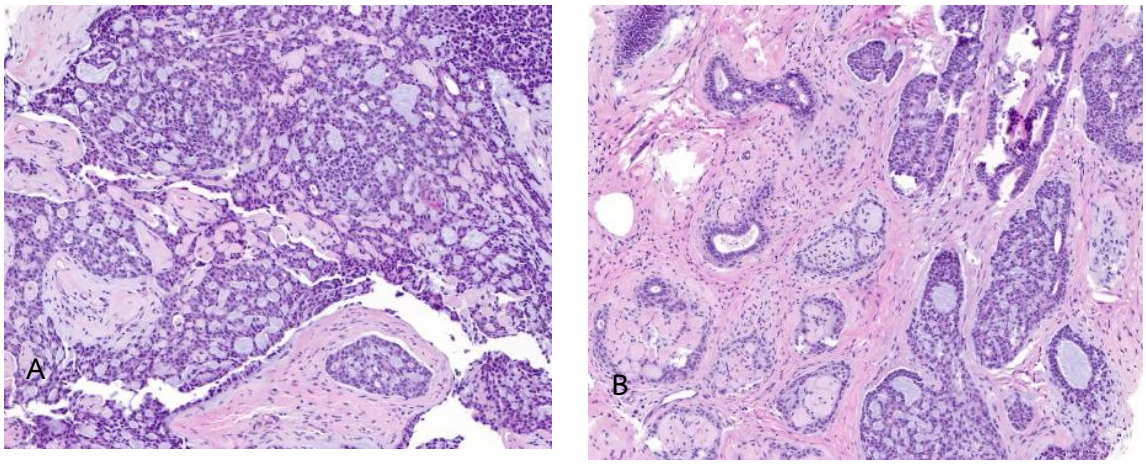


Figure 5 (A and B): Photomicrographs of the histopathologic specimen demonstrated cribriform, tubular and solid growth patterns (Grade 1).

Further immunohistochemical (IHC) analysis characterized the tumor as triple-negative breast cancer, with negative expression for estrogen receptor (ER), progesterone receptor (PR), and human epidermal growth factor receptor 2 (HER2). The Ki-67 proliferation index was approximately 1–10%, consistent with the typically low proliferative activity observed in ACC. Postoperatively, the patient received adjuvant radiotherapy.

Discussions

Adenoid cystic carcinoma of the breast is an exceptionally rare form of breast cancer, accounting for less than 0.1% of all breast cancer cases.[4] Typically, this type of cancer is more commonly found in the salivary glands, but it can also occur in the breast, larynx, lung, or uterus. Breast ACC predominantly affects women, with most cases diagnosed in the fifth to sixth decade of life.[5] Clinically, it may present as a solitary, slowly growing, palpable mass and typically not associated with breast pain or nipple discharge.[6] Histologically, ACC is characterized by a biphasic cellular composition consisting of epithelial and myoepithelial cells, typically arranged in cribriform, tubular, and solid growth patterns.[7] The tumor is histologically graded into three levels according to the proportion of solid components present, with higher-grade lesions correlating with an increased likelihood of local recurrence and distant metastasis.[8]

At present, there is no specific radiologic pattern that distinctly characterizes ACC of the breast. On mammography, lesions may appear with either circumscribed or not circumscribed borders, and typically without suspicious calcifications. On ultrasound, the tumor may have irregular shape with indistinct, angular, or microlobulated margins. Internal vascularity may or may not be present on Doppler study.[9] Contrast-enhanced magnetic resonance imaging (MRI) aids in pre-operative planning and delineating the true extent of the tumor. The MRI appearance of ACC has been described as a round or oval shape, well-circumscribed lesion characterized by rapid initial enhancement without subsequent washout.[10] Various imaging appearances have been described; however, none are pathognomonic for breast ACC. In this case, imaging studies revealed that the margin was not well circumscribed, which made the lesion easy to categorize as BI-RADS category 4 for further biopsy.

To our knowledge, the clinical course of breast ACC is generally indolent. Lymph node metastasis and local invasion are uncommon, and the recurrence rate is low. This contrasts with ACC in the salivary glands, which tends to behave more aggressively, frequently invading adjacent tissues and having a 5-year survival rate of approximately 30%.[11] Breast ACC typically

lacks expression of estrogen receptor (ER), progesterone receptor (PR), and HER2 protein, classifying it as triple-negative breast cancer.[5] While most triple-negative breast cancer has poor prognosis due to resistance to hormone therapy, breast ACC generally has a favorable clinical outcome, with reported 5-year survival rates of 95% and 10-year survival rates of 90%.[12]

In most cases, local disease control can be effectively achieved through breast-conserving surgery followed by radiotherapy or total mastectomy.[13] There are case reports of local recurrence in patients who underwent lumpectomy alone without adjuvant radiotherapy.[13] Given the generally excellent prognosis of breast ACC, there is currently no strong evidence supporting a significant benefit from adjuvant chemotherapy.[13] However, chemotherapy may be considered for high-risk patients, such as those with tumors larger than 3 cm or with axillary lymph node involvement.[5]

Case reports in the radiologic literature have documented local recurrence and late distant metastasis, occurring more than 10 years after initial treatment. The lungs are the most common site of distant spread.[14] Therefore, long-term follow-up involving physical examinations, mammography, and ultrasound imaging at regular intervals is essential.

Although the long-term prognosis is generally favorable, continued surveillance remains necessary. The limitation of this report is that the patient is still undergoing treatment. Consequently, the long-term follow-up data, including local recurrence, metastatic potential, and treatment response, are not yet available. Continued monitoring is required to assess the eventual prognosis.

Conclusion

Adenoid cystic carcinoma of the breast is a relatively rare subtype of breast cancer but is generally associated with a favorable prognosis, characterized by a relatively high survival rate and a low incidence of metastatic potential. The primary treatment modality is local control through surgical excision combined with radiotherapy. Despite its indolent nature, there have been reported cases of local relapse and distant metastasis in the medical literature, emphasizing the importance of regular post-treatment surveillance. Regular follow-up with mammography and breast ultrasound is essential for the early detection of disease recurrence. Although no pathognomonic radiologic features have been definitively established, early and accurate diagnosis remains critical, as it substantially contributes to optimal treatment planning and improved long-term outcomes.

References

1. Kulkarni N, Pezzi CM, Greif JM, et al. Rare breast cancer: 933 adenoid cystic carcinomas from the National Cancer Data Base. Ann Surg Oncol. 2013;20(7):2236–41.
2. Santamaría G, Velasco M, Zanón G, Farrús B, Molina R, Solé M. Adenoid cystic carcinoma of the breast: mammographic appearance and pathologic correlation. AJR Am J Roentgenol. 1998;171(6):1679–83.
3. Boujelbene N, Khabir A, Boujelbene N, Jeanneret Sozzi W, Mirimanoff RO, Khanfir K. Clinical review—breast adenoid cystic carcinoma. Breast. 2012;21(2):124–7.
4. Treitl D, Radkani P, Rizer M, et al. Adenoid cystic carcinoma of the breast, 20 years of experience in a single center with review of literature. Breast Cancer (Tokyo). 2018;25(1):28–33.
5. Miyai K, Schwartz MR, Divatia MK, Anton RC, Park YW, Ayala AG, et al. Adenoid cystic carcinoma of breast: recent advances. World J Clin Cases. 2014;2(12):732–41.
6. McClenathan JH, de la Roza G. Adenoid cystic breast cancer. Am J Surg. 2002;183(6):646–9.
7. Marchiò C, Weigelt B, Reis-Filho JS. Adenoid cystic carcinomas of the breast and salivary glands (or “The strange case of Dr Jekyll and Mr Hyde” of exocrine gland carcinomas). J Clin Pathol. 2010;63(3):220–8.
8. Kleer CG, Oberman HA. Adenoid cystic carcinoma of the breast: value of histologic grading and proliferative activity. Am J Surg Pathol. 1998;22(5):569–75.
9. Sperber F, Blank A, Metser U. Adenoid cystic carcinoma of the breast: mammographic, sonographic, and pathological correlation. Breast J. 2002;8(1):53–4.
10. Glazebrook KN, Reynolds C, Smith RL, Gimenez EI, Boughey JC. Adenoid cystic carcinoma of the breast. AJR Am J Roentgenol. 2010;194(5):1391–6.
11. Cavanzo FJ, Taylor HB. Adenoid cystic carcinoma of the breast. An analysis of 21 cases. Cancer. 1969;24(4):740–5.
12. Ghabach B, Anderson WF, Curtis RE, Huycke MM, Lavigne JA, Dores GM. Adenoid cystic carcinoma of the breast in the United States (1977 to 2006): a population-based cohort study. Breast Cancer Res. 2010;12:R54.
13. Arpino G, Clark GM, Mohsin S, Bardou VJ, Elledge RM. Adenoid cystic carcinoma of the breast: molecular markers, treatment, and clinical outcome. Cancer. 2002;94(8):2119–27.

14. Pia-Foschini M, Reis-Filho JS, Eusebi V, Lakhani SR. Salivary gland-like tumours of the breast: surgical and molecular pathology. J Clin Pathol. 2003;56(6):497–506.