

ความรู้และเจตคติต่อการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

นันทดา จงไฟโรจน์โอบิต พ.บ.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ในประเทศไทยมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของเพศหญิง ปัจจุบันการผ่าตัดเต้านมถือเป็นการรักษามาตรฐาน และพบว่าการรักษาด้วยการตัดเต้านมทั้งหมด (total mastectomy) เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเนื่องจากการสร้างเต้านมขึ้นใหม่หลังการตัดเต้านม (breast reconstruction after mastectomy) เข้ามามีบทบาทในการช่วยรักษาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีผู้ป่วยได้รับผ่าตัดมะเร็งเต้านมประมาณ 200 รายต่อปี แต่อัตราการสร้างเต้านมขึ้นใหม่มีเพียงร้อยละ 0.5 ในขณะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีอัตราการสร้างเต้านมขึ้นใหม่ถึงร้อยละ 13.45 จึงสนใจศึกษาถึงสาเหตุที่อาจทำให้โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีอัตราการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมต่ำ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติที่มีผลต่ออัตราการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงพรรณนา รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบตัดเต้านมทั้งหมด (total mastectomy) ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ตั้งแต่ปี 2560-2563 และมารับการติดตามต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึง มกราคม 2564 จากเวชระเบียน และแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งหมด 30 ราย ทุกรายเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 51.77 ± 8.17 ปี ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการเสริมสร้างเต้านม คือ เป็น inflammatory breast cancer 2 ราย (ร้อยละ 6.67) ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมที่ทำพร้อมกับการผ่าตัดเต้านม (relative contraindication for Immediate Breast Reconstruction) ได้แก่ post-operative radiotherapy 5 ราย (ร้อยละ 16.67) ผู้ป่วย 23 ราย (ร้อยละ 59) ไม่มีข้อห้ามในการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังการตัดเต้านม แต่ไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังตัดเต้านม จากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยตอบไม่ทราบในข้อคำถามส่วนใหญ่ ผู้ป่วยทุกรายตอบไม่ทราบความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และในข้อคำถามเรื่องเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบไม่ถูกต้อง มีผู้ป่วย 5 ราย (ร้อยละ 16.67) ต้องการเสริมสร้างเต้านมและลานนม

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมบ้าง แต่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างเต้านมหลังจากการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ซึ่งอาจมีผลต่ออัตราการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังจากการผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลและการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดและทางเลือก เพื่อการวางแผนการรักษา ร่วมกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านม ผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังการตัดเต้านม เจตคติ ความรู้

* หน่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ : นันดาว จงไฟโรจน์โมชิต E-mail : nubdao.j@gmail.com

วันที่รับเรื่อง : 2 มิถุนายน 2564 วันที่ส่งแก้ไข : 21 สิงหาคม 2564 วันที่ตีพิมพ์ : 31 สิงหาคม 2564

PATIENT'S KNOWLEDGE AND ATTITUDE FOR BREAST RECONSTRUCTION AFTER TOTAL MASTECTOMY IN BREAST CANCERS IN CHIANGRAI PRACHANUKROH HOSPITAL

Nubdao Jongpairojcosit M.D.*

ABSTRACT

BACKGROUND : Breast cancer is the female most common cancer in Thailand. The necessary treatment is surgery, and breast-conserving is currently a standard. However, the total mastectomy rate conversely is increasing. Breast reconstruction has a role in this group of patients that not only treat the disease, but also improve quality of life. In Chiangrai Prachanukroh Hospital, breast cancer surgery is around 200 cases a year. Nevertheless, the rate of breast reconstruction is only 0.5%, while the university hospital has a breast reconstruction rate of about 13.45%. In this study, we conduct a short survey to address the possible cause of this low rate.

OBJECTIVE : To study the knowledge and attitude of Post-mastectomy reconstruction in mastectomy patients in Chiangrai Prachanukroh hospital.

METHODS : This descriptive study was conducted with breast cancer, 30 patients with post-mastectomy in 2017 to 2020 and data was collected in the follow up period between October 2020 to January 2021. Data were collected using the demographic data record form, Breast Cancer data, and Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics.

RESULTS : 30 patients in the study group were all females, with a mean age of 51.77 ± 8.17 years. 2 patients (6.67%) were contraindicated for breast reconstruction due to inflammatory breast cancer, 5 cases (16.67%) with postoperative radiotherapy were contraindications for immediate breast reconstruction, the remaining 23 patients (59%) were found to be able to perform breast reconstruction after mastectomy. None of the patients had breast reconstruction surgery after mastectomy. From the questionnaire, the answers of the patients in most questions about knowledge were unknown, All patients did not know about breast reconstruction surgery after mastectomy. Most of the patients answered incorrectly in the question about the attitude question in breast reconstruction, and only 5 patients (16.67%) want to do breast reconstruction surgery after breast surgery.

CONCLUSIONS AND DISCUSSIONS : This study showed the lack of patients' knowledge of the Post-mastectomy reconstruction options that may affect the rate of breast reconstruction after total mastectomy. The result of this study can be guided in developing a care model and preoperative information and option of reconstruction will ensure better success of the treatment, which may improve the quality of life in mastectomy patients.

KEYWORDS : Breast cancer, breast reconstruction after mastectomy, attitude, knowledge

* Plastic Division Department of Surgery, Chiangrai Prachanukroh Hospital

Corresponding Author : Nubdao Jongpairjcosit E-mail : nubdao.j@gmail.com

Accepted date : 2 June 2021 Revise date : 21 August 2021 Publish date : 31 August 2021

ความเป็นมา

ในประเทศไทยพบว่า มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 1 (ร้อยละ 28.5)¹⁻² การรักษาในปัจจุบันเป็นแบบสหสาขา เช่น การใช้ฮอร์โมน การฉายแสง การให้เคมี แต่การผ่าตัดยังถือว่าเป็นการรักษาหลักการผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม³ โดยวิธีการผ่าตัดเต้านมสองวิธีที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (breast-conservative therapy) และตัดเต้านมออกทั้งหมด (total mastectomy) ซึ่งการผ่าตัดเต้านมแบบวิธีตัดออกทั้งหมด (total mastectomy) พบว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁴ เนื่องจากการผ่าตัดแก้ไขภาวะความพิการจากการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนคนปกติ มีผลดีทางด้านจิตใจ และครอบครัว ดังนั้น การรักษาโดยการผ่าตัดออกทั้งหมดรวมกับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม (breast reconstruction) หลังจาก que ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมจึงมีบทบาทสำคัญมากยิ่งขึ้น

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั่วจังหวัดเชียงรายและพะเยา ในปี 2560 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ประมาณ 200 ราย แต่การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังการตัดมะเร็งเต้านมนั้นมีเพียง 1 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.5 เท่านั้น (ข้อมูลสถิติรวบรวมโดยผู้ทำวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์) เมื่อเทียบกับการรักษาผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2558 พบร้อยละ 13.4⁵ สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับหรือตัดสินใจไม่การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังจากการตัดเต้านม อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ระยะเวลาที่พบนั่นไม่เหมาะที่จะทำผ่าตัด อันได้แก่ ระยะที่ลุกลามมาก ระยะกินผิวหนัง

หรือเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาผ่าตัดเสริมสร้างน้อย กลัวการผ่าตัดที่ซับซ้อน กังวลเรื่องการหายของมะเร็ง หรือกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย⁶⁻⁷ การทราบข้อมูลความรู้และเจตคติของผู้ป่วยต่อการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม น่าจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาและรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติที่มีผลต่ออัตราการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

วิธีการศึกษา

รูปแบบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์ตามขวาง (Cross sectional Descriptive study)

เกณฑ์คัดเข้า

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบไม่สงวนเต้าทุกราย อายุตั้งแต่ 20 ถึง 60 ปี ตั้งแต่ปี 2560-2563 และมารับการติดตามต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึง มกราคม 2564

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาผ่าตัดแบบสงวนเต้านม
2. ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเปิดเผยข้อมูล
3. ผู้ป่วยที่ข้อมูลการผ่าตัดและการรักษาไม่สามารถติดตามได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดการประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องให้ทราบถึงกระบวนการศึกษาวิจัย
2. ผู้วิจัยจัดการประชุมแจ้งอาสาสมัครเพื่อทราบและเข้าใจในการเก็บข้อมูลและขอความยินยอมจากอาสาสมัครในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม อาสาสมัครจะได้รับการตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ในการทำแบบสอบถาม ซึ่งจะทำการหลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมเรียบร้อยแล้วและผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดหมายปกติ
4. เก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วยโดยใช้ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็นทั้งหมด 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของผู้ป่วย ประกอบด้วย ระยะของโรค การมีลูกกลายยังผิวหนัง และลักษณะการมีผิวส้ม การได้รับหรือไม่ได้รับการรักษาร่วม

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจเบื้องต้นของโรคมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจเบื้องต้นของการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

โดยลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัยมีคำตอบในส่วนที่ 3-4 ให้เลือก 3 คำตอบ คือ ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง และไม่ทราบ ส่วนที่ 5 ให้เลือก 2 คำตอบ คือ ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

เมื่อได้สำรวจความถูกต้อง ความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนน ลงรหัสข้อมูลแล้วทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ รหัสโครงการ EC CRH 114/63

ผลการศึกษา

กลุ่มศึกษาผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาเป็นเพศหญิงทั้งหมด 30 คน อายุเฉลี่ย 51.77 ± 8.17 ปี ซึ่งอยู่ในช่วง 34 ถึง 68 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีคู่ (ร้อยละ 86.67) มีบุตรร้อยละ 86.66 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา ไม่เคยได้รับฮอร์โมน และไม่พบประวัติโรคมะเร็งเต้านมในครอบครัว (ตาราง 1) ระยะมะเร็งของผู้ป่วยจากขนาดของก้อน tumor ส่วนใหญ่เป็น T1 (ร้อยละ 63.3) มีการกระจายไปยังผิวหนัง ร้อยละ 13.33 มีลักษณะของ inflammatory breast cancer ร้อยละ 6.67

มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 26.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับ Neo-Adjuvant of treatment มีเพียง 3 ราย (ร้อยละ 10) ที่ได้รับ Chemotherapy และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับ Adjuvant of treatment (ตารางที่ 2)

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการเสริมสร้างเต้านม (inflammatory breast cancer) ทั้งหมด 2 ราย (ร้อยละ 6.67) ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมที่ทำพร้อมกับการผ่าตัดเต้านม (relative contraindication for Immediate Breast Reconstruction: post-operative radiotherapy) 5 ราย (ร้อยละ 16.67) ผู้ป่วย 23 ราย (ร้อยละ 59) ไม่มีข้อห้ามในการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังการตัดเต้านม (ตาราง 2) ผู้ป่วยทุกรายไม่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยที่ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้องเฉลี่ย 5 คำถาม จากข้อคำถาม 10 คำถาม ผู้ป่วยส่วนมากตอบ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องมารับการตรวจติดตามกับแพทย์ตามนัด ตอบได้ถูกต้อง 29 คน (ข้อ 10)

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยในสตรีไทย ตอบได้ถูกต้อง 28 คน (ข้อ 1) มะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายขาดได้หากพบในระยะเริ่มแรก ตอบได้ถูกต้อง 24 คน (ข้อ 6) มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ร้ายแรงมากเป็นแล้วเสียชีวิตจากโรคทุกราย ตอบได้ถูกต้อง 16 คน (ข้อ 2) ข้อที่เหลือผู้ป่วยตอบไม่ทราบเป็นส่วนใหญ่ทั้งในเรื่อง อายุ เพศ การฉายแสงให้เคมีบำบัด แผนการผ่าตัด และการเสริมเต้านมด้วยซิลิโคน (ตาราง 3) ข้อคำถามเกี่ยวกับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตอบว่าไม่ทราบเกี่ยวกับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แปลได้ว่าผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับการการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (ตาราง 4) ผู้ป่วยใช้ยกทรงและเต้านมปลอมเพื่อให้ภายนอกดูมีเต้านม หลังผ่าตัดเอาเต้านมออกท่านต้องการผ่าตัดสร้างหัวนมและลานนม ร้อยละ 56.67 และต้องการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมขึ้นมาใหม่ 5 คน (ร้อยละ 16.67) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (N=30)	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Mean $\pm$ SD)	51.77 $\pm$ 8.17	
(Min-Max)	34-68	
สถานภาพ		
โสด	2	6.67
คู่	26	86.67
หม้าย/หย่า/แยก	2	6.67

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (N=30)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	5	16.67
ธุรกิจส่วนตัว	11	36.67
รับจ้าง	11	36.67
รับราชการ	3	10.00
รายได้ของครอบครัว/เดือน		
<5,000	2	6.67
5,000-10,000	20	66.67
10,000-20,000	7	23.33
>20,000	1	3.33
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	3.33
ประถมศึกษา	9	30.00
มัธยมศึกษา	6	20.00
อนุปริญญา/ปวส.	10	33.33
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	4	13.33
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	4	13.33
1-2	25	83.33
>2	1	3.33
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	21	70.00
ความดัน	6	20.00
เบาหวาน	3	10.00
ดื่มสุรา		
ดื่ม	7	23.33
ไม่ดื่ม	23	76.67
สูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	0	0
ไม่สูบบุหรี่	30	100

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (N=30)	ร้อยละ
การได้รับฮอร์โมนรักษาการขาดฮอร์โมนเพศหญิง		
รับ	0	0
ไม่ได้รับ	30	100
ประวัติเป็นโรคมะเร็งเต้านมของสมาชิกในครอบครัว		
มี	0	0
ไม่มี	30	100

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน (N=30)	ร้อยละ
ระยะมะเร็งของผู้ป่วย		
Tumor		
Tis	6	20.00
T1	19	63.33
T2	1	3.33
T3	4	13.33
Skin involvement		
ใช่	4	13.33
ไม่ใช่	26	86.67
Inflammatory breast cancer		
ใช่	2	6.67
ไม่ใช่	28	93.33
Nodal status		
N0	22	73.33
N1	7	23.33
N3	1	3.33
Metastatic		
M0	27	90.00
M1	3	10.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (N=30)	ร้อยละ
Neo-Adjuvant of treatment		
Chemotherapy		
ได้	3	10.00
ไม่ได้	27	90.00
Hormonal therapy		
ได้	0	0
ไม่ได้	30	100
Radiotherapy		
ได้	0	0
ไม่ได้	30	100
Adjuvant of treatment		
Chemotherapy		
ได้	25	83.33
ไม่ได้	5	16.67
Hormonal therapy		
ได้	18	60.00
ไม่ได้	12	40.00
Radiotherapy		
ได้	5	16.67
ไม่ได้	25	83.33

ตารางที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

ข้อคำถาม	ถูกต้อง ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง ร้อยละ	ไม่ทราบ ร้อยละ
1. มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยในสตรีไทย	93.33	0	6.67
2*. มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ร้ายแรงมากเป็นแล้วเสียชีวิตจากโรคทุกราย	0	53.33	46.67
3. มะเร็งเต้านมสามารถพบได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย	23.33	3.33	73.33
4*. มะเร็งเต้านมพบได้เฉพาะผู้ที่มีอายุมาก	0	40.00	60.00
5*. คนที่เสริมเต้านมด้วยซิลิโคนมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่า คนที่ไม่ได้เสริม	0	3.33	96.67

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ถูกต้อง ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง ร้อยละ	ไม่ทราบ ร้อยละ
6. มะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายขาดได้หากพบในระยะเริ่มแรก	80.00	3.33	16.67
7*. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องตัดเต้านมออกทั้งหมดทุกราย	0	3.33	96.67
8*. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องได้รับเคมีบำบัดทุกราย	3.33	0	96.67
9. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องได้รับการฉายแสงเพื่อรักษาทุกราย	3.33	0	96.67
10. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องมารับการตรวจติดตามกับแพทย์ตามนัด	96.67	0	3.33

หมายเหตุ * คำตอบที่ถูก คือ ไม่ถูกต้อง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ข้อคำถาม	ถูกต้อง ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง ร้อยละ	ไม่ทราบ ร้อยละ
1*. การตัดเต้านมออกบางส่วนเพื่อรักษามะเร็งเต้านมได้ผลการรักษาเท่ากับการผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด	0	0	100
2. ท่านทราบว่าแพทย์สามารถผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตัดเต้านมได้	0	0	100
3. หลังการผ่าตัดเต้านมสามารถเสริมสร้างเต้านมได้ในการผ่าตัดครั้งเดียวกันทันที	0	0	100
4. หลังการผ่าตัดเต้านมสามารถเสริมสร้างเต้านมได้เมื่อหลังสิ้นสุดขั้นตอนการรักษามะเร็งเต้านมแล้ว	0	0	100
5. หลังการผ่าตัดเต้านมสามารถเสริมสร้างเต้านมได้ด้วยวิธีใส่ถุงเต้านมเทียม	0	0	100
6. หลังการผ่าตัดเต้านมสามารถเสริมสร้างเต้านมได้ด้วยวิธีใช้น้ำเยื่อของตนเอง	0	0	100
8*. การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทำได้ในผู้ป่วยทุกราย	0	0	100
9. การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม	0	0	100
10. การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น	0	0	100

หมายเหตุ * คำตอบที่ถูกคือ ไม่ถูกต้อง

ตารางที่ 5 เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ข้อคำถาม	ถูกต้อง ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง ร้อยละ
1.การผ่าตัดเอาเต้านมออกส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของท่าน	6.67	93.33
2.การผ่าตัดเอาเต้านมออกส่งผลกระทบต่อชีวิตสมรสของท่าน	3.33	96.67
3.หลังผ่าตัดเอาเต้านมออกท่านใช้ยกทรงและเต้านมปลอมเพื่อให้ภายนอกดูมีเต้านม	56.67	43.33
4.หากท่านสามารถได้รับการผ่าตัดเสริมเต้านมท่านจะมีความสุขมากขึ้น	6.67	93.33
5.ท่านกลัวการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม	36.67	63.33
6.ท่านต้องการผ่าตัดสร้างหัวนมและลานนม	16.67	83.33
7.หากท่านมีโอกาสผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมขึ้นมาใหม่ท่านจะทำ	16.67	83.33
8.ท่านเคยศึกษาวิธีการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม	0	100
9.หากมีโอกาสท่านต้องการตัดเต้านมออกทั้งสองข้างเพื่อป้องกันการเป็นมะเร็งเต้านม	0	100
10.ท่านเคยแนะนำบุตรหรือญาติพี่น้องให้ตัดเต้านมเพื่อป้องกันการเป็นมะเร็งเต้านม	0	100

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมบ้าง แต่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างเต้านมหลังจากการผ่าตัด ซึ่งอาจมีผลต่ออัตราการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังจากการผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้

ปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมนั้น มีทั้งแบบสงวนเต้า (breast conserving therapy) และแบบตัดเต้านมทั้งหมด (total mastectomy) จากการศึกษาพบว่า ผลของการรักษาด้วยการผ่าตัดทั้งสองแบบได้ไม่ต่างกันทั้งในเรื่องการกลับมาเป็นซ้ำและอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง⁶ ทำให้การผ่าตัดแบบสงวนเต้าเป็นการผ่าตัดมาตรฐาน ในการรักษามะเร็งเต้านม³ เนื่องจากเต้านมเสียรูปน้อยกว่า แต่ประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา หลังจากปี 2006 การผ่าตัดแบบตัดเต้านมทั้งหมด (Total mastectomy) กลับมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอ้างอิงจากในผู้ป่วย 5,865 ราย พบว่า อัตราการเลือกการผ่าตัดเต้านมทั้งหมด (Total mastectomy)

เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33 ในช่วงปี พ.ศ. 2537-2541 เป็นร้อยละ 44 ในช่วงปี พ.ศ. 2550^{4,7} สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ.2546 มีอัตราการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29 เป็นร้อยละ 41 ในช่วงปี พ.ศ.2549⁸ ดังนั้น แสดงว่าการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังการผ่าตัดเต้านม (breast reconstruction after mastectomy) มีบทบาทสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ มีการศึกษาแบบไปข้างหน้า พบว่า ผู้หญิงที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด โดยไม่ได้ทำผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมนั้นเกิดภาวะข้อเท้า หดหู่ กังวล เสียความมั่นใจด้านเพศมากกว่ากลุ่มที่ได้ทำการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ ซึ่งจุดมุ่งหมายของการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังการผ่าตัดเต้านม คือต้องการให้ผู้ป่วยได้มีลักษณะเต้านมที่ใกล้เคียงกันทั้งสองข้าง มีหัวนมและลานนม โดยการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมไม่ได้มีความแตกต่างของการกลับมาเป็นหรือการเสียชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ใช่ highly aggressive tumor¹¹⁻¹³

ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษานี้ เป็นเพศหญิงทั้ง 30 คน อายุเฉลี่ย 51.77 ± 8.17 ปี ใกล้เคียงกับอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลอุดรธานี (51.31ปี)¹⁵ และโรงพยาบาลศิริราช (55.9 ปี)¹⁶ โดยระยะของโรคสามารถแบ่งออกเป็น ระยะ local ร้อยละ 73 regional ร้อยละ 16.6 distance ร้อยละ 10 unknow ร้อยละ 0 เทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ที่พบ local ร้อยละ 29 regional ร้อยละ 50 distance ร้อยละ 10 unknow ร้อยละ 10¹⁴ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษา ความชุกของโรค โอกาสการหาย แต่ยังไม่มีความเข้าใจไม่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับการพยากรณ์ของโรค การวางแผนการรักษาต่อเนื่อง และไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างเต้านมเลย มีเจตคติที่ดีต่อการเสริมสร้างเต้านม โดยผู้ป่วยต้องการเสริมสร้างเต้านมและลานนม 5 คน และต้องการเสริมสร้างเต้านมหลังตัดเต้านม 5 คน ซึ่งเป็นคนเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ซึ่งหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม อัตราการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมในการศึกษานี้จะใกล้เคียงกับอัตราการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2558 (ร้อยละ 13.4)⁵ เมื่อค้นหาคำถามการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และเจตคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเสริมสร้างเต้านมหลังการผ่าตัดเต้านม (ค้นหาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic database) ฐานข้อมูลที่ใช้ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Blackwell, Cochran, Science Direct ซึ่งกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ดังนี้ postmastectomy reconstruction, attitude, knowledge, breast cancer patients, breast cancer and surgery เป็นต้น รวมทั้งการสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงจากการวิจัยและการสืบค้นด้วยมือจาก

วารสารทั้งในประเทศ ต่างประเทศและวิทยานิพนธ์) ในประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีการศึกษามาก่อน ดังนั้น การศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาแรกเกี่ยวกับความรู้และเจตคติของผู้ป่วยไทยต่อการการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังการตัดเต้านม ทำให้ทราบว่าผู้ให้การรักษาควรต้องให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคทั่วไป ระยะโรคของผู้ป่วย แผนการรักษา จะต้องฉายแสงหรือไม่ ให้เคมีบำบัดหรือไม่ วิธีการผ่าตัดเป็นแบบตัดเต้านมทั้งหมดหรือตัดบางส่วนมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร การวางแผนเกี่ยวกับการรักษาโรคที่กระจายหรือไม่กระจาย อีกทั้งแผนการรักษาต่อเนื่อง เช่น การให้ยาเคมีบำบัด การใช้ฮอร์โมน การฉายแสง สำหรับผู้ป่วยอย่างเฉพาะเจาะจง และในปัจจุบันข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องให้กับผู้ป่วยเสมอ เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจพิจารณาว่าจะมีการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหรือไม่ รวมทั้งการยอมรับของผู้ป่วยสำหรับการใช้วัสดุสังเคราะห์ ความพร้อมของผู้ป่วยและความชำนาญของศัลยแพทย์ในการทำผ่าตัด การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนรอบด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือก และมีส่วนร่วมในแผนการรักษา อันจะนำมาซึ่งผลการรักษา ความร่วมมือในการรักษา และประโยชน์สูงสุดแก่ตัวผู้ป่วยต่อไป

ข้อจำกัด

เนื่องจากผู้ป่วยในจังหวัดเชียงรายมีอัตรา ระดับการศึกษาและรายได้ต่ำกว่าในจังหวัดที่มีโรงเรียนแพทย์ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้การรับรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อเสริมสร้างเต้านมมีความสำคัญน้อยกว่าการกลับไปประกอบอาชีพได้รวดเร็วกว่า

ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมทั้งหมด หากมีการศึกษาเปรียบเทียบเจตคติและความรู้ ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังการตัดเต้านมและผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังการตัดเต้านมว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ หรือหาปัจจัยอื่นๆที่ทำให้ผู้ป่วยมีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยสองกลุ่มนี้จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยพัฒนามากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงจุดมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนอันดีจากทีมวิจัยโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ อาจารย์ทุกท่านจากหน่วยศัลยกรรมตกแต่งและเสริมสร้างภาควิชาศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ป่วยทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย รวมทั้งบุคลากรทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

REFERENCES

1. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn D, Suwanrungrung K, Sangrajrang S, et al. Cancer in Thailand Volume VIII 2010–2012. Bangkok: National Cancer Institute, Ministry of Public Health Thailand;2015.
2. Chaiwerawatana A. Breast ICD-10 C50. In: Khuhaprema T, Srivatakul P, Sriplung H, Sumitsawan Y, Attasara P, editors. Cancer in Thailand Vol.IV, 1998-2000. Bangkok:National Cancer Institute, Ministry of Public Health Thailand;2007:p.48-50.
3. Jatoi I, Proschan MA. Randomized trials of breast-conserving therapy versus mastectomy for primary breast cancer: a pooled analysis of updated results. *Am J Clin Oncol*. 2005;28(3):289-94.
4. McGuire KP, Santillan AA, Kaur P, Meade T, Parbhoo J, Mathias M, et al. Are mastectomies on the rise? A 13-year trend analysis of the selection of mastectomy versus breast conservation therapy in 5865 patients. *Ann Surg Oncol* 2009;16(10):2682-90
5. Suwajo P, Haetanurak S. Breast reconstruction for mastectomy. *Chula Med J* 2017;61(6):715-30.
6. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* 2000;36(15):1938-43.
7. Christian CK, Niland J, Edge SB, Ottensen RA, Hughes ME, Theriault R, et al. A multi-institutional analysis of the socioeconomic determinants of breast reconstruction: a study of the National Comprehensive Cancer Network. *Ann Surg* 2006;243(2):241-9
8. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347(16):1233-41.

9. American Society of Plastic Surgeons. 2015 Plastic surgery statistics report [Internet].] 2015cited 2016 Aug .[12Available from: <https://www.plasticsurgery.org/news/plastic-surgery-statistics>
10. Katipamula R, Degnim AC, Hoskin T, Boughey JC, Loprinzi C, Grant CS, et al. Trends in mastectomy rates at the Mayo Clinic Rochester: effect of surgical year and preoperative magnetic resonance imaging. J Clin Oncol 2009;27(25):4082-8.
11. Wilkins EG, Cederna PS, Lowery JC, Davis JA, Kim HM, Roth RS, et al. Prospective analysis of psychosocial outcomes in breast reconstruction: one-year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. Plast Reconstr Surg 2000;106(5):1014-25.
12. Zhang P, Li CZ, Wu CT, Jiao GM, Yan F, Zhu HC, et al. Comparison of immediate breast reconstruction after mastectomy and mastectomy alone for breast cancer: a meta-analysis. Eur J Surg Oncol. 2017 ;43(2):285-93.
13. Kronowitz SJ. Delayed-immediate breast reconstruction: technical and timing considerations. Plast Reconstr Surg 2010;125(2):463-74.
14. American Society of Plastic Surgeons. 2016 Plastic Surgery Statistics Report. [Internet].] 2015cited 2016 Aug .[12Available from: <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics//2016reconstructive-procedures-ethnicity-.2016pdf>
15. Phutivut V, Chiaviriyabunya I. Survival rate of the five most common cancers in 2010 at Udothani Cancer hospital Thailand. Thai cancer J 2018;44(1):79-81.
16. Breast cancer monograph in the year 2014-2018. Bangkok: Breast cancer group, Siriraj Cancer Center and Division of Head neck and Breast Surgery, Department of surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2020.