

1.ชื่อเรื่อง:

(ภาษาไทย) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

(ภาษาอังกฤษ) The effectiveness of the providing information program to quality of life among patients with breast cancer receiving breast surgery , Udonthani Cancer Hospital.

2.ชื่อและตำแหน่งของผู้วิจัยหลัก

ผู้วิจัยหลัก 1. นางสาวจริยา วิมานะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
ผู้วิจัยร่วม 1. นายวิวัฒน์ สุวรรณบุตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
2. นางสาวจิตติวรรณ โยธาทัย อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครอุดรธานี
(Corresponding author)

บทที่ 1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งถือเป็นสาเหตุอันดับต้นๆของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกและยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มะเร็งเต้านมเป็นอีกโรค ที่พบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและยังพบมากเป็นอันดับ 1 ในสตรีไทยและทั่วโลก(รายงานแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2561-2565) สถานการณ์มะเร็งทั่วโลก จากการศึกษาของ Global Cancer 2020 พบว่า มะเร็งเต้านมพบบ่อยที่สุดเป็นอันดับ 1 โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ปีละ 2.26 ล้านคน(11.7%) หรือมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ชั่วโมงละ 258 คน และพบจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็ง ที่พบบ่อยที่สุด คือ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหาร ส่วนมะเร็งเต้านมอยู่ในอันดับ 5 เสียชีวิต 0.68 ล้านคนต่อปี หรือ 1 ชั่วโมง จะมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 78 คน (Global cancer,2020 อ้างใน นพ.ชลทิศ อุไรฤทธิกุล.ภาพรวมสถานการณ์และยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคมะเร็งเต้านม.ศูนย์อนามัยที่5,2565) และจากข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็งระดับประชากร รายงานระดับประเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี 2564 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 9,998 คน และพบมะเร็งเต้านมเป็นอันดับ 1 ในสตรี (ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร สถาบันมะเร็งแห่งชาติ,2564) สอดคล้องกับ สถานการณ์โรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พบมะเร็งเต้านมอันดับ 1 ในสตรีเช่นกัน และมีการคาดการณ์และแนวโน้มอุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านมในสตรี จังหวัดอุดรธานี ในระยะ 20 ปี พบอัตราการระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง 2562 เพิ่มขึ้นจาก 13.95 เป็น 29.63 ต่อแสนประชากร โดย

เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.4 ต่อปี และคาดการณ์อุบัติการณ์โรคในปี พ.ศ.2573 เพิ่มขึ้น 43.36 ต่อแสน ประชากร(สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี,2566)และจากข้อมูลสถิติทะเบียนผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากถึงร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จะเห็นได้ว่า โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นๆของทั่วโลกและของประเทศ

มะเร็งเต้านมเป็นความผิดปกติของเซลล์ที่มีการแบ่งตัวผิดปกติ ไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวได้ และสามารถแพร่กระจายไปยังกระแสเลือด และต่อมน้ำเหลืองรวมทั้งยังแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ อวัยวะที่อยู่ใกล้เคียงหรืออวัยวะที่อยู่ไกลออกไปเช่น กระดูก ปอด ตับ และสมอง มะเร็งเต้านมแบ่งเป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 0 ถึง ระยะที่ 4 การตรวจพบรอยโรคตั้งแต่ระยะที่ 0 ทำให้การรักษามะเร็งเต้านมทำได้ง่ายและอัตราการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้นกว่าในระยะที่ลุกลามแล้ว โดยมะเร็งเต้านมระยะที่ 0 หรือ ชนิดDCIS (Ductal Carcinoma In Situ) เป็นเซลล์ที่ผิดปกติพบเฉพาะในบริเวณเยื่อบุท่อน้ำนม หรือ ชนิด LCIS(Lobular Carcinoma In Situ) พบเฉพาะในต่อมน้ำนม ยังไม่มีการแบ่งตัวลุกลามออกนอกขอบเขต อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ร้อยละ 100 ส่วนมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 เป็นระยะที่ขนาดของก้อนมะเร็งเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้เล็กน้อย แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ร้อยละ 100 ขณะที่มะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มากกว่า 2 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร. ยังไม่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กไม่เกิน 2 เซนติเมตร. แต่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้เล็กน้อย ก็จะจัดอยู่ในระยะที่ 2 เช่นกัน แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ประมาณ ร้อยละ 93 สำหรับมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตรหรือมีขนาดของก้อนเท่าใดก็ได้และมีการแพร่กระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้ารวมถึงพบการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงเต้านมและรักแร้ แต่ยังไม่มีการลุกลามไปยังอวัยวะอื่น อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ประมาณ ร้อยละ 72 และมะเร็งเต้านมระยะที่ 4 เป็นระยะของก้อนมะเร็งขนาดเท่าใดก็ได้มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองรวมทั้งยังแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น ปอด กระดูก ตับ สมอง เป็นต้น อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ประมาณ ร้อยละ 22 (เพชรดา มหาแสง, 2562) จะเห็นได้ว่าหากมีการตรวจพบหรือวินิจฉัยได้เร็ว ค้นหาคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นได้เร็ว จะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตหรืออัตราการรักษาให้หายได้มากขึ้น

มะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ทั้งที่เป็นผลจากตัวโรคเองไปจนถึงการวินิจฉัยและการรักษา ผู้ป่วยบางรายมาด้วยก้อนที่เต้านมขนาดใหญ่ หรือมีน้ำเลือดน้ำหนองออกจากหัวนม เต้านมบิดเบี้ยว หรืออยู่ในระยะสุดท้ายที่มีการลุกลามของโรคไปมาก ผู้ป่วยบางรายมีผลเกิดจากก้อนเซลล์มะเร็งแตกเป็นแผล มีกลิ่นเหม็นเน่าทำให้ผู้ป่วยแยกตัวไม่กล้าพบปะสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ในระยะแรกของการวินิจฉัย

ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกช็อก ปฏิเสธ โกรธ สับสน กลัวรักษาไม่หาย กลัวความไม่แน่นอนของชีวิต กลัวอันตรายถึงชีวิต จากการศึกษาของ สมจิต บุญจันทร์และทิพาพร(2534)ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์กับการศึกษาและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -.41, P < .001$) บางรายมีความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและจากผลข้างเคียงของการรักษา ทำให้ขาดการรักษาต่อเนื่อง สุวคนธ์และคณะ (2538) ศึกษาเชิงปริมาณเรื่องอัตราและปัจจัยการสูญหายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดทั้งแผนกสตรีนอกระยะและสตรีในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 139 ราย พบว่าร้อยละ 21.20 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งเต้านม อยู่ในระยะที่ 1 ร้อยละ 33 ผู้ป่วยสูญหาย ร้อยละ 14.38 และปัจจัยการสูญหาย คือผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 1.43 และสูญหายไม่พบสาเหตุ ร้อยละ 12.95 และเหตุผลสำคัญที่สุดของอุปสรรคในการมารักษาและทำให้มารักษาไม่ต่อเนื่อง คือ ฤทธิ์ผลข้างเคียงของยา ทำให้สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไป

การรักษาหลักมะเร็งเต้านมมักเป็นการผ่าตัด การผ่าตัดเต้านม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายด้านได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย การผ่าตัดและการสูญเสียเต้านมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รวมถึงความเจ็บปวดต่างๆ ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคเองและจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเต้านม เช่น ภาวะติดขัด ภาวะไหล่ติด ภาวะแขนบวมภาวะ seroma เป็นต้น สูญเสียบทบาททางสังคม ความเป็นผู้นำ ความสามารถทำงานลดลง ส่งผลต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตด้านสังคมได้เช่นกัน ส่วนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดนอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า กลัวการแพร่กระจายและการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง วิตกกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคู่สมรส เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจต่อบทบาทของภรรยา ทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านเพศสัมพันธ์ลดลง และยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกด้านความมั่นคงของครอบครัว

งานวิจัยของ Gupic และ คณะ (2013) ที่พบว่าภายหลังได้รับการผ่าตัดเอาเต้านมออกทันทีผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสูญเสียความเป็นเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับหลังได้รับการผ่าตัดออกไปแล้ว 6 เดือน ($P = 0.02$) และพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองในระยะหลังผ่าตัดเต้านม 1-3 วันและ 3 เดือน เป็นไปในทางลบ มากกว่าในระยะก่อนผ่าตัดเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองในระยะหลังผ่าตัดเต้านมออก 7-10 วัน เป็นไปในทางลบ มากกว่าระยะหลังผ่าตัดเต้านมออก 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2527 อ้างอิงในเบญจรัตน์ ธวีพูนผล, 2547) และสอดคล้องกับงานวิจัยของวนิดา รัตนานนท์(2545) ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านภาพลักษณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านอื่นๆอยู่ในระดับสูง (เบญจรัตน์ ธวีพูนผล, 2547) ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาการถูกเลิกจ้างงาน เนื่องจากไม่สามารถทำงานได้ตามปกติหรือสูญเสียความสามารถในการทำงาน ทำให้

ผู้ป่วยและครอบครัวขาดรายได้และนำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจต่อไป และบางรายอาจมีภาวะซึมเศร้า และมีความคิดฆ่าตัวตาย จากข้อมูลงานวิจัยของ อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตใน มะเร็งเต้านมอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ,(2018) พบว่า 1.ผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 75.4 มีภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง 2.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง 3.ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho = 0.68, p\text{-value} < 0.01$)

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านม ได้ จากสถิติการผ่าตัดโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ปีงบประมาณ 2564-2566 พบผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด เต้านมทั้งหมด 191 ราย เป็นการผ่าตัดเต้านมออกหมดทั้งเต้าและเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ (Modified radical mastectomy,MRM) 168 ราย ,ผ่าตัดเต้านมออกหมดทั้งเต้าและเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้พร้อมกับใส่เต้านมเทียมชนิดซิลิโคน (Modified radical mastectomy with Silicone ,MRM with Silicone) 3 ราย ,ผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้า (Breast conservative surgery, BCS) 3 ราย ,ผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมโดยใช้เนื้อเยื่อตนเอง (Breast conservative surgery and Latissimus dorsi flap, BCS with LD flap) 3 ราย, ผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมโดยใช้เต้านมเทียมชนิดซิลิโคน (Breast conservative surgery with Silicone, BCS with Silicone) 1 ราย ,ผ่าตัดเต้านม (Mastectomy) 13 ราย และพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านม ดังนี้ สูญเสียเลือด(Bleed) 0 ราย (0 %) ,ติดเชื้อ (Infection) 0 ราย (0%) ,ภาวะน้ำเลือดน้ำเหลืองคั่งบริเวณแผลผ่าตัด (Seroma) 13 ราย (6.80 %) , Seroma infection 1 ราย (0.52%) , ภาวะไหล่ติด (Shoulder frozen) 0 ราย (0 %) , ภาวะแขนบวม(Lymphedema) 0 ราย (0%) และพบผู้ป่วยเกิด seroma ถึง 6 ครั้ง ใน 1 ราย ภาวะเนื้อเยื่อตาย (Flap necrosis) 0 ราย (%) ,ปวด (Pain) 0 ราย (0 %) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยผ่าตัดได้รับการเลื่อนผ่าตัดออกไป โดยมีสาเหตุจากการที่ ผู้ป่วยขาดความรู้ รวมถึงความไม่เข้าใจ ความไม่ตระหนัก ในการปฏิบัติตัว การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

นอกจากนี้การผ่าตัดเต้านม ต้องใช้ระยะเวลาการรักษายาวนาน หากเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังกล่าวข้างต้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ญาติผู้ดูแลรวมถึงตัวผู้ป่วยต้องหยุดงาน เป็นเวลานาน อาจต้องรับการรักษาเพิ่มเติมและอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ขาดรายได้จากการหยุดงานทั้งของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ทั้งภาระค่าใช้จ่ายต่างๆที่เพิ่มขึ้น รวมถึงค่าพาหนะและความอ่อนล้าในการเดินทางมาติดตามอาการตามนัด ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล บ่อยขึ้น จะเห็นได้ว่าจากปัญหาดังกล่าวแล้วส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม หรือการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษา ปัญหาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด พบว่าสาเหตุของความวิตกกังวลอันดับแรกมาจากความกลัวเสียชีวิตในขณะผ่าตัดรวมถึงความกลัวจาก

การขาดความรู้และความเข้าใจซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับชนิดของการผ่าตัด กระบวนการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ความกลัวจากประสบการณ์ตรงที่ผ่านมาเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วย หรือจากการรับฟังคำบอกเล่าของผู้อื่น ความกลัวของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเป็นโรคมะเร็ง การผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะหรือทำให้เกิดความพิการ นอกจากนี้ความกลัวที่จะไม่ฟื้นหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเมื่อเสร็จการผ่าตัด การถูกเปิดเผยร่างกาย และความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด เป็นต้น ร่วมกับการได้รับข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559) ดังนั้น การให้ความรู้ ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง อันจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

งานพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ได้ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม จึงได้มีการจัดทำมีโปรแกรม การให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดขึ้น โดยมีระบบการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ชัดเจนเป็นมาตรฐาน ดังนี้

1. ระบบการให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ ที่มีรูปแบบ แนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ในการให้ข้อมูลผู้ป่วย
2. คู่มือคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมและเลาะต่อมน้ำเหลือง
3. แผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยภายหลังได้รับการเจาะระบายภาวะน้ำเหลืองคั่ง
4. ใบตารางเปรียบเทียบการผ่าตัดเต้านมแต่ละชนิด
5. แผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเสริมหน้าอกด้วยซิลิโคน แบบ graphic info
6. สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ใช้เวลา 5 นาที
7. หุ่นสวมใส่เสื้อชั้นใน และ สปอร์ตบรา เป็นตัวอย่างให้ผู้ป่วยในการใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกใช้เสื้อชั้นในที่เหมาะสมสำหรับใช้สวมใส่หลังผ่าตัด
8. มีระบบ Tele medicine ในการติดตามอาการ/ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
9. โปรแกรมพบกายภาพ ก่อนและหลังผ่าตัด (pre – post operation program)
10. ระบบประเมินแผลผ่าตัด ติดตาม ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

11. ระบบบันทึกข้อมูล/การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สะดวกรวดเร็ว เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวดเร็ว ปลอดภัย

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำก่อนผ่าตัด จึงจัดว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากและเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ผู้วิจัยมีความคาดหวังว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีความมั่นใจมากขึ้น สามารถจินตนาการ มองเห็นปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงเผชิญปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นและปลอดภัยสูงสุด

ผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงวันนัดตรวจติดตามฟังผลชิ้นเนื้อหลังผ่าตัดเต้านม โปรแกรมการให้ข้อมูลนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบพยาบาลแบบให้ความรู้และแรงสนับสนุนของโอเร็ม (Orem) ดังนี้

1. การชี้แนะโดยให้คำแนะนำ การให้ข้อมูล
2. การสนับสนุนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้กำลังใจ
3. การสอน ให้ความรู้
4. การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เนื่องจากผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาการเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดเต้านม ตลอดจนนำผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อันเป็นประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

1.2.คำถามการวิจัย

- โปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างไร

1.3.วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมให้ข้อมูล

1.4.ประเภท/รูปแบบงานวิจัย

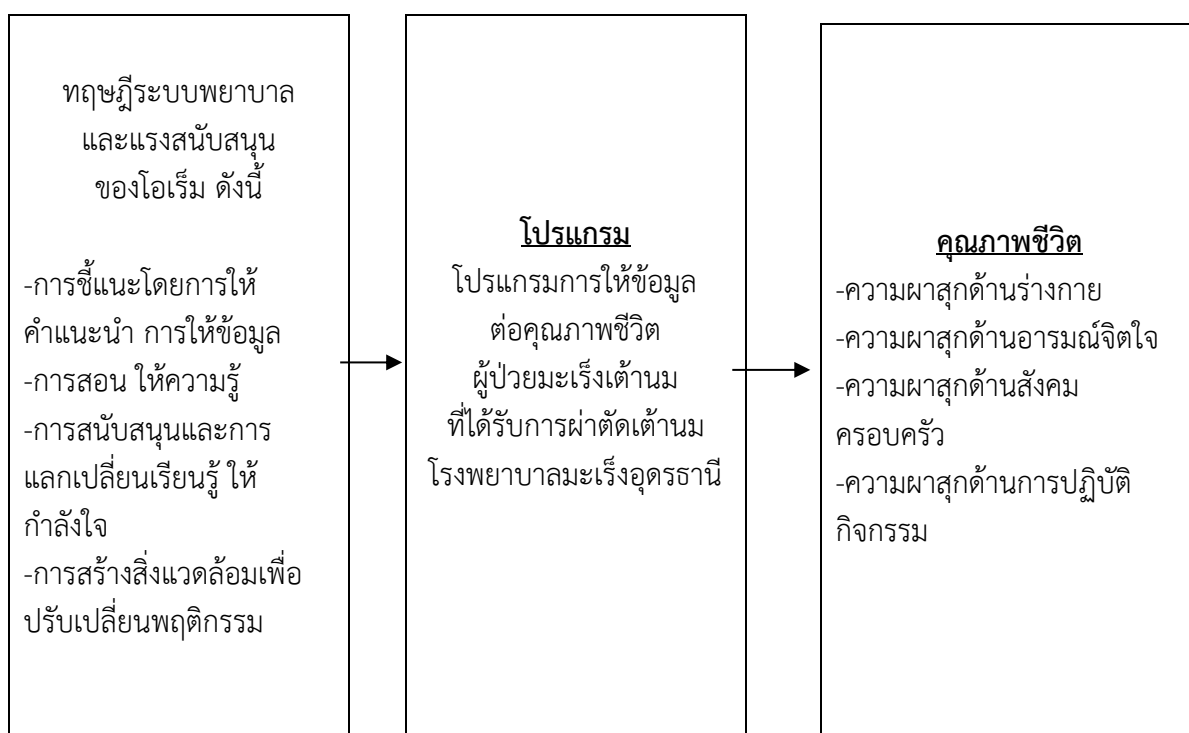
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลัง (One groups pretest post test design)

1.5. ขอบเขตการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและติดตามในงานแผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ช่วงเวลา เดือน มิถุนายน 2567 – สิงหาคม 2567

1.6.กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



1.7 คำนิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความสุขสบายทางกาย ความสุขสบายทางใจ ความสุขสบายทางสังคม และสิ่งแวดล้อม สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้ขณะเดียวกันสามารถเผชิญปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งสามารถใช้ศักยภาพส่วนบุคคลพัฒนาตนเองและสังคมให้อยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ด้วยการเจาะชิ้นเนื้อหรือการผ่าตัดและยืนยันผลชิ้นเนื้อโดยพยาธิแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม

การผ่าตัดเต้านม หมายถึง การผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม แบ่งการผ่าตัดเต้านม เป็น 3 วิธี ได้แก่

1.1 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า (Total or simple mastectomy) คือ การผ่าตัดเต้านมข้างที่ผิดปกติออกทั้งหมดรวมผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งและหัวนม และยังสามารถผ่าตัดได้หลายวิธีดังนี้

1.2 การผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม (breast conserving surgery;BCS, Wide Excision ;WE) คือการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งและเนื้อเยื่อของเต้านมปกติโดยรอบออกโดยตัดห่างจากขอบประมาณ อย่างน้อย 2 มิลลิเมตร จึงจะเรียกว่าเป็นการผ่าตัดมะเร็งออกหมดแล้ว(Margin Free) ภายหลังการผ่าตัดยังรูปร่างของเต้านม คงความสวยงามของเต้านม

1.3 การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมใหม่ (breast reconstruction)

1.3.1 การผ่าตัดเพื่อนำเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อของผู้ป่วยเองมาเสริมสร้างเต้านมใหม่ (Autologous flap)

1.3.2 การใช้วัสดุเลียนแบบธรรมชาติ เช่น การใช้ซิลิโคน (Prosthesis)

โปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม หมายถึง การให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมจนถึงวันนัดFollow up หลังผ่าตัดเพื่อฟังผลชิ้นเนื้อทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การให้ข้อมูลความรู้คำแนะนำก่อนผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ครั้งที่ 2 การให้ข้อมูลความรู้คำแนะนำก่อนผ่าตัด 1 วัน และทบทวนความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมก่อนผ่าตัด

ครั้งที่ 3 การให้ข้อมูลความรู้คำแนะนำก่อนผ่าตัดและทบทวนความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมในการผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับการเข้ารับการผ่าตัด ในวันผู้ป่วยมา admit

ครั้งที่ 4 การให้ข้อมูลความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และทบทวนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อประเมินและติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย Day 7 หลังผ่าตัด

ครั้งที่ 5 การให้ข้อมูลความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และทบทวนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อประเมินและติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด Day 14 หลังผ่าตัด (วัน follow up ฟังผลขึ้นเนื้อหาทางห้องปฏิบัติการ)

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมในกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าโปรแกรมการให้ข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการเข้ารับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังผ่าตัดเต้านม

ประโยชน์ต่อผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคล

1. ผู้ร่วมวิจัยได้พัฒนาองค์ความรู้ ในการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและทักษะในการทำวิจัย และการผลิตผลงานเพื่อตีพิมพ์ นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อผู้ทำวิจัยทั้งในด้านวิชาการ สถิติปัญหา อารมณ์ และสังคม เช่น เป็นคนที่รอบรู้ ทันสมัย ในเชิงวิชาการ มีความคิดริเริ่ม เป็นคนมีเหตุผล อดทน สุขุม ละเอียดยรอบคอบ ตลอดจนสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้
2. ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน สามารถดูแลตนเอง เบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต รวมถึงสามารถนำความรู้ไปบอกแก่ผู้ดูแลและญาติได้
4. ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลให้ความพึงพอใจในระบบบริการของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม

ประโยชน์ต่อวิชาชีพโดยรวม

การทำวิจัยทำให้พยาบาลมีองค์ความรู้และข้อเท็จจริงใหม่ๆ ทางการพยาบาล ส่งผลให้สามารถสร้างทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในวิชาชีพ รวมถึงการปรับปรุงเทคนิค

และวิธีการให้การพยาบาลที่มีอยู่ให้ก้าวหน้าขึ้นความรู้ทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ มีวิธีการแก้ปัญหา ด้านการพยาบาลที่พิสูจน์ได้ และนำผลที่ได้มาช่วยในการบริหารงานพยาบาล และได้แนวทางการดูแล แบบบูรณาการสุขภาพที่จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่นๆได้ ทำให้มีการศึกษาค้นคว้าก่อให้เกิดความเคลื่อนไหวในด้านวิชาการอยู่เสมอ และยังช่วยในการวางแผนและกำหนด นโยบายแต่ละครั้งให้ถูกต้องและเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ

ประโยชน์ต่อสังคม

เมื่อพยาบาลมีองค์ความรู้และทักษะในการวิจัย ก็จะสามารถพัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ลดการกลับมารักษาซ้ำ ลดวันนอน และลด cost การรักษาส่งผลให้ช่วยลด cost ค่ารักษาพยาบาลโดยรวมของประเทศลดลง และลดความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องของโรงพยาบาล

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมประกอบด้วย

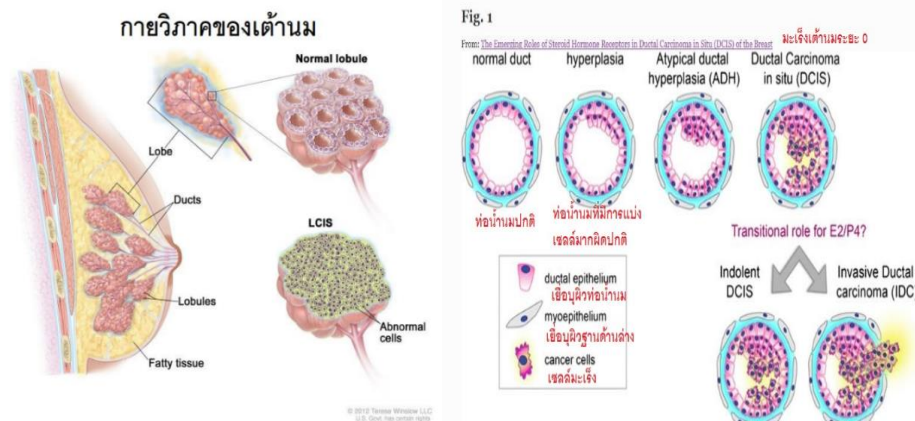
- 2.1 ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตและเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- 2.3 ผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาต่อคุณภาพชีวิต
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม คือ ความผิดปกติของเซลล์เต้านมที่ไม่สามารถควบคุมได้และมีการ แพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังเนื้อเยื่อเต้านมและแพร่กระจายไปยังบริเวณอื่น ๆ ของร่างกาย โดย ส่วนมากจะพบในเพศหญิง ส่วนเพศชายก็พบได้เหมือนกัน

2.1.1 กายวิภาคของมะเร็งเต้านม (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2562)

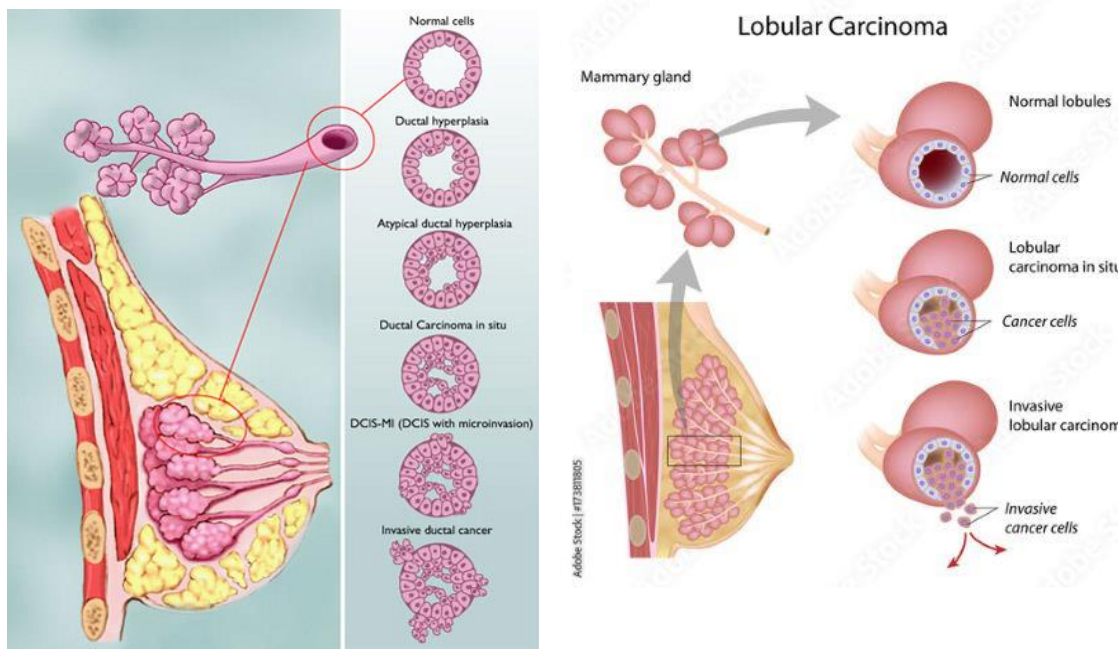
เต้านมประกอบด้วย ประกอบด้วย ท่อน้ำนม (Ducts) และต่อมน้ำนม (Lobules) ล้อมรอบด้วยชั้นไขมัน (Fatty Tissue)



รูปที่ 1 แสดงกายวิภาคของเต้านม (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2562)

ความผิดปกติของท่อน้ำนมและที่ต่อมน้ำนม รูปด้านซ้าย ท่อน้ำนม ถ้าดูภาคตัดขวางแล้วขยายด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะเห็นเซลล์ของท่อน้ำนมเรียงแถวเดียว ถ้าเกิดมีการแบ่งตามมากผิดปกติ จะเรียงตัวมากกว่า 1 แถว เรียก Ductal Hyperplasia ถ้าผิดปกติมากขึ้นจะเพิ่มระดับของความผิดปกติเป็น Atypical ductal hyperplasia, Ductal Carcinoma in situ (มะเร็งระยะ 0) จนเป็นมะเร็งเต็มขั้น (Invasive ductal carcinoma) ถ้าเซลล์มะเร็งทะลุทะลวงออกนอกชั้นเยื่อฐานล่าง (Myoepithelium) รูปด้านขวา คือ ต่อมน้ำนม การเกิดพยาธิสภาพไม่แตกต่างกัน ต่างกันเฉพาะตำแหน่งที่เกิด ถ้าเซลล์มะเร็งยังจำกัดตัวเองที่ต่อมน้ำนมเรียก Lobular Carcinoma in situ (LCIS) แต่

ถ้าเซลล์มะเร็งทะลุผ่านเยื่อบุผิวฐานด้านล่าง จะเป็นมะเร็งเต็มรูปแบบ เรียกว่า Invasive Lobular Carcinoma (ILC)



รูปที่ 2 แสดงภาคตัดขวางของเต้านมและท่อน้ำนมที่มีความผิดปกติของเซลล์
(ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2562)

2.1.2 ประเภทของมะเร็งเต้านม (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2562)

1. Carcinoma In situ

1.1 Ductal Carcinoma In Situ (DCIS) หรือ intraductal carcinoma เป็น Non invasive หรือ Pre invasive Breast cancer เกิดขึ้นที่ท่อน้ำนม (duct)

1.2 Lobular Carcinoma In Situ (LCIS) หรือ Lobular neoplasia ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ได้ถือว่าเป็นมะเร็ง แต่มีลักษณะเหมือนมะเร็งเต้านม เกิดขึ้นที่ Lobule ของต่อมน้ำนม (Milk producing gland)

2. Invasive Breast Cancer

2.1 Invasive Ductal Carcinoma เป็นมะเร็งเต้านมที่พบบ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 80

2.2 Invasive Lobular Carcinoma พบไม่บ่อย ประมาณร้อยละ 10

3. Uncommon Breast Cancer

3.1 Inflammatory Breast Cancer พบประมาณ 1-5%

3.2 Paget Disease of the nipple มะเร็งเริ่มจากท่อน้ำนมและลุกลามไปที่ผิวหนังของหัวนม แล้วไปที่ areola พบประมาณ 1-3%

3.3 Phylloides tumor เกิดที่ connective tissue ของเต้านม ส่วนใหญ่ เป็น benign แต่มีส่วนน้อยที่เป็น Malignant

3.4 Angiosarcoma พบได้ <1%

2.1.3 สาเหตุของมะเร็งเต้านม (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2562)

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาใดที่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดว่าอะไรคือสาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งเต้านม แต่จากการศึกษาพบว่ามะเร็งเต้านม สัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมเสี่ยง พันธุกรรม อาหารและโภชนาการ ฮอโมนเพศ สารพิษต่างๆที่เป็นสารก่อมะเร็ง ซึ่งปัจจัยดังกล่าว สัมพันธ์กับความเป็นเมือง (Urbanization) และรายได้ เมื่อทำการศึกษาจึงพบความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมกับรายได้ต่อหัวประชากร

เนื่องจากยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของมะเร็งเต้านม แต่ทราบเพียงปัจจัยเสี่ยง โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือเพศหญิง กับ อายุที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ และแนวโน้มของอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นตามการพัฒนาประเทศ การลดอัตราการป่วยกระทำไดยาก มาตรการในการจัดการ คือการเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองและรักษามะเร็งเต้านม เพื่อลดอัตราการตายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพราะ มะเร็งเต้านมรู้เร็วรักษาได้ อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี และ 10 ปี ของมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ในโรงพยาบาลชั้นนำ เช่นโรงพยาบาลศิริราช สูงถึงร้อยละ 97.2 และ 95.9 ตามลำดับ และการผ่าตัดมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 สามารถผ่าตัดแบบสงวนเต้านม โดยผ่าเฉพาะก้อนมะเร็งออก ไม่จำเป็นต้องตัดเต้านมออกทั้งข้าง

ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic Factors)

1. อายุ พบว่าเมื่ออายุมากขึ้น ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมก็จะเพิ่มมากขึ้น มีผู้ศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่มีอายุยืนยาวถึง 90 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมตลอดช่วงชีวิตเท่ากับร้อยละ 14.3 แม้มะเร็งเต้านมจะพบในคนที่อายุมาก แต่ถ้าคนอายุน้อยเป็นมะเร็งเต้านมแล้วจะเป็นมะเร็งเต้านมประเภทที่มีความรุนแรงมากกว่า

2. เพศ พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าเพศชายอย่างมาก

3. ความอ้วน พบว่าหญิงวัยประจำเดือนที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม มีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นร้อยละ 18

พฤติกรรมเสี่ยง

1. การดื่มเหล้า

2. การสูบบุหรี่

3. การไม่ออกกำลังกาย

พันธุกรรม

พันธุกรรม พบว่าประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้น สัมพันธ์กับประวัติคนในครอบครัว (มีแม่หรือพี่สาวน้องสาวเป็นมะเร็งเต้านม) และยีนส์ที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านมคือ BRCA1 และ BRCA2 โดยพบว่ายีนส์ดังกล่าวเป็นตัวควบคุมเซลล์ของเต้านมไม่ให้เกิดการแบ่งตัวผิดปกติ ถ้ามีความผิดปกติของยีนส์ดังกล่าวจะทำให้เซลล์เต้านม มีการแบ่งตัวผิดปกติ ความผิดปกติของเซลล์จะมากขึ้น จนเหนือการควบคุม ทำให้เกิดเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ที่มี BRCA1,2 นอกจากจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมแล้ว ยังเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ และตับอ่อนอีกด้วย ปัจจุบันพบว่า ยีนส์ BRCA1 และ BRCA2 นั้นมีการเปลี่ยนแปลง (Mutation) ออกไปประมาณ 2000 แบบในแต่ละยีนส์ ทำให้เป็นการยากที่จะพัฒนาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหายีนส์ดังกล่าว และในปัจจุบันก็ยังพบว่ามียีนส์ที่นอกเหนือจาก BRCA1 และ BRCA2 ที่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านม แต่ความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมยังอยู่ในระดับต่ำ จึงไม่ได้ให้ความสำคัญที่จะไปสู่การให้คำปรึกษาสำหรับยีนส์ที่ค้นพบใหม่

การเปลี่ยนแปลงของ BRCA1 นี้สัมพันธ์กับกลุ่มของมะเร็งเต้านมที่ Estrogen receptor, Progesterone Receptor และ HER2 Receptor เป็นลบ (negative) ทั้ง 3 หรือเรียกกลุ่มนี้ว่า Triple Negative Phenotype

อาหารและโภชนาการ

1. คนที่บริโภคอาหารที่ไขมันสูงมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้น
2. คนที่กินผักและผลไม้ไม่มาก ได้แก่ กระหล่ำปี คื่นช่าย บล๊อคเคอรี่ จะมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมลดลง และพบว่า การรับประทานเห็ดเป็นประจำ จะลดอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านม
3. อาหารประจำวันของพื้นที่นั้น จะส่งเสริมหรือลดการเกิดมะเร็งเต้านมได้ จากการศึกษาชาวเอเชียที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมต่ำกว่าแถบอเมริกา แต่เมื่อคนเหล่านั้นไปตั้งถิ่นฐานที่อเมริกาพบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมจะเท่ากับคนพื้นเมืองนั้น เมื่อเวลาผ่าน 2ชั่วอายุคน (Generation) นั้นแสดงว่าปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอาหาร ส่งผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านม
4. พืชที่มีเอสโตรเจน (Phyto estrogen) ถ้ารับประทานพืชที่มีเอสโตรเจน เช่น ถั่วเหลืองในวัยรุ่น จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

5. Vitamin D ลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

ฮอร์โมนเพศและฮอร์โมนอื่นๆ

การมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในกระแสเลือด ที่มาก หรือนานกว่า จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่า ในทางตรงกันข้าม Progesterone ในกระแสเลือดในระดับสูงกลับลดอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านม เนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศ จึงพบว่าภาวะดังต่อไปนี้ จะสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นได้แก่

1. การมีประจำเดือนครั้งแรก (Menarche) เร็ว
2. การหมดประจำเดือนช้ากว่าปกติ
3. การไม่ได้แต่งงาน หรือเป็นโสด หรือแต่งงานแล้วไม่มีลูก
4. การมีลูกคนแรกเมื่ออายุมาก
5. การกินยาคุมประเภทฮอร์โมนรวม เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
6. การได้ฮอร์โมนทดแทนหลังหมดประจำเดือน (HRT) พบว่าการให้ฮอร์โมนทดแทนเป็นเวลานาน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม แต่กลุ่มที่ให้ฮอร์โมนทดแทนไม่นาน ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านม และ Gallen Expert Consensus Meeting ครั้งที่ 11 สรุปว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมที่ลดลงในบางพื้นที่ น่าจะเกิดจาก การเข้มงวดต่อการให้ HRT มากขึ้น ทำให้ลดจำนวนของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมลงไปได้
7. ฮอร์โมนเอสโตรเจนประเภทสังเคราะห์ ที่ไม่ใช่ฮอร์โมนตามธรรมชาติ (Xenoestrogen) เช่น Diethylstilbestrol (DES) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

จากการศึกษาในปัจจุบัน พบว่าไม่เฉพาะฮอร์โมนเพศที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านม แต่ฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน ก็มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านมด้วย และหญิงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านม น้อยกว่า กลุ่มที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และจากการศึกษาที่ให้

SERM (Selective Estrogen Receptor Modification) พบว่าสามารถที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

สารพิษต่างๆในสิ่งแวดล้อม

1. เหล้าหรือแอลกอฮอล์
2. บุหรี่ ทั้งที่สูบเอง หรือ สูดดมจากคนใกล้เคียง (Passive Smoking)
3. Bisphenol คือสารที่อยู่ในพลาสติก หรือ PVC พบว่าสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านม
4. Aromatic Amine ได้แก่ สารจำพวก สีย้อม ยาฆ่าแมลง โพลียูรีเทน เป็นต้น
5. สารเบนซีน (Benzene) เป็นสารกลุ่ม พิโตรเคมีที่ระเหยได้ รวมถึงยาล้างเล็บซึ่งเข้าสู่ร่างกายได้ทางการสูดดม
6. DDT
7. Ethylene Oxide ใช้การ Sterile วัสดุการแพทย์โดยใช้ก๊าซ
8. Polycyclic Aromatic Hydrocarbon
9. Vinyl Chloride ในการทำพลาสติก หรือ PCV จะเกิด Vinyl Chloride ขึ้น นอกจากนี้ยังพบในควันบุหรี่ หรือใกล้ขยะฝังกลบ หรือที่มีน้ำเสีย
10. Dioxin คือสารที่เกิดขึ้นเมื่อสารที่มี chlorine เป็นส่วนประกอบ ถูกเผาไหม้
11. รังสีต่างๆ (Radiation) เช่น รังสีรักษา

2.1.4 การแบ่งระยะความรุนแรงของมะเร็งเต้านม

หลังจากที่มีการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมแล้วจะต้องมีการตรวจสอบเพิ่มเติม เพื่อประเมินว่ามีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังบริเวณอื่นนอกจากบริเวณเต้านมหรือไม่ รวมถึงประเมินระยะความรุนแรงและวางแผนการรักษา (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553)

การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งในร่างกายมี 3 ทาง

1. ทางเนื้อเยื่อข้างเคียงมีการลุกลามเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติที่อยู่รอบ ๆ
2. ทางระบบน้ำเหลืองมีการลุกลามต่อมน้ำเหลือง
3. ทางเลือดมีการลุกลามเข้าไปยังเส้นเลือดดำและเส้นเลือดฝอยมีการแพร่กระจายไปยังบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย

เมื่อเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายผ่านทางระบบน้ำเหลืองหรือเลือดไปยังบริเวณอื่นในร่างกาย อาจทำให้เกิดมะเร็งทุติยภูมิในร่างกาย กระบวนการนี้เรียกว่า การแพร่กระจายของโรค (Metastasis) โดยชนิดของเซลล์มะเร็งทุติยภูมิจะเป็นชนิดเดียวกันกับมะเร็งปฐมภูมิ

การประเมินระยะของมะเร็งเต้านมด้วยระบบ TNM (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2562) TNM คือระบบในการพิจารณาว่ามะเร็งอยู่ในขั้นไหน หรือ Staging โดยจะพิจารณาร่วมกันใน 3 ปัจจัยได้แก่
T = Tumor โดยการพิจารณาเกี่ยวกับ ก้อนมะเร็งนั้นจะพิจารณาขนาดของก้อน โดยก้อนเล็กค่า T จะน้อยกว่าก้อนใหญ่

N = Node Involvement หรือการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

M = Metastasis คือการที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ

T = Tumor แบ่งเป็น

TX ไม่สามารถประเมินขนาดของก้อนมะเร็งได้

T1 ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของก้อน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. โดย T1 สามารถแบ่งย่อยได้เป็น

T1mic - ผ่านกล้องจุลทรรศน์เห็นขนาดก้อนเล็กกว่า 0.1 ซม. หรือเรียกว่ามี Microinvasion

T1a - ขนาดก้อน > 0.1 ซม. แต่ <= 0.5 ซม.

T1b - ขนาดของก้อน > 0.5 ซม. แต่ <= 1 ซม.

T1c - ขนาดของก้อน > 1 ซม.

T2 ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของก้อนมากกว่า 2 ซม. แต่ไม่มากกว่า 5 ซม.

T3 ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของก้อนมากกว่า 5 ซม.

T4 ขนาดของก้อนขยายไปจนถึง ผนังหน้าอก หรือผิวหนัง หรือทำให้เกิดการอักเสบจนเห็นผิวหนังที่มีก้อนอยู่เกิดการอักเสบ บวม แดง โดยสามารถแบ่งย่อยได้เป็น

T4a - ก้อนขยายไปยังผนังทรวงอก

T4b - ก้อนขยายไปยังผิวหนังบริเวณทรวงอก

T4c - ก้อนขยายไปทั้งผนังทรวงอกและผิวหนัง

T4d - มะเร็งที่มีการอักเสบ โดยผิวหนังที่เหนือก้อนมะเร็งมีการอักเสบ บวม แดง ร้อน และปวดเมื่อเวลาไปสัมผัส

N = Node Involvement แบ่งเป็น

NX = ต่อม้ำเหลืองไม่สามารถประเมินได้ ยกตัวอย่างกรณีที่ได้ทำการผ่าตัด เอาต่อม้ำเหลืองออกไปก่อนหน้านี้

N0 = ไม่มีเซลล์มะเร็งในต่อม้ำเหลืองใกล้เคียง

N1 = พบเซลล์มะเร็งเฉพาะที่รักแร้ แต่ไม่พบที่ตำแหน่งอื่นๆ

N2 = พบเซลล์มะเร็งที่ต่อม้ำเหลืองใต้กระดูกซี่โครง หรือถ้าที่รักแร้จะเป็นแบบติดแน่นกับอวัยวะอื่นๆ แบ่งย่อยได้เป็น

N2a - พบเซลล์มะเร็งที่ต่อม้ำเหลืองที่รักแร้ที่ติดแน่นกับอวัยวะอื่นๆ

N2b - พบเซลล์มะเร็งที่ต่อม้ำเหลืองที่อยู่ข้างใต้กระดูกซี่โครง (the internal mammary nodes) ไม่ว่าจะเห็นโดยการ Scan หรือ สัมผัสได้โดยแพทย์ผู้ตรวจ โดยไม่มีหลักฐานว่ามีเซลล์มะเร็งที่ต่อม้ำเหลืองบริเวณรักแร้

N3 = พบเซลล์มะเร็งของต่อม้ำเหลืองที่อยู่เหนือหรือใต้กระดูกไหปลาร้า หรือพบได้ทั้งต่อม้ำเหลืองที่รักแร้ร่วมกับใต้กระดูกซี่โครง แบ่งย่อยได้เป็น

N3a - พบเซลล์มะเร็งของต่อม้ำเหลืองที่ใต้กระดูกไหปลาร้า (collarbone)

N3b - พบเซลล์มะเร็งของต่อม้ำเหลืองทั้งที่รักแร้และใต้กระดูกซี่โครง

N3c - พบเซลล์มะเร็งของต่อม้ำเหลืองที่เหนือกระดูกไหปลาร้า (collarbone)

M = Metastasis

Mx = ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆได้

M0 = ไม่มีหลักฐานของการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ

M1 = มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ นอกเหนือจากเต้านมหรือต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

การพิจารณา TNM ร่วมกัน

การจะพิจารณา Staging นั้น จะนำ TNM มาพิจารณาร่วมกัน เช่น ก้อนมะเร็งเต้านมขนาด 3 ซม.(T2) และพบเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้เท่านั้น (N1) ไม่พบหลักฐานของการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ นอกจากต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้ (M0) สามารถเขียนได้เป็น T2 N1 M0 (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2562)

Staging	T	N	M
Stage 0	T is	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage II A	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stage II B	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stage III A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Stage III B	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
Stage III C	Any T	N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

หมายเหตุ Tis = Tumor in situ , T1 รวม T1 mic ด้วย

ตารางที่ 1 แสดงการ Staging โดยพิจารณาจาก TNM (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2562)

ระยะ 0 (Carcinoma in situ) มี 2 ชนิด ดังนี้ (ศูนย์อนามัยที่ 4,5 ร่วมกับจังหวัดในเขตสาธารณสุขที่ 4,5 ได้แก่ จังหวัด ราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และ ประจวบคีรีขันธ์ อ้างใน ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2562)

1. Ductal carcinoma in situ (DCIS) จะพบเซลล์ผิดปกติในบริเวณเยื่อบุท่อน้ำนมซึ่งเป็น ระยะ ที่ไม่มีการลุกลามของโรคแต่มีโอกาสที่จะกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้ โดยที่ปัจจุบันยังไม่สามารถ พยากรณ์ได้ว่ารอยโรคบริเวณใดจะกลายเป็นระยะลุกลาม

2. Lobular carcinoma in situ (LCIS) เป็นภาวะที่พบเซลล์ผิดปกติใน lobules ของเต้านม สภานี้ นาน ๆ ครั้งจะกลายเป็นระยะลุกลามได้ อย่างไรก็ตามใน lobar carcinoma in situ ในเต้าน มข้างเดียวจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมได้ทั้งสองข้าง

ระยะ I ขนาดของก้อนเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. และยังไม่มีการกระจายออกนอกบริเวณเต้านม

ระยะ IIA มี 3 ภาวะ ได้แก่

1. ไม่มีก้อนที่เต้านมแต่พบมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้
2. ก้อนมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. และมีการแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้
3. ก้อนมีขนาด 2-5 ซม. แต่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะ IIB มี 2 ภาวะ ได้แก่

1. ก้อนมีขนาด 2-5 ซม. และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้
2. ก้อนใหญ่กว่า 5 ซม. แต่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะ IIIA มี 4 ภาวะ ได้แก่

1. ไม่มีก้อนที่เต้านมแต่มีมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้บริเวณใกล้เคียงเต้านมและ บริเวณรักแร้
2. เนื้องอกมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. และมีมะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อม น้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม
3. เนื้องอกมีขนาด 2-5 ซม. และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ และบริเวณใกล้เคียงเต้านม
4. เนื้องอกมีขนาดใหญ่กว่า 5 ซม. และแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และ บริเวณใกล้เคียงเต้านม

ระยะ IIIB ก้อนมะเร็งมีขนาดเท่าไรก็ได้ร่วมกับเนื้องอกมีการแพร่ไปยังอวัยวะใกล้เคียง เช่น กล้ามเนื้อหรือผิวหนังบริเวณหน้าอกและมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะ IIIC เนื้องอกมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้าและอาจจะ พบ ร่วมกับการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม สามารถ แบ่งเป็นชนิดผ่าตัดได้และผ่าตัดไม่ได้โดย

ชนิดที่ผ่าตัดได้ จะต้องประกอบด้วย ลักษณะดังนี้

1. แพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้มากกว่า 10 ต่อมน หรือ
2. พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้กระดูกไหปลาร้า หรือ
3. พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม

ชนิดที่ผ่าตัดไม่ได้

เนื้องอกมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้า

ระยะ IV มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นของร่างกาย ส่วนมากพบที่กระดูก ปอด ตับ หรือสมอง

2.1.5 อาการและอาการแสดงที่มาพบแพทย์

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบอาการและอาการแสดงของมะเร็งเต้านม เรียงจากมากไปหาน้อย (ศูนย์อนามัยที่ 4,5 ร่วมกับจังหวัดในเขตสาธารณสุขที่ 4,5 ได้แก่ จังหวัด ราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และ ประจวบคีรีขันธ์ อ้าง ใน ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2562) ดังนี้

1. ก้อนที่เต้านม ร้อยละ 69

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยเรื่องก้อนที่เต้านม ซึ่งเป็นอาการ/อาการแสดงที่ทำให้ผู้ป่วยมาหา แพทย์มากที่สุด ผู้ที่มีก้อนที่เต้านม ควรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ก้อนนั้นเป็นเนื้องอก เป็นถุงน้ำ (Cyst) หรือเป็นมะเร็ง แม้แต่แพทย์ที่มีความชำนาญก็แยกลำบากว่าก้อนที่คลำพบนั้นประเภทใด ต้องทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยัน เช่น การตรวจด้วยแมมโมแกรม หรือการตรวจด้วยคลื่นเสียง ความถี่สูง (Ultrasound) หรืออาจจะต้องตรวจชิ้นเนื้อกรณีที่สงสัยเป็นมะเร็ง

2. เจ็บหรือปวดที่เต้านม ร้อยละ 14.6

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยอาการเจ็บ หรือปวด เต้านม ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านมมีอาการปวดหรือเจ็บเต้านม ร้อยละ 15.7 (ไม่มีความแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) หรือจะสรุปได้ว่า อาการเจ็บหรือปวดเต้านม เป็นอาการที่พบได้บ่อยใน มะเร็งเต้านมก็จริง แต่อาการปวดหรือเจ็บ เต้านมนั้นพบเท่ากับกลุ่มที่เป็นมะเร็งเต้านม และ กลุ่มที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านม

3. พบรอยบวมที่ผิวหนังบริเวณเต้านมหรือเต้านมถูกดึงรั้ง ร้อยละ 2.2

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มาด้วยอาการเต้านมถูกดึงรั้งหรือเป็นรอยบวม ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เป็นมะเร็ง เต้านม พบเพียงร้อยละ 0.4 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือสรุปได้ว่า อาการแสดงของ การถูกดึงรั้งหรือเป็นรอยบวม นั้นเป็นอาการแสดงของมะเร็งเต้านมที่พบได้ไม่บ่อย แต่ถ้าพบแล้วโอกาสที่ เป็นมะเร็งเต้านมมากกว่า

4. มีเลือดหรือ discharge ออกที่หัวนม ร้อยละ 1.8

มะเร็งเต้านมมีเลือดออกทางหัวนม ส่วนกลุ่มที่ไม่เป็นมะเร็งเต้านมพบเพียงร้อยละ 0.9 มีความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือสรุปได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยเรื่องมีเลือดออกที่หัวนม แม้ จะ พบน้อย แต่ถ้าพบแล้วมีโอกาสเป็นมะเร็ง มากกว่า

5. เต้านมอักเสบ ร้อยละ 1.7

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยเรื่องเต้านมอักเสบ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านมมาด้วยเรื่อง เต้านมอักเสบ ร้อยละ 1.2 ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ถ้าซักประวัติแล้วว่าเต้านม อักเสบโดยไม่ทราบสาเหตุ เช่นหลังคลอดและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะ พบเต้านมอักเสบบ่อย แต่ถ้าไม่มี สาเหตุให้คิดถึงว่าสามารถเป็นมะเร็งเต้านมได้เหมือนกัน ซึ่ง มะเร็งเต้านมที่อักเสบนั้น มักจะพบใน ผู้หญิงที่มีอายุน้อย และมีความรุนแรง

6. พบการเปลี่ยนแปลงของสีหรือรูปร่างของเต้านม ร้อยละ 1.3

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยอาการ พบการเปลี่ยนแปลงของสีหรือรูปร่างของเต้านม เปลี่ยนแปลง เช่น เต้านมทั้ง 2 ข้าง ไม่เท่ากัน ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งเต้านมพบเพียงร้อยละ 0.3 มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มะเร็งเต้านมถ้ามีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

จะทำให้การไหลเวียนของระบบโลหิต หรือระบบน้ำเหลือง ซึ่งการไหลเวียนดังกล่าวจะทำให้บริเวณผิวหนังมีสีที่เปลี่ยนไป หรือบางครั้งมีการอักเสบขึ้นก็ได้ นอกจากสีจะเปลี่ยนแล้ว ยังเห็นการเปลี่ยนแปลงเต้านม เช่น ผิวหนังดูหนากว่าปกติ หรือคลำเต้านมแล้วรู้สึกแข็งกว่าเต้านมด้านปกติ

7. ห้วนมผิดปกติ ร้อยละ 0.6

ผู้ที่เป้นมะเร็งเต้านมมาด้วยเรื่องห้วนมถูกติ่งรัง ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งเต้านมมาด้วยห้วนมถูกติ่งรัง ร้อยละ 0.2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวโดยสรุป อาการแสดงของห้วนมถูกติ่งรัง แม้จะพบน้อย แต่พบแล้ว มีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่า

8. ไม่พบอาการ/อาการแสดง แต่ตรวจพบโดยการมาตรวจด้วยแมมโมแกรม

ก่อนที่เต้านมถ้ามีขนาดเล็กเช่นเล็กกว่า 1 เซนติเมตรจะคลำด้วยมือไม่พบ แต่ถ้ามาตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม จะสามารถพบความผิดปกติของก้อนเต้านมที่มีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร ซึ่งในระยะหลัง สามารถวินิจฉัย มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นหรือขนาดของก้อนเล็กกว่า 1 เซนติเมตรได้

2.1.6 การวินิจฉัยโรค

แนวทางในการประเมินเพื่อการวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย 3 ส่วน (triple assessment) (สมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย ชมรมศัลยแพทย์เต้านมแห่งประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ได้แก่

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย (history taking and physical examination) ซักประวัติเกี่ยวกับอาการผิดปกติ โรคประจำตัว ประวัติการตรวจวินิจฉัยและการรักษาเดิม ประวัติความเสี่ยงมะเร็งรวมถึงประวัติทางสูติรีเวชและประวัติประจำเดือน ในส่วนของผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนที่เต้านมนั้นอาจซักประวัติเพิ่มเติม เช่น ประวัติโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคทางตับ ประวัติที่ใช้ประจำ ประวัติสมรรถภาพทางเพศ,การตรวจร่างกายหรืออาจส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมทางรังสีวิทยาต่อ

2. การตรวจเต้านมทางรังสีวิทยา(breast imaging) โดยส่วนใหญ่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- 2.1 การเอกซเรย์เต้านม (mammography)

- 2.2 อัลตราซาวด์เต้านม (breast ultrasonography)

3. การตรวจทางพยาธิวิทยา (tissue diagnosis ; fine needle aspiration cytology, tissue biopsy)

- 3.1 การเจาะชิ้นเนื้อส่งตรวจ

- 3.1.1 การเจาะดูดเซลล์ด้วยเข็มขนาดเล็ก (fine needle aspiration, FNA)

- 3.1.2 การเจาะชิ้นเนื้อโดยใช้เข็มตัดชิ้นเนื้อ (core needle biopsy, CNB)

- 3.2 การผ่าตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

- 3.2.1 การผ่าตัดชิ้นเนื้อบางส่วนส่งตรวจ (Incision biopsy) มักใช้ในกรณีก้อนเนื้อมีขนาดใหญ่ โดยเฉพาะกรณีที่เป้นมะเร็งเต้านมลุกลามมาที่ผิวหนัง เกิดเป็นแผลขนาดใหญ่ ไม่สามารถผ่าตัดก้อนออกทั้งหมดได้แต่จะตัดชิ้นเนื้อบางส่วนมาส่งตรวจเพื่อวางแผนการรักษาาก่อนผ่าตัดต่อไป

- 3.2.2 การผ่าตัดก้อนเนื้อออกทั้งหมด (Excisional biopsy) ไม่ได้เป็นหัตถการแรกที่ใช้เลือกใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนเต้านม แต่จะใช้ในกรณีที่ก้อนเนื้อดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยด้วยการเจาะชิ้นเนื้อมาส่งตรวจแล้ว การประเมินด้วย triple assessment ไม่ไปในแนวทางเดียวกัน จึงค่อยทำการผ่าตัดก้อนเนื้อออกทั้งหมด เพื่อวินิจฉัยแยกโรคในขั้นตอนต่อมา

2.1.7 การรักษาโรคมะเร็งเต้านม

1. การผ่าตัด (Surgery)
2. รังสีรักษา (Radiation Therapy)
3. การรักษาด้วยฮอร์โมน (Endocrine Therapy) ในรายที่ก้อนมะเร็งมีตัวรับ Estrogen และ/หรือ Progesteron
4. เคมีบำบัด (Chemo Therapy) มักต้องให้ทุกราย เพื่อที่จะฆ่าเซลล์มะเร็งที่ลอยอยู่ในกระแสเลือดและกระแสน้ำเหลือง
5. การรักษาโดยยาออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง (Targeted therapy)
6. การรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy)

1. การรักษาโดยการผ่าตัด (สมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย ชมรมศัลยแพทย์เต้านมแห่งประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) เป็นการรักษาหลัก ขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็ง

กรณีมะเร็งเต้านม ระยะ 0 ชนิด LCIS (Lobular Carcinoma In situ)

การรักษาสำหรับมะเร็งเต้านมชนิด LCIS ยังแนะนำเรื่องการตรวจติดตามอาการและให้การป้องกัน ทางเลือกในการไม่ผ่าตัด แต่ถ้าหากตรวจพบลักษณะทางคลินิก ทางรังสีวิทยาและทางพยาธิวิทยา ใส่อคล่องกัน หรือพบมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งสูง สามารถผ่าตัดก้อนเต้านมออกทั้งหมด (Complete excision)

กรณีมะเร็งเต้านม ระยะ 0 ชนิด DCIS (Ductal Carcinoma In situ)

คือมะเร็งเต้านมที่อยู่ในท่อน้ำนมยังไม่ลุกลามออกนอกท่อน้ำนม แนวทางการรักษาผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะ 0 ชนิด DCIS แบ่งการผ่าตัดเป็น 2 ส่วน คือการผ่าตัดเต้านมและการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

การผ่าตัดเต้านม (Breast management)

1.1 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Mastectomy) คือ การผ่าตัดเนื้อเยื่อเต้านมออกทั้งหมดรวมถึงผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งและหัวนม และยังสามารถผ่าตัดได้หลายวิธี ได้แก่

1.1.1 Skin sparing mastectomy (SSM) การผ่าตัดเต้านม หัวนม และลานหัวนมออกทั้งหมด โดยยังเหลือผิวหนังเต้านมเอาไว้และยังเหลือโครงร่างของเต้านม เพื่อไว้สำหรับการทำเสริมสร้างเต้านมใหม่ให้ผู้ป่วย เพื่อความสวยงามของเต้านม

1.1.2 Nipple-sparing mastectomy (NSM) การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมดโดยยังเหลือผิวหนัง หัวนมและลานหัวนมเอาไว้ สำหรับทำการเสริมสร้างเต้านมใหม่ให้ผู้ป่วยเพื่อความสวยงามของเต้านม

1.2 การผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม (Breast conserving surgery, BCS) คือ การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งและเนื้อเยื่อของเต้านมปกติโดยรอบออกโดยตัดห่างจากขอบประมาณ อย่างน้อย 2 มิลลิเมตร จึงจะเรียกว่าเป็นการผ่าตัดมะเร็งออกหมดแล้ว (Margin Free) ภายหลังการผ่าตัดยังรูปร่างของเต้านม คงความสวยงามของเต้านม

1.3 การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมใหม่ (Breast reconstruction)

1.3.1 การผ่าตัดเพื่อนำเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อของผู้ป่วยเองมาเสริมสร้างเต้านมใหม่ (Autologous flap)

1.3.2 การใช้วัสดุเลียนแบบธรรมชาติ เช่น การใช้ซิลิโคน (Prosthesis)

การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Axillary management) ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ แต่มีข้อบ่งชี้กรณีผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Mastectomy) หรือแนะนำผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองแบบเซนทิเนล (sentinel lymph node biopsy, SLNB) คือ การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองโดยการหาต่อมน้ำเหลืองต่อมแรกที่มีมะเร็งแพร่กระจาย หากไม่พบว่าต่อมน้ำเหลืองนี้มีการแพร่กระจายไปก็ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองอื่นๆ

กรณีการผ่าตัดมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (Early breast cancer, EBC) คือตั้งแต่ระยะ 1A ,1B 2A,2B และ 3A แบ่งการผ่าตัดเป็น 2 ส่วน คือการผ่าตัดเต้านมและการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

1. การผ่าตัดของเต้านม (Breast management)

1.1 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Mastectomy) คือการผ่าตัดเนื้อเยื่อเต้านมออกทั้งหมด รวมถึงผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งและหัวนม และยังสามารถผ่าตัดได้หลายวิธีได้แก่

1.1.1 Skin sparing mastectomy (SSM) การผ่าตัดเต้านม หัวนม และลานหัวนมออกทั้งหมด โดยยังเหลือผิวหนังเต้านมเอาไว้และยังเหลือโครงร่างของเต้านม เพื่อไว้สำหรับการเสริมสร้างเต้านมใหม่ให้ผู้ป่วย เพื่อความสวยงามของเต้านม

1.1.2 Nipple-sparing mastectomy (NSM) การผ่าตัดเอเต้านมออกทั้งหมดโดยยังเหลือผิวหนัง หัวนมและลานหัวนมเอาไว้ สำหรับการเสริมสร้างเต้านมใหม่ให้ผู้ป่วย เพื่อความสวยงามของเต้านม

1.2 การผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม (Breast conserving surgery, BCS) คือการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งและเนื้อเยื่อของเต้านมปกติโดยรอบออกโดยตัดห่างจากขอบประมาณ อย่างน้อย 2 มิลลิเมตร จึงจะเรียกว่าเป็นการผ่าตัดมะเร็งออกหมดแล้ว (Margin Free) ภายหลังการผ่าตัดยังรูปร่างของเต้านม คงความสวยงามของเต้านม

1.3 การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมใหม่ (breast reconstruction)

1.3.1 การผ่าตัดเพื่อนำเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อของผู้ป่วยเองมาเสริมสร้างเต้านมใหม่ (Autologous flap)

1.3.2 การใช้วัสดุเลียนแบบธรรมชาติ เช่น การใช้ซิลิโคน (Prosthesis)

2. การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Axillary management)

2.1 การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary lymph node dissection; ALND) คือ การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกทั้งหมด ที่อาจมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

2.2 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองแบบเซนทิเนล (sentinel lymph node biopsy; SLNB) คือ การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองโดยการหาต่อมน้ำเหลืองต่อมแรกที่มีมะเร็งแพร่กระจาย หากไม่พบว่าต่อมน้ำเหลืองมีการแพร่กระจายไปก็ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองอื่นๆ

กรณีการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (Local advanced breast cancer ; LABC)

หมายถึงมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

1. ก้อนขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร (T3)

2. ก้อนมีการลุกลามไปที่ผิวหนังหรือผิวหนังทรวงอก (T4)

3. ต่อมน้ำเหลืองขนาดใหญ่ที่รักแร้ (fixed or matted axillary lymph node ,N2)

มีการลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลือง บริเวณไหปลาร้า (Supraclavicular) ด้านเดียวกับมะเร็ง (N3)

แนวทางการผ่าตัด

1. กลุ่มที่สามารถผ่าตัดได้ คือผู้ป่วยมะเร็งระยะ T3N1M0 มีแนวทางดังนี้

1.1 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด(Mastectomy) การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด(Mastectomy) คือการผ่าตัดเนื้อเยื่อเต้านมออกทั้งหมดรวมถึงผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งและหัวนม

1.1.1 Skin sparing mastectomy (SSM) การผ่าตัดเต้านม หัวนม และลานหัวนมออกทั้งหมด โดยยังเหลือผิวหนังเต้านมเอาไว้และยังเหลือโครงร่างของเต้านม เพื่อไว้สำหรับการเสริมสร้างเต้านมใหม่ให้ผู้ป่วย เพื่อความสวยงามของเต้านม แต่การผ่าตัดนี้ยังไม่มีข้อบ่งชี้ อาจทำได้ถ้าไม่มีข้อห้าม

1.1.2 Nipple-sparing mastectomy (NSM) การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด โดยยังเหลือผิวหนัง หัวนมและลานหัวนมเอาไว้ เพื่อไว้สำหรับการเสริมสร้างเต้านมใหม่ให้ผู้ป่วย เพื่อความสวยงามของเต้านม แต่การผ่าตัดนี้ยังไม่มีข้อบ่งชี้ อาจทำได้ถ้าไม่มีข้อห้าม

ส่วนการผ่าตัดแบบ Skin sparing mastectomy (SSM) และ Nipple-sparing mastectomy (NSM) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (Local advanced breast cancer, LABC) นั้นยังไม่มีข้อ

บ่งชี้ อาจทำได้ถ้าไม่มีข้อห้ามอันได้แก่ มีสารคัดหลั่งจากหัวนม (Nipple discharge), Paget's disease ผิวหนังอักเสบเป็นผื่น มีก้อนมะเร็งหรือหินปูนที่สงสัยมะเร็งอยู่ใต้หัวนมหรือมีรอยโรคที่ผิวหนัง

1.2 การผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม (Breast conserving surgery, BCS)

1.3 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดร่วมกับการเสริมสร้างเต้านมใหม่ทันทีหรือในภายหลังผ่าตัด (Mastectomy with immediate or delay reconstruction)

2. กลุ่มที่ผ่าตัดออกไม่หมด ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งลุกลามขึ้นที่ผิวหนังหรือติดกับผนังทรวงอก (T4) มีต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ขนาดใหญ่ (N2) หรือมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณไหปลาร้า (Supraclavicular) ข้างเดียวกับมะเร็ง (N3) การรักษาควรเริ่มจากการให้ยาเคมีบำบัดหรือร่วมกับยารักษาแบบพุ่งเป้า (targeted therapy) ก่อนผ่าตัด เพื่อให้ก้อนและต่อมน้ำเหลืองมีขนาดเล็กลงสามารถผ่าตัดได้หมดและลดการเกิดซ้ำของโรค

การผ่าตัดรักษาภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดหรือยาพุ่งเป้า ดังนี้

1. การผ่าตัดของเต้านม (Breast management)

1.1 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Mastectomy) คือ การผ่าตัดเนื้อเยื่อเต้านมออกทั้งหมด รวมถึงผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งและหัวนม

1.2 การผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม (Breast conserving surgery, BCS) คือการผ่าตัดเอา ก้อนมะเร็งและเนื้อเยื่อของเต้านมปกติโดยรอบออกโดยตัดห่างจากขอบประมาณ อย่างน้อย 2 มิลลิเมตร จึงจะเรียกว่าเป็นการผ่าตัดมะเร็งออก

2. การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Axillary management)

2.1 การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary lymph node dissection, ALND) คือ การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกทั้งหมด ที่อาจมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง เป็นมาตรฐานของการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หลังได้รับยาเคมีบำบัด

2.2 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองแบบเซนทิเนล (Sentinel lymph node biopsy, SLNB) คือ กรณีที่ตรวจพบว่าการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 3 ต่อมนขึ้นไป จำเป็นต้องผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ทั้งหมด (Axillary lymph node dissection, ALND)

กรณีการผ่าตัดมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายและมะเร็งเต้านมกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่

ปัจจัยในการพิจารณาผู้ป่วยผ่าตัด มีดังนี้ ผู้ป่วยแข็งแรงดี มะเร็งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะเดียว ระยะเวลาการปลอดโรคนาน ความน่าจะเป็นที่จะสามารถผ่าตัดก่อนได้หมดโดยที่ไม่มีเซลล์มะเร็งที่ขอบชิ้นเนื้อมะเร็งเต้านมที่กระจายไปกระดูก (การพยากรณ์ของโรคดีกว่าไปสมองหรือตับ) อายุ (น้อยกว่า 55 ปี) การรักษา มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย การรักษาหลักคือการให้ยาเป็นหลัก ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่า ควรให้ยาก่อนผ่าตัดหรือผ่าตัดก่อนให้ยา

1. การผ่าตัดของเต้านม (Breast management)

1.1 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Mastectomy) คือการผ่าตัดเนื้อเยื่อเต้านมออกทั้งหมดรวมถึงผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งและหัวนม

1.2 การผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม (Breast conserving surgery, BCS) คือการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งและเนื้อเยื่อของเต้านมปกติโดยรอบออกโดยตัดห่างจากขอบประมาณ อย่างน้อย 2 มิลลิเมตร จึงจะเรียกว่าเป็นการผ่าตัดมะเร็งออก

2. การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Axillary management)

2.1 การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary lymph node dissection, ALND) คือ การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกทั้งหมด ที่อาจมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

2.2 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองแบบเซนทิเนล (Sentinel lymph node biopsy, SLNB) คือ กรณีที่ตรวจพบว่าการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 3 ต่อมนั้นไป จำเป็นต้องผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ทั้งหมด (Axillary lymph node dissection, ALND) ต่อเสมอ

การพิจารณาการผ่าตัดโดยวิธีใด ขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็ง ขนาดของก้อนมะเร็ง สภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยศัลยแพทย์จะเป็นผู้แนะนำถึงการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสม หลังการผ่าตัดเต้านม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แผลแยก ขาบริเวณต้นแขนด้านในปวด มีบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่ทำให้กล้ามเนื้อบางส่วนทำงานได้ลดลง น้ำเหลืองคั่งบริเวณแผลผ่าตัด หรือในระยะยาวอาจมีภาวะแขนบวมและข้อไหล่ติดได้ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด จะสามารถช่วยป้องกันการเกิดและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. การฉายแสงหรือรังสีรักษา (Radiotherapy)

เป็นการฉายรังสีเข้าไปบริเวณเต้านมและหน้าอกเพื่อป้องกันไม่ให้มะเร็งกลับเป็นซ้ำ มักจะเป็นการ

รักษาที่ใช้ร่วมกับการผ่าตัดแบบสงวนเต้านมหรือใช้เป็นการรักษาเสริมในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ หรือมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองด้วย

3. การใช้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)

เป็นการให้ยาที่มีผลในการทำลายหรือฆ่าเซลล์มะเร็งในร่างกาย เป็นวิธีการรักษาที่มีผลทั่วร่างกาย ซึ่งแตกต่างจากการผ่าตัดและรังสีรักษา โดยเคมีบำบัดจะมีผลทำลายเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่าง

รวดเร็ว ซึ่งเป็น คุณสมบัติหนึ่งของเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดความเสียหายต่อสารพันธุกรรม (DNA) ในเซลล์ หรือยับยั้ง กระบวนการปกติที่เกิดภายในเซลล์ ทำให้เซลล์ไม่สามารถแบ่งตัว เป็นผลให้เซลล์ตาย ภาวะแทรกซ้อนของเคมีบำบัด ได้แก่ ผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เม็ดเลือดต่ำลง เช่น เม็ดเลือดแดงต่ำ ซีด เม็ดเลือดขาวต่ำทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เกล็ดเลือดต่ำทำให้เสี่ยงต่อภาวะเลือดออก ง่ายหยุดยาก อ่อนเพลีย วิงเวียน เจ็บแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย ระบบขับถ่ายผิดปกติ เครียด วิตกกังวล หากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับเคมีบำบัด จะสามารถช่วยป้องกันการเกิดและลด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. การให้ยาต้านฮอร์โมน (Hormonal therapy)

เป็นการให้ยาเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ต้องผ่านการส่งตรวจลักษณะของ เซลล์มะเร็งก่อน หากตอบสนองต่อยาต้านฮอร์โมนจึงจะสามารถใช้ยาประเภทนี้รักษาได้ และต้องทาน ยาต่อเนื่อง 5-10 ปี

5. การให้ยาแบบพุ่งเป้า (Targeted therapy)

โดยยาจะมีความจำเพาะเจาะจงในการหยุดหรือชะลอการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง โดยส่งผลต่อเซลล์ ปกติของร่างกายเพียงเล็กน้อย จำเป็นต้องผ่านการตรวจลักษณะของเซลล์มะเร็งก่อนเช่นกัน

6. การรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy)

เป็นการให้ยาเพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อมีสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย จะเกิดการ กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันเพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมนั้นออกจากร่างกาย การให้ยากระตุ้นภูมิคุ้มกันนี้ จะทำ ให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายตอบสนองต่อเซลล์มะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จะใช้ในมะเร็ง เต้านมบางชนิดเท่านั้น

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีความสำคัญมากขึ้นในการประเมินผลทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Hickey, Bury, O'Boyle et al., 1996) องค์การอนามัยโลกนิยามคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกของปัจเจกกว่าตนเองมี ชีวิตเป็นเช่นไรภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความเชื่อในสังคมที่ตนอาศัยอยู่ เมื่อเทียบกับเป้าหมาย ความคาดหวัง และความต้องการต่าง ๆ ของบุคคลนั้น ๆ (WHO, 1994) ในอดีตตัวชี้วัดผลสำเร็จที่ สำคัญในการรักษามะเร็ง คือ การรอดชีวิตจากโรค (Tannock and Boyer, 1987) แต่ปัจจุบันการวิจัย ทางคลินิกได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตมาใช้อย่างกว้างขวางเพื่อประเมินผลสำเร็จของการรักษา (Gotay, 1996)

คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องชี้วัดความเจริญก้าวหน้าของมิติทางด้านประชากรสังคมสุขภาพจิต วิญญาณสิ่งแวดล้อมและองค์ประกอบอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ (Well-being) แต่

จากกระแสการพัฒนาที่มุ่งให้คนเป็น ศูนย์กลางของการพัฒนาและเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน จึงมีผู้ขยายความคำว่า “คุณภาพชีวิต” ซึ่ง มีองค์ประกอบในหลาย ๆ ด้าน มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม และจิตใจของบุคคลในสภาวะนั้น ๆ

คุณภาพชีวิตประกอบด้วยสุขภาพในหลายด้านรวมกัน ได้แก่ สุขภาพด้านกายภาพ (physical health) สุขภาพด้านจิตใจ (mental health) สุขภาพด้านสังคม (social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health) โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของ “สุขภาพ” ว่าไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรค แต่หมายถึงการมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะสอดคล้องกับนิยามของคุณภาพชีวิตที่กล่าวว่า “คุณภาพชีวิต” เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (The WHOQOL group, 1994 อ้างถึงใน วรรณา กุมารจันทร์, 2543: 4)

2.2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้ให้ความหมายของ “คุณภาพชีวิต” เมื่อ พ.ศ.2540 ว่า “คุณภาพชีวิต คือ การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ในช่วงเวลาหนึ่งๆ องค์ประกอบของความเป็นพื้นฐานที่เหมาะสม อย่างน้อยก็น่าจะมีอาหารที่เพียงพอ มีเครื่องนุ่งห่ม มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีสุขภาพกายและจิตใจดี ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งได้รับการบริการพื้นฐานที่จำเป็น ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อประกอบการดำรงชีพออย่างยุติธรรม”

องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 1981) ได้ให้ความหมาย คุณภาพชีวิตไว้ว่า “คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิต การดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุข มีความสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย และจิตใจ สามารถใช้ศักยภาพส่วนบุคคลสร้างสรรค์พัฒนาตนเองและสังคมให้อยู่รวมกันได้อย่างสันติสุข”

รัฐบาลไทย ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า มีความหมายในด้านหลักประกันแก่ประชาชนในด้านการบริการ หรือการสงเคราะห์ทางสังคมด้านต่างๆ เช่น การให้บริการด้านสาธารณสุข การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การยกระดับรายได้ และการส่งเสริมประชากรทุกคนให้มีสิทธิเท่าเทียมกันในด้านต่างๆ ในมุมมองของนักเศรษฐศาสตร์ คุณภาพชีวิต หมายถึง รายได้มวลรวมของประเทศ อัตราเงินเฟ้อ หรือดัชนีผู้บริโภค รายได้เฉลี่ยประชากร องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1994) ให้ความหมายว่า “คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดหลายมิติที่มีการผสมผสานทั้ง

ด้านร่างกายและจิตใจ ความเป็นอิสระ, ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล”

ในประเทศไทย พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพ มีความสมบูรณ์ทั้ง ด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตให้สอดคล้องตามสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิตและทรัพยากรที่มีอยู่ คุณภาพชีวิต (Quality of Life) จะมีความหมายแตกต่างกันไปตามการรับรู้และความเข้าใจ ของแต่ละคน โดยสรุปแล้ว “คุณภาพชีวิต” หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุข มีความสมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้ขณะเดียวกันก็สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งสามารถใช้ศักยภาพส่วนบุคคลพัฒนาตนเองและสังคมให้อยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข

คุณภาพชีวิต สามารถแยกได้เป็น 2 ลักษณะดังนี้

คุณภาพชีวิต (ภายใน) เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตส่วนบุคคลและครอบครัว

คุณภาพชีวิต (ภายนอก) เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Quality of Work Life) และการดำรงชีวิตในสังคม คุณภาพชีวิตส่วนบุคคล เกิดจาก การเลือกและการตัดสินใจของตัวเราเองที่เป็นเจ้าของชีวิต ส่วนคุณภาพชีวิตในการทำงานและสังคมมักจะเกิดจากการจัดสรรให้ หรือการบริหารจัดการให้เกิดขึ้น โดยเจ้าของกิจการหรือผู้บริหารในระดับที่สูงขึ้นไป

คุณภาพชีวิตบ่งบอกผลการรักษาที่ไม่สามารถทราบจากผลทางคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้เข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) ซึ่งตรงกับแนวความคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) หรือการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) ที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้น โดยมองผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์และความสำคัญในชีวิตของตัว ผู้ป่วยเอง (the whole person) ไม่ใช่แต่เพียงการมองที่ตัวโรค (disease)

2.2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้ระบุถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของมนุษย์ออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

2.2.2.1 ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้ทางสภาพด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถ ที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึง ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย การ

รับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งยา หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ การรับรู้ถึงความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

2.2.2.2 ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้ทางสภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกและทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด ความกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึง ความคิด การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้ของตน เป็นต้น

2.2.2.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือและได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วยรวมถึงการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

2.2.2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเอง กับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิตการรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะ ได้รับข่าวสาร หรือฝึกทักษะต่างๆ มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

สรุปได้ว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยสองปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงชีพ ได้แก่ ปัจจัยสี่ อาหาร ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม รวมถึงสุขภาพพลานามัย การศึกษา และรายได้ต่อบุคคล เป็นต้น และปัจจัยด้านที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์ เช่น เกียรติยศชื่อเสียง ความมั่นคงในหน้าที่การงาน เสรีภาพในชีวิต ครอบครัว ชุมชน สังคม สิ่งแวดล้อม และการเมืองการปกครอง

2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่

- 1) อายุ
- 2) เพศ
- 3) สถานภาพ
- 4) ความมีโรค/อาการป่วย
- 5) ความสามารถในการอ่านหนังสือ
- 6) ความสามารถในการเขียนหนังสือ
- 7) ระดับการศึกษา
- 8) การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน
- 9) แหล่งที่มาของรายได้
- 10) รายได้
- 11) ภาระหนี้สิน
- 12) เงินออม
- 13) การได้รับเบี้ยยังชีพ และ

14) บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย

2.2.4 แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ชีวิตที่มีคุณภาพย่อมเป็นชีวิตที่ประสบความสำเร็จ รุ่งเรืองยังต้องการทางร่างกาย และความต้องการทางอารมณ์ของตนเองให้อยู่ในขอบเขตที่พอดี สามารถใช้ความรู้ สติปัญญาความรู้สึกรู้จักคิดของตนไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนเบียดเบียนหรือให้โทษแก่บุคคลอื่น ในขณะเดียวกันบุคคลจะต้องมีการการศึกษาสูงมีความขยันอดทนประกอบอาชีพที่สุจริต เป็นพลเมืองดีมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจมีระเบียบวินัยมีกฎเกณฑ์ทางสังคมแสวงหาความรู้เพิ่มเติมรู้จักใช้ความคิดและสติปัญญาแก้ไขปัญหาสุขภาพและการดำรงชีวิตของตนเองซึ่งถือว่าเป็นคุณลักษณะของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลในอีกระดับหนึ่ง ซึ่งมีแนวทางในการพัฒนา ดังต่อไปนี้

1. พัฒนากาย เพื่อมุ่งให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและความพิการใด ๆ
2. พัฒนาทางอารมณ์ เพื่อมุ่งให้อารมณ์มีความสนุกสนานร่าเริง ไม่มีความเครียดหรือวิตกกังวลต่อการเรียน หรือต่อการปฏิบัติงาน ในหน้าที่รับผิดชอบ มีแต่ความเจริญหู เจริญตา เจริญใจ มองโลกในแง่ดีตลอดไป
3. พัฒนาทางสังคม เพื่อมุ่งให้เป็นคนที่มีเกียรติ ได้รับการยกย่อง เคารพนับถือการยอมรับความรู้สึกรู้จักเป็นเจ้าของ และความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
4. พัฒนาทางความคิด เพื่อมุ่งให้เป็นคนที่มีความต้องการที่จะรู้และเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการคิดค้นหาวิธีการป้องกันแก้ไขปัญหาทั้งหลาย ให้ตัวเองได้ดำรงชีพอยู่อย่างสุขสบาย
5. พัฒนาทางจิตใจ เพื่อมุ่งให้เป็นคนที่มีคุณค่า มีประโยชน์ต่อชุมชน เป็นที่พึ่งที่ยึดเหนี่ยวทางใจ มีความมั่นใจว่าชีวิตนี้มีคุณค่า มีความสุขหรือมีชีวิตที่ดีกว่าในอนาคต ได้รับความหลุดพ้นจากทุกข์ทั้งหลาย
6. พัฒนาทางปัญญา เพื่อมุ่งให้เป็นคนมีความเฉลียวฉลาด สามารถคิดพิจารณาเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล ซึ่งปัญญาย่อมจะแตกฉานในบุคคลได้นั้น จำเป็นจะต้องมีการศึกษาเล่าเรียนมีความสนใจเอาใจใส่ต่อวิชาความรู้ที่ครูอาจารย์อบรมสั่งสอนเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และนำไปพัฒนาชีวิตที่มีคุณค่าต่อไปภายภาคหน้า
7. พัฒนาทางวินัย เพื่อมุ่งให้เป็นคนมีระเบียบวินัยในตนเอง สามารถเคารพและปฏิบัติตามภาระหน้าที่ต่าง ๆ ที่มีอยู่ให้อยู่ในกรอบของข้อบังคับของกฎเกณฑ์ที่ได้กำหนดขึ้น ไม่ประพฤติตนออกนอกกรอบนอกทางการมีวินัยที่ดีนั้น พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 ได้ทรงมีพระศกษะว่า “คนที่มีระเบียบวินัยนั้นเป็นผู้ที่เข้มแข็ง เป็นผู้ที่มีหวังดีต่อตัวเอง เป็นผู้ที่จะประสบความสำเร็จในอนาคต” (10 กันยายน 2524)

2.2.5. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

1. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยทั่วไป

แบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีการสร้างกันไว้ และมีคุณภาพดี ใช้กันทั่วไปมี หลายแบบวัด ดังนี้

- 1) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของหน่วยงาน The Philippines Academy มี 9 หมวด 30 ตัวชี้วัดใหญ่ 19 ตัวชี้วัดย่อย ใช้วัดความเป็นอยู่ที่ดี และคุณภาพชีวิตของปัจเจกบุคคล

(อนันตฐา ปิ่นแก้ว, 2559)

2) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของหน่วยงาน WHO มี 2 ฉบับ คือ ฉบับเต็ม ชุด WHOQOL-100 มี 6 หมวด 100 ตัวชี้วัด ใช้วัดคุณภาพชีวิตของมนุษย์ และ ฉบับย่อ ชุด WHOQOLBREF หรือ WHO ชุดย่อ 26 คำถาม ประกอบไปด้วยคำถาม 2 ชนิด คือ แบบวัดภาวะวิสัย(Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ คือองค์ประกอบด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 ส่วนข้อที่ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาให้ใช้ได้ ไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัดผู้ให้บริการ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยหรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยระดับปานกลาง

มาก หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก

เครื่องมือได้รับการทดสอบแล้วพบว่ามีความเที่ยงตรง (validity) ที่ดี โดยมีค่า content validity = 0.65 และมีความเชื่อมั่น (reliability) ที่ดี โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.84 (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2545)

3) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต Short Form Health Survey-36 (SF-36) เครื่องมือ SF-36 เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดย Ware และคณะ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีคำถามทั้งหมด 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่ Physical functioning, role limitation due to physical problems, role limitation due to emotion problems, bodily pain, mental health, vitality, social functioning, general health perceptions แต่ละมิติมีจำนวนคำถามแตกต่างกัน และแต่ละคำถามจะถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตัวเลือกคำถามเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล (มีลำดับมากน้อยในตัวเลือกตอบ เช่น มีปัญหาน้อยไปมาก) จะรายงานคะแนนรวมตามมิติจำนวน 8 มิติ โดยแต่ละมิติจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยคะแนนมากหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า โดยคะแนนเฉลี่ยของคนสุขภาพปกติทั่วไปอยู่ที่ 50 ± 10 (วัชร เลอमानกุล, 2543)

2. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง

1. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (EORTC-QLQ-C30) แบบวัด EORTC QLQ-C30 ประเมินคุณภาพชีวิต 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย 5 ข้อ มิติด้านบทบาท 2 ข้อ มิติด้านอารมณ์ 4 ข้อ มิติด้านการคิดและตัดสินใจ 2 ข้อ มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3 ข้อ ด้านอาการต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย กลุ่มอาการ 3 กลุ่มอาการ คือ อาการปวด 2 ข้อ อาการอ่อนล้า 3 ข้อ อาการคลื่นไส้อาเจียน 2 ข้อ และอาการเดียว 5 อาการ คือ อาการหายใจไม่อิ่ม อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร อาการท้องผูก และอาการท้องเสีย ลักษณะ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ 4

ระดับ คือ ไม่มีเลย (1) และมากที่สุด (4) โดยคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ต่ำ และ มีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง ยกเว้นข้อ 29 และ 30 เป็นคำถามที่สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวม ลักษณะ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ แย่มาก (1) และดีเยี่ยม (7) (สุริสา เต็มทับ, 2563)

2. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยมะเร็งคือ FACT-G (Ratanatharathorn, Sirilerttrakul, Jirajarus, Silpakit, Maneechavakajorn, Sailamai, et al., 2001) เป็นการวัดความผาสุกใน 4 ด้าน คือ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านสังคมและครอบครัว ด้านอารมณ์ ด้านปฏิบัติการกิจกรรม ประเมินเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ คะแนนยิ่งสูง คุณภาพชีวิตยิ่งดี (พรพิมล เลิศพานิช, 2560)

3. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (ภูมิพัฒน์ ธนะสารสมบูรณ์, 2563)

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (EORTC QLQ-BR23) เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่ถูกพัฒนาขึ้นมีชื่อเรียกว่า QLQ-BR23 เพื่อใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประกอบด้วยชุดคำถามจำนวน 23 ข้อ โดยแบ่งเป็น

- คำถามด้านร่างกาย (4 ข้อ)
 - คำถามด้านการมีเพศสัมพันธ์ (2 ข้อ)
 - คำถามด้านความปวดเมื่อยทางเพศ (1 ข้อ)
 - คำถามด้านมุมมองในอนาคต (1 ข้อ)
 - คำถามด้านผลข้างเคียงของระบบบำบัด (7 ข้อ)
 - คำถามด้านอาการเต้านม (4 ข้อ)
 - คำถามด้านอาการแขน (3 ข้อ)
 - คำถามด้านอาการผมร่วง (1 ข้อ)

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย (BCM01)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกพึงพอใจต่อสภาวะของตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อการดูแลรักษาโรคตามแนวทางที่เหมาะสมทางการแพทย์ คุณภาพชีวิตในที่นี้ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ การรับรู้และคุณภาพจิตใจในตนเอง และพฤติกรรม ประเมินด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย ได้รับการทดสอบความตรงและความเที่ยงว่าเป็นเครื่องมือ ที่มีคุณภาพดี มีทั้งหมด 8 ข้อคำถาม (ความเป็นไปได้ของคะแนน ตั้งแต่ 1 ถึง 32 โดยคะแนนที่มากขึ้น บ่งชี้ว่ามีระดับคุณภาพชีวิตดี)

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต 2 แบบ ดังนี้ คือ

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (EORTC QLQ-BR23)
2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของหน่วยงาน WHO ฉบับย่อ ชุด WHOQOLBREF หรือ WHO ชุดย่อ 26 คำถาม เนื่องจาก

- แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (EORTC QLQ-BR23) มีความจำเพาะเจาะจงต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ครอบคลุมคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านจิตใจ

- ส่วนแบบประเมินแบบประเมินคุณภาพชีวิตของหน่วยงาน WHO ฉบับชุดย่อ 26 คำถาม มีความครอบคลุมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม ครอบคลุมทั้งทางด้านคุณภาพชีวิตร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2.3 ผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาต่อคุณภาพชีวิต

มะเร็งเต้านม เกิดจากความผิดปกติของเซลล์เต้านม ต่อม้าน้ำนม ท่อน้ำนม และพัฒนาเป็นก้อนมะเร็งขึ้น และอาจจะขยายโตขึ้นเรื่อย ๆ สามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกายได้ ปัจจุบันยังไม่สามารถบอกได้อย่างแน่ชัดว่ามะเร็งเต้านมเกิดจากสาเหตุใด หากแต่มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค เช่น มีอายุมากกว่า 50 ปี ปัจจัยทางพันธุกรรม โดยเฉพาะหากครอบครัวมีญาติสายตรง เช่น มารดา พี่สาว น้องสาว หรือมีคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเต้านมหลายคน หรือมีญาติเคยเป็นมะเร็งเต้านมพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง ผู้หญิงที่ไม่มีบุตรหรือมี บุตรคนแรกหลังอายุ 30 ปี นอกจากนี้ผู้หญิงที่กินยาฮอร์โมน ทดแทนหลังวัยทองเป็นระยะเวลานานเกิน 5 ปี รวมทั้งการดื่มสุรา และการกินยาคุมกำเนิด (WHO) อาการเริ่มต้นของมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่มักจะไม่มีรู้สึกเจ็บ จนกระทั่งก้อนเนื้อมีขนาดใหญ่ขึ้น หรือลุกลามไปยังอวัยวะส่วนอื่น เมื่อนั้นผู้ป่วยจึงจะเริ่มรู้สึก ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น

มะเร็งเต้านมแบ่งเป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 0 ถึง ระยะที่ 4 การตรวจพบรอยโรคตั้งแต่ระยะที่ 0 ทำให้การรักษามะเร็งเต้านมทำได้ง่ายและอัตราการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้นกว่าในระยะที่ลุกลามแล้ว โดยมะเร็งเต้านมระยะที่ 0 หรือ ชนิด DCIS (Ductal Carcinoma In Situ) เป็นเซลล์ที่ผิดปกติพบเฉพาะในบริเวณเยื่อบุท่อน้ำนม หรือชนิด LCIS (Lobular Carcinoma In Situ) พบเฉพาะในต่อมน้ำนม ยังไม่มีการแบ่งตัวลุกลามออกนอกขอบเขต อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ร้อยละ 100 ส่วนมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 เป็นระยะที่ขนาดของก้อนมะเร็งเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้เล็กน้อย แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ร้อยละ 100 ขณะที่มะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร. ยังไม่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กไม่เกิน 2 เซนติเมตร. แต่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้เล็กน้อย ก็จะจัดอยู่ในระยะที่ 2 เช่นกัน แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ประมาณ ร้อยละ 93 สำหรับมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตรหรือมีขนาดของก้อนเท่าใดก็ได้และมีการแพร่กระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้ารวมถึงพบการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงเต้านม และรักแร้ แต่ยังไม่มีการลุกลามไปยังอวัยวะอื่น อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ประมาณ ร้อยละ 72 และ

มะเร็งเต้านมระยะที่ 4 เป็นระยะของก้อนมะเร็งขนาดเท่าใดก็ได้มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองรวมแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ เช่น ปอด กระดูก ตับ สมอง เป็นต้น อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ประมาณ ร้อยละ 22 (เพชรดามหาแสง, 2562) จะเห็นได้ว่าการตรวจพบหรือวินิจฉัยได้เร็ว ค้นหาคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นได้เร็ว จะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตหรืออัตราการรักษาให้หายได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยหรือการรักษามะเร็งเต้านมแล้วส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งสิ้น

ผลกระทบของโรคและการรักษามะเร็งเต้านม พบได้ตั้งแต่กระบวนการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้อร้ายหรือมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยบางรายมาด้วยก้อนที่เต้านมขนาดใหญ่ หรือมีน้ำเลือดน้ำหนองออกจากหัวนม เต้านมบิตเปี้ยว หรืออยู่ในระยะสุดท้ายที่มีการลุกลามของโรคไปมาก ผู้ป่วยบางรายมีผลเกิดจากก้อนเซลล์มะเร็งแตกเป็นแผล มีกลิ่นเหม็นเน่าทำให้ผู้ป่วยแยกตัวไม่กล้าพบปะสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจและคุณภาพชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ในระยะแรกของการวินิจฉัย ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึก ซ็อก ปฏิเสธ โกรธ สับสน กลัวรักษาไม่หาย กลัวความไม่แน่นอนของชีวิต กลัวอันตรายถึงชีวิต จากการศึกษาของ สมจิต บุญจันทร์และทิพาพร (2534) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์กับการศึกษาและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -.41, P < .001$) บางรายมีความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและจากผลข้างเคียงของการรักษา ทำให้ขาดการรักษาต่อเนื่อง สุคนธ์และคณะ (2538) ศึกษาเชิงปริมาณเรื่องอัตราและปัจจัยการสูญหายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดทั้งแผนกสตรีนอกและสตรีในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 139 ราย พบว่าร้อยละ 21.20 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งเต้านม อยู่ในระยะที่ 1 ร้อยละ 33 ผู้ป่วยสูญหาย ร้อยละ 14.38 และปัจจัยการสูญหาย คือผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 1.43 และสูญหายไม่พบสาเหตุ ร้อยละ 12.95 และเหตุผลสำคัญที่สุดของอุปสรรคในการมารักษาและทำให้มารักษาไม่ต่อเนื่อง คือ ฤทธิ์ผลข้างเคียงของยา ทำให้สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไป

มะเร็งเต้านมการรักษาหลักมักเป็นการผ่าตัด การผ่าตัดเต้านม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายด้านได้แก่คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย การผ่าตัดและการสูญเสียเต้านมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รวมถึงความเจ็บปวดต่างๆ ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคเองและจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเต้านม เช่น ภาวะติดเชื้อมะเร็งเต้านม ภาวะไหล่ติด ภาวะแขนบวม ภาวะ seroma เป็นต้น สูญเสียบทบาททางสังคม ความเป็นผู้นำ ความสามารถทำงานลดลง ส่งผลต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตด้านสังคมได้เช่นกัน ส่วนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดนอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า กลัวการแพร่กระจายและการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง วิตกกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคู่สมรส เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจต่อบทบาทของภรรยา ทำให้คุณภาพชีวิต

ทางด้านเพศสัมพันธ์ลดลง และยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกด้านความมั่นคงของครอบครัว
 ดังงานวิจัยของ Gupic และ คณะ (อ้างใน เบญจรัตน์ ธวีพูนผล, 2547) ที่พบว่าภายหลังได้รับการผ่าตัด
 เอาเต้านมออกทันทีผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสูญเสียความเป็นเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ
 เปรียบเทียบกับหลังได้รับการผ่าตัดออกไปแล้ว 6 เดือน ($P = 0.02$) และพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้สึกของ
 ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองในระยะหลังผ่าตัดเต้านม 1-3 วันและ 3 เดือน เป็นไปในทางลบ
 มากกว่าในระยะก่อนผ่าตัดเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้สึก
 ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองในระยะหลังผ่าตัดเต้านมออก 7-10 วัน เป็นไปในทางลบ
 มากกว่าระยะหลังผ่าตัดเต้านมออก 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (เบญจรัตน์ ธวีพูนผล,
 2547) และสอดคล้องกับงานวิจัยของวนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
 มะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านภาพลักษณ์ อยู่ในระดับปาน
 กลาง ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านอื่นๆอยู่ในระดับสูง (เบญจรัตน์ ธวีพูนผล, 2547)

ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาการถูกเลิกจ้างงาน เนื่องจากไม่สามารถทำงานได้ตามปกติหรือสูญเสีย
 ความสามารถในการทำงาน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดรายได้และนำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจต่อไป
 และบางรายอาจมีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดค่าตัวตาย จากข้อมูลงานวิจัยของ อ้อยทิพย์ บัวจันทร์
 ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในมะเร็งเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ (2018) พบว่า 1) ผู้ป่วย
 มะเร็งร้อยละ 75.4 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง
 3) ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามในระดับปาน
 กลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho = 0.68, p\text{-value} < 0.01$) นอกจากนี้ปัญหาดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยัง
 พบว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านมได้ จากสถิติการผ่าตัดโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
 ปีงบประมาณ 2564-2566 พบผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเต้านมทั้งหมด 191 ราย เป็นการผ่าตัดเต้านมออก
 หมดทั้งเต้าและเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ (Modified radical mastectomy, MRM) 168 ราย ผ่าตัด
 เต้านมออกหมดทั้งเต้าและเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้พร้อมกับใส่เต้านมเทียมชนิดซิลิโคน (Modified
 radical mastectomy with Silicone ,MRM with Silicone) 3 ราย ผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้า
 (Breast conservative surgery, BCS) 3 ราย ผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมโดยใช้เนื้อเยื่อตนเอง (Breast
 conservative surgery and Latissimus dorsi flap, BCS with LD flap) 3 ราย ผ่าตัดเสริมสร้างเต้าน
 มโดยใช้เต้านมเทียมชนิดซิลิโคน (Breast conservative surgery with Silicone, BCS with
 Silicone) 1 ราย, ผ่าตัดเต้านม (Mastectomy) 13 ราย และพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านม ดังนี้
 สูญเสียเลือด(Bleed) 0 ราย (0 %), ติดเชื้อ (Infection) 0 ราย (0%), ภาวะน้ำเลือดน้ำเหลืองคั่งบริเวณ
 แผลผ่าตัด(Seroma) 13 ราย (6.80 %) ,Seroma infection 1 ราย (0.52%), ภาวะไหล่ติด (Shoulder frozen) 0 ราย (0 %), ภาวะแขนบวม (Lymphedema) 0 ราย (0%) และพบผู้ป่วยเกิด
 Seroma ถึง 6 ครั้ง ใน 1 ราย ภาวะเนื้อเยื่อตาย (Flap necrosis) 0 ราย (%) ,ปวด (Pain) 0 ราย (0

๑๖) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยผ่าตัดได้รับการเลื่อนผ่าตัดออกไปจากการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ รวมถึงความไม่เข้าใจ ความไม่ตระหนัก ในการปฏิบัติตัว การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ดังนั้นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรมในเรื่องของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ การจัดให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ สุขศึกษา ก่อนผ่าตัด โดยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคตามพยาธิสภาพของโรค และแผนการรักษาการผ่าตัดตามชนิดของการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก การบริหารแขนและไหล่ การป้องกันภาวะแขนบวม และภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ การงดยาละลายลิ้มเลือดก่อนผ่าตัด การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด การป้องกันตนเองและหลีกเลี่ยงการสัมผัสเสี่ยงติดเชื้อโควิด หรือการติดเชื้อต่างๆของร่างกายก่อนได้รับการผ่าตัด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาการผ่าตัดหรือได้รับการเลื่อนการผ่าตัดออกไป จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านจิตใจ โดยการให้ข้อมูล คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานการณ์การผ่าตัดที่ต้องเผชิญ รวมถึงค้นหาปัญหา ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของผู้ป่วยและครอบครัว ต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ หาแนวทางแก้ไข เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ ในการปรับตัวของผู้ป่วยและส่งเสริมวิธีการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถข้ามผ่านสถานการณ์วิกฤติที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นและเข้าใจสถานการณ์ สามารถจินตนาการ เห็นถึงปัญหาหรือเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดการคิดรู้ ตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้มีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันปัญหาหรือเหตุการณ์หรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้และสามารถเผชิญกับปัญหารวมถึงการปรับตัวกับปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การรักษาการผ่าตัดเต้านม ต้องใช้ระยะเวลาการรักษายาวนาน หากเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ญาติผู้ดูแลรวมถึงตัวผู้ป่วยต้องหยุดงานเป็นเวลานาน อาจต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมและอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ขาดรายได้จากการหยุดงานทั้งของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ทั้งภาระค่าใช้จ่ายต่างๆที่เพิ่มขึ้น รวมถึงค่าพาหนะและความอ่อนล้าในการเดินทางมาติดตามอาการตามนัด ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลบ่อยขึ้น จะเห็นได้ว่าจากปัญหาดังกล่าวแล้วส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม หรือการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดพบว่าสาเหตุของความวิตกกังวลอันดับแรกมาจากความกลัวเสียชีวิตในขณะผ่าตัดรวมถึงความกลัวจาก

การขาดความรู้และความเข้าใจซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับชนิดของการผ่าตัด กระบวนการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ความกลัวจากประสบการณ์ตรงที่ผ่านมาเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วย หรือจากการรับฟังคำบอกเล่าของผู้อื่น ความกลัวของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเป็นโรคมะเร็ง การผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะหรือทำให้เกิดความพิการ นอกจากนี้ความกลัวที่จะไม่ฟื้นหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเมื่อเสร็จการผ่าตัด การถูกเปิดเผยร่างกาย และความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด เป็นต้น ร่วมกับการได้รับข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย (เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ**ปร.ด.(การพยาบาล), บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด) ดังนั้น การให้ความรู้ ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง อันจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

งานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ได้ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม จึงได้มีการจัดให้มีโปรแกรม การให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดขึ้น โดยมีระบบการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ชัดเจนเป็นมาตรฐาน ดังนี้

1. ระบบการให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ ที่มีรูปแบบ แนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ในการให้ข้อมูลผู้ป่วย
2. คู่มือคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมและเลาะต่อมน้ำเหลือง
3. แผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยภายหลังได้รับการเจาะระบายภาวะน้ำเหลืองคั่ง
4. ใบตารางเปรียบเทียบการผ่าตัดเต้านมแต่ละชนิด
5. แผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเสริมหน้าอกด้วยซิลิโคน แบบ graphic info
6. สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ใช้เวลา 5 นาที
7. พუნสวมใส่เสื้อชั้นใน และ สปอร์ตบรา เป็นตัวอย่างให้ผู้ป่วยในการใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกใส่เสื้อชั้นในที่เหมาะสมสำหรับใส่สวมใส่หลังผ่าตัด
8. มีระบบ Tele medicine ในการติดตามอาการ/ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
9. โปรแกรมพบกายภาพ ก่อนและหลังผ่าตัด (pre – post operation program)
10. ระบบประเมินแผลผ่าตัด ติดตาม ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

11. ระบบบันทึกข้อมูล/การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สะดวกรวดเร็ว เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวดเร็ว ปลอดภัย

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำก่อนผ่าตัด จึงจัดว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากและเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ผู้วิจัยมีความคาดหวังว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีความมั่นใจมากขึ้น สามารถจินตนาการ มองเห็นปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงเผชิญปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นและปลอดภัยสูงสุด

ผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงวันนัดตรวจติดตามฟังผลชิ้นเนื้อหลังผ่าตัดเต้านม โปรแกรมการให้ข้อมูลนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบพยาบาลแบบให้ความรู้และแรงสนับสนุนของโอเร็ม (Orem) ดังนี้

1. การชี้แนะโดยให้คำแนะนำ การให้ข้อมูล
2. การสนับสนุนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้กำลังใจ
3. การสอน ให้ความรู้
4. การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เนื่องจากผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาการเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดเต้านม ตลอดจนนำผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อันเป็นประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

2.4 การเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (วนิชญา ชัยยาและพระมหาบุญไทย ปุณณมโน, 2565) มีหลายวิธี ได้แก่

1. พัฒนาคุณภาพชีวิตทางกาย การดูแลสุขภาพร่างกายแข็งแรง
2. พัฒนาคุณภาพชีวิตทางจิตใจและอารมณ์ การมีสุขภาพจิตใจแข็งแรงสงบสุขอารมณ์ดีควบคุมอารมณ์ได้มีเหตุผล

3. พัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมและสิ่งแวดล้อม การมีความรักความสามัคคี การวางตัวการปรับตัวตามความเหมาะสม การบำเพ็ญประโยชน์สาธารณะเพื่อสังคมและสิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วมของสังคมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

4. พัฒนาคุณภาพชีวิตทางปัญญา การมีความรู้ ความสามารถ ความใฝ่รู้ สามารถแก้ไข ปัญหาและเผชิญปัญหาปรับตัวได้

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง หลายเรื่อง ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

สุรวัตร์ สุปกข และคณะ (2557) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะต้นและระยะลุกลาม เลือกใช้เครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่ยังไม่เฉพาะเจาะจงต่อโรคมะเร็งเต้านม ไม่ครอบคลุมทุกมิติ ทำให้ไม่ทราบองค์รวมของผู้ป่วย ผลการศึกษาวิจัย: ผู้ป่วยในการศึกษา 77 ราย มีอายุเฉลี่ย 49.17 ± 9.09 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (83.10%) มีระดับการศึกษาถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (51.90%) มีอาชีพ (90.90%) มีผลของตัวรับเอสโตรเจนเป็นบวก (58.40%) ตัวรับโปรเจสเตอโรนเป็นบวก (51.90%) ผลของตัวรับ HER-2 เป็นลบ (51.90%) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต (FACT-V) ณ จุดเริ่มต้นการศึกษา 104.40 ± 15.58 คะแนน โดยปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุ < 50 จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านสังคมและครอบครัวสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ > 50 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.026$) กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษาปีที่ 3 จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกายสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.034$) และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านความผาสุกด้านสังคมครอบครัว ที่สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$) และผู้ป่วยที่มี PR เป็นลบจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่ม PR เป็นบวก ในด้านข้อคำถามมะเร็งเต้านม (BCS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.005$) และผู้ป่วยที่มี HER-2 receptor เป็นบวกมีคะแนนคุณภาพชีวิตในด้าน BCS สูงกว่ากลุ่ม HER-2 receptor เป็นลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.026$) โดยปัจจัยที่ส่งผลคุณภาพชีวิตโดยควบคุมตัวแปรกวน ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ

ภูมิพัฒน์ ธนะสาร (2562) ได้ทำการทดสอบประสิทธิภาพและการยอมรับนวัตกรรมบริการด้านการสนับสนุนทางสังคม แบบบูรณาการผ่านเครือข่ายทางสังคม การดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมบริการสำหรับการ สนับสนุนทางสังคมแบบบูรณาการผ่านเครือข่ายทางสังคมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายเป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยการเปรียบเทียบคะแนนการประเมิน คุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมการใช้งานกลุ่มในเครือข่ายทางสังคมออนไลน์สำหรับผู้ป่วย โรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย “Positive Life ชีวิต

คิดบวก” ในระดับตัวแปรของแบบประเมิน คุณภาพชีวิตทั้ง 3 แบบประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (EORTC QLQC30) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (EORTC QLQ-BR23) และ แบบประเมิน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย (BCM01) ในรูปแบบแชทบอท (Chatbot) พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.01 ในปัจจัย ด้านการประเมินภาวะทางสุขภาพโดยรวม ปัจจัยด้านฟังก์ชันด้านบทบาท-หน้าที่และฟังก์ชันด้าน ความคิด-ความเข้าใจในแบบวัดด้านการทำงาน ปัจจัยความเหนื่อยล้าและปัจจัยความเจ็บปวดในแบบ วัดด้านอาการของแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (EORTC-QLQ-C30) นอกจากนี้ พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ใน ปัจจัยเกี่ยวกับความสุขทางเพศในแบบวัดด้านการทำงานของแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคมะเร็งเต้านม (EORTC-QLQ-BR23) อย่างไรก็ตามผลการประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย (BCM01) จะไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติทั้งนี้แนวโน้มปัจจัยด้านความอยากรู้อยากเห็นโดยเฉลี่ยสูงขึ้นเช่นเดียวกับปัจจัยด้านอยากกลับสู่ ชีวิตแบบปกติ นอกจากนี้ปัจจัยด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน ภาวะความเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยที่ลดลง จากนั้นทำการศึกษายอมรับนวัตกรรมบริการด้านการสนับสนุนทางสังคมแบบบูรณาการผ่าน 155 เครือข่ายทางสังคมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย โดยการ วิจัยเชิงผสมผสานด้วยเก็บข้อมูลผ่านทางระบบแชทบอท (Chatbot) ด้วยวิธีการทำแบบสอบถาม พบว่าการประเมินการยอมรับนวัตกรรมในระดับดีมาก ในปัจจัยด้านความพึงพอใจโดยรวม การ ประเมินระดับค่อนข้างดี ในปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน ทศนคติต่อ การใช้พฤติกรรมความตั้งใจ ประสิทธิภาพของตนเองในการเข้าร่วมเครือข่ายสังคมออนไลน์ความ สะดวกในการใช้งาน รูปแบบการนำเสนอ ตามลำดับ และการประเมินระดับพอใช้ ในปัจจัยด้าน แรงจูงใจ นอกจากนี้พบว่า 2 อันดับแรกของผู้เข้าร่วมวิจัยชอบมากที่สุดได้แก่ ช่วงคุณหมออยากบอก และรองลงมาคือ โพสต์ข้อมูลความรู้ตามลำดับ ส่งผลให้นวัตกรรมบริการด้านการสนับสนุนทางสังคม แบบบูรณาการผ่านเครือข่ายสังคมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายผ่านการทดสอบประสิทธิภาพและการยอมรับจากผู้ใช้งาน

ทับทิม เปาอินทร์และคณะ (2554) การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ Modified Radical Mastectomy (MRM) และได้รับเคมีบำบัด และศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM และเคมีบำบัด ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน ได้แก่ อายุ รายได้ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM และได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ระหว่าง เดือนสิงหาคม-กันยายน 2552 โดยการสุ่ม แบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 128 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม

แบบ MRM และได้รับเคมีบำบัด เป็นเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (World Health Organization Quality of Life assessment instrument : WHOQOL-BREF-THAI) ข้อมูลได้รับการวิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติ One group sample t-test และเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test และ One way ANOVA ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM และเคมีบำบัดที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนในเรื่องของ อายุ ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเสนอให้มีการปรับปรุงรูปแบบการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM และได้รับเคมีบำบัดให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สูงขึ้น ชลยา อุตถาภินันท์ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.8) อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา การสูบบุหรี่ การดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติก พบว่าปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี ได้แก่ ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาปานกลาง การไม่สูบบุหรี่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ขึ้นไป และมี สิทธิ ในการรักษา

เพลินพิศ ธรรมนิภา และคณะ (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่ออาการ ไข้ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ไม่พบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการไข้ (F = .52, p = .473) และคุณภาพชีวิต (F = .93, p = .385) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ในกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการไข้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่1(mean difference = 4.64, p = .002) และ ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการไข้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 (mean difference = 6.28, p < .001) มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภัทรริกา ภูทวี (2561) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดที่หน่วยงาน เคมีบำบัด ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ใน ระดับปานกลาง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.01) (P<0.01) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

อนุรักษ์ ทราปัญญและดาว เวียงคำ (2562). ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง อ้าเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=79.61, S.D=9.83) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ปัจจัยด้านระดับการศึกษา รายได้ และ ระยะของโรค ที่แตกต่างกันส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งในเขตอ้าเภอเชียงคำจังหวัดพะเยา มีคุณภาพชีวิตที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ชนิดของโรค

ผู้ดูแล มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่แตกต่างกัน

วิภาดา พิงสุข และคณะ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จังหวัดเชียงราย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ คือ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS score) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย คือ ระดับการศึกษา ประวัติการรักษาโรคมะเร็งของคนในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับค่า PPS score และยังมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม คือ ด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งของการรักษาโรคมะเร็งและระดับค่า PPS Score อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย และควรมุ่งเน้นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ให้มากที่สุดเพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว โดยมีการฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและทักษะของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพไปจนถึงวันที่ลี้ลับไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

จารุณี แก้วอุบล (2563) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล สูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อมุ่งความสำเร็จให้แก่ตนเอง เมื่อนำเรื่องสุขภาพมาพิจารณาประกอบกับเรื่ององค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแล้วจะพบว่า องค์ประกอบของการมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการพัฒนาตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรพัฒนาสุขภาพในด้านร่างกาย ได้แก่ การให้ความสำคัญกับสุขภาพ การบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ การพัฒนาทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี รู้จักควบคุมอารมณ์ การทำงานอดิเรกที่ชื่นชอบ การเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ การฝึกสมาธิ การพัฒนาทางด้านสังคม อันได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆ หรือจากหน่วยงานต่างๆ ที่จัดขึ้น การใช้เวลาว่างบำเพ็ญประโยชน์เพื่อชุมชน การปฏิบัติตนโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และการพัฒนาทางด้านสติปัญญา ได้แก่ การเพิ่มทักษะทางด้านความรู้ให้กับตนเอง การเข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในด้านต่างๆ การศึกษาข้อมูลด้วยตนเองจากสื่อสารสนเทศ รวมไปถึงการหัดสังเกตและติดตามการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่ามีรายการประเมินด้านร่างกายทั่วไป ด้านจิตใจ ด้านเพศสัมพันธ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้ ที่สอดคล้องกับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป และพบว่ามีรายการประเมินด้านร่างกายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเต้านม

และจากการรักษามะเร็งเต้านม ที่เป็จุดที่เป็ความแตกต่างในการประเมินที่จำเป็นต้องประเมินในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยจึงนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th>. เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2567.
- กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2560 (Hospital-based Cancer Registry 2017). พรทพย์การพิมพ์.
- กัญญารัตน์ ชูชาติ, โกวิท พฤษานาคักดิ์, ธนเดช เดชาพันธุ์กุล, ภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์, และดวงใจ แสงถวัลย์. (2553). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด carboplatin ร่วมกับรังสีรักษา. สงขลานครินทร์วารสาร. 28(3), 127-137.
- จันทร์จรัส จันทร์จารุพงศ์. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. สืบค้นจาก <http://www.Thaicam.go.th/> Index. เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2567.
- จารุณี แก้วอุบล. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 7(4), 13-27.
- จารุวัฒน์ แจ่มวัง. (2560). การศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี ด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ จ.หนองคาย ในปี พ.ศ. 2560. วารสารโรงพยาบาล นครพนม. 4(3), 42-51.
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล.(2565). ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม. สืบค้นจาก https://doh.hpc.go.th/bse/index_issue.php. เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2567.
- ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร และภูมิรินทร์ มัลลารัตน์. (2551). คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 92(3), 205-216.
- ประสพสุข ศรีแสนปาง. (2542). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มตามกรอบของกระบวนการพยาบาล. สืบค้นจาก https://www.rama.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/files/public/journal/2542/issue_02/06.pdf เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2567.
- ทับทิม เปาอินทร์, เยาวรัตน์ รุ่งว่าง และเรวัต เตียสกุล. (2553). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM และได้รับเคมีบำบัด. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 4(1), 28-37.
- ประสพสุข ศรีแสนปาง. (2542). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มตามกรอบของกระบวนการพยาบาล. สืบค้นจาก https://www.rama.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/files/public/journal/2542/issue_02/06.pdf เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2567.พยาบาลศิริราช. 2(2), 24-34.
- ปราณี ทองใส, ภาวินี สุขสาคร, และพรฤดี นราสงค์. (2551). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วารสารพยาบาลศิริราช. 2(2), 24-34.

- เพชรดา มหาแสง และจันทิมา แจ่มจำรัส. (2562). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยา Monoclonal antibody ชนิด Trastuzumab. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภราดร ล้อธรรมมา, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช, อุดมลักษณ์ เจนพาณิชย์ และปรกรณ์ ประจันบาน. (2558). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 9(1), 172-180.
- ภัทรริกา ภู่วี. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม อรรถคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 26(3), 144-152.
- ภูมิรินทร์ มลารัตน์และณัฏฐ ทิพย์รัตน์เสถียร. (2551). คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 92(3), 205-216.
- ภูมิพัฒน์ ธนะสารสมบูรณ์,ทรงพันธ์ เจริมประยงค์,นภา ปริญญานิติกุลและอุทัย ต้นละมัย.(2563). นวัตกรรมบริการสำหรับการสนับสนุนทางสังคมแบบบูรณาการผ่านเครือข่ายทางสังคมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย. วิทยานิพนธ์ สาขาวิทยาศาสตร์ ดุษฎีบัณฑิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/4287>. เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2567. DOI: 10.58837/CHULA.THE.2020.742
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์ พยม.). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิชญา ชัยยา. และพระมหาบุญไทย ปุญญมโน. (2565). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทยในศตวรรษที่ 21 ตามหลักพุทธปรัชญาเถรวาท. วารสารปรัชญาปริทรรศน์. 27(2), 181-194.
- วัลลภ รัฐฉัตรานนท์.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ. สืบค้นจาก <http://www.ric.nrct.go.th>. เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2567.
- วิภาดา พิงสุข, และตนะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 29(2), 116-128.
- วิไล ชินเวชกิจวานิชย์, นุชนาฏ หวนนากลาง และอรอุมา ของรัมย์. (2551). โครงการสำรวจคุณภาพชีวิตของบุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2551. สืบค้นจาก <http://www.surveillance.cphs.chula.ac.th/index.php/knowledge-of-health/cu-health-watch/121-cu-health-watch2551>. เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567.
- สมชาย สุขสิริเสรีกุล. (2539). หลักการประยุกต์ใช้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.4(3), 212-223
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2544). การพยาบาล:ศาสตร์ของการปฏิบัติ. วี.เจ.พรินติ้ง.

- สุนันท์ คูประเสริฐ, สิริรัตน์ นกเทศ, รัตติพร ครุฑปายส, วันดี กระระโสภณ, ประภาภรณ์ แยมสุริโยทัย, กนกลักษณ์ ชองกิ่ง, สกาวเดือน ศุภขนานนท์, และชมพูนุท ผึ้งผาย. (2562). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับ. วารสารสภาการพยาบาล. 34(2), 127-140.
- สุรพงษ์ สุภาภรณ์, พิเชษฐ์ สัมปทานุกุล, วิชัย วาสนศิริ, เยาวนุช คงदान, ประกาศิต จิรปภา, วิจิตรา อาสาฬห์ประกิต และชญาณุตม์ รัตติกล. (2567). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคไตเนื้องอกในประเทศไทย. ชมรมศัลยแพทย์ไตเนื้องอกแห่งประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. บริษัทวิต้าคอมพิวซิลเต็มส์ จำกัด.
- สุรภัสร์ สุปงกช และคณะ. (2557). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะต้นและระยะลุกลาม. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 9(ฉบับพิเศษ).
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วีระวรรณ ตันติพิพัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะจิรังกุล. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โสภิต ก่อพูนศิลป์และทิพาพร พงษ์เมษา. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านมในช่วงการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร Fluouracil, Doxorubicin และ Cyclophosphamide (FAC). สงขลานครินทร์เวชสาร. 35(4), 373-384.
- อรรัมรา ชื่นชม, วรรณคล เชื้อมงคล, กุณฑิลา รัตนศิริ, วิรัชพร เกษมศักดิ์กริน. (2557). การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ระหว่างการให้ยาสูตร FAC และ AC-T ในคลินิกมะเร็งร้ายโรค โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 10(2), 214-227.
- อนรรักษ์ ทราปัญญา และดาว เวียงคำ. (2562). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ เชียงคำ จังหวัดพะเยา. เชียงรายวารสาร. 11(1), 93-101.
- อุบล จ้างพานิช, ญัฐชญา ไชยวงศ์ และจุฬาร อนุบุญเรือง. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 16(3), 32-42.
- อุไรวรรณ ศุภศิลป์. (2562). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 33(3), 461-468.
- เอกภพ แสงอริยวิเศษ, ศุภกรพิทักษ์การกุล และรังสิยา บัวส้ม (บรรณาธิการ). (2564). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-based cancer registry 2021. กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- อำภาพร นามวงศ์พรหมและน้ำอ้อย รักติวงศ์. (2556). ความสามารถในการดูแลตนเองคุณภาพชีวิต และการจัดการกับอาการแสดงทางระบบทางเดินอาหารภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการเคมีบำบัด. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 31(1), 62-70.
- ภูมิพัฒน์ ณะสารสมบุญ. (2563). นวัตกรรมบริการสำหรับการสนับสนุนทางสังคมแบบบูรณาการผ่านเครือข่ายทางสังคมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย. สืบค้นจาก <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/4287>. เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2567.

- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล,วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุลและวนิดา พุ่มไพศาล. (2545). โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่.กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. วชิร เลอमानกุล,และปราณี มีแต้ม. (2543). การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย.สืบค้นจาก digital.car.chula.ac.th/Cgi/viewcontent.Cgi?article = 2324 & Context = tjps เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2567.
- สุธิสา เต็มทับ,กิตติกร นิลมานัด,รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์และกิริติ หงส์สกุล. (2563). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งตับครั้งแรก.วารสารพยาบาลสาธารณสุข.34(1)
- อนัฐชา ปิ่นแก้ว. (2559). การดูแลสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. สืบค้นจาก buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/12590/1/Fulltext.pdf. เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2567
- พรพิมล เลิศพาณิชย์, อัมภาพร นามวงศ์พรหมและน้ำอ้อย รักดีวงศ์. (2560). ประสิทธิภาพการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด.สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.6(1). สืบค้นจาก apheit.bu.ac.th/journal/science-vol6-1/5_12_formatted%20V6-1.pdf. เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2567

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยหัวข้อ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ผู้วิจัยได้นำเสนอวิธีการดำเนินการวิจัย ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 การดำเนินการวิจัย
- 3.4 การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- 3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi Experimental research design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design)

Group	Pre-test	Experimental	Post-test
E	T1	X	T2

E หมายถึง กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม

X หมายถึง โปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและติดตามในงานแผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ช่วงเวลา มิถุนายน 2567 - สิงหาคม 2567

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดในมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2567-31 สิงหาคม 2567

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยในช่วงอายุ 20-60 ปี
2. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และได้รับการผ่าตัดเต้านม
3. เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลโดยไม่มีอุปสรรคทางการสื่อสาร พูด ฟังภาษาไทยได้
4. มีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria)

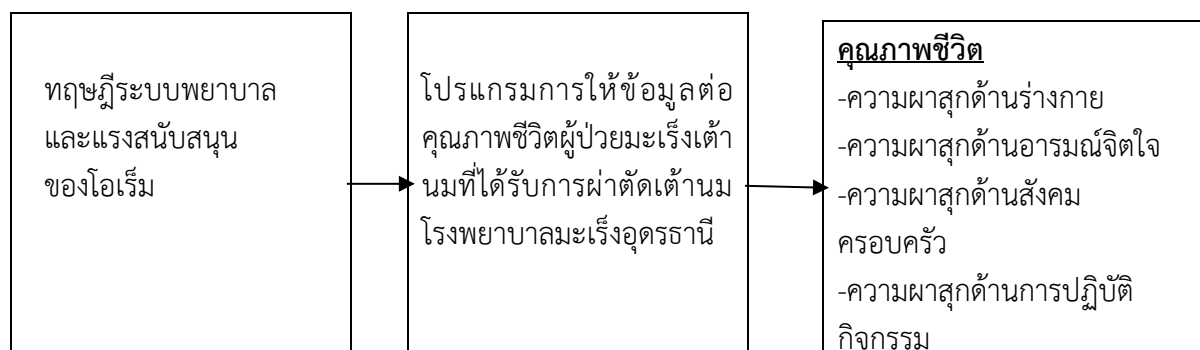
1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามและให้การดูแลจนครบกระบวนการวิจัย

3.3 การดำเนินการวิจัย

ระยะเวลาในการวิจัย 11 เดือน

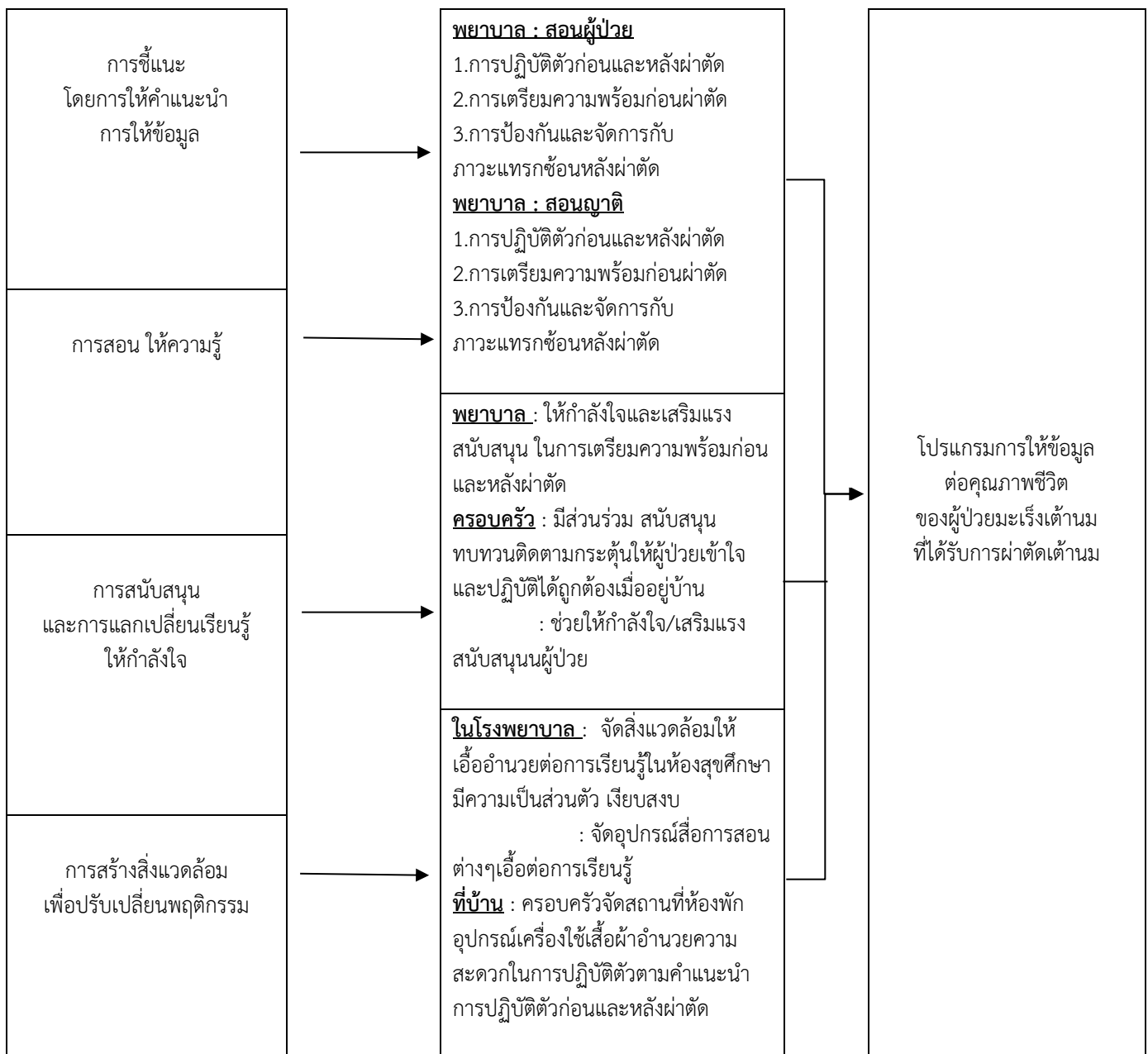
1. การทบทวนวรรณกรรม
2. เขียนโครงร่างวิจัย
3. พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบเครื่องมือความถูกต้องและความเที่ยงตรงของเครื่องมือ
4. ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัย
5. การดำเนินการวิจัย
6. การวิเคราะห์ข้อมูล
7. การอภิปรายผล
8. จัดทำเล่มวิจัยฉบับสมบูรณ์ /เขียนส่งตีพิมพ์

กรอบแนวคิดงานวิจัย



โปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม หมายถึง การให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมจนถึงวันนัดFollow up หลังผ่าตัดเพื่อพึงผลขึ้นเนื้อหาห้องปฏิบัติการ พัฒนาจากทฤษฎีของโอเร็ม

การพัฒนาโปรแกรม



แผนผังที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม
ตามทฤษฎีระบบพยาบาลและแรงสนับสนุนของโอเร็ม

โปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ประกอบด้วย การดำเนินการ ทั้งหมด 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและผู้ดูแล สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปมี 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะของโรคมะเร็งเต้านม ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับ และประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยก่อนการรักษารักษา Pre test ใช้เครื่องมือชีวิตแบบประเมินคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (EORTC QLQ-BR23)
2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโรคชุดย่อ 26 ตัวชีวิต (World Health Organization Quality of life Assessment Instrument : WHOQOL-BREF-THAI)
3. แบบประเมินผลผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม ในระบบ Thai HIS UDCH

และแจ้งโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน/ขณะและหลังผ่าตัดเต้านม แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้แผ่นพับและคู่มือสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม ให้ชมรูปภาพลักษณะแผลหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์แรก ลักษณะแผลหลังผ่าตัด 3 เดือน ขึ้นไป เพื่อลดความวิตกกังวลและชมรูปภาพลักษณะการคายระบายสารคัดหลั่ง และการดูแลสายระบายสารคัดหลั่ง การงดยาละลายลิ้มเลือด คำแนะนำเรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการป้องกันและการจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านม และให้ชมวิดีโอวีดีทัศน์เรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และส่งปรึกษากายภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเต้านม ในเรื่องของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื่องไหล่ติด แขนบวม หลังผ่าตัดเต้านมและการฝึกการหายใจเตรียมความพร้อมก่อนดมยาสลบ ให้ข้อมูลคำแนะนำในการวางแผนชีวิตร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง อาหารที่ควรงดควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ การมาตรวจตามนัด ต่อเนื่อง แนะนำการเลือกเสื้อชั้นในหรือสปอร์ตบราไว้สำหรับใส่หลังผ่าตัดเต้านมภายหลังถอดสายระบายเลือดและน้ำเหลืองออก พร้อมกับให้ชมหุ่นตัวอย่างใส่เสื้อชั้นในหรือสปอร์ตบรา เพื่อการเลือกใช้หรือเตรียมเสื้อชั้นในที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม

ครั้งที่ 2 1 วันก่อนผู้ป่วยมา admit ผ่าตัด ใช้ระบบ Telemedicine โทรคัดกรองก่อนผ่าตัด รวมถึงการให้โปรแกรมข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เรื่อง การปฏิบัติตัวและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และการงดน้ำและอาหาร(กรณีมีเจาะเลือด) การนำยาโรคประจำตัวพร้อมซองมาด้วย การงดยาละลายลิ้มเลือด คัดกรองอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกติดเชื้อ เช่น ไข้สูงตัวบริเวณเต้านม มีไข้ เป็นต้น สอบถามความพร้อมยืนยันการผ่าตัดครั้งนี้ การเตรียมเสื้อชั้นในสปอร์ตบรา และคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และแจ้งวัน นัด admit และวันผ่าตัดให้ผู้ป่วยทราบอีกครั้ง พร้อมทวนสอบความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดเต้านมและค้นหาปัญหา ปัจจัยและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง พร้อมวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุและอุปสรรคร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน พร้อมทั้งให้ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เสริมในจุดที่ยังเป็นปัญหาและบกพร่องในเรื่องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ทั้งยังให้กำลังใจ เสริมแรงสนับสนุน เสริมพลังอำนาจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

ครั้งที่ 3 วันที่ผู้ป่วยมา admit พยาบาลสอบถามซักถามอาการการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ความพร้อมก่อนผ่าตัด และอาการผิดปกติ และการเตรียมคู่มือสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมและเลาะต่อมน้ำเหลือง ทบทวนความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเต้านม

ครั้งที่ 4 7 วัน หลังผ่าตัด พยาบาล ใช้ระบบ Telemedicine โทรติดตามอาการหลังผ่าตัดเต้านม โดยสอบถามอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดเต้านม ตามแบบสอบถามการติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม ในระบบ Thai HIS UDCH พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแล จัดการแก้ไขปัญหาภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ พร้อมทั้งประเมินแผลผ่าตัด ประเมินภาวะข้อไหล่ติด ภาวะแขนบวม และการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดว่าถูกต้องหรือไม่ ปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ พร้อมทั้งให้กำลังใจ เสริมพลังความมั่นใจ

ครั้งที่ 5 แบ่งเป็น 2 กรณี

1. กรณีผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมและไม่มีสายระบายเลือดและน้ำเหลืองกลับบ้าน (ผู้ป่วยได้รับการตัดไหมและ off drain ก่อนจำหน่าย)

ครั้งที่ 5.1 วันที่ผู้ป่วยมา Follow up ฟังผล patho หลังจำหน่าย ประมาณ 2 สัปดาห์

- พยาบาล ประเมินแผลผ่าตัด ตามแบบฟอร์มประเมินแผลผ่าตัดงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พร้อมทั้งให้ทบทวนความรู้คำแนะนำเน้นย้ำปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดซ้ำ และให้กำลังใจ แล้วส่งผู้ป่วยพบกายภาพ เข้ารับโปรแกรม post op หลังผ่าตัดเต้านม ให้ความรู้พร้อมสาธิตและปฏิบัติ เรื่องป้องกัน ส่งเสริม ฟันฟู ภาวะไหล่ติด ภาวะแขนบวม ก่อนกลับบ้าน
- ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและผู้ดูแล และประเมินระดับคุณภาพชีวิต Post test และแจ้งผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงการสิ้นสุดการวิจัย ใช้เครื่องมือชี้วัดแบบประเมินคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (EORTC QLQ-BR23)

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโรคชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (World Health Organization Quality of life Assessment Instrument : WHOQOL-BREF-THAI)

3. แบบประเมินแผลผ่าตัดผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม ในระบบ Thai HIS UDCH

2. กรณีผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมและนำสายระบายเลือดและน้ำเหลืองกลับบ้าน

ครั้งที่ 5.1 วันที่ผู้ป่วยมา Follow up ตัดไหมและ off drain หลังจำหน่าย ประมาณ 1 สัปดาห์

- พยาบาล ประเมินแผลผู้ป่วย พร้อมทั้งทบทวนความรู้ให้คำแนะนำเน้นย้ำปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดซ้ำ และให้กำลังใจ
- พยาบาล แจ้งวันนัดหมายผู้ป่วยพร้อมทั้งแผนการรักษา และทบทวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย รวมถึงความต้องการต่างๆและเอกสารต่างๆที่ได้รับการพยาบาลหรือเอกสารครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ ยังขาดสิ่งใดและให้การช่วยเหลือแนะนำหรือการพยาบาลเพิ่มเติมแล้วส่งผู้ป่วยพบกายภาพ เข้ารับโปรแกรม post op หลังผ่าตัดเต้านม ให้ความรู้พร้อมสาธิตและปฏิบัติ เรื่องป้องกัน ส่งเสริม ฟันฟู ภาวะไหล่ติด ภาวะแขนบวม ก่อนกลับบ้าน

ครั้งที่ 5.2 วันที่ผู้ป่วยมา Follow up ฟังผล patho หลังจำหน่าย ประมาณ 2 สัปดาห์

- พยาบาล ประเมินแผลผ่าตัด ตามแบบฟอร์มประเมินแผลผ่าตัดงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พร้อมทั้งทบทวนความรู้คำแนะนำเน้นย้ำปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดซ้ำ และให้

กำลังใจ แล้วส่งผู้ป่วยพบกายภาพ เข้ารับโปรแกรม post op หลังผ่าตัดเต้านม ให้ความรู้พร้อมสาธิต และปฏิบัติ เรื่องป้องกัน ส่งเสริม ฟันฟู ภาวะไหล่ติด ภาวะแขนบวม ก่อนกลับบ้าน

- ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและผู้ดูแล และประเมินระดับคุณภาพชีวิต Post test และแจ้งผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงการสิ้นสุดการวิจัย ใช้เครื่องมือชี้วัดแบบประเมินคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (EORTC QLQ-BR23)
2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโรคชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (World Health Organization Quality of life Assessment Instrument : WHOQOL-BREF-THAI)
3. แบบประเมินแผลผ่าตัดผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม ในระบบ Thai HIS UDCH

ตารางกิจกรรมการดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูล

จำนวนครั้ง ของ การเก็บรวบรวม ข้อมูล	กิจกรรม		สื่อที่ใช้	สถานที่ / อุปกรณ์	การเก็บรวบรวม ข้อมูล
	ผู้ป่วย	ญาติ/ผู้ดูแล			
ครั้งที่1 เมื่อผู้ป่วยได้รับการ วินิจฉัยและ วางแผนผ่าตัด (40นาที) (กายภาพ10นาที)	-ให้ข้อมูลความรู้คำแนะนำ เรื่องโรคและ ชนิดการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการจัดการ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเด้านม -ส่งผู้ป่วยพบกายภาพ เข้ารับ Pre-post op. program -Pre-test	- ญาติช่วยรับฟัง และ ช่วยจดจำ และช่วย กระตุ้น สนับสนุนการ ปฏิบัติตัวก่อนและ หลังผ่าตัด -ญาติช่วยทบทวน ความรู้ความเข้าใจ และค้นหาปัญหา ปัจจัยและอุปสรรคที่ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัว ไม่ถูกต้อง พร้อม วิเคราะห์ปัญหา หา สาเหตุและอุปสรรค ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อหาแนวทางแก้ไข ร่วมกัน -ส่งเสริมให้ญาติช่วย สนับสนุนในเรื่องของ การเตรียมความพร้อม ก่อนและหลังผ่าตัด การช่วยจัดหาอุปกรณ์ ของใช้สำหรับการมา รพ.เพื่อผ่าตัดรวมถึง การจัดสถานที่ที่บ้าน เอื้ออำนวยต่อการ ออกกำลังกายการ บริหารข้อไหล่ - ส่งเสริมให้ญาติมี ส่วนในการให้กำลังใจ ผู้ป่วย เสริมแรง สนับสนุน เสริมพลัง อำนาจ แก่ผู้ป่วย	-คู่มือสำหรับผู้ป่วย ผ่าตัดเด้านม - ใบตาราง เปรียบเทียบการ ผ่าตัดเด้านมแต่ละ ชนิด รูปภาพแสดง ผลหลังผ่าตัดใน ระยะ 2 สัปดาห์ และผลหลังผ่าตัด ในระยะหลัง 3 เดือน รูปภาพ ลักษณะสาย ระบายที่แผลผ่าตัด - ใบแนวทางการ ให้คำแนะนำผู้ป่วย ในการ เตรียมพร้อมก่อน ผ่าตัดเด้านม รูปแสดงลักษณะ สายระบายที่แผล ผ่าตัดเด้านม - แผ่นพับ คำแนะนำการ ปฏิบัติตัวสำหรับ ผู้ป่วยผ่าตัดเสริม หน้าอกด้วยซิลิโคนแบบ graphic info -วิดีโอขั้นตอนการ เตรียมความพร้อม ก่อนผ่าตัด (5นาที) -หุ่นตัวอย่างใส่เสื้อ ชั้นในแบบกระชับ (สปอร์ตบรา)	-ห้องสุข ศึกษา -ห้อง หัตถการ -ห้องTele medicine -โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์	<u>แบบประเมิน pre- test / post -test มี 3 ชุด ดังนี้</u> 1. แบบประเมิน คุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านม(EROTC QLQ – BR23) 2. แบบประเมิน คุณภาพชีวิตของ องค์กรอนามัยโลกชุด ย่อ 26 ตัวชี้วัด (World Health Organization Quality of life Assessment Instrument : WHOQOL-BREF- THAI) 3.แบบประเมินแผล ผ่าตัดผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดเด้านม
ครั้งที่2 (10นาที) 1 วัน ก่อน admit	-ใช้ระบบ Tele medicine โทรศัพท์ก่อน ผ่าตัด เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ทบทวน ความรู้และให้ข้อมูลซ้ำ				
ครั้งที่3 วัน admit (10นาที)	-ทบทวนความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและให้ข้อมูลซ้ำ				
ครั้งที่4 7 วันหลัง ผ่าตัด (10นาที)	-ใช้ระบบ Tele medicine โทรศัพท์ตาม อาการหลังผ่าตัดเด้านม -ทบทวนความรู้และให้คำแนะนำในการดูแล จัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้				
ครั้งที่5 กรณีไม่มีสาย ระบายกลับบ้าน ครั้งที่5.1 (10นาที) วันฟังผลpatho	-ทบทวนความรู้และให้คำแนะนำในการดูแล จัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ -ส่งผู้ป่วยพบกายภาพ เข้ารับ Pre-post op. program -Post -test				
กรณีมีสายระบาย กลับบ้าน ครั้งที่5.1 (10นาที) F/U plan ตัดไหม off drain	-ทบทวนความรู้และให้คำแนะนำในการดูแล จัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ -ส่งผู้ป่วยพบกายภาพ เข้ารับ Pre-post op. program				
ครั้งที่5.2 (10นาที) วันฟังผลpatho	-ทบทวนความรู้และให้คำแนะนำในการดูแล จัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ -ส่งผู้ป่วยพบกายภาพ เข้ารับ Pre-post op. program -Post -test				

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ประกอบด้วย

- เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยโปรแกรมการให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมจนถึงวัน Follow up พังผล patho หลังผ่าตัดเต้านม ดังนี้

1. เอกสาร

- ใบแนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการเตรียมพร้อมก่อนผ่าตัด รูปแสดงลักษณะสายระบายที่แผลผ่าตัดเต้านม

- ใบตารางเปรียบเทียบการผ่าตัดเต้านมแต่ละชนิด รูปภาพแสดงแผลหลังผ่าตัดในระยะ 2 สัปดาห์ และแผลหลังผ่าตัดในระยะหลัง 3 เดือน รูปแสดงลักษณะสายระบายที่แผลผ่าตัดเต้านม

- แผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเสริมหน้าอกด้วยซิลิโคน แบบ graphic info

- แผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับการเจาะระบายภาวะน้ำเหลืองคั่งโดยใช้เข็ม

- คู่มือสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและเลาะต่อมน้ำเหลือง การดูแลหลังผ่าตัดเต้านม การบริหารแขนและไหล่หลังผ่าตัด การป้องกันภาวะแขนบวม การป้องกันภาวะน้ำเหลืองคั่งและอื่นๆ

2. สื่อวีดิทัศน์

- วิดีทัศน์เรื่อง การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเต้านมใช้เวลา 5 นาที

3. หุ่นสื่อการสอน

- หุ่นสวมเสื้อชั้นในหรือสปอร์ตบรา สำหรับเป็นตัวอย่างให้ผู้ป่วยเลือกเสื้อชั้นในหรือสปอร์ตบราที่เหมาะสม สำหรับใช้สวมใส่หลังผ่าตัด

ผู้วิจัยได้นำเอกสาร เนื้อหาทั้งหมด ไปให้ผู้เชี่ยวชาญอาจารย์พยาบาลที่ศึกษาคำวนาคำดัชนี ความตรงตามเนื้อหา และผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม และความสอดคล้องของสื่อที่ใช้กับเนื้อหา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อื่นๆ ระยะของโรคมะเร็งเต้านม ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับ

ตอนที่ 2. แบบสอบถามและแบบประเมิน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคมะเร็งเต้านม (EORTC QLQ-BR23)

2.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโรคชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (World Health Organization Quality of life Assessment Instrument : WHOQOL-BREF-THAI)

2.3 แบบสอบถามการติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม ในระบบ Thai HIS UDCH

2.4 แบบประเมินแผลผ่าตัดผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม ในระบบ Thai HIS UDCH

3.4 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรมดังนี้

1) ผู้วิจัยซักซ้อมความเข้าใจกับทีมผู้วิจัย ชี้แจงแนวทาง เทคนิค วิธีการ ตลอดจนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการและมีคุณภาพ เชื่อถือได้ ปราศจากความลำเอียง

2) ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ผลดี-ผลเสีย ของการเข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียดด้วยวาจา

3) ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและชี้แจงแนวทาง เทคนิค วิธีการ ตลอดจนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง เห็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยอ่านใบยินยอมให้กลุ่มตัวอย่าง ฟังก่อนเซ็นชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

4) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือน มิถุนายน 2567 ถึง สิงหาคม 2567 ดำเนินการวิจัยตามที่กำหนด

5) นำข้อมูลมาวิเคราะห์และเขียนสรุปการวิจัย

3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เลขที่..... / 2565เมื่อวันที่ 2567 และได้รับการอนุญาตจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ก่อนเก็บรวบรวมถึงได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ผลดี-ผลเสียของการเข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียดด้วยวาจา ผู้วิจัยถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบแบบสอบถามหากรู้สึกอึดอัดหรือไม่อยากตอบ และสามารถถอนจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและการยุติครั้ง

นี้ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หรือบริการที่จะได้รับ เมื่อผู้ป่วยเข้าใจและตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม โดยไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะระมัดระวังไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆต่อผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม โดยไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล และจะระมัดระวังไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆต่อผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้ในตู้ที่ปลอดภัย ซึ่งไม่มีผู้ใดสามารถดูข้อมูลได้ เมื่อนำข้อมูล มาวิเคราะห์ และจะทำการลบข้อมูลทิ้งเมื่อเขียนรายงานการวิจัยเสร็จสิ้น

3.6 สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะของโรคมะเร็งเต้านม ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับ นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. ใช้สถิติเชิงอนุมานสำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t – test
3. ใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านม นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย