

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม  
ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม

The Effective of Program Providing Information to Quality of Life among the Breast  
Cancer Patients Receiving Breast Surgery

จารุณี แก้วอุบล\*  
Jarunee Kaewubon\*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและติดตามในแผนกศัลยกรรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2562 – เดือนกุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลรักษาตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรัง

### Abstract

This quasi – experimental research with a two groups pretest – posttest design aimed to determine the effectiveness of the information providing program on quality of life among the breast cancer patients receiving breast surgery. Subjects consisted of 50 breast cancer patients who followed-up after breast surgery at outpatient surgical department, Trang Hospital during July 2019 – February 2020. The control group received routine care while the experimental group received the information providing program. Data collection by the following research instrument included a demographic data recording form and the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument: WHOQOL-BREF-THAI. Data were analyzed by using the frequency, percentage, mean, paired t-test and independent t-test, significant at the level 0.05.

Average score of overall quality of life and each aspect, including physical health, psychological and environment in experimental group after receiving the information program was higher than before receiving program with statistical significance at the level of 0.05. As for the quality of life in social relationship aspect before and after receiving the program were not significantly different. The average score of overall quality of life and each aspect, including physical health, psychological and environment in experimental group was higher than the control group with statistical significance at the level of 0.05. The quality of life in social relationship of the experimental group and the control group were not significantly different.

## บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิงทั่วโลก และมีแนวโน้มพบมากขึ้นทุกปี สถิติปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลก 2,088,849 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตมากถึง 626,679 ราย<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบโรคมะเร็งเต้านมเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงร้อยละ 37 ของมะเร็งทั้งหมด มีอัตราผู้ป่วย 28.5 ต่อประชากรหญิงแสนคน และมีอัตราผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 12.4 ต่อประชากรหญิงแสนคน<sup>2</sup> พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ประมาณ 20,000 รายต่อปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลตรัง ซึ่งพบผู้ป่วยรายใหม่มากที่สุดและมีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติปี พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 พบผู้ป่วยรายใหม่ 75, 88 และ 115 คน ตามลำดับ

การรักษาามะเร็งเต้านมในปัจจุบันมีการรักษาร่วมกันหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัดเต้านม, การให้ยาเคมีบำบัด, การใช้ฮอร์โมนและการฉายรังสี การรักษาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ โดยผู้ป่วยเมื่อพบว่าได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง อาจเกิดความหวาดกลัว วิตกกังวล และขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง<sup>3</sup> นอกจากนี้โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ต้องรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน โดยเป็นรูปแบบผสมผสานหลายวิธี การผ่าตัดเต้านมซึ่งส่วนใหญ่ มักต้องตัดเต้านมข้างที่เป็นโรครอก ทำให้ผู้หญิงรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเต้านมซึ่งมีทั้งแบบเฉียบพลันหลังผ่าตัด ได้แก่ มีเลือดออกที่แผล แผลบวมหรือมีการติดเชื้อที่แผล หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ได้แก่ ภาวะแขนบวมจากการตัดเอาต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออก ภาวะข้อไหล่ติด ยกแขนได้ไม่เต็มที่และมีอาการชาบริเวณต้นแขนจากการตัดเอาเส้นประสาทที่รับความรู้สึกบริเวณต้นแขนออก นอกจากนี้

การผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งจะเกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่วง ไข้ และมีการกีดการทำงานของไขกระดูก ผู้ป่วยจะรู้สึกทรมานในช่วงให้ยา กิจกรรมประจำวันที่ปฏิบัติอยู่ทำได้น้อยลง ผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวล กลัวโรครจะกลับเป็นซ้ำ ไม่หายขาด กลัวว่าจะมีชีวิตไม่ยืนยาว ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมาก<sup>4,5,6</sup> ที่ผ่านมามีการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมุ่งเน้นการรักษาโรคโดยวิธีการผ่าตัดเต้านม การให้เคมีบำบัดและการใช้ฮอร์โมน เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดตายขาดจากโรค แต่ยังไม่ได้นับเรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยขณะทำการรักษาและหลังจากสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งการสูญเสียภาพลักษณ์หลังจากตัดเต้านมออก ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรค การมีชีวิตที่ยืนยาวเหมือนคนทั่วไปหรือไม่ และปัญหาครอบครัวจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย

เป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่สำคัญ นอกจากให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคแล้ว สิ่งที่สำคัญ คือ การให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้ความรู้ในการดูแลตนเอง รู้จักป้องกันผลข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างเหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับสภาพเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด สามารถดูแลตนเองจากความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม<sup>7</sup> ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำเป็นต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งแตกต่างกันตามระยะเวลาของการรักษามะเร็งเต้านม เช่น ระยะวินิจฉัยโรค, ระยะหลังผ่าตัด, ระยะหลังรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดหรือฉายรังสี และระยะฟื้นฟูเมื่อสิ้นสุดการรักษา<sup>8</sup> รวมทั้งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในระหว่างรักษา

และถือเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีประสิทธิภาพ<sup>9</sup>

ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและกระบวนการวินิจฉัยโรค โอกาสและทางเลือกในการรักษา การดำเนินโรค การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษา การดูแลหลังการรักษา การกลับเป็นซ้ำ และการเฝ้าระวังสุขภาพ ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลด้านการรักษาจากแพทย์และพยาบาลมากที่สุด และพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งมีความสำคัญอย่างมาก ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในกระบวนการต่างๆ ของการตรวจวินิจฉัย การรักษา การจัดการกับปัญหาทางด้านร่างกาย และอารมณ์ การฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย และสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ในระหว่างกระบวนการรักษา<sup>10</sup>

การใช้ระบบการพยาบาลให้ความรู้และสนับสนุนตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (Orem)<sup>11</sup> โดยพยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยให้ความรู้ ให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาของภราดร และคณะ<sup>12</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัด โดยการสอน การชี้แนะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งจากการศึกษาของมาศอุบล<sup>13</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยให้ความรู้จำเพาะต่ออาการไม่สบายจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นจากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่ได้ครอบคลุมทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่เมื่อได้รับ

การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ช่วงให้ยาเคมีบำบัดและสิ้นสุดการรักษา ซึ่งแต่ละระยะมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

ดังนั้น ผู้วิจัยต้องการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโดยรับรู้เรื่องโรค เตรียมตัวก่อนผ่าตัด ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดและระยะสิ้นสุดการรักษาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

### สมมุติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุนของโอเร็ม (Orem)<sup>11</sup> โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี ได้แก่ (1) การชี้แนะ โดยให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (2) การสนับสนุนโดยการแลกเปลี่ยน

เปลี่ยนเรียนรู้ พูด รับฟัง ให้กำลังใจและสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ (3) การสอนโดย การให้ความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วย (4) การสร้างสิ่งแวดล้อมโดยการปรับสภาพแวดล้อมที่จำเป็น ทำให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จึงเกิดการตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการดูแลตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามที่จะดูแลตนเองคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองให้มีเสถียรภาพ ซึ่งแนวคิดนี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะแรกมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้ก้าวผ่านกระบวนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วน<sup>14</sup> และเข้าสู่ระยะการฟื้นฟูสภาพเพื่อการมีชีวิตที่มีคุณภาพต่อไป ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มมาประยุกต์ใช้เป็นพื้นฐานในการจัดทำโปรแกรมให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าวซึ่งนำมาใช้ก่อนและหลังผ่าตัด

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง (Two groups pretest – posttest design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มา รักษาและติดตามในห้องตรวจคัดลอกกรรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารักษาและติดตามในห้องตรวจคัดลอกกรรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง ระหว่างเดือน

กรกฎาคม 2562 ถึงกุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 50 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล 25 ราย จากการกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .08 และอาศัยค่าเฉลี่ยของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันมาคำนวณ โดยจากการศึกษาของ ของ Sharif และคณะ (2010)<sup>15</sup> ที่ทำการศึกษาคุนภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลองมี  $M = 80.00$ ,  $SD = 17.90$  กลุ่มควบคุมมี  $M = 61.66$ ,  $SD = 21.88$  และใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ประมาณ .80 ตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรม ทำให้ได้ ตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน รวมตัวอย่างทั้งหมด 50 คน ซึ่ง Polit, & Beck (2004)<sup>16</sup> กล่าวไว้ว่า หากต้องการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาควรมีอย่างน้อย 30 คน และแต่ละกลุ่มมีจำนวนไม่น้อยกว่า 15 คน ซึ่งตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เพียงพอที่จะนำไปเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม โดยเป็นมะเร็งเต้านมระยะแรก ซึ่งได้แก่ มะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุ 25-60 ปี ยินดีเข้าร่วมโครงการและสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดโครงการ

เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ให้เคมีบำบัดก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยปฏิเสธการให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำของมะเร็งระหว่างศึกษาและผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาติดตามและให้การดูแลจนครบกระบวนการวิจัย

แล้วใช้วิธีการจับคู่รายบุคคล (Matched Subjects) ตามระดับคุณภาพชีวิต และระยะของโรค จากนั้นจะทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก เพื่อแยกเข้าสู่กลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

คือ โปรแกรมให้ข้อมูล สร้างตามกรอบแนวคิดระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้ และสนับสนุนของโอเร็ม (Orem) ซึ่งเป็นโปรแกรมให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ องค์ประกอบที่สำคัญ คือ ให้ผู้ป่วยรับรู้ลักษณะโรค การรักษา การปฏิบัติตัวขณะรักษาและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มรักษาจนสิ้นสุดการรักษา ซึ่งโปรแกรมใช้เวลาประมาณ 6 เดือน สื่อของโปรแกรม ประกอบด้วย

- แผ่นพับเรื่องมะเร็งเต้านม การดูแลหลังผ่าตัดเต้านม การบริหารแขนและไหล่หลังผ่าตัดและการเตรียมความพร้อมก่อนและขณะให้เคมีบำบัด

- วิดีทัศน์เรื่อง “การดูแลตนเองหลังผ่าตัดเต้านม” ใช้เวลาประมาณ 20 นาที เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติสนิทที่ดูแลเรื่องมะเร็งเต้านม การบริหารแขนและไหล่หลังผ่าตัดเต้านม การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเต้านม และ วิดีทัศน์เรื่องการดูแลตนเองขณะรับยาเคมีบำบัด

- ให้ความรู้ คำแนะนำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการวางแผนดำเนินชีวิตเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาต่างๆ ในการรักษาและการวางแผนชีวิตร่วมกับผู้ป่วยและญาติสนิทที่ดูแลผู้ป่วย

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ผู้ดูแล/ญาติ ระยะของโรคมะเร็งเต้านม ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับและการรักษาเสริมหลังผ่าตัด ได้แก่ การให้เคมีบำบัด

2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและได้รับเคมีบำบัดใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument: WHOQOL – BREF – THAI)<sup>17</sup> เป็นเครื่องมือที่ WHO ได้พัฒนามาจาก QOL ชุด 100 ตัวชี้วัด เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO ชุด 26 ตัวชี้วัดนี้จะแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 องค์ประกอบใหญ่ๆ ดังนี้ 1. ด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพทางกาย (Physical health) 2. ด้านเกี่ยวกับจิตใจ (Psychological) 3. ด้านที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationship) 4. ด้านที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Environment)

เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI จะ มี ข้อ ต า ม ที่ มี ความหมายในเชิงบวก 23 ข้อ และข้อความที่มีความหมายเชิงลบ 3 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคุณภาพชีวิตของตัวชี้วัดในแต่ละด้านและระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม จากพิสัยของคะแนนที่ได้จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL – BREF – THAI) โดยแบ่งคุณภาพชีวิตโดยรวมเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตไม่ดี 26 – 60 คะแนน คุณภาพชีวิตปานกลาง 61 – 95 คะแนน และคุณภาพชีวิตที่ดี 96 – 130 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ  
ชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 26  
ตัวชี้วัด (WHOQOL – BREF – THAI) ด้วยการ  
นำไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง 667 คน พบว่า  
มีค่าความเชื่อมั่น 0.8406 ค่าความตรง  
(Validity) 0.6515

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับ  
การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
ในคนของโรงพยาบาลตรัง โดยผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์  
ของกลุ่มตัวอย่างเก็บเป็นความลับ การนำเสนอ  
ข้อมูลไปเผยแพร่หรือไปอภิปราย จะนำเสนอใน  
ภาพรวมของผลการวิจัยภายหลังได้รับการลงนาม  
ยินยอม โดยผู้วิจัยได้จัดทำแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม  
และกลุ่มทดลอง ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลใน กลุ่มควบคุม

1.1 หลังจากผู้ป่วยได้เข้าพบแพทย์  
ในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาผ่าตัดมะเร็ง  
เต้านม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและขอความ  
ร่วมมือในการตอบแบบสอบถามประเมินคุณภาพ  
ชีวิตก่อนการรักษาและผู้ป่วยจะได้รับการดูแล  
รักษาตามแนวทางการพยาบาลปกติ

1.2 หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษา  
ทั้งการผ่าตัดและให้เคมีบำบัดครบตามกำหนด 1  
เดือนในวันที่ผู้ป่วยมาติดตามพบแพทย์ ผู้วิจัยพบ  
กลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบ  
สอบถามประเมินคุณภาพชีวิตอีกครั้ง ภายหลัง  
การรักษาแจ้งผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดการศึกษาในครั้งนี้

#### 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลใน กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองจะพบผู้วิจัยตาม  
โปรแกรม 5 ครั้ง ตามรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่ม  
ตัวอย่างและผู้ดูแล ภายหลังจากแพทย์ให้การวินิจฉัย

ว่าเป็นมะเร็งเต้านมและวางแผนการรักษา  
โดยการผ่าตัดเต้านม ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูล  
ส่วนบุคคล ซึ่งแจ้งการตอบแบบสอบถามประเมิน  
คุณภาพชีวิตก่อนการรักษา เพื่อเก็บข้อมูลก่อน  
ได้รับการวิจัย จากนั้นแนะนำโปรแกรมให้ข้อมูล  
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม  
โดยให้ความรู้การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเต้านม  
แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยจัดให้ชมวีดิทัศน์เรื่อง  
มะเร็งเต้านม การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเต้านมและ  
การบริหารแขนและไหล่เพื่อป้องกันแขนบวม  
ไหล่ติด ให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน รวมทั้ง  
ให้แผ่นพับเรื่องการดูแลปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด  
เต้านม หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม  
รับฟังปัญหาร่วมกับผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น  
และลดความกังวลก่อนเริ่มการรักษา

ครั้งที่ 2 วันที่แพทย์นัดมาตรวจ  
หลังผ่าตัดและแจ้งแนวทางการรักษาต่อ  
โดยเฉพาะการให้เคมีบำบัดประมาณ 3-4 เดือน  
หลังพบแพทย์ ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำให้การดูแล  
ตนเองหลังผ่าตัด สอบถามการปฏิบัติตัวที่เคย  
แนะนำไว้ การดูแลตนเองขณะให้ยาเคมีบำบัด  
โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และจัด  
ให้ชมวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมี  
บำบัด

ครั้งที่ 3 วันที่ผู้ป่วยมาให้ยาเคมี  
บำบัดครั้งที่ 2 ภายหลังจากได้ให้ยาเคมีบำบัดไปแล้ว  
1 ครั้ง ผู้วิจัยสอบถามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น  
หลังให้ยาเคมีบำบัด ให้ความรู้และการปฏิบัติตัว  
ในการแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 4 วันที่ให้ยาเคมีบำบัดครั้ง  
สุดท้าย ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความรู้ใน  
การปฏิบัติตัวหลังสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัด  
ได้แก่ การดูแลตนเองในการเฝ้าระวังการกลับ  
เป็นซ้ำของโรคมะเร็งเต้านมภาวะแทรกซ้อนระยะ  
ยาว เช่น แขนบวมและไหล่ติด การปฏิบัติตัว  
ขณะอยู่ที่บ้านร่วมกับครอบครัว และการมา  
ติดตามต่อเนื่องตามแพทย์นัด

ครั้งที่ 5 1 เดือนหลังให้ยาเคมีบำบัดครั้งสุดท้าย ในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลอง แจ้งผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดการศึกษาในครั้งนี้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรคมะเร็งเต้านมและชนิดของการผ่าตัดนำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square test)

2. ใช้สถิติเชิงอนุมานสำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน ลักษณะกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรคและชนิดของการผ่าตัด พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุมากกว่า 50 ปี สถานภาพสมรสคู่ และอาชีพเกษตรกรกรรมสำหรับระยะของโรค ส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 2 (ร้อยละ 88) ทั้ง 2 กลุ่ม และส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดแบบตัดเต้านม กลุ่มทดลอง ร้อยละ 88 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 84 (ตามตารางที่ 1)



**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ( $n_1 = 25, n_2 = 25$ )

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
กลุ่มอายุ	- < 40 ปี	3 (12)	2 (8)		0.683
	- 40-49 ปี	11 (44)	9 (36)		
	- 50-60 ปี	11 (44)	14 (56)		
สถานภาพสมรส	- โสด	3 (12)	1 (4)		0.545
	- คู่	19 (76)	20 (80)		
	- หย่า, ม่าย, แยก	3 (12)	4 (16)		
อาชีพ	- เกษตรกรรม	10 (40)	14 (56)		0.483
	- ค้าขาย	5 (20)	6 (24)		
	- รับจ้าง, งานบ้าน	6 (24)	3 (12)		
	- รับราชการ, งานบริษัท	4 (16)	2 (8)		
ระดับการศึกษา	- ประถมศึกษา	13 (52)	9 (36)		0.507
	- มัธยมศึกษา	8 (32)	10 (40)		
	- ปริญญาตรี, โท	4 (16)	6 (24)		
รายได้	- ต่ำกว่า 10,000 บาท	9 (36)	10 (40)		0.819
	- 10,000-20,000 บาท	8 (32)	9 (36)		
	- มากกว่า 20,000 บาท	8 (32)	6 (24)		
ระยะของโรค	- ระยะที่ 1	3 (12)	3 (12)		1.000
	- ระยะที่ 2	22 (88)	22 (88)		
ชนิดการผ่าตัด	- เก็บเต้านม	3 (12)	4 (16)		0.683
	- ตัดเต้านม	22 (88)	21 (84)		

**2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตแต่ละด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง**

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ 80.24 (S.D.=14.84) และหลังการทดลองเท่ากับ 81.60 (S.D.=15.8) ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต

โดยรวมของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 82.52 (S.D.=11.93) และหลังการทดลองเท่ากับ 94.96 (S.D.=11.13) ซึ่งทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ตามการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งอยู่ในช่วง 61-95 คะแนน (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแต่ละด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	(S.D.)	mean	(S.D.)	mean	(S.D.)	mean	(S.D.)
ด้านสุขภาพทางกาย	20.92	3.56	24.36	3.76	21.04	4.92	20.96	4.89
ด้านสุขภาพทางจิตใจ	20.24	3.42	23.64	3.44	20.24	4.59	19.52	4.72
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.80	1.89	10.28	2.05	9.28	1.88	9.68	2.34
ด้านสิ่งแวดล้อม	25.40	3.80	29.28	3.75	22.56	3.89	24.76	4.36
ผลรวมคุณภาพชีวิตทุกด้าน	82.52	11.93	94.96	11.13	80.24	14.84	81.60	15.80

### 3. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมของ

กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตามตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง ( $n_1 = 25, n_2 = 25$ )

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มทดลอง		Mean difference (95 % CI)	t-value	p-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง				
	mean	(S.D.)	mean	(S.D.)			
ด้านสุขภาพทางกาย	20.92	3.56	24.36	3.76	3.44 (5.47 ถึง 1.40)	3.49	0.002
ด้านสุขภาพทางจิตใจ	20.24	3.42	23.64	3.44	3.40 (5.11 ถึง 1.69)	4.10	<0.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.80	1.89	10.28	2.05	1.24 (1.72 ถึง 0.76)	0.80	0.434
ด้านสิ่งแวดล้อม	25.40	3.80	29.28	3.75	3.88 (5.91 ถึง 1.85)	3.94	0.001
ผลรวมคุณภาพชีวิตทุกด้าน	82.52	11.93	94.96	11.13	12.71 (19.00 ถึง 5.88)	3.91	0.001

**4. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง**

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย

ด้านสุขภาพทางจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตามตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ( $n_1 = 25, n_2 = 25$ )

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลองหลังการทดลอง		กลุ่มควบคุมหลังการทดลอง		Mean difference ( 95 % CI)	t-value	p-value
	mean	(S.D.)	mean	(S.D.)			
ด้านสุขภาพทางกาย	24.36	3.76	20.96	4.89	3.40 (5.88 ถึง 0.92)	2.76	0.008
ด้านสุขภาพทางจิตใจ	23.64	3.44	19.52	4.72	4.12 (6.47 ถึง 1.77)	3.53	0.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.28	2.05	9.68	2.34	1.25 (1.85 ถึง 0.65)	0.96	0.340
ด้านสิ่งแวดล้อม	29.28	3.75	24.76	4.36	4.52 (6.83 ถึง 2.21)	3.93	<0.001
ผลรวมคุณภาพชีวิตทุกด้าน	94.96	11.13	81.60	15.80	13.42 (21.20 ถึง 5.60)	3.47	0.001

**การอภิปรายผล**

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าอยู่ระดับปานกลาง (61-95 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูรินทร์ มาลารัตน์และณัฏฐร ทิพย์รัตน์เสถียร<sup>18</sup> รายงานผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ WHOQOL-BREF-THAI เหมือนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง แสดงว่าถึงแม้ผู้ป่วยมะเร็ง

เต้านมหลังผ่าตัดจะผ่านช่วงวิกฤตของการรักษาด้วยการผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัดแล้ว แต่ยังมี ความหวาดกลัวต่อสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในวันข้างหน้า กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคหรือกลัวภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะยาว ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม และจากการที่มีการประยุกต์โดยการนำแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มาใช้กับกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลด้วยกระบวนการสนับสนุน และให้ความรู้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดแรงจูงใจที่

จะปฏิบัติกิจกรรมตามคำแนะนำ โดยผ่านการชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอำภพร และคณะ<sup>19</sup> ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากสมมติฐานการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดรวมทั้งช่วงให้ยาเคมีบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงกับกรรายงานของ Sharif et al<sup>15</sup> ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 จำนวน 99 คน โดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทุกอาทิตย์ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการศึกษาหลายรายงานที่ผ่านมามีผลเช่นเดียวกัน<sup>20,21</sup> เนื่องจากโปรแกรมการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการดูแลตัวเองหลังผ่าตัด การให้ความรู้คำแนะนำหลังผ่าตัด ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แขนบวม ไหล่ติด รวมทั้งการเตรียมตัวก่อนให้ยาเคมีบำบัด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย การให้คำแนะนำขณะให้ยาเคมีบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นขณะให้ยาเคมีบำบัด<sup>22</sup> และการให้ความรู้หลังสิ้นสุดการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ลดความกังวลในการที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคและอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข

ผลการวิจัยนี้เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย ทางจิตใจ และสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังผ่าตัดเต้านมผู้ป่วยอาจมีปัญหาเรื่องอาการปวดแขน รวมทั้งแขนบวม ไหล่ติด การให้ความรู้ก่อนและหลังผ่าตัด การบริหารแขนและไหล่อย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ เช่น การผ่าตัดเอาเต้านมออก ต้องสูญเสียภาพลักษณ์ของผู้หญิง กลัวโรคมะเร็งไม่หายขาด และความกังวลในเรื่องการดูแลของสมาชิกในครอบครัว จากการรายงานของ Park ปี 2012<sup>23</sup> ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 48 คนโดยใช้โปรแกรมให้ความรู้เน้นด้านจิตใจและอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเรื่องด้านสิ่งแวดล้อม การแนะนำให้กำลังใจถึงโอกาสหายขาดจากโรค ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงในชีวิต การแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านร่วมกับครอบครัวผู้ดูแลทั้งการกินอาหาร การพักผ่อนและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้วิธีทัศนพร้อมทั้งให้คู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การบริหารแขนและไหล่ป้องกันแขนบวมและไหล่ติด เป็นการส่งเสริมความสามารถทางปัญญาให้กับผู้ป่วย ทำให้เกิดความมั่นใจและมุ่งมั่นในการเข้ารับการรักษา ซึ่งทำให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้<sup>24</sup> การให้ข้อมูลความรู้นอกจากแก่ผู้ป่วยแล้วต้องให้ความรู้กับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นคง

ทางจิตใจมากขึ้นจะเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษา ผลของรูปแบบการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต่อการดูแลของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม<sup>25</sup>

สรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย การให้ความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การบริหารแขนและไหล่ การดูแลตนเองขณะให้ยาเคมีบำบัด รวมทั้งการให้กำลังใจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองวางแผนการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำไปประกอบการให้ความรู้มาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัดร่วมด้วย เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยนำไปปรับมาใช้ให้สอดคล้องและเหมาะสมในโรคมะเร็งแต่ละชนิด เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยมะเร็งและเป็นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์

2. ด้านการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้แยกกลุ่มตัวอย่างตามชนิดการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดแบบตัดเต้านมออกและการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม ซึ่งอาจมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน จึงควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แยกกันในกลุ่มที่ผ่าตัดแบบตัดเต้านมออก และผ่าตัดแบบสงวนเต้านม เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยมีทางเลือกวิธีการผ่าตัดให้เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม สำเร็จลงได้ด้วย

ความกรุณาจากหลายท่านที่ได้อนุเคราะห์ให้ความช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์ไพจิตร พุทธรอด อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครัง ที่ให้คำแนะนำ ชี้แนะ ส่งผลให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณสภากายวิภาคศาสตร์ที่ช่วยให้คำปรึกษาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องตรวจสัณยธรรมที่มีส่วนช่วยเหลือในงานวิจัยครั้งนี้และขอขอบคุณผู้ป่วยทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Ferlay J and Soerjomataram I. Global cancer statistics 2018; GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancer in 185 Countries. *Cancer J Clin* 2018; 68: 394-424.
2. กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2560. (Hospital-Based Cancer Registry 2017). กรุงเทพมหานคร: พรทรัพย์การพิมพ์; 2561.
3. Sirilertrabul S and Fatanatharathorn V. Quality of life :psychological aspect In: Ratanatharathorn V, editor. *Textbook of medical oncology*. Bangkok: Holistic Publishing; 1995.
4. Cheng K, Wong W and Koh C. Unmet needs mediate the relationship between symptoms and quality of life in breast cancer survivors. *Supportive care in cancer*. 2016; 24: 2025-2033.
5. Stagl J, Bouchard L and Lecher S. Long-term psychological benefits of cognitive behavioral stress management

- for women with breast cancer. *Cancer* 2015; 11: 1873-1881.
6. โสภิต ก่อพูนศิลป์ และทิพาพร พงษ์เมษา. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านมในช่วงการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สูตร Fluouracil, Doxorubicin และ Cyclophosphamide. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 2560; 35(4): 373-384.
  7. Rhodes W and Hanson B. Patients' descriptions of the influence of tiredness and weakness on self-care abilities. *Cancer Nursing*. 1988; 11: 186-194.
  8. Holsin CN and Haber J. Adjusting to breast cancer. *Am J Nurs*. 2000; 100(4): 26-32.
  9. Anderson H and Espinosd E. Evaluation of the chemotherapy patient monitor. An interactive tool for facilitating communication between patients and oncologists during the cancer consultation. *European Journal of cancer care*. 2001; 10(2): 115-123.
  10. Puts MTE, Papoutsis A and Tourangeau AE. A systemic review of unmet needs of newly diagnosed older cancer patients undergoing active cancer treatment. *Support care cancer*. 2012; 20(7): 1379-94.
  11. Orem D.E. *Nursing: Concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed.) St Louis, MO: Mosby; 2001.
  12. ภราดร ล้อธรรมมา, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช, อุดมลักษณ์ เจนพานิชย์ และปกรณ ประจัญบาน. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง  
นมหลังได้รับการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 2558; 9(1): 172-180.
  13. มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์ พยม). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
  14. สมจิตร หนูเจริญกุล. การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรีนติ้ง; 2544.
  15. Sharif F, Abshorshori N and Tahmasebis S. The effect of peer-led education on the life quality of mastectomy patients referred to breast cancer - clinics in shiraz. *Health and Quality of life outcome*. 2009; 8 (1): 74-80.
  16. Polit D.F. and Beck, C.T. *Nursing research: Principles and Methods*. 7<sup>th</sup> Edition, Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia; 2004.
  17. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจิริงกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. *โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*; 2540.
  18. ภูมิรินทร์ มาลารัตน์ และณัฏฐา ทิพย์รัตน์ เสถียร. คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*. 2551; 52(3): 205-216.
  19. อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและการจัดการกับอาการแสดงทางระบบทางเดินอาหารภายหลังการได้รับ

- โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารสมาคมพยาบาลสาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ. 2556; 31(1): 62-69.
20. Siekkinen M, Pyrhonen S and Ryhanen A. Psychosocial outcomes of e-feedback of radiotherapy for breast cancer patients. *Psycho-oncology*.2015; 24(5): 515-522.
21. Meneses K, Meness P, Azuero A and Loerzel V. Preliminary evaluation of psychoeducational support interventions on quality of life in rural breast cancer survivors post – primary treatment. *CancerNursing*. 2009; 32 (5): 38-397.
22. Bowman KF, Rose JH and Radziewicz RM. Family caregiver engagement in a coping and communication support intervention tailored to advanced cancer patients and families. *Cancer Nursing*. 2009; 32 (1): 73-81.
23. Park JH, Bae SH, Jung YS and Kim KS. Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program a pilot study. *Cancer Nursing*. 2012; 35(1): 34-41.
24. Heth K. Abbreviated instrument to measure hope : development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs*. 1992; 17: 1251-9.
25. ชมนาด วรณพรศิริ, อรวรรณ รัตนจำรูญ และมลิวลัย ตระกูลทิพย์. ผลของรูปแบบการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต่อการดูแลของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 2552; 8(2): 19-29.