



การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยเวชศาสตร์ครอบครัว

ธีระพล จิตต์พลุกูล พ.บ.^{1*}

เอมินทร์ รัตนเงินปัทม¹

ภุชณิศา เคี่ยมสมุทร¹

¹ กลุ่มงานอนามัยชุมชน โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ Email: dr.teerapat@yahoo.com

Vajira Med J. 2017; 61(2): 83-96

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2017.9>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีดั้งเดิม

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการวิจัยชนิด cohort study, non-parallel group (different time, historical control) ดำเนินการระหว่าง 1 ธันวาคม 2559 ถึง 30 มิถุนายน 2560 โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีดั้งเดิม ดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานและผลการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลกลาง ในช่วงเวลาที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีดั้งเดิม เพื่อใช้เป็นกลุ่มควบคุม ต่อมาจึงให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวในการดำเนินงาน ในช่วง 1 ธันวาคม 2559 ถึง 30 มิถุนายน 2560 เพื่อใช้เป็นกลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองด้วยเครื่องมือเดียวกัน และนำผลการศึกษามาทำการวิเคราะห์เพื่อหาความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย: ทั้งสองกลุ่มพบได้รับการวินิจฉัยโรคมามากที่สุดในช่วง 35- 45 ปี กลุ่มทดลองสามารถตรวจวินิจฉัยโรคพบในระยะเริ่มแรกคือระยะที่ 1- 2 ได้มากกว่าในกลุ่มควบคุม ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัดและการใช้รังสีรักษา ในทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก WHOQOL-BREF-THAI พบว่าประเด็นสุขภาวะทางจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และผลรวมคุณภาพชีวิตทุกมิติในกลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป: การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาปรับใช้มีประโยชน์ช่วยพัฒนาให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นในเกือบทุกมิติ แม้อาจไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคตามธรรมชาติซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาวะทางกายได้ หลักเวชศาสตร์ครอบครัวสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตในประเด็นสุขภาวะทางจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น และอาจนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไป



Effect of Family Medicine-based Care on Quality of Life of Breast Cancer Patients

Teerapat Jittpoonkuson MD ¹

Amint Rathngernpath ¹

Poosanisa Keamsamuthe ¹

¹ Division of Community Medicine. BMA General Hospital. Bangkok, Thailand

* Corresponding author's email: dr.teerapat@yahoo.com

Vajira Med J. 2017; 61(2): 83-96

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2017.9>

Abstract

Purpose: To compare the quality of life between patients with breast cancer who received family medicine-based care and those who received conventional care.

Methods: This was a cohort study, non-parallel group (different time, historical control). We compared the quality of life (using WHOQOL-BREF-THAI) between patients with breast cancer who received family medicine-based care and the other group who received conventional care. Demographic data and quality of life were collected from our hospital database. Forty-two (42) patients who received family medicine-based care were included as the experimental group, and 42 patients who had received conventional breast cancer care were included as the control group. Demographic data and quality of life were collected between December 1, 2016 and June 30, 2017. The data were statistically analyzed using chi-squared test for the difference of outcomes.

Results: In both groups, the most common age of diagnosis was between 35 and 45 years. Patients were diagnosed earlier (Stage 1-2) in the experimental group ($p < 0.05$). Complications related to surgery, chemotherapy and radiation therapy were not statistically different in both groups. Other demographic data and socioeconomic status were not statistically different in both groups. The quality of life (QOL) in terms of mental health, social relationships, environmental relationships and overall QOL were higher in the experimental group. ($p < 0.05$)

Conclusions: Family medicine-based care is useful for improving quality of life of patients with breast cancer and could be applied to other diseases.

Keywords: Breast cancer, Family medicine, Family medicine-based care, Quality of life, End of life care

บทนำ

กรุงเทพมหานครเป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ ประชาชนมีความเร่งรีบในการใช้ชีวิต ทำงานแข่งกับเวลา จึงมีเวลาให้กับตนเองและครอบครัวน้อยลง ส่งผลให้ขาดการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ปัญหาสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานครมีการเปลี่ยนแปลงจากกลุ่มโรคติดต่อมาเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อมากขึ้น โดยเฉพาะโรคเมร็งเต้านมที่พบสูงขึ้นในระยะหลัง¹ พบว่าโรคเมร็งเต้านมในสตรีเป็นเมร็งที่พบบ่อยที่สุดของโรงพยาบาลกลาง ในช่วงปี.ศ.2553 ถึง 2557 มีการตรวจรักษาเมร็งเต้านมและได้รับการผ่าตัด 204 ราย โดยช่วงอายุที่พบบ่อยที่สุดคือ 35-45 ปี เปรียบเทียบกับสถิติของสถาบันเมร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรายงานว่าพบผู้ป่วยเมร็งเต้านมรายใหม่ประมาณ 20,000 รายต่อปี หรือ 45 รายต่อวัน¹ เมร็งเต้านมเป็นเมร็งที่รักษาได้หากตรวจพบในระยะแรก อัตราการอยู่รอดจะสูงกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยได้ในระยะท้าย การรักษาหลักของโรคเมร็งเต้านมคือการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาซึ่งเป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงและมีผลข้างเคียงมาก เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเมร็งเต้านมและอยู่ในระยะที่ต้องรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเต้านมจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก นอกจากประเด็นของการรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคและรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้แล้ว ยังมีผลที่ติดตามมาด้วยคือผลกระทบทางด้านจิตใจ ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การใช้รังสีรักษา ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วย และผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่โดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนปกติที่มุ่งเน้นการรักษาโรคเป็นหลัก โดยมิได้นำหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาปรับใช้ จึงอาจไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว แม้การรักษาโรคด้วยการทำศัลยกรรมจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นในประเด็นของตัวโรค^{2,3} แต่การนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้ในกระบวนการดูแลจะช่วยให้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมดียิ่งขึ้น⁴ การสร้างทีมสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพ^{5,6} และร่วมกันวางแผนดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญ

ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติหรือบุคคลใกล้ชิด จึงน่าจะให้ผลการดูแลที่ดีกว่า จึงจำเป็นต้องทำการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากการดูแลด้วยวิธีดั้งเดิมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากการดูแลโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว

ก่อนปีงบประมาณ 2557 การดูแลผู้ป่วยเมร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกลางยังคงเป็นการรักษาด้วยวิธีดั้งเดิมโดยมุ่งเน้นการรักษาโรคเป็นหลัก การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมยังไม่มีระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน มีการเก็บรวบรวมสถิติข้อมูลการรับปรึกษาของนักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยาของกลุ่มงานอนามัยชุมชนเกี่ยวกับผลกระทบที่สืบเนื่องจากการรักษา ในประเด็นภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม และเริ่มมีผลการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)⁷ อยู่ในฐานข้อมูลของกลุ่มงานอนามัยชุมชนตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2556 เป็นต้นมา

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 เป็นต้นมา โรงพยาบาลกลางได้ดำเนินการให้การดูแลผู้ป่วยเมร็งเต้านมอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวในการดำเนินงาน^{8,9} โดยมีการพัฒนารูปแบบและองค์ประกอบของทีมสุขภาพให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นตามลำดับ โดยให้บริการผู้ป่วยในทุกสิทธิการรักษาอย่างเท่าเทียมกัน

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีดั้งเดิม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยชนิด cohort study, non-parallel group (different time, historical control) ดำเนินการระหว่าง 1 ธันวาคม 2559 ถึง 30 มิถุนายน 2560 โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเมร็งเต้านมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีดั้งเดิม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยหญิงทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกลาง ระหว่าง 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2557 จำนวนทั้งสิ้น 42 ราย
2. ผู้ป่วยหญิงทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกลางระหว่าง 1 ธันวาคม 2559 ถึง 30 มิถุนายน 2560 มีจำนวนทั้งสิ้น 42 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยหญิงที่อยู่ในพื้นที่ให้บริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมของโรงพยาบาลกลาง โดยไม่จำกัดช่วงอายุ และสถานภาพทางสังคม
2. เป็นผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมทุกระยะ โดยศัลยแพทย์ที่โรงพยาบาลกลาง
3. มีความประสงค์เข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาโดยสถานพยาบาลอื่นมาก่อน
2. ผู้ป่วยที่แจ้งให้ทราบว่าไม่สามารถรับการติดตามและให้การดูแลจนครบกระบวนการศึกษาวิจัย
3. ผู้ป่วยขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยระหว่างการดำเนินการศึกษา

จำนวนอาสาสมัครหรือขนาดตัวอย่าง

$$\text{ด้วยสูตร } n = \frac{2pq(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2}{(P_c - P_t)^2}$$

โดย $Z_{\alpha/2}$ ใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% $Z_{\alpha} = 1.96$ และ Z_{β} ใช้กรณี power = 80% $Z_{\beta} = 0.84$ p_t คือร้อยละของอาสาสมัครที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยเวชศาสตร์ครอบครัวที่คณะผู้วิจัยมีความคาดหวัง p_c คือร้อยละของอาสาสมัครที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีดั้งเดิมที่เคยมีผู้รายงานไว้¹⁸ $p_t - p_c = 0.30$

คือ สัดส่วนของอาสาสมัครที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในกลุ่มได้รับการดูแลด้วยเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีความสำคัญทางคลินิกมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีดั้งเดิม $p = \frac{1}{2}(p_c + p_t) = 0.6$ และ $q = 1 - p = 0.4$

สรุปผลการคำนวณ ขนาดตัวอย่างน้อยที่สุดที่ต้องใช้ในการศึกษา คือ 42 รายต่อกลุ่ม

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

งานวิจัยดังกล่าวได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนกรุงเทพมหานครแล้ว และได้ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูล อายุ การวินิจฉัย ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนในการรักษา และผลการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ WHOQOL-BREF-THAI ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกลาง ในช่วง 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2557 จากฐานข้อมูลของกลุ่มงานอนามัยชุมชน โรงพยาบาลกลาง ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีดั้งเดิม เพื่อใช้เป็นกลุ่มควบคุม
2. พยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้ขอความยินยอมจากผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาโดยผู้ป่วยและญาติจะได้รับคำอธิบายและตอบข้อซักถามอย่างละเอียดก่อนการตัดสินใจอย่างอิสระ
3. ดำเนินการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวในการดำเนินงาน ในช่วง 1 ธันวาคม 2559 ถึง 30 มิถุนายน 2560 เพื่อใช้เป็นกลุ่มทดลอง
4. เก็บรวบรวมข้อมูล อายุ การวินิจฉัย ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนในการรักษา ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกลาง ในช่วง 1 ธันวาคม 2559 ถึง 30 มิถุนายน 2560 เพื่อใช้เป็นกลุ่มทดลอง
5. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยนักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ของกลุ่มงานอนามัยชุมชน โดย WHOQOL-BREF-THAI ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองเมื่อสิ้นสุดขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านแล้ว และสิ้นสุดการรักษาแล้วเป็นเวลา 30 วัน

6. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง คือ ช่วงอายุ ที่พบโรค ระยะของโรคขณะที่ตรวจพบ โรคร่วม สภาวะทางจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา คุณภาพชีวิตในแต่ละมิติและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบหาความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มโดยใช้ chi-squared test

นิยามตัวแปร

การดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีดั้งเดิม หมายถึง การดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงการวินิจฉัย การให้การรักษารักษาโรคตามมาตรฐานทางการแพทย์สำหรับโรคมะเร็งเต้านม ตามระยะของการดำเนินโรค โดยไม่ได้นำปัจจัยด้าน สภาวะจิตใจ อารมณ์ สังคม สภาพครอบครัวและสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เข้ามาพิจารณาประกอบการดูแลรักษาอย่างเป็นระเบียบแบบแผนชัดเจน

การดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว หมายถึง การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมประกอบด้วย การวินิจฉัยและการให้การรักษารักษาโรคตามมาตรฐานทางการแพทย์สำหรับโรคมะเร็งเต้านม ตามระยะของการดำเนินโรค และนำปัจจัยแวดล้อมด้าน สภาวะจิตใจ อารมณ์ สังคม สภาพครอบครัวและสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยเข้ามาประกอบการดูแลรักษา¹⁰

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁷ หมายถึง การดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสมของมนุษย์ ตามสภาพความจำเป็นพื้นฐานในสังคม ซึ่งสนองต่อสิ่งที่ต้องการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและความคิดอย่างเพียงพอ จนก่อให้เกิดความสุขตลอดทั้งการมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่ดี ในการศึกษาที่ใช้แบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต⁷ มี 4 ด้าน ดังนี้

1. **ด้านร่างกาย (Physical domain)** คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน

การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2. **ด้านจิตใจ (Psychological domain)** คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. **ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships)** คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. **ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)** คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

เครื่องมือวัดตัวแปร

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)⁷ การนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้งานได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือดังกล่าวแล้ว โดยไม่มีค่าลิขสิทธิ์ โดยมีรายละเอียดดัง <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>

วิธีดำเนินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเป็น องค์รวมโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว

มีขั้นตอนดังนี้¹¹

1. กำหนดทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย อันประกอบด้วย
ศัลยแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเฉพาะทาง
(พยาบาลศัลยกรรม, วิทยุพยาบาล) พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ
นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักสังคม
สงเคราะห์ รวมทั้ง จัดตั้งทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย

ที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล
สร้างเสริมสุขภาพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ
นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลเยี่ยมบ้าน
นักกายภาพบำบัด ครอบครัวของผู้ป่วยและอาสาสมัคร
สาธารณสุขในชุมชน

2. ขั้นตอนดำเนินการ โดยแบ่งตามระยะของ
การดูแลผู้ป่วย¹²⁻¹⁵ และปัญหาหลักของผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1:

วิธีดำเนินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว แบ่งตามระยะ

ทีมสุขภาพ	การปฏิบัติ
ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เริ่มมาพบแพทย์ ก่อนทราบผลการวินิจฉัย	
ปัญหาหลักของผู้ป่วย: ความวิตกกังวลในโรค ต้องการความเห็นยืนยันการวินิจฉัยโรค ต้องการทราบข้อมูลการดำเนินโรค และโอกาสรักษา และกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา	
ศัลยแพทย์	ตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียดและให้คำอธิบายเบื้องต้น
พยาบาลวิชาชีพศัลยกรรม	อธิบายขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยชิ้นเนื้อ และแนวทางการรักษาเบื้องต้น
นักสังคมสงเคราะห์	ให้คำปรึกษาเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลและระบบโรงพยาบาลสงเคราะห์ และจัดการระบบ fast track ให้ผู้ป่วย
นักจิตวิทยา	ประเมินสถานะความเครียดและวิตกกังวล
พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ	ให้ความรู้ระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าจะสามารถผ่านพ้นช่วงวิกฤติของการดำเนินโรคไปได้
ระยะที่ 2 ผู้ป่วยได้รับแจ้งผลการวินิจฉัย	
ปัญหาหลักของผู้ป่วย: ยังทำใจยอมรับในโรคไม่ได้ กังวลในการดำเนินโรค กังวลในภาวะแทรกซ้อนของการรักษา กังวลการสูญเสียภาพลักษณ์หลังการผ่าตัดเต้านม และกังวลการหยุดพักงาน สูญเสียรายได้	
ศัลยแพทย์	แจ้งผลการตรวจวินิจฉัยพร้อมแนวทางการรักษาตลอดจนภาวะแทรกซ้อนอย่างละเอียด
พยาบาลวิชาชีพศัลยกรรม	อธิบายขั้นตอนการผ่าตัดรักษา ระยะเวลาพักรักษาตัว และการรักษาเสริมกรณีรังสีรักษา และเคมีบำบัด
นักสังคมสงเคราะห์	ให้คำปรึกษาประเด็นสิทธิการรักษาพยาบาล อำนวยความสะดวกในการรับส่งต่อผู้ป่วย ระบบโรงพยาบาลสงเคราะห์ ให้คำปรึกษาปัญหาครอบครัวและที่ทำงาน ปัญหารายได้
นักจิตวิทยา	ประเมินภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปรึกษาจิตแพทย์หากต้องทำการรักษา
พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ	ให้ความรู้ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดและการรักษาเสริม แนวทางในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม เครือข่ายผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การใช้กลุ่มบำบัด ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและระบบธนาคารอุปกรณ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลกลาง

ตารางที่ 1:

วิธีดำเนินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว แบ่งตามระยะ (ต่อ)

ทีมสุขภาพ	การปฏิบัติ
ระยะที่ 3 ผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลและตัดสินใจยินยอมให้ทำการรักษา	
ปัญหาหลักของผู้ป่วย: กังวลต่อภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด (ผู้ป่วยและญาติ) การจัดการโรคประจำตัวก่อนการผ่าตัด และการประสานงานระหว่างทีมผ่าตัด ทีมวิสัญญี และหอผู้ป่วยใน	
ศัลยแพทย์	ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างละเอียดถึงทางเลือกในการรักษาและแนวโน้มผลของการรักษา
พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ	1. ประสานระบบ fast track ให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินโรคประจำตัวโดยอายุรแพทย์อย่างปลอดภัยก่อนการผ่าตัด 2. ประสานงานทีมผ่าตัด ทีมวิสัญญี และหอผู้ป่วยใน ให้พร้อมก่อนผ่าตัด
ระยะที่ 4 เข้าสู่กระบวนการรักษา (การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด/การรักษาเสริมด้วยรังสีและเคมีบำบัด)	
ปัญหาหลักของผู้ป่วย: การจัดการเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลและความสะดวกในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
นักสังคมสงเคราะห์	อำนวยความสะดวกเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลและระบบโรงพยาบาลสงเคราะห์
พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ	ประสานระบบ fast track ให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก
ระยะที่ 5 จัดการกับภาวะแทรกซ้อน	
ศัลยแพทย์	อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดและแนวทางการแก้ไข
รังสีแพทย์และอายุรแพทย์สาขา มะเร็งวิทยา	อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในกระบวนการรักษาเสริม ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ และแนวทางการแก้ไข เช่นภาวะผมร่วง แผลตามเย็บต่าง ๆ ภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและ นักกายภาพบำบัด	ร่วมดูแลผู้ป่วย จัดการปัญหาข้อไหล่ติด กล้ามเนื้ออ่อนแรง และการบวมจากภาวะ น้ำเหลืองคั่ง
นักโภชนาการ	ร่วมดูแลผู้ป่วยโดยกำหนดอาหารที่จำเป็น ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน ประเมินภาวะทุโภชนาการหลังการรักษาเสริมด้วยรังสีรักษา/เคมีบำบัด
นักจิตวิทยา	ประเมินภาวะความเครียด วิตกกังวลและปรึกษาจิตแพทย์เพื่อให้การรักษา
พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ	1. บันทึกประเด็นการดูแลที่จำเป็นก่อนผู้ป่วยได้กลับบ้าน 2. วางแผนการดูแลแผลผ่าตัด การทำความสะอาดแผล การป้องกันการติดเชื้อ 3. วางแผนการดูแลและเปลี่ยนสายท่อระบายต่าง ๆ ตามระยะเวลา 4. จัดหาและอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจเป็นบุคคลในครอบครัว หรืออาสาสมัคร 5. ประสานและลงทะเบียนผู้ป่วยกับทีมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบไปด้วยทีมสุขภาพของโรงพยาบาลกลางและหน่วยงานในพื้นที่เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ คณะกายภาพบำบัดมหาวิทยาลัยมหิดล ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

ตารางที่ 1:

วิธีดำเนินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว แบ่งตามระยะ (ต่อ)

ทีมสุขภาพ	การปฏิบัติ
นักสังคมสงเคราะห์	ประสานหรือผู้ป่วยในการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้กลับบ้าน ประเด็นสิทธิการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลสงเคราะห์ สำนวนความจำเป็นในการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์จาก ธนาคารอุปกรณ์การแพทย์ของโรงพยาบาล
ระยะที่ 6 การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหลังกลับจากโรงพยาบาล	
ระยะที่ 6 ประเด็นที่ 1 ดูแลภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย	
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและ นักโภชนาการ	ดูแลภาวะทุพโภชนาการ อาการคลื่นไส้อาเจียน โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	ดูแลสภาวะโรคประจำตัวอื่น ๆ 2 สัปดาห์ต่อครั้ง
นักกายภาพบำบัด	สอนและทำกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันข้อไหล่ติด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ	ดูแลแผลผ่าตัดและท่อระบาย 1 ครั้งภายในสัปดาห์แรก
ระยะที่ 6 ประเด็นที่ 2 การเดินทางเพื่อกลับมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล	
นักสังคมสงเคราะห์	ประสานงานระบบส่งต่อ รถพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยด้อยโอกาส ให้สามารถเดินทางกลับมารับการตรวจติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง
ระยะที่ 6 ประเด็นที่ 3 สภาวะทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย	
ปัญหาหลักของผู้ป่วย: ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล	
โครงการรักษุปทุม	โครงการที่จัดตั้งขึ้นโดยกลุ่มงานอนามัยชุมชนและกลุ่มงานศัลยกรรมของโรงพยาบาลกลาง มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 มีลักษณะเป็นการทำงานกลุ่มบำบัด เป็นการให้เครือข่ายทางสังคม ¹⁶ ในการดูแลผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะต่าง ๆ ทั้งที่ผ่านการรักษาแล้วและรอรับการรักษาได้มารวมกลุ่มกันทำกิจกรรมในลักษณะ self-help group มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทั้งความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็งเต้านม การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะต่าง ๆ การสร้างกำลังใจให้แก่กัน ให้มีการดูแลอย่างผสมผสานเป็นองค์รวม เช่น ทำกิจกรรมถักหมวกไหมพรมเพื่อผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การออกร้านขายผลงานฝีมือประดิษฐ์และสินค้าต่าง ๆ แล้วนำรายได้มาช่วยเหลือกัน ตลอดจนมีกิจกรรมสันทนาการนอกสถานที่ โดยมีศัลยแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพและนักกายภาพบำบัด เป็นแกนนำ ปัจจุบันมีสมาชิกในโครงการทั้งสิ้น 355 คน

ตารางที่ 1:

วิธีดำเนินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว แบ่งตามระยะ (ต่อ)

ทีมสุขภาพ	การปฏิบัติ
ระยะที่ 6 ประเด็นที่ 4 ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว	
ปัญหาหลักของผู้ป่วย: ขาดผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลไม่มีองค์ความรู้ในการดูแลภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และขาดรายได้	
โครงการรักษุปทุม	ส่งผลให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้ป่วยที่มีปัญหาเดียวกัน ใช้หลักการพึ่งพาตนเอง โดยทีมสุขภาพจะถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยลงไป ในขณะที่ทำกิจกรรมกลุ่ม ต่อมาผู้ป่วยที่เคยผ่านประสบการณ์การรักษามะเร็งเต้านม ในระยะต่าง ๆ มาก่อนก็จะขยายองค์ความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ไปยังสมาชิกของกลุ่มในรุ่นต่อ ๆ ไป จึงสร้างสังคมที่เข้าใจ เห็นอกเห็นใจกัน ช่วยเหลือกันและกัน ถ่ายทอดประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยและสร้างอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้แก่บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยรายใหม่ นอกจากนี้ยังมีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดรายได้เสริม ส่งผลให้สภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือไปพร้อมกัน โดยมีทีมสุขภาพคอยเป็นพี่เลี้ยง คอยเสริมในส่วนที่ขาด
ระยะที่ 6 ประเด็นที่ 5 การคัดกรองโรคให้แก่บุคคลในครอบครัว	
พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ	ดำเนินการสอนสาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้แก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก
ระยะที่ 6 ประเด็นที่ 6 ผลการรักษาดี เตรียมการก่อนกลับมาใช้ชีวิตในสังคมตามปกติอีกครั้ง	
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	ตรวจติดตามการรักษาโรคประจำตัวอื่น ๆ ของผู้ป่วย
พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพและ นักกายภาพบำบัด	สร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงด้วยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้ถูก สุขลักษณะ
นักสังคมสงเคราะห์	1. ฝึกการทำงานอาชีพ 2. ขอให้กลับมาเป็นวิทยากรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่ยังอยู่ในกระบวนการรักษา สร้างเสริมคุณค่าชีวิตให้แก่ตนเองและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยรายอื่น ๆ
ระยะที่ 6 ประเด็นที่ 7 ผลการรักษาไม่ดี ทำอย่างไรให้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์¹⁷	
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	1. ตรวจติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะ 2. เป็นตัวแทนจากทีมสุขภาพไปร่วมงานอภิธรรมศพเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว และสอบถามสมาชิกในครอบครัวหากต้องการความช่วยเหลือใด ๆ เพิ่มเติม

ตารางที่ 1:

วิธีดำเนินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว แบ่งตามระยะ (ต่อ)

ทีมสุขภาพ	การปฏิบัติ
พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพและ นักกายภาพบำบัด	1. จัดทีมสุขภาพเข้าไปให้การดูแลเป็นระยะ จัดเตรียมอุปกรณ์ทำแผล ยาสามัญ ประจำบ้าน ให้แก่ผู้ป่วย 2. จัดทีมเข้าไปดูแลเมื่อได้รับการร้องขอเฉพาะครั้ง
นักสังคมสงเคราะห์	1. ใช้ระบบธนาคารอุปกรณ์การแพทย์ของกลุ่มงานอนามัยชุมชน ให้ยืมเตียงผู้ป่วย อุปกรณ์ระบบการให้ออกซิเจน อุปกรณ์ดูดเสมหะ 2. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสามารถประสานขอความช่วยเหลือเข้ามายัง โรงพยาบาลได้ทางโทรศัพท์ผ่านนักสังคมสงเคราะห์ 3. ประสานสำนักงานเขต ผู้นำชุมชน และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในประเด็นที่เกี่ยวข้อง 4. จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว จะมีตัวแทนจากทีมสุขภาพไปร่วมงานอภิธรรมศพ และสอบถามสมาชิกในครอบครัวหากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม และชักชวน ให้มาร่วมเป็นอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายอื่น ๆ ต่อไปหากอยู่ใน ละแวกบ้านใกล้เคียงกัน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยพบมะเร็งเต้านมมากที่สุดคือระหว่าง 35 ถึง 45 ปี ตรงกันทั้งสองกลุ่ม ในกลุ่มทดลอง พบการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมมากที่สุดในระยะที่ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 66.66 ของกลุ่มตัวอย่าง ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมมากที่สุดในระยะที่ 2 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 69.05 ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองมีแนวโน้มได้รับการตรวจวินิจฉัยพบมะเร็งเต้านมได้ในระยะเริ่มแรกมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.048$) ดังตารางที่ 2

ในทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการรักษาที่ได้รับมากที่สุดคือการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัดและรังสีบำบัด โดยมีอัตราร้อยละในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 47.62 และ 61.90 ตามลำดับ รองลงมาคือการผ่าตัดและการให้ยาเคมีบำบัด โดยมีอัตราร้อยละในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 42.86 และ 30.95 ตามลำดับ ซึ่งจะพบว่าวิธีการรักษาในกลุ่มทดลองใช้การรักษาที่มีความซับซ้อนน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

($p=0.145$) ซึ่งอาจสอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคได้ในระยะเริ่มแรกมากกว่าของตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

ภาวะแทรกซ้อนในด้านต่าง ๆ ของการรักษาโรคมะเร็งเต้านมทั้งสองกลุ่ม แบ่งได้เป็น ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเสริมด้วยรังสีบำบัด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประเด็นปัญหาอื่น ๆ นอกเหนือจากมะเร็งเต้านมซึ่งประกอบด้วย โรคประจำตัวอื่น ๆ สภาวะทางจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ก่อนเริ่มกระบวนการดูแลด้วยเวชศาสตร์ครอบครัว ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มล้วนแล้วแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ข้อมูลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้ WHOQOL-BREF-THAI พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีสูงกว่ากลุ่มควบคุมด้านสุขภาวะทางจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และผลรวมคุณภาพชีวิตทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2:

ลักษณะพื้นฐาน การรักษาและภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม (ราย, %) จำนวนรวม 42 ราย	กลุ่มทดลอง (ราย, %) จำนวนรวม 42 ราย
กลุ่มอายุ		
< 35	6 (14.29)	5 (11.90)
35-45	26 (61.90)	29 (69.05)
>45	10 (23.81)	8 (19.05)
ระยะของโรค		
1	6 (14.29)	13 (30.95)
2	12 (28.57)	15 (35.71)
3	17 (40.48)	10 (23.81)
4	7 (16.67)	4 (9.52)
ภาวะที่พบร่วม		
โรคเบาหวาน ¹	5 (11.90)	6 (14.29)
โรคอ้วน ²	6 (14.29)	5 (11.90)
ภาวะซึมเศร้า ³	25 (59.52)	27 (64.29)
ภาวะทางครอบครัวสังคม ⁴ (ขาดคนดูแล)	10 (23.81)	9 (21.43)
ภาวะทางเศรษฐกิจ ⁵ (มีรายได้ไม่เพียงพอ)	26 (61.90)	28 (66.67)
การรักษาที่ได้รับ		
การผ่าตัดอย่างเดียว	1 (2.38)	2 (4.76)
การผ่าตัดและเคมีบำบัด	13 (30.95)	18 (42.86)
การผ่าตัดและรังสีรักษา	2 (4.76)	2 (4.76)
การผ่าตัด เคมีบำบัดและรังสีรักษา	26 (61.90)	20 (47.62)
ภาวะแทรกซ้อนในการรักษา		
ข้อไหล่ติด	3 (7.14)	2 (-4.76)
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	1 (2.38)	0 (0)
รักแร้บวมจากน้ำเหลืองคั่ง	11 (26.19)	10 (23.81)
ภาวะเลือดคั่ง	1 (2.38)	0 (0)
ภาวะอุดตันของทางเดินน้ำเหลืองที่แขน	12 (28.57)	11 (26.19)

ตารางที่ 2:

ลักษณะพื้นฐาน การรักษาและภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

	กลุ่มควบคุม (ราย, %) จำนวนรวม 42 ราย	กลุ่มทดลอง (ราย, %) จำนวนรวม 42 ราย
การติดเชื้อหลังผ่าตัด	1 (2.38)	0 (0)
ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด	0 (0)	0 (0)
ภาวะแทรกซ้อนทางโลหิตวิทยา	21 (53.85)	19 (50.00)
คลื่นไส้ อาเจียน	30 (76.92)	29 (76.32)
ภาวะอัมพาตของผิวหนัง	3 (10.71)	1 (4.55)

¹ โรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยแพทย์และได้รับการรักษาอยู่แล้ว หรือรายใหม่ที่มีระดับของ fasting plasma glucose มากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย) 2 โรคอ้วน หมายถึง ผู้ป่วยมีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 30.0 (ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 1998) 3 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง มีผลการประเมินทางจิตวิทยาผิดปกติ โดยใช้แบบประเมินชนิด 2Q (ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย) 4 ภาวะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากสมดุลของระดับรายได้และรายจ่ายของแต่ละครอบครัวอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน จึงกำหนดนิยามของการมีรายได้ไม่เพียงพอว่า หมายถึงคำตอบที่ได้รับจากอาสาสมัครในข้อ 3 เมื่อกำหนดคำถามว่าท่านมีรายได้ในระดับใด 1) มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ 2) มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ 3) มีรายได้ไม่เพียงพอใช้จ่าย

ตารางที่ 3:

จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชื่อย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	มีคุณภาพชีวิตที่ดี		p-value
	กลุ่มทดลอง (ราย, %) จำนวนรวม 42 ราย	กลุ่มควบคุม (ราย, %) จำนวนรวม 42 ราย	
ด้านสุขภาวะทางกาย	29 (69.05)	20 (47.62)	(p = 0.148)
ด้านสุขภาวะทางจิตใจ	38 (90.48)	18 (42.86)	(p = 0.004)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	36 (85.71)	20 (47.62)	(p = 0.019)
ด้านสิ่งแวดล้อม	39 (92.86)	22 (52.38)	(p = 0.017)
ผลรวมคุณภาพชีวิตทุกด้าน	37 (88.10)	21 (50.00)	(p = 0.048)

วิจารณ์

การศึกษานี้ได้นำเสนอกระบวนการทำงานโดยนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเป็นองค์รวมโดยทีมสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งครอบคลุมผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนได้รับการวินิจฉัยโรค เตรียมรับการรักษา ขณะรับการรักษา การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน จนถึงการทำหยาขาดจากโรคหรือเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ด้วยกระบวนการที่ครอบคลุมในทุกมิติตามหลักวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มีผลสรุปจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มดังนี้

1. มีการกระจายของอายุขณะเริ่มต้นการวินิจฉัยโรคในลักษณะเดียวกัน คือพบผู้ป่วยมากที่สุดในช่วงอายุ 35- 45 ปี สอดคล้องกับข้อมูลระบาดวิทยาของประเทศไทย¹
2. การวินิจฉัยโรค ในกลุ่มทดลองสามารถตรวจวินิจฉัยโรคพบในระยะเริ่มแรกคือระยะที่ 1- 2 ได้มากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มควบคุมสามารถตรวจวินิจฉัยโรคพบในระยะที่ 2- 3 เป็นส่วนใหญ่
3. การรักษาโรค ในทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการรักษาที่ได้รับมากที่สุดคือการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และรังสีบำบัด โดยมีอัตราร้อยละในกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมเท่ากับ 47.62 และ 61.90 ตามลำดับ รองลงมา คือการผ่าตัดและการให้ยาเคมีบำบัด โดยมีอัตราร้อยละ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 42.86 และ 30.95 ตามลำดับ ซึ่งจะพบว่าวิธีการรักษาในกลุ่มทดลองใช้ การรักษาที่มีความซับซ้อนน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจสอดคล้องกับข้อสรุปในข้อ 2 ซึ่งตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก ในสัดส่วนที่มากกว่า

4. ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา พบว่าภาวะแทรกซ้อน จากการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การใช้รังสีรักษา ในกลุ่ม ตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

5. ปัญหาอื่น ๆ นอกเหนือจากมะเร็งเต้านมซึ่ง ประกอบด้วย โรคประจำตัวอื่น ๆ สภาวะทางจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ก่อนเริ่มกระบวนการดูแลด้วยเวชศาสตร์ ครอบครัว ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ข้อมูลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จากผล การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้ WHOQOL-BREF-THAI พบว่าสัดส่วนคุณภาพชีวิตที่ดีในมิติสุขภาวะ ทางจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและ ผลรวมคุณภาพชีวิตในทุกมิติ กลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้มี คุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ สำหรับมิติสุขภาวะทางกาย กลุ่มทดลองมีสัดส่วน ผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ

7. โดยสรุป กลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฉัตร และคณะ¹⁹ รายงานผลการศึกษาก่อนการผ่าตัด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในประเด็นภาวะซึมเศร้า โดยใช้ WHOQOL-BREF-THAI เครื่องมือเดียวกับที่ใช้ ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตคือ อาชีพและผลข้างเคียง จากการรักษาที่ได้รับ โดยมีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จันทร์จรัส และคณะ²⁰ รายงานผลการส่งเสริมการดูแล สุขภาพแบบองค์รวมด้วยการแพทย์ทางเลือก ในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยทำการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือความผาสุก ด้านร่างกาย ด้านครอบครัวและสังคม ด้านอารมณ์ และ ด้านการปฏิบัติกิจกรรม พบว่าอาสาสมัครในกลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตในทุกมิติดีกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับ ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ แต่มีความแตกต่างกันโดย การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลรวมของการดูแล รักษาผู้ป่วยตั้งแต่ต้นจนจบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งยัง ไม่มีรายงานการศึกษาในลักษณะดังกล่าวในประเทศไทย

สรุป

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยนำหลักเวชศาสตร์ ครอบครัวมาปรับใช้มีประโยชน์ช่วยพัฒนาให้คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยดีขึ้นในทุกมิติ แม้อาจไม่สามารถเปลี่ยนแปลง การดำเนินโรคตามธรรมชาติซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาวะ ทางกายได้ แต่หลักเวชศาสตร์ครอบครัวสามารถพัฒนา คุณภาพชีวิตในประเด็นสุขภาวะทางจิตใจ สัมพันธภาพ ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ให้ดีขึ้นได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิต โดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น จึงสมควรนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัว มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ต่อไป และควรมี การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

Conflict of Interest

คณะผู้วิจัยไม่มี Conflict of interest ใด ๆ ในการศึกษา ข้างต้น

กิตติกรรมประกาศ

1. คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร ฝ่ายการพยาบาล ศัลยแพทย์ทุกท่านและทีมสุขภาพ โรงพยาบาลกลาง ซึ่งประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพ ที่ได้ร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

2. คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์ มานิต ศรีประโมทย์ ที่ได้กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้แก่คณะผู้วิจัยในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

3. คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณวนิดา ว่องทรง พยาบาลวิชาชีพหน่วยให้คำปรึกษา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาทางด้านสถิติการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. The Ministry of Public Health, Thailand. Guidelines for Health Promotion and Disease Prevention. National Health Security Office Section 13. The Ministry of Public Health; 2012. p.12-34.
2. de Haes JC, van Oostram MA, Welvaart K. The effect of radical and conserving surgery on the quality of life of early breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol*. 1986;12:337-42.
3. Schain WS. Breast cancer surgeries and psychosocial sequelae: implications for remediation. *Sem Nurs Oncol*. 1985;1:200-5.
4. Ganz PA, Coscarelli A, Fred C, et al. Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Res Treat*. 1996;38:183-99.
5. Division of Nursing Services, Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration. Home Health Care. Bangkok: Department of Health; 2012. p.2-19, 21-77.
6. National Health Security Office Section 13 and the Office of Public Health and Environmental Technology Services. Faculty of Public Health, Mahidol University. Handbook of Home Health Care in Bangkok City. Bangkok: HR Printing; 2008. p.5-30.
7. Mahatnirankul S. Quality of Life Measurement. Bangkok: Department of Mental Health. Ministry of Public Health; 1998. p.15-25.
8. Vayurakul V. Family Care Process. Pathum Thani: Department of Family Medicine. Faculty of Medicine Thammasart University; 2015. p.1-8.
9. Watanakit P. Family Care Team and Family Care Process. Active Health Care. Chiang Mai: Faculty of Medicine Chiang Mai University; 1998. p.12-40.
10. BMA General Hospital Administration. Annual Report for the BMA General Hospital Administration Board; 2015. p.5-9.
11. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2009. p.13-28.
12. Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration. Standard of Mental Health Care Services. Bangkok: Department of Health; 2007. p.24-45.
13. Wanpira V. Home Visit and Home Care. Phitsanulok: Department of Family Medicine. Faculty of Medicine Naresuan University; 2012. p.1-57.
14. Sornklin O. Home Visit. Chiang Mai: Department of Family Medicine Chiang Mai University; 2000. p.1-12.
15. Unwin B, Jerant AF. The home visit. *Am Fam Physician*. 1999;60: 1481-8.
16. Michael YL, Berkman LF, Colditz GA, et al. Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: a prospective study. *J Psychosom Res*. 2002; 52:285-93.
17. Walsh D, Regan J. Terminal care in the home-the general practice perspective. *Ir Med J*. 2001;94(1):9-11.
18. Perry SH, Kowalski TL, Chang CH. Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5: 24-38.
19. Pitayaratanasatean N, Malarat P. Quality of life and depression in post-surgery breast cancer patients in Chulalongkorn Hospital. *Chulalongkorn Med J*. 2008;3: 205-16
20. Chancharupong C. Effects of the holistic health care on quality of life in chemotherapy breast cancer patients. *J Altern Med*. 2006; 2: 22-5.