Effects of a Telehealth Program on Anxiety and Health-related Quality of Life among Patients with Breast Cancer*

Sudaradsamee Juphan, RN, MNS[1], Usavadee Asdornwised, RN, PhD[1], Rattima Sirihorachai, RN, PhD[1], Suebwong Chuthapisith, MD, PhD[2]

Abstract

Purpose: To study the effects of a Telehealth program on anxiety and health-related quality of life (HRQoL) in patients with breast cancer.

Design: This quasi-experimental study using two-group pretest-posttest design guided by the transitional care framework.

Method: The study sample included newly diagnosed female breast cancer patients aged 18 years and older who were scheduled for their first elective surgery at the Breast Clinic of Siriraj Hospital. Participants who met the inclusion criteria were assigned to either experimental group (n = 43) receiving Telehealth program and usual care or the control group (n = 43) receiving usual care only. Data collection tools included the Thai Hospital Anxiety and Depression Scale, the Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast. Data were analyzed using descriptive statistics, mixed-design ANOVA and one-way repeated measure ANOVA.

Main finding: The results revealed that the experimental group had significanty lower anxiety scores and higher average HRQoL scores over time, compared to the control group. Within the experimental group, a comparison of anxiety scores and HRQoL scores before and after receiving the Telehealth program demonstrated significant improvements over time ($p < .05$).

Conclusion and recommendations: These findings suggest that Telehealth program can be effectively integrated into both preoperative and postoperative care for patients with cancer to enhance patient preparedness for appropriate self-care practices which results in reduced anxiety, improved quality of life.

Keywords: anxiety, breast cancer, health-related quality of life, telehealth program

Nursing Science Journal of Thailand. 2025;43(3):243-255.

Corresponding Author: Professor Usavadee Asdornwised, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand, e-mail: usavadee.asd@mahidol.ac.th

* *Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University*

[1] *Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

[2] *Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

Received: 16 April 2025 / Revised: 28 May 2025 / Accepted: 29 May 2025

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกลต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*

สุดารัศมี จูพันธ์, พยม.[1] อุษาวดี อัศดรวิเศษ, PhD[1], รัตติมา ศิริโหราชัย, PhD[1], สืบวงศ์ จุฑาภิสิทธิ์, PhD[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกลต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม Telehealth โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ เพศหญิง อายุ18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวางแผนรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นครั้งแรก ณ หน่วยตรวจรักษาเต้านม โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า และทำการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 43 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกลและการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความวิตกกังวล (Thai HADS) แบบวัดคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (FACT-B) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติการทดสอบความแปรปรวนแบบผสม และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลาของการทดสอบ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนความวิตกกังวลลดลงและคุณภาพชีวิตทางสุขภาพดีขึ้นทุกช่วงเวลาของการทดสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: โปรแกรมการดูสุขภาพผ่านสื่อทางไกล สามารถนำมาใช้ในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการลดความวิตกกังวล และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล มะเร็งเต้านม คุณภาพชีวิตทางสุขภาพ โปรแกรมการดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกล

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2568;43(3):243-255.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ศาสตราจารย์อุษาวดี อัศดรวิเศษ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: usavadee.asd@mahidol.ac.th

** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[2] คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 16 เมษายน 2568 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 28 พฤษภาคม 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 29 พฤษภาคม 2568

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบได้บ่อยทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยมีอัตราการเกิดโรคอยู่ที่ 47.8 ราย และอัตราการเสียชีวิต 13.6 รายต่อประชากรแสนราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในโลก[1] และในประเทศไทยก็ยังคงเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศหญิง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 มีอัตราผู้ป่วย 34.2 รายต่อประชากรแสนราย ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 21,628 ราย คิดเป็น 35.7 รายต่อประชากรแสนราย และมีผู้เสียชีวิต 7,599 ราย หรือ 6.4 รายต่อประชากรแสนราย[2] สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงและแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการพัฒนาการรักษาและการตรวจวินิจฉัยที่ทันสมัย มะเร็งเต้านมยังคงเป็นโรคที่พบมากที่สุดในผู้หญิงทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 38,559 ราย[3]

สำหรับโรงพยาบาลศิริราช ช่วงปี พ.ศ. 2560-2563 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้ารับการรักษาจำนวน 5,527 ราย โดยในจำนวนนี้ 3,450 รายได้รับการผ่าตัด[4] ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 800 ราย ซึ่งยังคงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยหญิงของโรงพยาบาล[5] มะเร็งเต้านมเกิดจากการแบ่งตัวของเซลล์ในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนมที่ผิดปกติ โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น พันธุกรรมและการได้รับฮอร์โมนทดแทนหลังวัยหมดประจำเดือน[6] ในปัจจุบันวิธีการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ คือ การตรวจด้วยแมมโมแกรม โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นของโรค การตรวจอัลตราซาวด์ยังสามารถช่วยแยกแยะลักษณะของก้อนเนื้อและลดความจำเป็นในการตรวจชิ้นเนื้อ ซึ่งการตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) เป็นวิธีเดียวที่สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำ[7-8] อย่างไรก็ตาม สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด

การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมและต้องเข้ารับการรักษาด้วยรูปแบบวิธีการที่หลากหลาย รวมถึงการผ่าตัดต่าง ๆ ทั้งแบบผ่าตัดออกทั้งหมดหรือแบบสงวนเต้า ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต[9] การรับรู้ผลวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมเป็นช่วงวิกฤตสำคัญในชีวิตผู้หญิง ผู้ป่วยมักรู้สึกหวาดกลัว กังวลเรื่องการลุกลาม การกลับเป็นซ้ำ และโอกาสในการรักษาหายขาด เนื่องจากโรคนี้ถูกมองว่าเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตและสุขภาพ[7,10] ปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด ฉายแสง เคมีบำบัด ยาต้านฮอร์โมน และยามุ่งเป้า โดยมักใช้ร่วมกันตามระยะของโรคและแผนการรักษาที่แพทย์กำหนด ซึ่งการผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักและเฉพาะที่ที่สำคัญที่สุด[11-12] ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอก่อนเข้ารับการผ่าตัด มักเผชิญกับความกลัวและความไม่มั่นใจในช่วงเวลารอการผ่าตัด โดยเฉพาะความไม่คุ้นเคยกับบรรยากาศในโรงพยาบาล รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและสถานที่ต่าง ๆ[10] นอกจากนี้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การเปิดเผยร่างกาย และการสูญเสียเต้านม ซึ่งถือเป็นอัตลักษณ์ที่สำคัญทางเพศหญิง ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงยิ่งขึ้น[13] ดังนั้นความวิตกกังวล คือ สภาวะทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยรู้สึกวิตก กังวล หรือตึงเครียด เป็นตัวแปรสำคัญที่ควรได้รับการศึกษา เนื่องจากส่งผลต่อการปรับตัว การฟื้นตัวหลังผ่าตัด และคุณภาพชีวิตโดยรวม ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงมักเผชิญกับความรู้สึกไม่มั่นคง กระทบต่อสุขภาพจิตและกระบวนการรักษา ในขณะเดียวกันคุณภาพชีวิตทางสุขภาพเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของโรค และการรักษาต่อสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และบทบาทในชีวิตประจำวัน ก็เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาอาจมีคุณภาพชีวิตลดลง การศึกษาตัวแปรนี้จึงมีความจำเป็นในการประเมินประสิทธิภาพของการดูแลและพัฒนาแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การลดความวิตกกังวลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัด มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การให้ข้อมูลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เรื่องแนวทางการรักษา การดูแลตนเอง การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ การสนับสนุนด้านจิตใจ รวมไปถึงการใช้เทคโนโลยีการดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกล เป็นหนึ่งในวิธีที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้เหมาะสม[14] ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเผชิญการรักษาในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจจึงมีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิต

การดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกล (Telehealth) คือ การให้บริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว และบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำปรึกษา ติดตามอาการ และดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกล[15] ปัจจุบัน Telehealth ถูกนำมาใช้ในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และดูแลรักษาเบื้องต้น โดยสามารถสื่อสารและติดตามอาการผู้ป่วยผ่านระบบออนไลน์ได้อย่างสะดวกและต่อเนื่อง

จากการศึกษาวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยยังมีงานวิจัยด้านการใช้ Telehealth กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตทางสุขภาพยังจำกัด เช่น การศึกษาโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการบริหารชี่กงวิถีไทย มีระยะเวลาเพียง 14 วัน และจำกัดอยู่ในช่วงก่อนการผ่าตัดเท่านั้น[16] ไม่พบการติดตามต่อเนื่องจนถึงระยะหลังผ่าตัด ซึ่งทำให้ขาดการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยในแต่ละระยะได้ การศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทยได้มีการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิด แต่ละชนิดก็จะมีการให้การพยาบาลที่แตกต่างกัน มีการนำ Telehealth เข้ามาประยุกต์ใช้ เช่น นำมาใช้เพื่อช่วยลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่สงสัยมะเร็งเต้านมที่มาเข้ารับการตรวจชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัย ความวิตกกังวลมักสูงในช่วงก่อนและหลังผ่าตัด โดยผลลัพธ์พบว่าสามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม[17] งานวิจัยที่ใช้โปรแกรม Telehealth ผ่านเว็บไซต์พบว่า ระดับความวิตกกังวลสูงสุดช่วงก่อนและ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรมสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โดยลดความทุกข์ความวิตกกังวล และผลกระทบจากการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง จึงสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมจัดการตนเองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา[14] ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรม Telehealth ที่เป็นรูปแบบการให้ข้อมูลและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมร่างกายและจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเน้นการเสริมสร้างการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลสุขภาพ การติดตามและให้กำลังใจ ผู้ป่วยเข้าถึงและทบทวนข้อมูลได้ตามต้องการผ่านโปรแกรมตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อความมั่นใจและความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ประเมินเพียงช่วงสั้น ๆ ไม่มีการติดตามต่อเนื่อง ไม่มีการอธิบายกลไกของ Telehealth ต่อผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีการนำกรอบแนวคิด Transitional Care Model (TCM) ของ Naylor และคณะ[18] มาอธิบายกลไกจาก Telehealth ที่มีต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เน้นการประเมินความพร้อม วางแผนดูแลเฉพาะราย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนต่อเนื่อง และการติดตามหลังจำหน่าย เพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงสองสัปดาห์หลังผ่าตัด โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูล เสริมทักษะ และสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม Telehealth ต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สมมติฐานการวิจัย

1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

2) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคุณภาพชีวิตทางสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

3) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

4) คุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment research design) ชนิดสองกลุ่ม มีการวัดผลในช่วงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดในช่วงแรก (2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด) เพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดในช่วงแรก ซึ่งมารับการรักษาตั้งแต่ที่หน่วยตรวจรักษาเต้านมศิริราช และหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษและสามัญ โรงพยาบาลศิริราช

คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟาเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 กำหนดอำนาจอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.6 (ได้จากงานวิจัยของ Kim และคณะ[19] คำนวณโดยใช้ค่า SD ของคุณภาพชีวิตในช่วง 3 สัปดาห์ (กลุ่มทดลอง SD = 3.5 และกลุ่มควบคุม SD = 5.3) หาค่า SD looped ได้เท่ากับ 4.5 ส่วนค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 74.9 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 72.2 จากนั้นนำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Cohen's d) จึงได้ค่าเท่ากับ 0.6 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 72 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (dropout) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20[14] จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 86 ราย (กลุ่มละ 43 ราย)

เกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และวางแผนรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นขั้นตอนแรก สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีสมาร์ทโฟน ใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ และเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่เคยได้รับรังสีรักษา เคมีบำบัดเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งที่อวัยวะอื่น มีความผิดปกติทางจิต หรืออยู่ในภาวะตั้งครรภ์

เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (withdrawal criteria for individual participants) ได้แก่ ผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง งดการผ่าตัด หรือไม่สามารถติดต่อได้เกิน 2 ครั้ง

เลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในช่วงเวลาที่ดำเนินโครงการ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติในการติดตามดูแลในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดในช่วงแรก (2 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

1.1 โปรแกรม Telehealth นี้ใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางสื่อสารระหว่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกับทีมสุขภาพ โดยให้ข้อมูลความรู้ การเตรียมตัวก่อน-หลังผ่าตัด การเสริมสร้างภาพลักษณ์ และการดูแลต่อเนื่องตามแนวคิด Transitional Care Model ของ Naylor และคณะ[18] มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติเปลี่ยนผ่านช่วงการรักษาได้อย่างต่อเนื่องและราบรื่น โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงสองสัปดาห์หลังผ่าตัด ทั้งนี้เนื้อหาของโปรแกรมได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้ค่า CVI เท่ากับ .87 เนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วย 6 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การเตรียมตัวผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสร้างความมั่นใจในภาพลักษณ์ การเตรียมพร้อมสำหรับการรักษาต่อเนื่อง และช่องทางติดต่อทีมสุขภาพเพื่อขอคำปรึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไป ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และประวัติการผ่าตัด ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา และวันที่นัดผ่าตัด

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล (Thai Hospital Anxiety Scale, Thai HADS) ฉบับภาษาไทย ปี พ.ศ. 2560 จาก MAPI Research Trust ที่ได้รับอนุญาตการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith[20] แบบประเมินนี้มีความน่าเชื่อถือสูง โดยมีค่าความไว (sensitivity) ที่ 100% และค่าความจำเพาะ (specificity) ที่ 86% สำหรับการวัดระดับความวิตกกังวล ซึ่งถือเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยการศึกษานี้มุ่งเน้นวัดผลของโปรแกรมต่อความวิตกกังวลเป็นหลัก จึงเลือกใช้เฉพาะส่วนที่วัดความวิตกกังวล 7 ข้อ นำคะแนนรวมมาแปลผลเป็น Likert- type scale แบบ 4 ระดับ ได้แก่ 0-7 คือ ปกติ, 8-10 คือ วิตกกังวลเล็กน้อย, 11-14 คือ ปานกลาง ควรได้รับคำปรึกษา และ 15-21 คือ สูง ควรได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ[21] ซึ่งช่วยให้สามารถประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Functional Assessment of Breast Cancer Therapy, FACT-B) ฉบับภาษาไทย โดยได้รับการอนุญาตให้ใช้งานโดย The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT.org) ซึ่งผ่านการแปลอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานของ FACITtrans ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และได้รับความนิยมในการวิจัยอย่างแพร่หลาย มีการประเมิน 5 ด้านหลัก รวม 37 ข้อ ได้แก่ ความผาสุกทางร่างกาย (7 ข้อ) ครอบครัวและสังคม (7 ข้อ) อารมณ์และจิตใจ (6 ข้อ) การปฏิบัติกิจกรรม (7 ข้อ) และคำถามเฉพาะสำหรับมะเร็งเต้านม (10 ข้อ) ใช้ระบบคะแนนแบบ Likert-type scale 5 ระดับ (0-4) โดย 0 (ไม่เลย) ถึง 4 (มากที่สุด) คะแนนรวมสูงสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่คะแนนรวมต่ำสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ด้อยลง โดยการอ้างอิงตามแนวทางและคู่มือการให้คะแนนของ FACIT.org

แบบประเมิน Thai HADS และ FACT-B ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือที่ผ่านการแปลและตรวจสอบคุณภาพทางจิตวิทยาแล้วในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งไทย โดยมีรายงานค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) อยู่ในระดับดีในงานวิจัยก่อนหน้า และเนื่องจากผู้วิจัยใช้ฉบับมาตรฐานโดยไม่มีการปรับเปลี่ยน จึงไม่มีการวัดค่าความเที่ยงของเครื่องมือซ้ำในครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (MU-MOU COA No. IRB-NS2023/831.2201) การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและสิทธิ์ต่าง ๆ ก่อนลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการรับบริการทางการแพทย์ ข้อมูลทั้งหมดได้รับการปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อในแบบบันทึกข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

3. หลังได้รับการอนุมัติเข้าพบทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

4. ประสานกับพยาบาลหน่วยตรวจรักษาเต้านมเพื่อแนะนำผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลโครงการและขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมวิจัย จากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์และสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บข้อมูลวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น.

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยที่หน่วยตรวจรักษาเต้านมศิริราช ผู้ป่วยได้รับเอกสารและคำแนะนำเบื้องต้นก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น ความรู้เรื่องโรคเบื้องต้น การรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ และการบริหารแขนหลังผ่าตัด ส่วนที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมได้รับการดูแลทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เช่น การดูแลให้พักผ่อน การเตรียมความพร้อมร่างกาย รวมถึงการแนะนำก่อนกลับบ้านด้วยวิธี D-METHOD โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมโดยชี้แจงขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จากนั้นจึงประเมินระดับความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตเป็นครั้งที่ 1 หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินผลครั้งที่ 2 ทางโทรศัพท์ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และเมื่อครบสองสัปดาห์หลังผ่าตัด ผู้วิจัยดำเนินการติดตามและประเมินผลอีกครั้งทางโทรศัพท์เป็นครั้งที่ 3

กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของหน่วยตรวจรักษาเต้านมศิริราชและหอผู้ป่วยศัลยกรรม โดยที่หน่วยตรวจรักษาเต้านม ผู้ป่วยได้รับเอกสารคำแนะนำเบื้องต้นเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อน-หลังผ่าตัด รวมถึงการสอนก่อนกลับบ้านด้วยวิธี D-METHOD จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองโดยสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเริ่มด้วยการชี้แจงขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จากนั้นเข้าสู่โปรแกรม Telehealth ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยสแกน QR Code เพื่อศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะได้ทำแบบประเมินความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตครั้งที่ 1 หลังจากนั้นผู้ป่วยสามารถเปิดใช้โปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการ ร่วมกับผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนผ่าตัดหากผู้ป่วยมีข้อคำถามสงสัย ผู้วิจัยจะให้คำตอบผ่านโปรแกรม Telehealth ภายหลังการผ่าตัด 1 วัน (สัปดาห์ที่ 2) ผู้ช่วยวิจัยส่งแบบประเมินความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตครั้งที่ 2 ให้ผู้ป่วยตอบผ่านโปรแกรม และในช่วงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามสอบถามอาการ ความรู้สึก รวมถึงตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยผ่านโปรแกรมในวันที่ 3, 5 และ 7 หลังผ่าตัด เมื่อครบสองสัปดาห์หลังผ่าตัด (สัปดาห์ที่ 4) ผู้วิจัยส่งแบบประเมินความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตครั้งที่ 3 ให้ผู้ป่วยตอบผ่านโปรแกรมอีกครั้ง โดยในแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 15-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ Chi-square independent t-test และ Fisher's Exact Test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล (Thai HADS) และคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (FACT-B) ก่อน-หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mixed-Design ANOVA ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นคือมีความต่อเนื่องของตัวแปรตาม การแจกแจงแบบปกติ และความแปรปรวนที่เท่ากันระหว่างกลุ่ม ตรวจสอบด้วย Mauchly's Test พบว่าสมมติฐานเป็นจริง ($p > .05$)

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล (Thai HADS) และคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (FACT-B) ภายในกลุ่มทดลอง (ก่อน-หลังทดลอง) ด้วยสถิติ One-Way Repeated Measure ANOVA ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นคือตัวแปรตามมีลักษณะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และผลการทดสอบ Mauchly's Test พบว่าสมมติฐานเป็นจริง ($p > .05$)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานคล้ายกัน โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) การผ่าตัดที่พบบ่อยสุดในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ การผ่าตัดแบบสงวนเต้า (wide local excision) และมีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนทิเนลร่วมด้วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มที่ศึกษา (N = 86)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 43)		กลุ่มควบคุม (n = 43)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					.156[1]
$\bar{X}$	53.63		57.42		
Min	31		41		
Max	64		65		
ศาสนา					1.000[2]
พุทธ	42	97.7	43	100	
อิสลาม	1	2.3	0	0	
ระดับการศึกษาสูงสุด					.279[3]
ประถมศึกษา	18	41.9	11	25.6	
มัธยมศึกษา	13	30.2	17	39.5	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	12	27.9	15	34.9	
อาชีพ					.321[3]
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	20.9	14	32.6	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15	34.9	9	20.9	
ธุรกิจ/ค้าขาย	19	44.2	20	46.5	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 43)		กลุ่มควบคุม (n = 43)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					.643[3]
โสด	12	27.9	15	34.9	
คู่/แต่งงานแล้ว	31	72.1	28	65.1	
โรคประจำตัว					.348[3]
ไม่มีโรคประจำตัว	28	65.1	31	72.1	
มีโรคประจำตัว	15	34.9	12	27.9	
ประวัติการผ่าตัดในอดีต					1.000[2]
ไม่มีประวัติ	43	100	42	97.7	
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	0	0	1	2.3	
แผนการผ่าตัดเต้านม					.416[2]
ผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า					
- Total Mastectomy	12	27.9	9	20.9	
- Modified radical mastectomy	8	18.6	11	25.6	
- MRM with prosthesis	5	11.6	3	7.0	
ผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้า					
- Lumpectomy	2	4.7	5	11.6	
- Partial Mastectomy	0	0	2	4.7	
ลักษณะด้านการรักษา					
- Wide Local Excision	16	37.2	13	30.2	
การผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง อาจร่วมกับการผ่าตัดเต้านม					.479[3]
- Axillary Lymph Node Dissection	15	34.9	10	23.3	

[1] independent t-test, [2] Fisher's exact test, [3] chi-square

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างสองกลุ่มในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด 1 วัน และระยะหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์

ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญมากกว่ากลุ่มควบคุม ($F = 118.386$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.586$) ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มสองกลุ่มในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด 1 วัน และระยะหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์

ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 272.297$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.764$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 43) $\bar{X}$ (SD)	กลุ่มควบคุม (n = 43) $\bar{X}$ (SD)	F^1	p-value	η^2
ก่อนถึงวันผ่าตัด	11.49 (1.70)	11.72 (1.87)	118.386	< .001	0.586
หลังผ่าตัด 1 วัน	4.20 (1.65)	5.13 (0.07)			
หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์	1.47 (1.39)	6.53 (1.44)			

[1] Mixed-Design ANOVA, Between-Subject Effect

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพ

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 43) $\bar{X}$ (SD)	กลุ่มควบคุม (n = 43) $\bar{X}$ (SD)	F^1	p-value	η^2
ก่อนถึงวันผ่าตัด	105.28 (6.98)	105.60 (5.38)	272.297	< .001	0.764
หลังผ่าตัด 1 วัน	127.14 (6.13)	106.86 (4.30)			
หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์	132.65 (3.65)	106.79 (4.24)			

[1] Mixed-Design ANOVA, Between-Subject Effect

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของกลุ่มทดลองในช่วงระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม Telehealth

ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างต่อเนื่องในแต่ละช่วงการประเมิน โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 376.114$, $p < .001$) ดังตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากก่อนจนถึงหลังทดลอง โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 412.617$, $p < .001$) สะท้อนว่าคุณภาพชีวิตทางสุขภาพดีขึ้นทั้งหลังผ่าตัด 1 วันและ 2 สัปดาห์ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลอง

การประเมิน	$\bar{X}$	SD	F^1	p-value	η^2
ก่อนผ่าตัด	11.49	1.70	376.114	< .001	0.9
หลังผ่าตัด 1 วัน	4.63	1.96			
หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์	1.56	1.52			

[1] One-way Repeated Measure ANOVA, Within-Subject Effect

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตทางสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง

การประเมิน	$\bar{X}$	SD	F^1	p-value	η^2
ก่อนผ่าตัด	105.28	6.98	412.617	< .001	0.908
หลังผ่าตัด 1 วัน	127.14	6.13			
หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์	132.65	3.65			

[1] One-way Repeated Measure ANOVA, Within-Subject Effect

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคุณภาพชีวิตทางสุขภาพแตกต่างกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bartz[22] ที่ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทาง Telehealth ในการดูแลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ รวมถึงโรคมะเร็งเต้านม โดยผลลัพธ์พบว่า การใช้ Telehealth สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยได้

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Naylor ที่เน้นการเตรียมความพร้อม การดูแลเฉพาะราย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการดูแลติดตามต่อเนื่อง โดยในการศึกษานี้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและทันเวลา ทำให้เข้าใจขั้นตอนการดูแลรักษา ลดความไม่แน่นอน และลดความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yang และคณะ[23] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจผลของการสื่อสาร การรับรู้ ความสบายใจ รวมถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยผลการศึกษาพบว่าการใช้โปรแกรม Telehealth สามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ด้วยการได้รับความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัว

คุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยเป็นไปตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Naylor เนื่องจากผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการได้รับข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการจัดการตนเองอย่างถูกต้องจึงทำให้คุณภาพชีวิตทางสุขภาพดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Huang และคณะ[24] การศึกษานี้พบว่า การสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผ่านทางอินเทอร์เน็ต เช่น โปรแกรม Telehealth ซึ่งใช้สมาร์ทโฟน โซเชียลมีเดีย และอุปกรณ์พกพา มีประสิทธิภาพในการลดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รวมถึงพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ถือเป็นช่องทางที่มีศักยภาพในการปรับปรุงสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญ

การใช้โปรแกรม Telehealth ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงของระยะการรักษา ตั้งแต่ก่อนถึงวันผ่าตัด (ตั้งแต่พบผู้ป่วยครั้งแรกที่หน่วยตรวจรักษาเต้านมศิริราช ซึ่งมีระยะเวลารอคอยการผ่าตัดประมาณ 7-10 วัน) และมีการติดตามไปจนถึงหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง พยาบาลผู้วิจัยสามารถรับรู้ปัญหา ความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติสำหรับการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลงและมีคุณภาพชีวิตทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นอีกด้วย ในการศึกษาครั้งนี้โปรแกรม Telehealth มีช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารและสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์บนสมาร์ทโฟน ซึ่งในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการการได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและสนับสนุนด้านจิตใจ โปรแกรมนี้ส่งเสริมการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การผ่าตัดในรูปแบบต่าง ๆ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น การเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด การสร้างความเชื่อมั่นในภาพลักษณ์และการมีเพศสัมพันธ์กับคู่

รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมสู่การรักษาต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ni, Zhu และ Ma[25] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านจิตใจ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ความเครียดวิตกกังวลหลังผ่าตัด และยังช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูร่างกายได้เร็วขึ้น มีสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การดูแลผ่านโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยได้ทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด โปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้สะดวก การสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติม เพื่อประเมินผลกระทบของโปรแกรมในมิติต่าง ๆ อย่างครอบคลุม และเนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว จึงอาจจำกัดความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งควรพิจารณาขยายพื้นที่ศึกษาในอนาคต

References

1. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Sep 10]. Availablefrom: https://www.who.int/tools/whoqol.
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global cancer observatory: cancer today [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2024 [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheet.pdf.
3. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2023 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2022 Jan 5]. Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/01/รายงานสถิติสาธารณสุข-ประจำปี2566.pdf. (in Thai).
4. Division of Medical Record, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Statistical report 2023. 1st ed. Bangkok: Mahidol University; 2024. 2 p. (in Thai).
5. Siriraj Cancer Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. Siriraj cancer statistic 2021 [Internet]. Bangkok: Siriraj Cancer Center; 2021 [cited 2023 Apr 1]. Available from: https://lookerstudio.google.com/reporting/a21d887a-b3e7-4bb8-a051-9a7eac3552bd/page/6Uu2D.
6. Thai Breast Disease Society. Guidelines for diagnosis and treatment of breast cancer [Internet]. Bangkok: Thai Breast Disease Society; 2021 [cited 2023 Apr 1]. Available from: https://www.nci.go.th/th/cpg/cpgรักษาโรคเต้านมและมะเร็งเต้านม.pdf. (in Thai).
7. American Cancer Society. Breast cancer early detection and diagnosis [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2023 [cited 2024 Aug 20]. Available from: https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection.html.
8. Susan G. Komen. Breast cancer screening tests and recommendations [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 20]. Available from: https://www.komen.org/breast-cancer/screening/.
9. Rosenberg SM, Dominici LS, Gelber S, et al. Association of breast cancer surgery with quality of life and psychosocial well-being in young breast cancer survivors. JAMA Surg. 2020;155(11): 1035-42. doi: 10.1001/jamasurg.2020.3325.
10. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. BMC Surg. 2014;14:67. doi: 10.1186/1471-2482-14-67.

11. McDonald ES, Clark AS, Tchou J, Zhang P, Freedman GM. Clinical diagnosis and management of breast cancer [Internet]. J Nucl Med. 2016; 57 Suppl 1:9S-16S. doi: 10.2967/jnumed.115.157834.
12. National Cancer Institute. Breast cancer screening (PDQ®)–patient version [Internet]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2023 [cited 2024 Aug 20]. Available from: https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-screening-pdq.
13. Permpech R, Butsripoom B. The role of perioperative nurses: providing information during preoperative and postoperative patient visits. Rama Nursing Journal. 2016;22(1):9-20. (in Thai).
14. Lally RM, Kupzyk KA, Bellavia G, Hydeman J, Gallo S, Helgeson VS, et al. CaringGuidance™ after breast cancer diagnosis eHealth psychoeducational intervention to reduce early post-diagnosis distress. Support Care Cancer. 2020;28(5):2163-74. doi: 10.1007/s00520-019-05028-0.
15. Sugarman DE, Busch AB. Telemental health for clinical assessment and treatment. BMJ. 2023; 380:e072398. doi: 10.1136/bmj-2022-072398.
16. Ngamwong W, Thanasilp S. The effect of information support via LINE application program combined with Thai style Qigong practice on preoperative anxiety in breast cancer patients. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2023;35(1): 65-77. (in Thai).
17. Ruttanamontree S, Asdornwised U, Wongkongkam K, Chuthapisith S. The effectiveness of a telehealth program on the anxiety levels among women with core needle biopsy for suspected breast cancer. Journal of Perioperative Nursing. 2020; 33(2):e9-e15. doi: 10.26550/2209-1071.
18. Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. J Am Geriatr Soc. 2017; 65(6):1119-25. doi: 10.1111/jgs.14782.
19. Kim HJ, Kim SM, Shin H, Jang J-S, Kim YI, Han DH. A mobile game for patients with breast cancer for chemotherapy self-management and quality-of-life improvement: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2018;20(10):e273. doi: 10.2196/jmir.9559.
20. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67 (6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
21. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of the Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 1996;41(1):18-30. (in Thai).
22. Bartz CC. Telehealth nursing research: adding to the evidence-base for healthcare. J Int Soc Telemed eHealth. 2020;8:e19. doi: 10.29086/JISfTeH.8.e19.
23. Yang Y, Huang Y, Dong N, Zhang L, Zhang S. Effect of telehealth interventions on anxiety and depression in cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Telemed Telecare. 2024;30(7):1053-64. doi: 10.1177/1357633X221122727.
24. Huang Y, Li Q, Zhou F, Song J. Effectiveness of internet-based support interventions on patients with breast cancer: a systematic review and narrative synthesis. BMJ Open. 2022;12(5): e057664. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057664.
25. Ni K, Zhu J, Ma Z. Preoperative anxiety and postoperative adverse events: a narrative overview. Anesthesiol Perioper Sci. 2023;1:23. doi: 10.1007/s44254-023-00019-1.