

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1  
มกราคม-มีนาคม 2558

### นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)

- ผลของการใช้จินตนาการบำบัดและการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา
- คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
- ระดับวิตามินดี 25-hydroxy ในซีรัมกับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

### บทพินิจวิชาการ (Review Articles)

- หนทางสู่ชัยชนะในการต่อรองต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

Vol. 35 No. 1  
January-March 2015

ISSN 0125-2038



**วารสารโรคมะเร็ง**  
THAI CANCER JOURNAL



ISSN 0125-2038

**มูลนิธิวิจัยโรคมะเร็งเพื่อสถาบันมะเร็งแห่งชาติ**

**บรรณาธิการ**

ธีระวุฒิ คุณะเปรมะ

**ผู้ช่วยบรรณาธิการ**

จรัญญา งามขำ

ศุภีพร แสงกระจ่าง

เสาวคนธ์ ศุภโยธิน

สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์

**คณะบรรณาธิการ**

กิตติศักดิ์ เทพสุวรรณ

กวิญ ลีละวัฒน์

दनัย ทิวาเวช

ถวิล กลิ่นวิมล

ธนเดช สินธุเสก

ธนู ลอบันดิส

ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย

ปัญญารัตน์ ลามวงศ์วัฒนา

เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล

วนิดา ไชยวณิชย์พงษ์

วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์

วิสิทธิ์ สุภครพงษ์กุล

วีระวุฒิ อิมสำราญ

วิจิต อภรณ์วิรัตน์

วุฒิ สุขเมธโชติเมธา

วสันต์ ลีนะสมิต

สมเกียรติ ลลิตวงศา

สมจินต์ จินดาวิจักษณ์

สมชาย ธนะสิทธิชัย

สุดสวาท เลานวินิจ

สุพล มโนรมณ์

สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์

อนงค์ เทพสุวรรณ

อนันต์ กรลักษณ์

อาคม ชัยวีระวัฒน์

อารีย์ ประสิทธิพงษ์

อรชร เขี่ยมอารีรัตน์

อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ

**ผู้จัดการ**

วิษณุ ปานจันทร์

**ผู้ช่วยผู้จัดการ**

มลินี สอนิไชย

ณัฐสลิลา พงษ์ธนรัตน์

**พิมพ์ที่ บริษัท โฆสิตการพิมพ์ จำกัด**

373 ถ.เจริญสนิทวงศ์ แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700 โทร. 0-2424-8715, 0-2433-3011



วารสารโรคมะเร็ง  
THAI CANCER JOURNAL



ISSN 0125-2038

Cancer Research Foundation for National Cancer Institute

### Editor-in-Chief

Thiravud Khuhaprema

### Assistant Editors

Jarunya Ngamkham

Suleeporn Sangrajrang

Saowakon Sukarayodhin

Sunanta Chariyalertsak

### Editorial Board

Kitisak Thepsuwan

Kawin Leelawat

Danai Tiwawech

Tawin Klinvimol

Tanadej Sinthusake

Dhanoo Lawbundis

Prasert Lertsanguansinchai

Punyarat Lapvongwatana

Petcharin Srivatanakul

Vanida Chokvanichpong

Vajarabhongsa Bhuddisawasdi

Wisit Supakarpongkul

Weerawut Imsamran

Vichit Arpornwirat

Wutthi Sumetchotimaytha

Vasant Linasmita

Somkiat Lalitwongsa

Somjin Chindavijak

Somchai Thanasitthichai

Sudsawat Laohavinij

Suphon Manoromana

Suwat Chariyalertsak

Anong Tepsuwan

Anant Karalak

Arkorn Chaiwerawattana

Aree Prasitthipayong

Orachorn Aimarreerat

Attasit Srisubat

### Managing Editor

Visnu Panchan

### Assistant Managers

Malinee Sontichai

Natsalil Pongtharacht

**KOSIT PRESS COMPANY LIMITED**

373 Charansanitwong Rd., Bang-ow, Bangplad, Bangkok 10700 Tel. 0-2424-8715, 0-2433-3011



**วารสารโรคมะเร็ง**  
THAI CANCER JOURNAL



### วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง  
และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

### สำนักงาน

สำนักงานวารสารโรคมะเร็ง กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400  
โทร. 0-2354-7025 ต่อ 2205  
โทรสาร 0-2644-9097

### เว็บไซต์เผยแพร่

[www.nci.go.th](http://www.nci.go.th), [www.kmnci.com/km/](http://www.kmnci.com/km/),  
<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/TCJ>

### กำหนดการตีพิมพ์

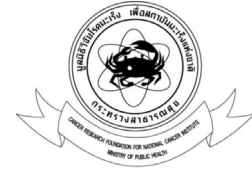
กำหนดออกทุก 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม-มีนาคม,  
เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม)

### การส่งต้นฉบับ

บรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400  
โทร. 0-2354-7025 ต่อ 2205  
โทรสาร 0-2644-9097  
E - mail : [thaicancerj@gmail.com](mailto:thaicancerj@gmail.com)

### การบอกรับเป็นสมาชิก

- ห้องสมุดและหน่วยงานราชการแจ้งความจำนงได้ที่สำนักงานวารสารโรคมะเร็งโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
- หน่วยงานเอกชนและผู้สนใจส่งแบบฟอร์มสมัครสมาชิกที่สำนักงานวารสารโรคมะเร็ง อัตราค่าสมาชิก 200 บาท ต่อปี (4 ฉบับ) รวมค่าจัดส่งและโอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาริบัติ เลขที่บัญชี 026-228501-4  
ชื่อบัญชี เงินสำรองจ่ายของมูลนิธิวิจัยโรคมะเร็ง



## สารบัญ Content

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1

มกราคม-มีนาคม 2558

	หน้า
บทบรรณาธิการ	1
<b>นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)</b>	
ผลของการใช้จินตนาการบำบัดและการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ ชะง่อนและอาเจียน ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา ชมพูนุท พงษ์ศิริ, ปราณี อัศวรัตน์, วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา	2
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาที่โรงพยาบาล มะเร็งสุราษฎร์ธานี วิชาฎา อยู่ดวง, ยุวดี วิทย์พันธ์, พิมพ์ลักษณ์ ดำเนียร, อัญญารัตน์ มุสิกกะ, วิวัฒน์ หาญกล้า, สุณีเยี ละกำปัน	14
ระดับวิตามินดี 25-hydroxy ในซีรัมกับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม สมชาย ณะสิทธิชัย, อาคม ชัยวีระวัฒน์, เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน, อารีย์ ประสิทธิ์พยงค์	26
<b>บทพินิจวิชาการ (Review Articles)</b>	
หนทางสู่ชัยชนะในการต่อรองต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ธนาพันธุ์ พีรวงศ์, กานดาตรี ตูลาธรรมกิจ, วันชัย ธรรมสังจักร	32
คำแนะนำการส่งต้นฉบับ	40
หนังสือแจ้งความจำนงลงโฆษณาในวารสารฯ	42
ใบสมัครสมาชิก/ใบต่ออายุสมาชิกวารสารฯ	43



## บทบรรณาธิการ

### อุบัติการณ์เกิดมะเร็งเต้านมในหญิงไทย

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบากที่สุดในหญิงทั่วโลก โดยประมาณการณ์ว่าพบผู้ป่วยรายใหม่ 1.4 ล้านรายในปี พ.ศ. 2551 อุบัติการณ์ที่พบแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค มักพบสูงในอเมริกาเหนือ ออสเตรเลีย ยุโรปเหนือและตะวันตก ส่วนยุโรปตะวันออกพบอัตราปานกลาง และพบต่ำในแอฟริกาและเอเชียเป็นส่วนใหญ่<sup>1</sup>

สำหรับในประเทศไทยพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิง โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ราว 10,193 รายในปี พ.ศ. 2551 และพบอุบัติการณ์แตกต่างกันในแต่ละจังหวัด จังหวัดที่พบสูงสุดคือชลบุรี รองลงมาได้แก่ กรุงเทพฯ และระยอง โดยมีอัตราการเกิด (age-specific rate; ASR) 44.2, 41.2 และ 37.6 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ<sup>2</sup>

การลดอุบัติการณ์เกิดมะเร็งเต้านมทำได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยง ด้วยการหมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่ายาล่อยตัวให้อ้วน ทานผักผลไม้เป็นประจำ นอกจากนี้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงแล้วหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปก็ควรหมั่นไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเนื่องจากเป็นช่วงอายุที่พบอัตราการเกิดสูงขึ้น<sup>2</sup> เพื่อจะได้ตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรกซึ่งจะช่วยให้การรักษาได้ผลมากขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

1. American Cancer Society. Global Cancer Facts & Figures. 2<sup>nd</sup> ed. Atlanta: American Cancer Society; 2011.
2. Khuhaprema T, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S, Sangrajrang S. Cancer in Thailand. Vol VII, 2007-2009. Bangkok; 2013.

บรรณาธิการ





# ผลของการใช้จินตนาการบำบัดและการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษา ด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา

ชมพูนุท พงษ์ศิริ<sup>1</sup>

ปราณี อัครวัฒน์<sup>1</sup>

วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา<sup>2</sup>

**บทคัดย่อ** การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้จินตนาการบำบัดและการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 60 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการทำจินตนาการบำบัดและการกดจุด แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียน โดยกลุ่มทดลองได้รับการทำจินตนาการบำบัดและการกดจุดจากผู้วิจัยภายหลังรับประทานอาหารวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น เป็นเวลา 3 วัน รวมจำนวน 6 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทีอิสระ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนของกลุ่มทดลองภายหลังการทำจินตนาการบำบัดและการกดจุดน้อยกว่าก่อนได้รับการทำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.000$ ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนของกลุ่มทดลองที่ได้รับการทำจินตนาการบำบัดและการกดจุดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.0005$ ) แสดงให้เห็นว่าการทำจินตนาการบำบัดและการกดจุดช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีอาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษาลดลง (วารสารโรคมะเร็ง 2558;35:2-13)

คำสำคัญ: จินตนาการบำบัด การกดจุด อาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียน มะเร็งปากมดลูก เคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา

<sup>1</sup>ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย <sup>2</sup>หอผู้ป่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

## Effects of Imagery and Acupressure in Alleviating Nausea, Retching, and Vomiting among Cervical-Cancer Patients Undergoing Chemotherapy and/or Radiotherapy

by Chompunut Pongsiri<sup>1</sup>, Pranee Asawatana<sup>1</sup>, Wassana Issrangura Na Ayudhaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Fundamentals of Nursing and Administration Nursing, <sup>2</sup>Radiotherapy Ward, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Bangkok

**Abstract** This quasi-experimental study aimed to examine the effects of imagery and acupressure on nausea, retching, and vomiting among cervical-cancer patients undergoing chemotherapy and/or radiotherapy. The samples were 60 cervical-cancer patients who had been admitted to a tertiary hospital for chemotherapy and/or radiotherapy. The samples were purposively recruited and divided into experimental or control groups, with 30 patients per group. The research instruments were an imagery and acupressure program, personal data questionnaire, and Index of nausea, vomiting, and retching questionnaire. Subjects in the experimental group received imagery and acupressure by the researcher twice a day after meals for three days, while subjects in the control group received routine nursing care. Demographic data were analyzed using descriptive statistics and the mean scores for nausea, vomiting, and retching before and after receiving the imagery and acupressure program were compared using the paired t-test, and between-group comparisons used the independent t-test. The results showed that the mean scores for nausea, retching, and vomiting of the experimental group were significantly lower before receiving imagery and acupressure ( $P=0.000$ ) When the groups were compared, the mean scores for nausea, retching, and vomiting of the experimental group after the imagery and acupressure program were significantly lower than the control group ( $P=0.0005$ ). This finding indicated that imagery and acupressure can assist cervical-cancer patients to alleviate nausea, retching, and vomiting after chemotherapy and/or radiotherapy. (*Thai Cancer J 2015;35:2-13*)

**Keywords:** imagery, acupressure, nausea, retching and vomiting symptom, cervical cancer, chemotherapy and/or radiotherapy

## บทนำ

จากรายงานประจำปีของสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี พ.ศ. 2555 มะเร็งปากมดลูกมีอุบัติการณ์การเกิดในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่พบเป็นอันดับสองในการจัดลำดับโรคมะเร็ง 15 อันดับแรก<sup>1</sup> ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมักมีปัญหาเศรษฐกิจและสังคม เพราะต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ใช้เวลาในการรักษาต่อเนื่องและมีผลข้างเคียงจากการรักษาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยต้องประสบความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคที่ลุกลาม และจากผลข้างเคียงของการรักษา รวมทั้งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณจากการหมดหวังในการรักษา การรักษามะเร็งปากมดลูกมีทั้งการรักษา

ทางศัลยกรรมและอายุรกรรม หลักการที่ยอมรับในปัจจุบันเพื่อช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยต้องรักษาแบบผสมผสาน ประกอบด้วย systemic therapy และ radiation therapy และใช้การดูแลร่วมกันแบบสหสาขา<sup>2</sup> โดยประสิทธิภาพของการรักษาในแต่ละวิธีขึ้นกับพยาธิสภาพของโรคและการตอบสนองของร่างกายของผู้ป่วยแต่ละบุคคล การใช้การผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษาจัดว่าเป็นการรักษา มะเร็งปากมดลูกที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ในปัจจุบันการใช้เคมีบำบัดในการรักษามะเร็งปากมดลูกพบว่า cisplatin เป็นยาเคมีบำบัดที่ใช้มากที่สุดแต่เกิดพิษมากที่สุด ทำให้มีการกดไขกระดูกและคลื่นไส้อาเจียน<sup>3</sup> ซึ่งอาการคลื่นไส้อาเจียนจาก

การได้รับเคมีบำบัดพบได้ภายใน 16-24 ชั่วโมง และพบมากถึงร้อยละ 76-88 ผู้ป่วยร้อยละ 57.1 มีอาการคลื่นไส้เกิดขึ้นภายหลังการให้ยาเคมีบำบัดไปแล้วประมาณ 6-7 วัน และผู้ป่วยร้อยละ 37.4 มีอาการอาเจียนภายหลังให้ยาเคมีบำบัดหมดชุด ในรายที่อาเจียนรุนแรงมากจะเกิดการจิกขาดของเยื่อหลอดอาหารทำให้มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เกิดภาวะสูญเสียน้ำและเกลือแร่ออกจากร่างกายรับประทานไม่ได้ น้ำหนักลดลง นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เครียดนอนไม่หลับ คุณภาพชีวิตลดลง<sup>4</sup>

การใช้รังสีรักษาในมะเร็งปากมดลูกมี 2 วิธี คือวิธีการฝังแร่ (intra-cavity brachytherapy; ICBT) ซึ่งเป็นการฝังสารกัมมันตรังสีเข้าไปภายในก้อนมะเร็งหรือใส่เข้าไปในช่องคลอดหรือปากมดลูกบริเวณติดกับก้อนมะเร็ง และวิธีการฉายรังสี (external beam radiotherapy หรือ EBRT) ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาพบว่าเกิดผลข้างเคียงได้เช่นกัน ทั้งที่เกิดเฉียบพลันและเกิดในระยะยาว เช่น มีอาการอ่อนล้า ผิวหนังระคายเคือง เกิดความผิดปกติในระบบขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ มีการตีบตันของช่องคลอด ท้องเสียเรื้อรัง เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น โดยอาการคลื่นไส้อาเจียนเฉียบพลันจะเกิดขึ้นหลังการให้รังสีรักษาไปแล้วประมาณ 30 นาที - 4 ชั่วโมง พบได้มากในผู้ป่วยที่ให้รังสีรักษาในบริเวณเดียว เช่น บริเวณท้องและเป็นบริเวณกว้าง<sup>5</sup>

แม้ว่าปัจจุบันมีการพัฒนายาที่ใช้ลดอาการคลื่นไส้ ชัยอนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษาเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่มียาที่

สามารถควบคุมอาการดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยทุกราย การนำการดูแลแบบเสริมด้วยวิธีอื่น ร่วมกับการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ ชัยอน และอาเจียนจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่น่าิยมใช้ เช่น การกดจุด (acupressure) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาโดยใช้ นิ้วมือกดลงไปบนตำแหน่งที่เป็นเป้าหมายของการรักษา ตามศาสตร์แผนจีนโบราณที่สืบทอดกันมาเพื่อบรรเทาอาการที่ไม่พึงประสงค์ ตำแหน่งของการกดจุดเพื่อ บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนมี 2 จุด คือ จุดเน่ยกวาน (nei-guan point) หรือ pericardium 6 (P6) และจุด zunsanli (St36) แต่การกดจุดที่จุดเน่ยกวานนิยมใช้มากกว่า เนื่องจากมีความสะดวกและง่ายในการวัดหาตำแหน่ง<sup>6</sup> การกดจุดสามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้ ชัยอนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ เนื่องจากการกดจุดจะเป็นการกระตุ้นจุดประสาทบริเวณ จุดเน่ยกวาน ให้ส่งกระแสไฟฟ้าความถี่ต่ำไปกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมพิทูอิตารี ให้หลั่งสารเคมีในสมอง คือ beta-endorphin, monoamine และฮอร์โมน adrenocorticotrophic ออกมา ทำให้ผ่อนคลายความเครียดและความวิตกกังวล นอกจากนั้น beta-endorphin และ monoamine ยังสามารถจับกับ  $\mu$  - receptor ที่บริเวณ chemoreceptor trigger zone ช่วยยับยั้งอาการคลื่นไส้ ชัยอน และอาเจียนได้<sup>7</sup>

อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมามพบว่า การกดจุดเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ เช่น การศึกษาของ Genc A และคณะ<sup>8</sup> ศึกษาผลของการกดจุดในการลดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมและมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้สายรัด

ข้อมือที่มีปุ่มกดจุดในตำแหน่ง pericardium 6 เปรียบเทียบกับสายรัดข้อมือที่มีปุ่มกดจุดในตำแหน่งที่ไม่ถูกต้อง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และการศึกษาของ Molassiotis A และคณะ<sup>9</sup> ศึกษาประสิทธิผลและค่าใช้จ่ายในการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นในระยะเฉียบพลันและระยะหลังโดยใช้การทดลอง 3 วิธี คือ การใช้สายรัดข้อมือที่มีปุ่มกดจุดในตำแหน่ง pericardium 6 การใช้สายรัดข้อมือที่มีปุ่มกดจุดในตำแหน่งที่ไม่ถูกต้อง และการรักษาพยาบาลตามปกติ พบว่าการทดลองทั้ง 3 วิธีไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวทางเลือกอื่นมาใช้ร่วมกับการกดจุด คือ การทำจินตนาการบำบัด (guided imagery) ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดจากการทำงานร่วมกันของสารสื่อประสาท ระบบประสาทรวมทั้งการทำงานของสมองซีกขวาที่ทำให้จิตใจสร้างมโนภาพขึ้น กระตุ้นระบบลิมบิกให้สร้างความรู้สึกพึงพอใจ รับรู้อารมณ์ทางบวก ความสุข และความสงบ<sup>10</sup> ซึ่งการใช้จินตนาการบำบัดเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกฝนการทำจินตนาการบำบัดแล้วยังสามารถนำไปปฏิบัติด้วยตนเองได้ ดังนั้นการศึกษาผลของการใช้จินตนาการบำบัดและการกดจุดเพื่อลดอาการคลื่นไส้ ชัยอนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษาจะเป็นประโยชน์ในการให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีอาการคลื่นไส้ ชัยอนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา

## วัสดุและวิธีการ

### กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel WW<sup>11</sup>  $n = [(Z_{\alpha/2})^2 pq] / d^2$  เมื่อแทนค่า  $[(1.96)^2 \times 0.13 \times 0.87] / (0.13)^2$  กำหนดให้  $p = 0.13^{12}$ ,  $q = 1 - p = 0.87$ ,  $d = 0.13$  คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 25 ราย นอกจากนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงอัตราการออกกลางคันของกลุ่มตัวอย่าง (dropout rate) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (attrition rate) ได้จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ช่วยเหลือตนเองได้ มีอายุระหว่าง 22 - 65 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 5 วันหรือมากกว่า และอยู่ระหว่างได้รับเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา มีอาการคลื่นไส้ ชัยอนและอาเจียนหรือมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใน 12 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีค่าเกล็ดเลือดและสัญญาณชีพปกติไม่ได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียนชนิดมีประสิทธิภาพสูงคือยา Emend ไม่มีประวัติได้รับการทำจินตนาการบำบัดและการกดจุดมาก่อน และยินดีเข้าร่วมการโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการเมารถ เมาเรือหรือ เครื่องบิน ประวัติการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือ รังสีรักษา ชนิดของเคมีบำบัดที่ใช้รักษา ประวัติอาการ คลื่นไส้ อาเจียนจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือ รังสีรักษา และยาต้านอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ได้รับ

2. แบบประเมินอาการคลื่นไส้ ชี้อ่อนและ อาเจียน (Index of nausea, vomiting and retching: INVR) ของ Rhodes และ McDaniel ซึ่งแปลเป็น ภาษาไทยโดยวงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร<sup>13</sup> มีข้อคำถาม เกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ ชี้อ่อนและอาเจียน ทั้งหมด 8 ข้อ คำตอบมี 5 ระดับ คือ ไม่มีอาการเลย 0 คะแนน อาการน้อย 1 คะแนน อาการปานกลาง 2 คะแนน อาการมาก 3 คะแนน และอาการมากที่สุด 4 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 0- 32 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้ 1- 8 คะแนน มีอาการคลื่นไส้ ชี้อ่อนและอาเจียน น้อย 9-16 คะแนน มีอาการคลื่นไส้ ชี้อ่อนและอาเจียน ปานกลาง 17- 24 คะแนน มีอาการคลื่นไส้ ชี้อ่อนและ อาเจียนมาก และ 25-32 คะแนนมีอาการคลื่นไส้ ชี้อ่อน และอาเจียนมากที่สุด แบบประเมินอาการคลื่นไส้ ชี้อ่อนและอาเจียนผ่านทดสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.93

3. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ของคู่มือการทำจินตนาการบำบัดโดยให้ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มี ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน พยาบาลที่มี

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน และพยาบาล ที่มีประสบการณ์เรื่องแพทย์ทางเลือกและจินตนาการ บำบัด 1 คน จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจาก ผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ให้ถูกต้องเหมาะสม

4. หาค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องของ การกวดจุด (interrater reliability) ของผู้วิจัย โดยผู้วิจัย สองคนที่ทำหน้าที่กวดจุดได้ผ่านการฝึกปฏิบัติการกวดจุด จากผู้เชี่ยวชาญการแพทย์แผนจีนจำนวน 2 คน โดย ฝึกกวดจุดที่ตำแหน่งจุดเน่ยกวาน (Nei-guan point) หรือ pericardium 6 (P6) จำนวน 2 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง จนผู้เชี่ยวชาญทั้ง 2 คนยอมรับว่าผู้วิจัยผ่านการ ทดสอบและสามารถกวดจุดได้ถูกต้อง หลังจากนั้นทำการ ทดสอบหาค่าความสอดคล้องในการกวดจุดระหว่างผู้วิจัย ทีละคน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 2 คน เป็นผู้ทดสอบจน ยอมรับว่าผู้วิจัยทั้ง 3 คน มีความสามารถในการกวดจุด เหมือนกันทั้งตำแหน่ง ระดับความลึกและความแรงใน การลงน้ำหนัก โดยผู้วิจัยทั้งสามคนได้ทดสอบการ กวดจุดในผู้ป่วย 10 รายและมีค่าความเชื่อมั่นความ สอดคล้องของการกวดจุดเท่ากับ 0.94

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุมัติการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จากนั้นติดต่อประสานงาน กับหัวหน้าหอผู้ป่วยมะเร็งและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มทดลองจนครบ 30 รายก่อน โดยผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก มีโอกาสได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่าเทียมกัน

จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อป้องกันการติดต่อสื่อสารระหว่างกลุ่มตัวอย่างและการปนเปื้อนในการศึกษา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเข้ารับการรักษานอผู้ป่วยเดียวกัน สำหรับขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดเป็นเวลา 24 ชั่วโมงแล้ว ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม 2 ชุด คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินอาการคลื่นไส้ ชัยอ่อนและอาเจียน ใช้เวลาในการตอบประมาณ 10 นาที ผู้วิจัยเริ่มต้นทำจินตนาการบำบัดให้กับผู้ป่วยโดยจัดสถานที่ให้เป็นส่วนตัวให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบายหายใจเข้าและหายใจออกลึกๆแบบใช้กระบังลมประมาณ 3 นาทีเพื่อให้เกิดสมาธิและผ่อนคลาย จากนั้นเปิดเทปเสียงบรรยายบรรยากาศริมทะเล/บรรยากาศน้ำตก เทปใดเทปหนึ่ง ประมาณ 4 - 5 นาที และต่อด้วยการกดจุดที่ตำแหน่งเนยกวานประมาณ 3 นาที ผู้ป่วย 1 รายจะได้รับการทำจินตนาการบำบัดและกดจุดจากผู้วิจัยวันละ 2 ครั้งภายหลังจากอาหารเช้าและอาหารเย็นติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 วัน ทั้งนี้การเลือกช่วงหลังอาหารจะช่วยลดผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดต่อระบบทางเดินอาหารที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน<sup>14</sup> ภายหลังจากการทำจินตนาการบำบัดและกดจุดครบ 3 วัน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินอาการคลื่นไส้ ชัยอ่อนและอาเจียนซ้ำอีกครั้ง สำหรับกลุ่มควบคุมเมื่อผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดเป็นเวลา 24 ชั่วโมงแล้ว เริ่มนับเป็นวันที่ 1 ในช่วงหลังอาหารเช้า ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม

คุณสมบัติที่กำหนด และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม 2 ชุด คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินอาการคลื่นไส้ ชัยอ่อนและอาเจียน จากนั้นในวันที่ 3 ในช่วงหลังอาหารเย็นให้ทำแบบประเมินอาการคลื่นไส้ ชัยอ่อนและอาเจียนซ้ำอีกครั้ง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มโดยสถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) และทดสอบการแจกแจงของข้อมูลคะแนนอาการคลื่นไส้ ชัยอ่อนและอาเจียนโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normal distribution) จากนั้นเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการคลื่นไส้ ชัยอ่อนและอาเจียนก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติที่คู่ (paired t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) กำหนดค่า  $P$  ที่ 0.05 เป็นค่านัยสำคัญทางสถิติ

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างทางด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ยกเว้นประวัติการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสี

รักษาที่พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติ โดยกลุ่ม ด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษามากกว่ากลุ่ม ควบคุมมีประวัติอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับการรักษา ทดลอง ( $P = 0.028$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>อายุ (ปี)</b>					
20-40	6	20.00	6	20.00	
41-60	21	70.00	17	56.67	0.364
61-65	3	10.00	7	23.33	
<b>ศาสนา</b>					
พุทธ	26	86.67	30	100.00	0.117
คริสต์	3	10.00	-	-	
อิสลาม	1	3.33	-	-	
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	2	6.67	7	23.33	
คู่	21	70.00	20	66.67	0.111
หย่า/หม้าย	7	23.33	3	10.00	
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	24	80.00	24	80.00	
ปริญญาตรี	6	20.00	5	16.67	0.580
สูงกว่าปริญญาตรี			1	3.33	
<b>อาชีพ</b>					
รับจ้าง	2	6.67	8	26.67	
รับราชการ	11	36.66	3	10.00	0.703
ธุรกิจส่วนตัว	12	40.00	8	26.67	
ไม่ประกอบอาชีพ	5	16.67	11	36.66	
<b>ประวัติการดื่มสุรา</b>					
เคยดื่ม	10	33.34	5	16.66	0.136
ไม่เคยดื่ม	20	66.66	25	83.34	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ประวัติตั้งครรภ์</b>					
ไม่เคยตั้งครรภ์	5	16.66	6	20.00	0.739
เคยตั้งครรภ์	25	83.34	24	80.00	
<b>การแพ้อาหาร</b>					
ไม่แพ้อาหาร	9	36.00	12	50.00	0.417
แพ้อาหาร	16	64.00	12	50.00	
<b>ประวัติการเมารถ/เรือ/เครื่องบิน</b>					
เคยเมา	9	30.00	7	23.33	0.529
ไม่เคยเมา	21	70.00	23	76.67	
<b>ระยะโรค</b>					
1	2	6.67	3	10.00	
2	15	50.00	14	46.67	0.972
3	11	36.66	11	36.66	
4	2	6.67	2	6.67	
<b>การรักษาครั้งนี้</b>					
เคมีบำบัด	19	63.33	19	63.33	
รังสีรักษา	5	16.67	2	6.67	0.390
เคมีบำบัด/รังสีรักษา	6	20.00	9	30.00	
<b>ชนิดยาเคมีบำบัดที่ได้รับ</b>					
5-FU + Cysplatin	23	92.00	27	96.42	0.349
5-FU+ Carboplatin	2	8.00	1	3.58	
<b>ประวัติคลื่นไส้ อาเจียนจาก การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด/ รังสีรักษา</b>					
เคย	20	66.66	27	90.00	0.028
ไม่เคย	10	33.34	3	10.00	

จากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ ชี้อ่อนและอาเจียนก่อนได้รับการทำจินตนาการบำบัดและการกดจุด 15.43 (SD = 8.26) และภายหลังได้รับการทำจินตนาการบำบัดและการกดจุดมีคะแนนเฉลี่ย 7.47 (SD = 4.45) เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทำจินตนาการบำบัดและการกดจุดพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.000$ ) สำหรับกลุ่มควบคุมคะแนนอาการคลื่นไส้ ชี้อ่อนและอาเจียนก่อนได้รับการรักษาตามปกติมีคะแนนเฉลี่ย 11.87

(SD = 6.95) และภายหลังการรักษาพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ย 12.47 (SD = 6.53) เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการรักษาตามปกติพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $P = 0.451$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ ชี้อ่อนและอาเจียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มศึกษา	คะแนนอาการคลื่นไส้ชื่อย่อนและอาเจียน		P
	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	
กลุ่มทดลอง (n = 30)	15.43 ± 8.26	7.47 ± 4.45	0.000
กลุ่มควบคุม (n = 30)	11.87 ± 6.95	12.47 ± 6.53	0.451

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ ชี้อ่อนและอาเจียนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทำจินตนาการบำบัดกับการกดจุด

กลุ่มศึกษา	คะแนนอาการคลื่นไส้ชื่อย่อนและอาเจียน	
	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD
กลุ่มทดลอง (n = 30)	15.43 ± 8.26	7.47 ± 4.45
กลุ่มควบคุม (n = 30)	11.87 ± 6.95	12.47 ± 6.53
P	0.375	0.0005

การทำจินตนาการบำบัดและการกวดจุดพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ ชัยอ่อนและอาเจียนของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.0005$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

## วิจารณ์และสรุป

การที่ประวัติคลื่นไส้อาเจียนจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน อาจเป็นไปได้ว่าอาการคลื่นไส้และอาเจียนของผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ทั้งนี้ชนิดและปริมาณของการได้รับยาเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับระยะการลุกลามของโรคและพื้นที่ผิวกายของผู้ป่วย รวมทั้งประสิทธิภาพการทำงานของไต การได้รับยาเคมีบำบัดต่างชนิดกันจะส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนต่างกันด้วย ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม alkylating agents และกลุ่ม platinum ซึ่งมียาหลายชนิดที่ทำให้มีผลข้างเคียง คือ อาการคลื่นไส้อาเจียนที่แตกต่างกัน เช่น ยา fluorouracil (5-FU) ยา cisplatin และยา carboplatin ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้มากประมาณร้อยละ 90 ส่วนยา carboplatin ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนปานกลางร้อยละ 30-90 และยา fluorouracil (5-FU) ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนน้อยประมาณร้อยละ 10-30 ในขณะที่การใช้รังสีรักษาทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนได้น้อยกว่ายาเคมีบำบัด โดยมีการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษามากกว่า 200 cGy มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเพียงร้อยละ 39<sup>2</sup> ทั้งนี้อาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังได้รับรังสีรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายจะมาก

หรือน้อยขึ้นอยู่กับขนาดของรังสีที่ได้รับและตำแหน่งที่ได้รับการฉายแสง

ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการทำจินตนาการบำบัดและการกวดจุดมีคะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ ชัยอ่อนและอาเจียนน้อยกว่าก่อนทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ ชัยอ่อนและอาเจียนเพิ่มขึ้น แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับยาควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษาเช่นเดียวกัน นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ ชัยอ่อน และอาเจียนของกลุ่มทดลองที่ได้รับการทำจินตนาการบำบัดและกวดจุดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าการทำจินตนาการบำบัดและกวดจุดมีประสิทธิภาพช่วยลดอาการคลื่นไส้ ชัยอ่อนและอาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้ โดยมีรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Lee EJ และ Warden S<sup>15</sup> เกี่ยวกับการกวดจุดในการลดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี ค.ศ. 2002-2012 มีจำนวนงานวิจัย 12 เรื่อง พบว่า เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง 7 เรื่อง กึ่งทดลอง 2 เรื่อง และทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 3 เรื่อง โดยผลการวิจัยเชิงทดลอง 6 ใน 7 เรื่อง พบว่าการกวดจุดมีประสิทธิภาพดีในการลดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 1341 ราย ในขณะที่การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 3 เรื่องมีข้อสรุปว่าการกวดจุดอาจช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดและไม่มีรายงานผลข้างเคียงของการกวดจุด อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้

บางเรื่องพบว่าการกดจุดไม่มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น การศึกษาของปิยะภร ไพรสนธิ<sup>16</sup> ที่พบว่าการกดจุดช่วยลดอาการอาเจียน แต่ไม่มีผลต่ออาการคลื่นไส้และขย้อนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

สำหรับการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการกดจุดโดยผู้วิจัยที่ผ่านการฝึกปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนจีนจนสามารถกดในตำแหน่งที่ถูกต้องและมีระดับความลึกในการกดที่เหมาะสม จึงสามารถกดจุดแล้วทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น เบต้าเอนโดรฟิน (beta endorphin) โมโนเอมีน (monoamine) ช่วยทำให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลาย เกิดความสมดุล กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ลดการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ อาการคลื่นไส้อาเจียนจึงลดลง นอกจากนี้ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำจินตนาการบำบัดมาใช้ร่วมกับการกดจุดด้วย โดยผู้วิจัยทำจินตนาการบำบัดและกดจุดให้ผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง ภายหลังจากอาหารเช้าและเย็นเป็นเวลา 3 วัน อธิบายได้ว่าการทำจินตนาการบำบัดช่วยคลายเครียด ช่วยลดความเกร็งตัวของอวัยวะต่างๆในร่างกายได้ โดยการทำให้สมองส่วนไฮโปทาลามัสทำงานน้อยลง ลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น มีการขับสารฮอร์โมนและสารสื่อประสาท เช่น อีพิเนฟริน นอร์อีพิเนฟรินและอะซิติลโคลีนออกมาช่วยลดความเครียดได้<sup>17</sup> และเมื่อนำจินตนาการบำบัดมาใช้ร่วมกับการกดจุดที่ตำแหน่งจุดเน่ยกวาน ซึ่งตามศาสตร์แผนจีนใช้การกดจุดดังกล่าวช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน จึงทำให้ผลการวิจัยคั้งนี้มีประสิทธิภาพในการลด

อาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kang MK และ Suh EE<sup>18</sup> ที่ศึกษาผลของการกดจุดเน่ยกวาน (Nei-guan point) ร่วมกับการใช้จินตนาการบำบัดเพื่อลดอาการคลื่นไส้ ขย้อน อาเจียนและอาการเบื่ออาหารในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ ภายหลังจากการรักษาด้วยกัมมันตภาพรังสีไอโอดีน พบว่าเกิดผลดีในการลดอาการคลื่นไส้ ขย้อน อาเจียนและอาการเบื่ออาหารในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์

โดยสรุปผลการศึกษาคั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการทำจินตนาการบำบัดและการกดจุดมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้ ดังนั้นการทำจินตนาการและการกดจุดถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยลดอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งได้ โดยใช้เวลาในการปฏิบัติสั้นและไม่ค่อยค่าใช้จ่าย รวมทั้งไม่เป็นการปฏิบัติที่รบกวนร่างกายของผู้ป่วยจนทำให้เกิดอันตรายหรือผลข้างเคียงใดๆจากการปฏิบัติ หากผู้ปฏิบัติได้รับการฝึกหัดการทำจินตนาการและการกดจุดจนมีความชำนาญและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

### ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าควรมีการอบรมและฝึกหัดพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้มีความรู้และทักษะในการทำจินตนาการบำบัดและการกดจุดเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยลดอาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา เป็นการลด

ความทุกข์ทรมานจากผลของการรักษา อีกทั้งช่วยส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้มีความเด่นชัดขึ้น นอกจากนี้ควรทำการศึกษาผลของการทำจินตนาการบำบัดและการกดจุดในผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ ที่พบทั้งในเพศชายและเพศหญิงด้วย

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลสภากาชาดไทยฯ ที่สนับสนุนทุนวิจัย อาจารย์ นพ. วัลญณ์ศักดิ์ อรรถยากร และผศ.สุตประนอม สมันตเวดิน ผู้เชี่ยวชาญที่ฝึกสอนการกดจุดให้กับคณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ประภาพร จินันทุยา อดีตผู้ช่วยผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลฯ ฝ่ายวิจัย และ อาจารย์ ดร.จุฑาทารณ์ ทองบุญชู ที่กรุณาให้คำปรึกษาโครงการวิจัย อาจารย์ ดร.นันทกา สวัสดิพิพานิช ผศ.ศรัญญา วิติศักดิ์ และอาจารย์ ดร.ธัญลักษณ์ บรรลือชิตกุล ที่ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนี้ และกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาคั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2555: Hospital-base cancer registry annual report 2012. กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์ตะวันออก จำกัด; 2555.
- สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิลป์, ประไพ อริยประยูร, แม้นมณา จิระจรัส, บรรณานิการ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สมุทรปราการ: สันทวีกิจ พรินติ้ง; 2555.
- Dunleavy R. Cervical cancer: a guide for nurse. Sydney: Wiley-Blackwell; 2009.
- นรินทร์ วรวิฑู. การรักษาด้วยการใช้เคมีบำบัด. ใน: นรินทร์ วรวิฑู, เอื้อมแซ สุขประเสริฐ, บรรณานิการ. ตำรามะเร็งวิทยา 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546. หน้า 303-21.
- Kearney N, Richardson A. editors. Nursing patients with cancer: Principle and practice. New York: Elsevier Churchill Livingstone; 2006.
- Hawthorn J. Understanding and management of nausea and vomiting. New York: Blackwell Science; 1995.
- Ming JL, Tiau-Kuo BI, Lin JG, Lin LC. The efficacy of acupressure to prevent nausea and vomiting in post-operative patients. J Adv Nurs 2002;39:343-51.
- Genc A, Can G, Aydiner A. The efficiency of the acupressure in prevention of the chemotherapy induced nausea and vomiting. Support Care Cancer 2013;21:253-61.
- Molassiotis A, Russell W, Hughes J, Breckons M, Lloyd-Williams M, Richardson J, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of acupressure for the control and management of chemotherapy-related acute and delayed nausea. Health Technol Assess 2013;17:1-114.
- Andrasik F, Rime C. Can behavioural therapy influence neuromodulation?. Neurol Sci 2007;28:S124-9.
- Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 7<sup>th</sup>ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
- Booth CM, Clemons M, Dranitsaris G, Joy A, Young S, Callaghan W, et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in breast cancer patients: a prospective observational study. J Support Oncol 2007; 5: 374-80.
- วงจันทร์เพชรพิเชฐเชียร. การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2554.
- ณัฐรุช สิบหมู่, บรรณานิการ. ภาสัชวิทยา: เนื้อหาสำคัญและแบบฝึกหัด. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง; 2553.
- Lee EJ, Warden S. The effect of acupressure on chemotherapy-induced nausea. 2013. Available at: <http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajco.12115/full>. Accessed October 28, 2014.
- ปิยะภร ไพรสนธิ์, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, ประทุม สร้อยวงศ์. ผลของการกดจุดต่อการบรรเทาอาการคลื่นไส้ ช้อยอนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. พยาบาลสาร 2552;36:44-53.
- Synder M, Lindquist R, editors. Complementary and alternative therapies in nursing. 6<sup>th</sup>ed. New York: Springer Publishing; 2010.
- Kang MK, Suh EE. The effects of P6 acupressure and guided imagery on nausea, vomiting, retching and anorexia of the patients with thyroid cancer undergoing radioactive iodine therapy. Asian Oncol Nurs 2013;13:184-92.



## คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

วิชาภา อยุตวง<sup>1</sup>

ยุวดี วิทยพันธ์<sup>2</sup>

พิมลลักษณ์ ดำเนียร<sup>1</sup>

อัญญารัตน์ มุสิกกะ<sup>1</sup>

วิวัฒน์ หาญกล้า<sup>3</sup>

สุนีย์ ละกำป็น<sup>4</sup>

**บทคัดย่อ** งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในช่วงระยะเวลาก่อนได้รับรังสีรักษา ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย (สัปดาห์ที่ 6) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอทุกรายที่มารับการรักษาในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2557- 30 มิถุนายน 2557 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คือ เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอรายใหม่ ได้รับรังสีแบบ curative มีระยะเวลาการฉายแสง 6 สัปดาห์ ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 26 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติพรรณนา สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (ANOVA) ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ระยะ (คะแนนเฉลี่ย = 91.58, 85.77 และ 83.58 ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และในสัปดาห์ที่ 6 มีคะแนนต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษา  $P=0.014$  และ  $0.035$  ตามลำดับ แต่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 กับสัปดาห์ที่ 6 ไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายหลังได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และในสัปดาห์ที่ 6 มีคะแนนต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษา  $P=0.033$  และ  $0.007$  ตามลำดับ แต่หลังได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 กับสัปดาห์ที่ 6 ไม่แตกต่างกัน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 3 ระยะ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา ทั้งด้านการพยาบาลและการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อลดภาวะข้างเคียงด้านสุขภาพกายและให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น (วารสารโรคมะเร็ง 2558;35:14-25)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต มะเร็งศีรษะและลำคอ รังสีรักษา

<sup>1</sup>งานการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี <sup>2</sup>สำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ <sup>3</sup>งานทันตสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี <sup>4</sup>ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



## Quality of Life among Head- and Neck-Cancer Patients Undergoing Radiotherapy at Suratthani Cancer Hospital

by Wichada Youdoun<sup>1</sup>, Yuwadee Wittayapun<sup>2</sup>, Pimonluck Dumnean<sup>1</sup>, Auyarat Musikka<sup>1</sup>, Wiwat Hankla<sup>3</sup>, Sunee Lagampan<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Registered Nurses, Suratthani Cancer Hospital, <sup>2</sup>School of Allied Health Sciences and Public Health, Walailak University, <sup>3</sup>Dental Public Health Officers, Suratthani Cancer Hospital,

<sup>4</sup>Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

**Abstract** This prospective study aimed to study quality of life (QoL) among head-and neck-cancer patients and compare QoL before and during the 3<sup>rd</sup> and 6<sup>th</sup> weeks of radiotherapy at Suratthani Cancer Hospital. The sample comprised all new cases of head and neck cancer receiving curative radiotherapy for 6 weeks, from April 1-June 30, 2014, 26 new cases in all. Data were collected by interview. The World Health Organization Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF) was used to assess quality of life. Descriptive statistics and Repeated Measures ANOVA were used to analyze the study data. The results showed that the mean scores for overall QoL before radiotherapy and at weeks 3 and 6 there after, were moderate (mean =91.58, 85.77, and 83.58, respectively). The mean scores for overall QoL during treatment were significantly lower than pre-treatment ( $P=0.014$  and  $0.035$ , respectively); however, the mean scores for overall QoL at weeks 3 and 6 were not significantly different. The mean scores for Physical Health QoL during treatment were significantly lower than pre-treatment ( $P=0.033$  and  $0.007$ , respectively); however, the mean scores for Physical Health QoL in weeks 3 and 6 were not significantly different. The mean scores of Psychological Health QoL, social relationships, and environment, did not differ significantly during treatment. Hence, a model of caring should be developed for both nursing care and self-care, to relieve the side effects of physical health among head- and neck-cancer patients undergoing curative radiotherapy, to increase patients' quality of life. (*Thai Cancer J 2015;35:14-25*)

**Keywords:** quality of life, head and neck cancer, radiotherapy

## บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกาพบมะเร็งศีรษะและลำคอประมาณร้อยละ 3 ของโรคมะเร็งทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2557 โดยพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอประมาณ 59,340 ราย เป็นชาย 43,390 รายและหญิง 15,950 ราย และเสียชีวิตประมาณ 12,290 ราย โดยเป็นชาย 8900 ราย และหญิง 3390 ราย<sup>1</sup>

สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นปัญหาคุณภาพอันดับหนึ่งของประเทศ พบว่าในปี 2555 ประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ

96,548 รายต่อปี แบ่งเป็นเพศชาย 43,622 รายต่อปี และเพศหญิง 52,926 รายต่อปี คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณปีละ 66,000 ราย ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญเป็นอันดับหนึ่งของคนไทย<sup>2</sup> โดยจากสถิติพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในช่วงปี พ.ศ. 2550-2554 คิดเป็น 84.90, 87.60, 88.34, 91.20 และ 95.20 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวโน้มการตายด้วยโรคมะเร็งยังคงสูงเพิ่มมากขึ้นทุกปี<sup>3</sup> จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2551 ระบุว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอกว่า 12,000 รายต่อปี เสียชีวิตกว่า 5000 รายต่อปีโดยเฉลี่ย

ประชากรไทย 100,000 คนจะพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ 16 ราย เสียชีวิต 7 ราย และกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป มะเร็งบริเวณนี้ที่พบบ่อยได้แก่ มะเร็งในช่องปาก เช่น มะเร็งริมฝีปาก ลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม เป็นต้น<sup>4</sup> และพบมากเป็นอันดับเจ็ดของโรคมะเร็งที่พบมากในชายไทย<sup>5</sup>

ทางภาคใต้พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 10,322 รายต่อปี แบ่งเป็นเพศชาย 4535 รายต่อปี เพศหญิง 5788 รายต่อปี และเมื่อประมาณการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในแต่ละปี พบว่าในภาคใต้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 7018 รายต่อปี<sup>2</sup> โดยมะเร็งที่ศีรษะและลำคอพบมากเป็นอันดับห้าของโรคมะเร็งที่พบมากในชายไทย<sup>5</sup> ส่วนสถานการณ์โรคมะเร็งรายใหม่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่าผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 1092 รายต่อปี โดยพบในเพศชาย 495 รายต่อปี เพศหญิง 597 รายต่อปี และเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ 742 รายต่อปี สำหรับสถิติผู้ป่วยมะเร็งที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีในปีงบประมาณ 2556 มีผู้มาใช้บริการทั้งสิ้น 13,968 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 1210 ราย โดยมะเร็งที่ศีรษะและลำคอพบมากเป็นอันดับสามของโรคมะเร็งที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะและลำคอที่มาใช้บริการรักษาที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 14-15 รายต่อเดือน<sup>6</sup>

การรักษา มะเร็งที่ศีรษะและลำคอมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับชนิดของโรค มะเร็ง ตำแหน่งและระยะของโรค มีทั้งการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา และการใช้การรักษาทั้ง 3 วิธีร่วมกัน และที่สำคัญคือการดูแลรักษาทางด้านจิตใจซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับ

ผู้ป่วยมะเร็งมากเพราะว่าเพียงแต่รู้ว่าตนเองเป็นโรค มะเร็งเท่านั้น ผู้ป่วยก็จะหมดกำลังใจแล้ว โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของโรค นอกจากผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายเจ็บปวดทรมานแล้ว ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกอ้างว้างรู้สึกถูกละทิ้งหรือเป็นที่รังเกียจแม้แต่กับญาติสนิท ฉะนั้นการให้การรักษาในด้านจิตวิทยา และการกระทำใดๆก็ตามที่ทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจสบายขึ้น ก็จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก<sup>7</sup> สำหรับการ รักษาด้วยการฉายรังสีนั้นจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้ เช่น ผิวหนังแห้ง (dry desquamation) แผลในช่องปากอักเสบ (oral mucositis) ปริมาณน้ำลายลดน้อยลง การรับรู้อร่อยหรือผิดปกติ (loss of taste) และหูชั้นกลางอักเสบ (otitis media) เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น น้ำลายแห้ง (xerostomia) ต้อกระจก (cataract) และเนื้อกระดูกตาย (osteonecrosis) เป็นต้น โดยเฉพาะการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอจะเกิดผลโดยตรงต่อปมรับรสและต่อมน้ำลายทำให้เกิดภาวะการรับรู้รสผิดปกติได้ ซึ่งการเกิดภาวะนี้พบได้ตั้งแต่สัปดาห์แรกของการฉายรังสีและจะเพิ่มขึ้นเมื่อถึงสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ผลตามมาก็คือ ภาวะที่ไม่อยากอาหาร รับประทานอาหารได้น้อย และส่งผลให้น้ำหนักของผู้ป่วยลดลง ที่สำคัญอาการดังกล่าวจะคงอยู่ตลอดช่วงการรักษาจนกระทั่งภายหลังได้รับรังสีรักษาครบแล้วหลายสัปดาห์<sup>8</sup>

จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง และการดูแลผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงผิวหนังเป็นสีแดงคล้ำในสัปดาห์ที่ 2-3 และส่วนใหญ่มีอาการไม่สบาย

เจ็บแสบร้อนและคันในสัปดาห์ที่ 4-6<sup>9</sup> คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอันเป็นการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากโรคและการรักษาต่อภาวะหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ ซึ่งประเมินได้ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง<sup>10-14</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับรังสี พบว่าการรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลดต่ำลง<sup>15-19</sup> การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับรังสีในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีและผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีมากกว่าจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า<sup>16</sup> จากการศึกษาการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการรักษาด้วยรังสี พบว่าคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยรังสีต่ำกว่าก่อนรับการรักษาและการสูญเสียรสชาติอาหารและน้ำลายนับเป็นปัญหาสำคัญหลังการฉายรังสีและผ่าตัด<sup>17</sup> และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลามเฉพาะที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดคาร์โบพลาตินร่วมกับรังสีรักษาพบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางลดลงระหว่างการรักษาและดีขึ้นหลังการรักษาครบแล้ว 1 เดือน<sup>18</sup> มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีและพักอาศัยในอาคารวัดแห่งหนึ่งจังหวัดสงขลา พบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยทางด้านร่างกายมีสิ่งรบกวน 2 ประการคือ ผลของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี ทางด้านจิตใจ คือความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน สับสน<sup>19</sup> และหลังจากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเอง

การให้ข้อมูล ความรู้ และสอนทักษะการดูแลสุขภาพ พบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าเดิม<sup>20</sup> และจากการศึกษาการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระหว่างการรับรังสีรักษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาล<sup>9</sup> นอกจากนี้ในการศึกษาความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการระดับมากโดยให้ความสำคัญมากที่สุดในเรื่องการมีเป้าหมายและความหวังในชีวิต<sup>21</sup>

ปัจจุบันคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงกลายเป็นประเด็นสำคัญในวงการสาธารณสุขในการประเมินผลกระทบจากโรคและวิธีการรักษา โดยเฉพาะโรคที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น กรณีของมะเร็งศีรษะและลำคอ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการดูแลตนเองให้เหมาะสมตามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตามสภาพของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมจึงเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง นอกเหนือจากการรักษาโรคมัธยมศึกษาของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีจึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในช่วงระยะเวลาที่ต่างกัน คือ ก่อนได้รับรังสีรักษา ระหว่างรับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งเป็นสัปดาห์สุดท้ายที่ได้รับรังสีรักษา และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงเวลาทั้งสามดังกล่าว เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหารูปแบบในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับแต่ละช่วงเวลาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

### กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในช่วงระยะเวลาที่ต่างกัน คือ ก่อนได้รับรังสีรักษา ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอรายใหม่ทุกรายที่มาได้รับการรักษาด้วยรังสีในช่วงวันที่ 1 เมษายน - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2557 และได้รับการรักษาด้วยรังสีแบบ curative มีระยะเวลาการฉายแสง 6-8 สัปดาห์สามารถจดจำและเล่าสถานการณ์ต่างๆได้ สื่อภาษาได้เข้าใจได้ตอบได้และยินดีที่จะให้ข้อมูล ได้ผู้ป่วยทั้งหมด 28 ราย ทั้งนี้ระหว่างเก็บข้อมูล มีผู้ป่วยไม่มารับการรักษาด้วยรังสีตามนัด 2 ราย จึงทำให้มีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เหลือ 26 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งเริ่มต้นที่เป็นโรค การได้รับยาเคมีบำบัด และส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life questionnaire; WHOQOL-BREF) มีคำถามจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มาตราวัดชนิดประมาณค่า 3 ระดับ เกณฑ์การแปลผล

คือ คะแนนระหว่าง 26-60 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 96-130 คะแนนแสดงถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ผู้เก็บข้อมูลการวิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยที่แจ้งการเก็บข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ ถ้าปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับจากโรงพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูล

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามโครงสร้างคำถาม เก็บข้อมูลซ้ำจำนวน 3 ครั้ง คือครั้งแรกเป็นวันที่ผู้ป่วยมารับการฉีดเส้นเพื่อบ่งบอกขอบเขตของการฉายรังสีก่อนที่จะได้รับรังสีรักษา ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3 คือวันที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาเป็นวันที่ 15 ของการรับรังสีรักษา และครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 6 (สัปดาห์สุดท้าย) คือก่อนวันสุดท้าย 1 วัน ที่ผู้ป่วยจะได้รับรังสีรักษาครบ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนน

เฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอก่อนได้รับรังสีรักษา ระหว่างได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และในสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งเป็นสัปดาห์สุดท้าย ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measures ANOVA)

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอจำนวน 26 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.5 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 58.69 ปี อยู่ระหว่าง 41-86 ปี ร้อยละ 84.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.9 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรม ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.9) มารับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 57.7 ได้รับความเคมิบำบัดร่วมด้วยระหว่างรับการรักษา และตำแหน่งที่เริ่มเป็นมะเร็งคือช่องปากพบร้อยละ 46.2 (ตารางที่ 1)

สำหรับผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภาพรวมและรายด้านก่อนได้รับรังสี ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ระยะ (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ระยะพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมคู่ใดคู่หนึ่งอย่างน้อยหนึ่งคู่มีความแตกต่างกัน ( $P=0.011$ ) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คู่ใดคู่หนึ่งอย่างน้อยหนึ่งคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $P=0.004$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน ( $P=0.061, 0.179$  และ  $0.067$  ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
ชาย	23 (88.5)
หญิง	3 (11.5)
<b>อายุ</b>	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	58.69 $\pm$ 12.02
Range	41-86 ปี
<b>สถานภาพสมรส</b>	
สมรส	22 (84.6)
โสด	4 (15.4)
<b>การศึกษา</b>	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	20 (76.9)
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	5 (19.3)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1 (3.8)
<b>อาชีพ</b>	
เกษตรกรรม	13 (50.0)
ธุรกิจส่วนตัว	7 (26.9)
รับจ้าง	4 (15.5)
รับราชการ	1 (3.8)
อยู่บ้านเฉยๆ	1 (3.8)
<b>ประเภทผู้ป่วย</b>	
ผู้ป่วยนอก	20 (76.9)
ผู้ป่วยใน	6 (23.1)
<b>การได้ยาเคมีร่วมกับรังสีรักษา</b>	
ได้รับยาเคมี	15 (57.7)
ไม่ได้รับยาเคมี	11 (42.3)
<b>ตำแหน่งเริ่มต้นที่เป็น</b>	
ช่องปาก	12 (46.2)
บริเวณคอ, คอหอย	8 (30.8)
กล่องเสียง	5 (19.2)
ช่องจมูก	1 (3.8)

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและระดับคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมตามระยะเวลาที่ได้รับรังสี 3 ระยะ คือก่อนได้รับรังสี สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 ของการรับรังสีรักษา (N=26)

คุณภาพชีวิต	ช่วงคะแนน ตามแบบวัด	ช่วงคะแนน จากกลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย±SD	ระดับคุณภาพชีวิต
<b>ด้านสุขภาพกาย</b>				
ก่อนได้รับรังสี	7-35	19-32	24.65±0.82	ปานกลาง
สัปดาห์ที่ 3	7-35	11-31	22.27±1.02	ปานกลาง
สัปดาห์ที่ 6	7-35	14-31	21.31±0.85	ปานกลาง
<b>ด้านจิตใจ</b>				
ก่อนได้รับรังสี	6-30	13-27	20.85±3.33	ปานกลาง
สัปดาห์ที่ 3	6-30	7-27	19.69±3.87	ปานกลาง
สัปดาห์ที่ 6	6-30	11-26	19.04±3.55	ปานกลาง
<b>ด้านสัมพันธภาพทางสังคม</b>				
ก่อนได้รับรังสี	3-15	7-13	11.08±1.41	ปานกลาง
สัปดาห์ที่ 3	3-15	8-12	10.50±1.27	ปานกลาง
สัปดาห์ที่ 6	3-15	7-15	10.31±2.04	ปานกลาง
<b>ด้านสิ่งแวดล้อม</b>				
ก่อนได้รับรังสี	8-40	23-36	28.58±3.50	ปานกลาง
สัปดาห์ที่ 3	8-40	22-32	27.04±2.49	ปานกลาง
สัปดาห์ที่ 6	8-40	21-35	26.58±3.56	ปานกลาง
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>				
ก่อนได้รับรังสี	26-140	75-116	91.58±2.10	ปานกลาง
สัปดาห์ที่ 3	26-140	59-105	85.77±2.18	ปานกลาง
สัปดาห์ที่ 6	26-140	65-116	83.58±2.54	ปานกลาง

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 ต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษา ( $P=0.014$  และ  $0.035$  ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 6 ไม่แตกต่างจากสัปดาห์ที่ 3 ( $P=1.00$ ) สำหรับการทดสอบ

ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายหลังได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 ต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษา ( $P=0.033$  และ  $0.007$  ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายหลังได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำในการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต ตามระยะเวลาที่ได้รับรังสี 3 ระยะ คือก่อนได้รับรังสี สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 ของการได้รับรังสีรักษา

คุณภาพชีวิต	SS	df	MS	F	P
คุณภาพชีวิตโดยรวม	888.641	1.624	547.340	5.528	0.011
ด้านสุขภาพกาย	154.333	2	77.167	6.233	0.004
ด้านจิตใจ	45.564	2	22.782	2.968	0.061
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.333	2	4.167	1.781	0.179
ด้านสิ่งแวดล้อม	57.026	2	28.513	2.857	0.067

ตารางที่ 4 แสดงค่า P เปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตทีละคู่ ตามระยะเวลาที่ได้รับรังสี 3 ระยะ ตั้งแต่ก่อนได้รับรังสี ระหว่างได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 ของการได้รับรังสีรักษา

คุณภาพชีวิต	ก่อนได้รับรังสี	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 6
		P	P
คุณภาพชีวิตโดยรวม		0.014*	0.035**
			1.00***
ด้านสุขภาพกาย		0.033*	0.007**
			1.00***

\*เปรียบเทียบระหว่างสัปดาห์ที่ 3 และก่อนได้รับรังสีรักษา \*\*เปรียบเทียบระหว่างสัปดาห์ที่ 6 และก่อนได้รับรังสีรักษา \*\*\*เปรียบเทียบระหว่างสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 ของการได้รับรังสีรักษา

## วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 58.69 ปี สอดคล้องกับสถิติการเกิดมะเร็งศีรษะและลำคอที่พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอายุ 55 ปีขึ้นไป<sup>4</sup> และพบมากเป็นอันดับเจ็ดของโรคมะเร็งที่พบมากในชายไทยของประเทศและอันดับห้าที่พบมากในชายไทยทางภาคใต้<sup>5</sup> ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรและมารับบริการรับรังสีรักษาเป็นผู้ป่วยนอก สำหรับการได้รับยาเคมีร่วมด้วยนั้น

พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีปริมาณใกล้เคียงกันซึ่งจะให้ยาเคมีร่วมด้วยหรือไม่ขึ้นกับแผนการรักษาของแพทย์ สภาพความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วย พยาธิสภาพของโรคและความยินยอมที่จะรับการรักษาของผู้ป่วย สำหรับตำแหน่งเริ่มต้นที่เป็นมะเร็งของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นมะเร็งช่องปากสอดคล้องกับสถิติการเกิดมะเร็งศีรษะและลำคอที่พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นบริเวณช่องปาก เช่น ริมฝีปาก ลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม เป็นต้น<sup>4</sup>

สำหรับผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ระยะคือก่อนได้รับ

รังสีรักษา ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายหลังได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายมีค่าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนได้รับรังสี และมีคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ระยะ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกระยะลุกลามที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดคาร์โบพลาตินร่วมกับรังสีรักษาที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง<sup>14</sup> และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีและพักอาศัยในอาคารวัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลาพบว่ามีความคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน<sup>15</sup>

การศึกษานี้ แม้พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่มปานกลางทั้งก่อนและหลังได้รับรังสีรักษาก็ไม่ควรละเลยที่จะให้ความสำคัญกับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 ที่ลดลงหลังได้รับรังสีรักษา สอดคล้องกับทฤษฎีและการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่าการรักษาด้วยรังสีนั้นจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจนทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่ำลงหลังได้รับการรักษาด้วยรังสีได้<sup>11-15</sup> เช่น ภาวะผิวหนังแห้ง (dry desquamation) แผลในช่องปากอักเสบ (oral mucositis) ปริมาณน้ำลายลดน้อยลง การรับรู้อาหารหรือรสชาติ (loss of taste) และหูชั้นกลางอักเสบ (otitis media) เป็นต้น ซึ่งการเกิดภาวะเหล่านี้พบได้ตั้งแต่สัปดาห์แรกของการฉายรังสีและเพิ่มขึ้นเมื่อถึงสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ผลที่ตามมาคือภาวะการไม่ยอมอาหารและส่งผลให้น้ำหนักของผู้ป่วยลดลง ที่สำคัญอาการดังกล่าวจะคงอยู่ตลอดช่วงการรักษาจนกระทั่งภายหลังได้รับรังสีรักษาครบแล้วหลาย

สัปดาห์<sup>8</sup> โดยการเคี้ยวเป็นปัญหาที่สำคัญ ปัญหาในการกลืนอาหารผิดปกติ การสูญเสียการรับรู้รสชาติอาหารและน้ำลายน้อยเป็นปัญหาสำคัญหลังการฉายรังสี<sup>11</sup> และจากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและการดูแลผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงผิวหนังเป็นสีแดงคล้ำในสัปดาห์ที่ 2-3 และส่วนใหญ่มีอาการไม่สุขสบาย เจ็บแสบร้อนและคันในสัปดาห์ที่ 4-6<sup>18</sup> การรักษาด้วยรังสีรักษาจึงเป็นสิ่งที่อาจจะมีโอกาสทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลดต่ำลง<sup>11-14</sup>

สำหรับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมนั้น พบว่าคะแนนทั้ง 3 ระยะไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจจะเป็นไปได้ว่า ทางด้านจิตใจนั้นโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีได้มีการเตรียมผู้ป่วยด้วยการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนรับการรักษาด้วยรังสีรักษาทุกราย มีการให้ข้อมูลการเตรียมร่างกายให้พร้อม การปฏิบัติตนระหว่างรับการรักษา รวมไปถึงจะมีการให้การตรวจสุขภาพและให้คำแนะนำ ระหว่างผู้ป่วยรับการรักษาด้วยรังสีทุกวันจันทร์และวันศุกร์ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและมีกำลังใจในการรักษา ทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่มีความแตกต่างกันใน 3 ระยะ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมนั้นไม่มีความแตกต่างกันเช่นกัน อาจจะเป็นไปได้ว่าทั้งก่อนการรักษาและระหว่างการรักษาในสัปดาห์สุดท้ายและสัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยก็อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมแบบเดียวกัน จึงไม่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ทั้งในภาพรวมและรายด้านยังอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมีการพัฒนา

รูปแบบในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีและพักอาศัยในอาคารวัดแห่งหนึ่งจังหวัดสงขลา พบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางโดยทางด้านร่างกายมีสิ่งรบกวน 2 ประการ คือ ผลของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี ด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน สับสนและหลังจากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเอง การให้ข้อมูล ความรู้ และสอนทักษะการดูแลสุขภาพ พบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าเดิม<sup>15</sup> และจากการศึกษาการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระหว่างการรับรังสีรักษา พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาล<sup>8</sup> นอกจากนี้จากการศึกษาความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการระดับมาก โดยให้ความสำคัญมากที่สุดในเรื่องการมีเป้าหมายในชีวิตและความหวังในชีวิต<sup>16</sup> จึงเห็นได้ว่าควรมีการสนับสนุนและพัฒนา รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นทั้งด้านการให้ความรู้ คำแนะนำในการลดภาวะแทรกซ้อนทางกายจากการรับรังสีรักษา รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็ง ซึ่งการดูแลเหล่านี้ต้องครอบคลุมไปถึงญาติและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยด้วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพที่ดีทางสังคม มีเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตก็จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับขนาด

ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีจำนวนน้อย อย่างไรก็ตามจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลก่อนการทดสอบทางสถิติ พบว่ามีการกระจายแบบโค้งปกติ นอกจากนั้นในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ทำให้ข้อมูลคุณภาพชีวิตที่เฉพาะกับโรคเช่นภาวะแทรกซ้อนทางกายยังได้ข้อมูลในภาพกว้างไม่ละเอียดเท่าที่ควร จึงควรนำมาพัฒนาในการศึกษาครั้งต่อไป

ผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาอาจจะมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องประสบกับความไม่สุขสบายด้านร่างกายจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษาจึงต้องให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาและอธิบายถึงกระบวนการเกิดผลข้างเคียงจากการรับรังสีตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับรังสีรักษาและให้เป็นระยะๆ ทุกสัปดาห์ ตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม ในการทำวิจัยเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น และควรเพิ่มเติมถึงคุณภาพชีวิตในช่วงหลังหยุดการรักษาด้วยรังสี และกลับไปอยู่บ้านเพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในส่วนที่เป็นภาวะแทรกซ้อนทางกายจากการได้รับรังสีรักษาอย่างละเอียดเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ความรุนแรงของอาการเพื่อการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีความละเอียดครอบคลุมเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับมะเร็งศีรษะและลำคออย่างแท้จริง เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ

ชีวิตที่ดียิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ตำแหน่งที่เป็นการได้รับยาเคมีร่วมด้วยเป็นต้น การศึกษารูปแบบการพยาบาลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลจากญาติอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลักก็เป็นบุคคลสำคัญที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ในขณะที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วย เพื่อสามารถพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณนายแพทย์ สุกิจ ทัศนสุนทรวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง สุราษฎร์ธานีและมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณ คุณวิไล พรหมทองรักษา หัวหน้างานพยาบาลรังสีรักษา และเจ้าหน้าที่งานพยาบาลรังสีรักษา งานหอผู้ป่วยในทุกหอผู้ป่วย และกลุ่มงานรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

- American Society of Clinical Oncology. Head and neck cancer: Statistics. Virginia: American Society of Clinical Oncology. (2014). Available at: <http://www.cancer.net/cancer-types/head-and-neck-cancer/statistics>. Accessed June 2, 2014.
- งานทะเบียนมะเร็ง กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี. สถานการณ์โรคมะเร็งสุราษฎร์ธานี: งานทะเบียนมะเร็ง กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี; 2556.
- สำนักนโยบายยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการตาย. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th>. เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2557.
- การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ. นิตยสารสุขภาพ Hospital & Healthcare 2556;7:14-5.
- Khunhaprema T, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S, Sangrajrang S. Cancer in Thailand. Vol VI, 2004-2006. Bangkok; 2007.
- งานทะเบียนมะเร็ง กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี. สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี; 2556.
- ไพรัช เทพมงคล. วิธีการรักษาโรคมะเร็ง. เข้าถึงได้จาก <http://guru.sanook.com/encyclopedia>. เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2557.
- มาลี นิมพงษ์พันธ์, ชมพูนุช ไชมาจารย์. ผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2552;21:104-20.
- สุจิตร์ กิจบัญชา. การศึกษาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและการดูแลผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
- Fang FM, Chiu HC, Kuo WR, Wang CJ, Leung SW, Chen HC, et al. Health related quality of life for nasopharyngeal carcinoma patients with cancer free survival after treatment. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2002;15:959-68.
- ขวัญจิรา ถนอมจิตต์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
- อุษณีย์ ทับทอง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
- เพ็ญใจ จิตนารถทรัพย์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2552.
- เมธิณี จันต๊ะ, พนิดนาฏ ชำนาญเชื้อ, ผุสดี คุณาพันธ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสระบุรี. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2554;17: 328-42.

15. ภารดี ปรีชาวิทยากุล. ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารเย็นศีรษะ อาคารที่พักของผู้ป่วยและญาติ. สงขลานครินทร์เวชสาร 2554;24:78-84.
16. นฤมล ศาสตร์สุข. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
17. ปิยนาด กุญสาคร, กนกพร พะลัง, พรพรรณ พิบูลย์รัตนกิจ, อาทิตพันธ์ พิมพ์ขาวขำ, ภักดี สรรคินิกร. การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก. ขอนแก่นเวชสาร 2555;36:20-9.
18. กัญญารัตน์ ชูชาติ, โกวิทย์ พฤกษานุศักดิ์, ธนเดช เดชาพันธุ์กุล, ภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์, ดวงใจ แสงถวัลย์. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดคาร์โบพลาตินร่วมกับรังสีรักษา. สงขลานครินทร์เวชสาร 2553;28:127-37.
19. หน่วยสารสนเทศมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. การดูแลจิตใจผู้ป่วยมะเร็ง. สงขลา: หน่วยสารสนเทศมะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. เข้าถึงได้จาก: <http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/index.php>. เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2557.
20. อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, อังคณา อภิชาติ, แสงอรุณ สุขเกษม, ภารดี ปรีชาวิทยากุล, กอบแก้ว สุวรรณ, วิรัช วุฒิภูมิ. การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารวัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. เชียงใหม่: รายงานวิจัยเสนอผลการประชุมเสนอผลงานวิจัยที่สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก; 2539.
21. พรพรรณ วนวโรดม, จารึก ลัมภเวช, อังกาบ แสนยันต์, ภัทริภา บัวพูล, ปทุมภรณ์ แซ่จิ่ง, ชนากานต์ บุญนุช. ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล. กรุงเทพฯ: โครงการประชุมวิชาการ ประจำปี 2552 ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช; 2552.



## ระดับวิตามินดี 25-hydroxy ในซีรั่มกับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

สมชาย ธนะสิทธิชัย<sup>1,2</sup>

อาคม ชัยวีระวัฒน์<sup>1</sup>

เสาวคนธ์ ศุภโรยอิน<sup>2</sup>

อารีย์ ประสิทธิพงษ์<sup>3</sup>

**บทคัดย่อ** จากรายงานที่ผ่านมาพบว่าวิตามินดี 25-hydroxy ลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างระดับวิตามินดีในซีรั่มกับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมและตัวอย่างเลือดได้จากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 200 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างปี พ.ศ. 2554-2556 และหญิงปกติที่ไม่เป็นมะเร็งและมารับการตรวจในช่วงเวลาเดียวกันที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 200 ราย ทั้งสองกลุ่มมีอายุใกล้เคียงกัน การศึกษาใช้ conditional logistic regression วิเคราะห์หาความเสี่ยงโดยปรับค่าแฉ่งจากตัวแปรที่สำคัญบางตัว ผลการศึกษาพบว่าเพียงร้อยละ 9 ของผู้ป่วยและร้อยละ 15 ของหญิงปกติมีระดับวิตามินดีสูง ( $\geq 32$  ng/ml) และยังพบว่าหญิงที่มีระดับวิตามินดีในซีรั่มสูงเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมลดลงโดยมีค่า adjusted odds ratio=0.465, confidence interval=0.244-0.886,  $P=0.020$  ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าระดับวิตามินดีในเลือดที่สูงอาจช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม (วารสารโรคมะเร็ง 2558;35:26-31)

คำสำคัญ: วิตามินดี 25-hydroxy มะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยง สารป้องกันโรคมะเร็ง

<sup>1</sup>กลุ่มงานศัลยศาสตร์<sup>2</sup>กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี<sup>3</sup>กลุ่มงานพยาธิวิทยา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ 10400

## Serum 25(OH) Vitamin D and Risk of Breast Cancer

by Somchai Thanasitthichai, M.D.<sup>1,2</sup>, Arkom Chaiwerawattana, M.D.<sup>1</sup>,  
Saowakon Sukarayodhin<sup>2</sup>, Aree Prasitthipayong<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Surgery Division, <sup>2</sup>Department of Research and Technology Assessment, Pathological Division,  
National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Bangkok 10400

**Abstract** Various studies suggest that 25-hydroxyvitamin D may reduce breast-cancer risk. This study aimed to evaluate the association of 25(OH)D serum level and breast-cancer risk. Information on breast cancer risk factors and blood specimens were obtained from 200 breast-cancer cases diagnosed during the period 2011-2013, and 200 cancer-free controls examined at the National Cancer Institute during the same period. The cases and controls were matched by age. Conditional logistic regression was used to calculate odds ratios (ORs) for breast cancer adjusted for certain potential confounders. We found that only 9% of the patients and 15% of the normal women had high vitamin D levels ( $\geq 32$  ng/ml). This study revealed a decreased breast cancer risk with high serum 25(OH) vitamin D level (adjusted odds ratio=0.465, confidence interval=0.244-0.886,  $P=0.020$ ). Our findings suggest that vitamin D may have a chemo-preventive effect against breast cancer. (*Thai Cancer J 2015;35:26-31*)

**Keywords:** 25-hydroxyvitamin D, breast cancer, risk factor, chemoprevention

## บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงทั่วโลก โดยพบผู้ป่วยใหม่ราว 1.4 ล้านรายในปี พ.ศ. 2551 และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเหล่านี้พบในประเทศกำลังพัฒนา<sup>1</sup> เนื่องด้วยเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดจึงมีงานวิจัยจำนวนมากมุ่งศึกษาหาปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้อาจจะได้หาหนทางป้องกัน อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตบางอย่างที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การใช้ยาบางชนิดพวก antiestrogens, tamoxifen และ raloxifene ซึ่งได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาว่าให้ใช้ป้องกันมะเร็งเต้านมได้ในประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค แต่เนื่องจากความเป็นพิษของสารดังกล่าวที่ทำให้เกิดมะเร็งมดลูกและโรคการแข็งตัวของเลือด (thromboembolic disease)<sup>2,3</sup> ทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายในการใช้เพื่อ

ป้องกันมะเร็งเต้านม

วิตามินดีเป็นวิตามินที่ละลายในไขมันทำหน้าที่ควบคุมแคลเซียมและการสร้างกระดูก (bone homeostasis) ระดับวิตามินดีในกระแสเลือดมาจากอาหารบางชนิด เช่น ผลิตภัณฑ์นม ธัญพืช ปลาและอาหารเสริม (supplements) แต่วิตามินดีในร่างกายส่วนใหญ่มาจากแสงอาทิตย์ UVB กระตุ้นกับ precursor ที่ผิวหนังเกิดเป็นพรีวิตามินดี (previtamin D)<sup>4,5</sup> พรีวิตามินดีที่ได้จากอาหารและที่สร้างขึ้นที่ผิวหนังจะเข้าสู่กระบวนการ hydroxylation ในตับกลายเป็น 25-hydroxyvitamin D [25(OH)D] ซึ่งเป็นชนิดที่พบมากที่สุดในกระแสเลือด<sup>6</sup> และในไตให้ 1,25 dihydroxyvitamin D [1,25-(OH)<sub>2</sub>D] ซึ่งเป็น active form ของวิตามินดี<sup>7</sup>

เนื่องจาก 25(OH)D เป็นวิตามินดีชนิดที่พบมากที่สุดในกระแสเลือดของคน การศึกษาส่วนใหญ่

จึงใช้ 25(OH)D เป็นตัวชี้วัด (indicator) ของระดับวิตามินดีในร่างกายซึ่งจากผลการศึกษาด้านระบาดวิทยาพบว่าหญิงที่มีระดับ 25(OH)D ต่ำเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม<sup>8-12</sup> แต่ก็มีการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว<sup>13-16</sup> จากการสืบค้นข้อมูลยังไม่มียางานการศึกษาเกี่ยวกับระดับวิตามินดีในหญิงไทยกับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาระดับ 25(OH)D ในซีรัมของหญิงไทยแล้วนำมาเปรียบเทียบกับความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

## วัสดุและวิธีการ

### กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการตรวจรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติและมีผลวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาว่าเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 200 ราย และกลุ่มหญิงปกติที่มารับการตรวจร่างกายประจำปีที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยไม่พบโรคมะเร็งจำนวน 200 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมารับบริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติในช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะหมดประจำเดือน และประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งลำไส้ได้จากแฟ้มประวัติของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและงานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (เอกสารรับรองเลขที่ 242/2554)

### การตรวจหาระดับวิตามินดี

หลังจากเก็บตัวอย่างเลือดจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ผู้วิจัยนำตัวอย่างเลือดทั้งหมดไปปั่นแยกส่วนที่เป็นซีรัมเก็บที่อุณหภูมิ -80° ซ จนกว่าจะทำการตรวจหาระดับ 25(OH)D ในซีรัมใช้วิธี high-performance liquid chromatography (HPLC) และ UV<sup>17</sup> คณะผู้วิจัยใช้ค่า cut-off ของระดับวิตามินดีที่ 32 ng/ml<sup>18,19</sup> ในการแบ่งกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธี conditional logistic regression ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับวิตามินดีกับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง เต้านมด้วยการคำนวณค่า odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (CI) และกำหนดให้ข้อมูลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ  $P < 0.05$

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ประกอบด้วยสองกลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอายุเฉลี่ย 54 ปี และกลุ่มคนปกติเป็นกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 52 ปี หนึ่งในสามของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้มีดัชนีมวลกายสูงตั้งแต่ 25 kg/m<sup>2</sup> ขึ้นไป ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งร้อยละ 18.5 และพบร้อยละ 10 ในกลุ่มคนปกติ นอกจากนั้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบภาวะหลังหมดประจำเดือนร้อยละ 60 และร้อยละ 41.5 ตามลำดับ สำหรับระดับวิตามินดี

พบสูง ( $\geq 32$  ng/ml) ร้อยละ 9 ในกลุ่มผู้ป่วยและร้อยละ 15 ในกลุ่มคนปกติ (ตารางที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้แก่ การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งและภาวะหลังหมดประจำเดือนโดยมีค่า crude OR=2.043 ( $P=0.016$ ) และ 2.114 ( $P=0.000$ ) ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ด้วยการปรับตัวแปรทั้งหมดพบว่าผู้ที่มีประวัติ

ครอบครัวเป็นมะเร็งและหญิงหลังหมดประจำเดือน ยังคงเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมโดยมีค่า adjusted OR=2.214 ( $P=0.010$ ) และ 2.422 ( $P=0.000$ ) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งและกลุ่มหญิงก่อนหมดประจำเดือนตามลำดับ สิ่งที่น่าสนใจในการศึกษานี้พบว่าหญิงที่มีระดับวิตามินดีสูง ( $\geq 32$  ng/ml) มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมน้อยกว่าหญิงที่มีระดับวิตามินดีต่ำ ( $< 32$  ng/ml) โดยมีค่า adjusted OR=0.465 ( $P=0.020$ ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง ภาวะหมดประจำเดือน และระดับวิตามินดี กับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

ตัวแปร	กลุ่มผู้ป่วย จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มคนปกติ จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95%CI)	P	Adjusted OR (95%CI)	P
<b>อายุ (ปี)</b>						
ค่าเฉลี่ย (SD)	54 (10.7)	52 (9.0)				
<b>ดัชนีมวลกาย (<math>\text{kg}/\text{m}^2</math>)</b>						
<25	135 (67.5)	132 (66.0)	1		1	
$\geq 25$	65 (32.5)	68 (34.0)	0.935 (1.38-3.10)	0.750	0.841 (0.545-1.297)	0.430
<b>ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง</b>						
ไม่มี	163 (81.5)	180 (90.0)	1		1	
มี	37 (18.5)	20 (10.0)	2.043 (1.140-3.663)	0.016	2.214 (1.214-4.036)	0.010
<b>ภาวะหมดประจำเดือน</b>						
ก่อน	80 (40.0)	117 (58.5)	1		1	
หลัง	120 (60.0)	83 (41.5)	2.114 (1.419-3.151)	0.000	2.422 (1.598-3.672)	0.000
<b>ระดับวิตามินดี (ng/ml)</b>						
<32	182 (91.0)	170 (85.0)	1		1	
$\geq 32$	18 (9.0)	30 (15.0)	0.56 (0.301-1.042)	0.067	0.465 (0.244-0.886)	0.020

## วิจารณ์และสรุป

การศึกษานี้เมื่อปรับตัวแปรอื่นที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ประวัติครอบครัว เป็นมะเร็งและภาวะหมดประจำเดือนแล้วพบว่าหญิงที่มีระดับวิตามินดีในซีรัมสูง ( $\geq 32$  ng/ml) มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมลดลงจากร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับวิตามินดีต่ำกว่า 32 ng/ml Lowe และคณะพบว่าหญิงที่มีระดับวิตามินดี [25(OH)D] สูง มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมลดลงประมาณร้อยละ 40<sup>11</sup> และมีรายงานพบว่าหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มี 25(OH)D สูงเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมลดลงร้อยละ 43 เมื่อเทียบกับหญิงที่มีวิตามินดีต่ำ<sup>14</sup> นอกจากนี้ยังมีรายงานอื่นๆที่พบความสัมพันธ์ระหว่าง 25(OH)D กับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม<sup>9,12,20</sup> แต่ก็มีบางรายงานที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดมะเร็งเต้านมกับระดับ 25(OH)D ในซีรัม<sup>13-16,21</sup>

จากการรายงานของ Woo และคณะ พบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของหญิงจีนในปักกิ่งและฮ่องกงมีระดับ 25(OH)D ต่ำ<sup>22</sup> สำหรับหญิงไทยจากการศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 85 ของหญิงปกติมีระดับ 25(OH)D ต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากหญิงจีนและหญิงไทยไม่นิยมใช้วิตามินเสริม อีกทั้งขาดอาหารที่มีวิตามินดีและแคลเซียมด้วย นอกจากนั้นพบว่าหญิงไทยทั่วไปมีระดับวิตามินดีต่ำเมื่อเทียบกับหญิงทางประเทศตะวันตก<sup>23</sup> ทั้งๆที่ประเทศไทยได้รับแสงอาทิตย์ซึ่งเป็นแหล่งให้ UVB มากเป็นระยะเวลา นานกว่าประเทศทางตะวันตก แต่หญิงไทยในปัจจุบันมักทำงานในที่ร่มและไม่นิยมการอาบน้ำแดดเหมือนหญิงในประเทศทางตะวันตก ทำให้หญิงไทยสัมผัสกับแสง UVB ซึ่งเป็นต้นกำเนิด

ของการสร้างวิตามินดีได้น้อย

ผลจากการศึกษานี้สนับสนุนการให้วิตามินดีเสริมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ผลการศึกษานี้ก็พบเช่นเดียวกัน<sup>24</sup> รายงานนี้เป็นรายงานแรกที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับวิตามินดีในซีรัมกับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมในหญิงไทยเพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาพิจารณาการให้วิตามินดีเสริมในหญิงไทยที่มีระดับวิตามินดีต่ำเพื่อช่วยในการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม

### เอกสารอ้างอิง

1. American Cancer Society. Global Cancer Facts & Figures 2nd Edition. Atlanta: American Cancer Society; 2011.
2. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG), Davies C, Godwin J, Gray R, Clarke M, Cutter D, et al. Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: patient-level meta-analysis of randomised trials. *Lancet* 2011;27:771-84.
3. Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, Cecchini RS, Cronin WM, Robidoux A, et al. Tamoxifen for the prevention of breast cancer: current status of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study. *J Natl Cancer Inst* 2005;16:1652-62.
4. Holick MF, Frommer JE, McNeill SC, Richtand NM, Henley JW, Potts JT Jr. Photometabolism of 7-dehydrocholesterol to previtamin D3 in skin. *Biochem Biophys Res Commun* 1977;9:107-14.
5. Okano T, Yasumura M, Mizuno K, Kobayashi T. In vivo and in vitro conversion of 7-dehydrocholesterol into vitamin D3 in rat skin by ultraviolet ray's irradiation. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo)* 1978;24:47-56.
6. Hollis BW. Circulating 25-hydroxyvitamin D levels indicative of vitamin D sufficiency: implications for establishing a new effective dietary intake recommendation for vitamin D. *J Nutr* 2005;135:317-22.
7. Takeyama K, Kitanaka S, Sato T, Kobori M, Yanagisawa J, Kato S, et al. 25-Hydroxyvitamin D3 1alpha-hydroxylase and vitamin D synthesis. *Science* 1997;277:1827-30.



8. Abbas S, Chang-Claude J, Linseisen J. Plasma 25-hydroxyvitamin D and premenopausal breast cancer risk in a German case-control study. *Int J Cancer* 2009;24:250-5.
9. Abbas S, Linseisen J, Slanger T, Krop S, Mutschelknauss EJ, Flesch-Janys D, et al. Serum 25-hydroxyvitamin D and risk of post-menopausal breast cancer--results of a large case-control study. *Carcinogenesis* 2008;29:93-9.
10. Colston KW, Lowe LC, Mansi JL, Campbell MJ. Vitamin D status and breast cancer risk. *Anticancer Res* 2006;26:2573-80.
11. Crew KD, Gammon MD, Steck SE, Hershman DL, Cremers S, Dworakowski E, et al. Association between plasma 25-hydroxyvitamin D and breast cancer risk. *Cancer Prev Res (Phila)* 2009;598-604.
12. Lowe LC, Guy M, Mansi JL, Peckitt C, Bliss J, Wilson RG, et al. Plasma 25-hydroxy vitamin D concentrations, vitamin D receptor genotype and breast cancer risk in a UK Caucasian population. *Eur J Cancer* 2005;41:1164-9.
13. Almquist M, Bondeson AG, Bondeson L, Malm J, Manjer J. Serum levels of vitamin D, PTH and calcium and breast cancer risk-a prospective nested case-control study. *Int J Cancer* 2010;127:2159-68.
14. Bertone-Johnson ER, Chen WY, Holick MF, Hollis BW, Colditz GA, Willett WC, et al. Plasma 25-hydroxyvitamin D and 1,25-dihydroxyvitamin D and risk of breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14:1991-7.
15. Chlebowski RT, Johnson KC, Kooperberg C, Pettinger M, Wactawski-Wende J, Rohan T, et al. Calcium plus vitamin D supplementation and the risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2008;100:1581-91.
16. Freedman DM, Chang SC, Falk RT, Purdue MP, Huang WY, McCarty CA, et al. Serum levels of vitamin D metabolites and breast cancer risk in the prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008;17:889-94.
17. Neyestani TR, Gharavi A, Kalayi A. Determination of serum 25-hydroxy cholecalciferol using high-performance liquid chromatography: a reliable tool for assessment of vitamin D status. *Int J Vitam Nutr Res* 2007;77:341-6.
18. Dawson-Hughes B, Heaney RP, Holick MF, Lips P, Meunier PJ, Vieth R. Estimates of optimal vitamin D status. *Osteoporos Int* 2005;16:713-6.
19. Hart GR, Furniss JL, Laurie D, Durham SK. Measurement of vitamin D status: background, clinical use, and methodologies. *Clin Lab* 2006;52:335-43.
20. Chen P, Li M, Gu X, Liu Y, Li X, Li C, et al. Higher blood 25(OH)D level may reduce the breast cancer risk: evidence from a Chinese population based case-control study and meta-analysis of the observational studies. *PLoS One* 2013;8:e49312. [Epub ahead of print 2013 Jan 30].
21. Janowsky EC, Lester GE, Weinberg CR, Millikan RC, Schildkraut JM, Garrett PA, et al. Association between low levels of 1,25-dihydroxyvitamin D and breast cancer risk. *Public Health Nutr* 1999;2:283-91.
22. Woo J, Lam CW, Leung J, Lau WY, Lau E, Ling X, et al. Very high rates of vitamin D insufficiency in women of child-bearing age living in Beijing and Hong Kong. *Br J Nutr* 2008;99:1330-4.
23. Lips P. Worldwide status of vitamin D nutrition. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2010;121:297-300.
24. Chen P, Hu P, Xie D, Qin Y, Wang F, Wang H. Meta-analysis of vitamin D, calcium and the prevention of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2010;121:469-77.



## หนทางสู่ชัยชนะในการต่อรองต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งเต้านม

ธนาพันธุ์ พีรวงศ์<sup>1</sup>  
กานดาศรี ตูลาธรรมกิจ<sup>2</sup>  
วันชัย ธรรมสังการ<sup>1</sup>

**บทคัดย่อ** การเสียชีวิตหรือความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์หลีกเลี่ยงไม่ได้ กระบวนการต่อรองต่อความตายจึงเป็นสิ่งที่มนุษย์แสดงออกเพื่อทำให้ตนเองพร้อมต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บทความนี้จะสะท้อนรูปแบบการต่อรองต่อการเสียชีวิตของสตรีผู้ประสบกับมะเร็งเต้านม โดยการทบทวนเอกสาร บทสรุปประสบการณ์จากผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ชุดความรู้ในการต่อรองได้รับการปรับตามความเหมาะสมตามสภาวะที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ถูกคุกคามจากโรคมะเร็ง พฤติกรรมต่างๆเกิดขึ้นเพื่อต่อรองต่ออำนาจความตายและก้าวผ่านการคุกคาม การยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ต่างๆและสามารถยอมรับการสิ้นสุดชีวิตที่เกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ได้ (วารสารโรคมะเร็ง 2558;35:32-39)

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม การต่อรอง การเสียชีวิต

<sup>1</sup>ภาควิชาสารัตถศึกษา คณะศิลปศาสตร์ วิทยาลัยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## Death Negotiation of Women with Breast Cancer

by Thanarpan Peerawong<sup>1</sup>, Kandawasri Tulathammakit<sup>2</sup>, Wanchai Dhammasaccakarn<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Educational Foundation, Faculty of Liberal Arts, <sup>2</sup>Therapeutic Radiology and Oncology Unit, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

**Abstract** Death is a normal process of human life, but it may often be difficult for humans to accept. Death negotiation is the process of preparing oneself for the uncertainties of life. This paper reports death negotiation among women with breast cancer. Negotiated knowledge is adapted to the situation and context of the trepidation felt by women with breast cancer. These behaviors mostly result in acceptance and the ability to manage the inevitability of death. Acceptance of the truth strengthens the courage to persevere among women with breast cancer. (*Thai Cancer J 2015;35:32-39*)

**Keywords:** breast cancer, negotiation, death

การเสียชีวิตหรือความตายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของสิ่งมีชีวิตทุกชนิดรวมถึงมนุษย์ ทางกายแพทย์ได้ให้ความหมายของความตายเป็นการที่สมองของมนุษย์หยุดการทำงานซึ่งเป็นจุดสิ้นสุดของชีวิต แต่หากมองในมุมของศาสนาแล้วความหมายของความตายเป็นกลุ่มลึกลับขึ้น ในทางพุทธศาสนาความตายเป็นได้สองแบบ คือ ความตายของชีวิตหรือการตายทางร่างกายกับการตายโดยที่ยังไม่สิ้นลมหายใจหรือเรียกว่าเสียชีวิตก่อนตาย<sup>1</sup> ซึ่งเป็นกลวิธีในการดำเนินชีวิตโดยมิให้ความตายมาเป็นปัญหารบกวน ส่วนทางคริสต์ศาสนานั้นเชื่อว่าความทุกข์ ความเจ็บป่วย และความตายเป็นผลจากการทดสอบของพระเจ้า จะเห็นได้ว่าถ้าเข้าใจถึงความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว จะสามารถเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้โดยไม่ทุกข์ทรมาน มองความตายเป็นเพียงภาวะที่ร่างกายและวิญญาณแยกออกจากกันเป็นทางผ่านของชีวิต เป็นจุดเริ่มต้นสู่การไปพบพระเจ้า<sup>2</sup> แต่ความตายสำหรับชาวมุสลิมผู้ถือพระคัมภีร์อัลกุรอานเป็นหลักในการดำเนินชีวิต มองการเสียชีวิตเป็นการเคลื่อนย้ายวิญญาณอันเป็นเนื้อแท้ของตนจากโลกหนึ่ง

ไปสู่อีกโลกหนึ่ง ความตายจึงหมายถึงการกลับสู่ความเมตตาของพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของ<sup>3</sup> ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าความตายเป็นธรรมชาติของชีวิต แต่ความหมายของความตายนั้นแตกต่างกันตามบริบทความเชื่อของแต่ละบุคคลในสังคม

การเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นสาเหตุหนึ่งของความตายเป็นได้บ่อย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติประจำปี พ.ศ. 2549 - 2556 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2549 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 52,062 รายและเพิ่มเป็น 67,694 รายในปี 2556<sup>4</sup> โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยเป็นอันดับหนึ่งในสตรีไทย ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นจาก 20.5 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2550 เป็น 26.4 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2556<sup>5,6</sup> การรับรู้ความหมายเชิงสังคมของมะเร็งเต้านมผลกระทบต่อการรักษาและการดำเนินโรคส่งผลต่อความความคิดความรู้สึกในเชิงลบ เช่นความหวาดกลัว

ต่อความตายและความหมดอาลัยตายอยาก<sup>7</sup> การต่อสู้ ต่อรองต่อการเสียชีวิตจึงเริ่มต้นขึ้นเพื่อต่อต้านอำนาจ จากมะเร็งเต้านมและเกิดเป็นปรากฏการณ์ที่เราพบเห็น ในสังคมไทย

บทความนี้มุ่งเน้นศึกษารูปแบบการต่อสู้ ต่อรองต่อการเสียชีวิตของสตรีที่ประสบภาวะมะเร็ง เต้านมโดยเน้นตามคำจำกัดความของสุขภาพตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อันได้แก่ มุมมองด้านร่างกาย จิต ปัญญา และสังคม<sup>8</sup> เพื่อที่จะนำ ความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในการจัดการกับการคุกคามที่ เกิดขึ้นจากมะเร็งเต้านม

### การต่อรองต่อการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมคือภาวะเนื้อร้ายที่เกิดขึ้นบริเวณ หน้าอก เกิดจากความผิดปกติของเซลล์แต่ในทาง สังคมนอกจากมีความหมายเชิงลบดังที่ได้กล่าวเบื้องต้น แล้วยังส่งผลให้เกิดคู่ตรงข้ามตามมิติของภาวะสุขภาพ ทางด้านร่างกายคำว่ามะเร็งเต้านมส่งผลให้สตรีที่ ประสบภาวะนี้กลายเป็นผู้ป่วย ผู้ต้องต่อสู้ต่อรองร่วมกับ แพทย์และทีมทางสุขภาพ เพื่อเอาชนะความตายทาง ร่างกายที่ถูกประทับไว้ตั้งแต่การวินิจฉัยสำหรับด้านสังคม แล้วมะเร็งเต้านมทำให้สตรีผู้ประสบภาวะนี้กลายเป็น เหยื่อจากรุขกิจสุขภาพและเสมือนเป็นผู้ด้อยโอกาสที่ไม่ สามารถปฏิบัติหน้าที่และยึดครองพื้นที่ชีวิตของตนใน สังคมได้ คนที่เคยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเดิม เช่น สามี เพื่อนและเพื่อนร่วมงานอาจกลายเป็นคู่ตรงข้ามโดยไม่อาจ หลีกเลี้ยงได้ ส่วนทางด้านจิตและปัญญา ความตายจาก มะเร็งเต้านมเป็นตัวผลักดันให้สตรีผู้ประสบภาวะนี้ แสวงหาอำนาจและความมั่นคงเพื่อต่อรองต่อความกลัว

ต่อความตาย และการหมดอาลัยตายอยากที่ตนเอง สร้างขึ้นจากคำว่ามะเร็ง

การต่อสู้กับการต่อรองเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งใน การดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นการกระทำเพื่อจัดการกับ อำนาจที่บังคับมนุษย์ให้กระทำการใดทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว รูปแบบของการต่อรองมีการแสดงออกหลากหลายรูปแบบ เช่น การปฏิบัติในสิ่งที่ตรงข้ามกับผู้มีอำนาจหรือการนิ่งเฉย ต่ออำนาจ เป็นต้น การต่อรองในที่นี้ต่างจากการต่อรอง ในกรอบแนวคิดของคูเบลอร์-รอสส์ (Kubler-Ross) ที่ใช้อธิบายปฏิกิริยาของผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคร้าย ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นปฏิเสธ โกรธ ต่อรอง ซึมเศร้า และยอมรับ<sup>9</sup> แต่การต่อรองในบทความนี้ เป็นการต่อรองในแนวขวาง มีคู่ตรงข้าม ตามแนวคิดของ มิเชล ฟูโก (Michel Foucault) โดยมีเป้าหมายเพื่อ วิพากษ์การครอบงำ ต่อสู้กับอำนาจที่อยู่ใกล้ตัว มองว่า ไม่มีความสัมพันธ์ของอำนาจใดที่ไม่มีการต่อต้าน<sup>10</sup> ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่ากาจัดการตนเองเมื่อสตรีประสบ ภาวะมะเร็งเต้านมเป็นส่วนหนึ่งของการต่อรองต่ออำนาจ ที่มาคุกคามต่อสตรีผู้นั้น

### ชีวิตที่ถูกคุกคามและความตายที่ถูกกำหนด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2549 ได้กำหนดแนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลรักษา ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม<sup>11</sup> เพื่อให้เป็นมาตรฐานการรักษาและ เป็นแนวทางในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่สถาน พยาบาลที่ให้การดูแลรักษาโรคมะเร็ง ทีมแพทย์ที่ดูแล ผู้ป่วยจำเป็นต้องยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เนื่องจาก มีผลต่อการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาล สตรีทุกรายที่เข้ารับการรักษาภาวะนี้ในโรงพยาบาล

ของรัฐและเบิกจ่ายผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้รับการรักษามาตรฐานอย่างเท่าเทียม แต่หากสตรีเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนก็อาจจะได้รับการรักษาอีกรูปแบบหนึ่ง จากข้อมูลของสมาคมมะเร็งสหรัฐอเมริกาพบว่าสตรีผู้ประสบมะเร็งเต้านมระยะที่หนึ่งทุกรายรอดชีวิตเมื่อติดตามไปห้าปี แต่อย่างไรก็ตามอัตราการรอดชีวิตจะลดลงตามระยะของโรค ผู้ที่อยู่ในระยะแพร่กระจายมีโอกาสรอดชีวิตร้อยละ 22<sup>12</sup> แสดงว่าการรักษามะเร็งเต้านมนั้นจะได้ผลดีในรายที่พบมะเร็งตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม

เมื่อทีมแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมนิยามนี้ได้ถูกประทับเข้าไปในตัวตนของสตรีผู้ประสบภาวะนี้ ความตายเป็นสิ่งที่เข้ามาเป็นเงาตามตัว แนวทางการรักษาโรคมะเร็งจากหลักวิชาการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นสิ่งที่ถูกหยิบยื่นด้วยเช่นเดียวกัน ถ้าแม้สตรีผู้ประสบมะเร็งเต้านมหวั่นเกรงต่อการเจ็บปวดทรมานต่อการรักษา แต่ก็ต้องมอบอำนาจให้กับทีมการรักษาเพื่อยึดชีวิตของตนไว้ แต่ทว่าการต่อรองการเสียชีวิตโดยวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบันอันได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเพื่อจัดการกับเซลล์มะเร็ง ถ้าแม้การรักษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านรูปลักษณะภายนอก เช่น ความสวยงามของเต้านมที่ยังเหลืออยู่ ผมหัก ผิวที่ดูเหี่ยวแห้งจากการหมดประจำเดือน มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจลดลง ปัญหการนอนหลับที่ผิดปกติ อากาหรือช่องคลอดแห้งและภาวะวิตกกังวล ส่วนด้านบทบาทต่อตนเองและต่อสังคมก็ลดลงเช่นกัน ได้แก่ บทบาทแห่งการเป็นสตรี บทบาทแห่งการเป็นแม่บ้าน และบทบาทในการทำงาน

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรู้สึกกังวลและกลัวการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งจะปฏิเสธการแพทย์แผนปัจจุบันและหันเข้าหาการแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพร การทำสมาธิ บำบัด อาหารเสริม มีทั้งใช้เพื่อทดแทนแพทย์แผนปัจจุบันหรือใช้ควบคู่กัน จากการศึกษาของ Wanchai A และคณะ<sup>13</sup> พบว่าสตรีไทยผู้ประสบภาวะมะเร็งเต้านมจะเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกโดยการแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือสตรีผู้ประสบภาวะเดียวกัน โดยหาข้อมูลเพิ่มเติมจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ โทรทัศน์ วิทยุและอินเทอร์เน็ต สตรีบางรายไม่บอกข้อมูลนี้ต่อแพทย์ เนื่องจากเกรงว่าแพทย์ไม่ยอมรับการใช้การแพทย์ทางเลือก

การต่อรองโดยการปฏิเสธการแพทย์แผนปัจจุบันอาจเป็นทางเลือกที่ไม่ถูกต้องนัก เพราะจากการศึกษาพบว่าสตรีที่ปฏิเสธการรักษามาตรฐานของการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วเลือกใช้แพทย์ทางเลือกเพียงอย่างเดียวมีอัตราการรอดชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่รักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันอย่างชัดเจน<sup>14</sup> บางครั้งการต่อรองของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมถูกสร้างขึ้นมาเพื่อนำไปใช้ประโยชน์บางอย่าง เช่น ความรู้เรื่องมะเร็งนาโชดาที่ปรากฏในเว็บไซต์ ทำให้เชื่อว่าสามารถที่จะทำลายเซลล์มะเร็งจริง อีกทั้งยังไม่ทำลายเซลล์ปกติของร่างกาย ซึ่งแตกต่างกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้ป่วยใช้ต่อรองต่อความตายจากโรคมะเร็ง มีผู้เข้าชมเป็นจำนวนมากในสื่อออนไลน์ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งหันมาดื่มน้ำมะนาวผสมโซดาเป็นจำนวนมาก เนื่องจากคิดว่ามีประโยชน์ หาได้ง่ายและราคาไม่แพง แต่ข้อมูลที่ถูกต้องพบว่ามะนาวโซดาไม่ช่วยในการรักษาโรคมะเร็งแต่อย่างใด และมีข้อมูลมากมายที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ใช้เพื่อต่อสู้กับโรคที่ตนเป็นอยู่ แต่การคุกคามชีวิตไม่ได้เกิดจากมะเร็งเต้านมเพียงอย่างเดียว ข้อมูลและสื่อต่างๆก็คุกคามต่อสตรีที่ประสบภาวะนี้ด้วยเช่นเดียวกัน การครอบงำเกิดจากความกลัว จึงเลือกใช้ข้อมูลเพื่อประโยชน์แก่ตนเอง แต่สุดท้ายประโยชน์ที่เกิดขึ้นกลับมาเป็นบางอย่างที่ถูกซ่อนอยู่เบื้องหลังความหมายของการต่อสู้ที่เกิดขึ้น มีเพียงตัวตนของสตรีผู้หนึ่งที่เข้าใจถึงความจริง

### การต่อสู้เริ่มต้นที่ตนเอง

ในการต่อสู้หรือต่อสู้กับมะเร็งเต้านมในสตรีผู้ประสบภาวะนี้ สิ่งที่สำคัญที่สุดเริ่มจากตัวตนของสตรีผู้นั้นจะถูกทำลายจากโรคมะเร็งและความกลัวต่อความตาย หลังจากนั้นจะถูกสร้างขึ้นใหม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบวกซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการต่อสู้ต่อรองความสำคัญของการต่อสู้ถูกมองมากไปกว่าความหมายของความตายทางร่างกายสู่การมองคุณค่าใหม่ที่มีความหมายต่อจิตวิญญาณของตน

เมื่อสตรีประสบภาวะมะเร็งเต้านม เริ่มจากการตอบสนองอย่างทันทีทันใด โดยเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์อย่างรุนแรง หยุดกิจกรรมทุกอย่างที่ตนเคยทำ หลีกตัวซ่อนเร้นจากเพื่อนและครอบครัว ในช่วงที่แยกตัวออกจากสังคมสตรีผู้นั้นจะเริ่มตระหนักถึงการยอมรับสิ่งที่กำลังจะเข้ามาทำลายในชีวิตเป็นช่วงสำคัญในการสร้างตัวตนใหม่<sup>15</sup> สิ่งสำคัญที่จะทำให้สตรีที่ประสบภาวะมะเร็งเต้านมผ่านช่วงวิกฤตินี้มาได้คือการยอมรับในความเป็นจริง ซึ่งเป็นการแสดงการตื่นรู้ที่ตนได้รับการวินิจฉัยและต้องมีชีวิตอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นจุดเริ่มต้นของการต่อสู้ ซึ่งกระบวนการสำคัญ

ในการจัดการกับภาวะนี้ การรับรู้ความเจ็บปวดและทรมานจากการรักษาจะทำให้ทราบถึงความกล้าหาญเมื่อเหตุการณ์ผ่านพ้นไป แต่สิ่งที่จะช่วยให้ผ่านจุดนี้ไปได้คือเพื่อนและครอบครัว<sup>16</sup> สตรีผู้ก้าวผ่านมาได้จะมีทัศนคติในการมีชีวิตเปลี่ยนไป เนื่องจากรับรู้ว่าชีวิตของเขาไม่ยืนยาวเช่นเดิม ทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ความเชื่อมั่นในครอบครัวและเพื่อนที่เข้มแข็งขึ้น มีความชื่นชมต่อการมีชีวิตมากขึ้น เห็นอกเห็นใจผู้อื่นมากขึ้น และเริ่มวางแผนในอนาคตใหม่อีกครั้ง สตรีผู้ก้าวผ่านจะพยายามกลับไปคืนสู่สังคม เพื่อสร้างประโยชน์และคุณค่าจากประสบการณ์ที่เคยผ่านมา<sup>17</sup> ครอบครัวมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้สตรีก้าวผ่านอุปสรรคและยังเป็นส่วนหนึ่งที่สตรีต้องต่อสู้ด้วยเช่นเดียวกัน ทั้งในช่วงระหว่างรักษาและหลังจากที่ผ่านการรักษาทางการแพทย์แล้ว สตรีบางรายไม่ต้องการที่จะมีความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งโดยมากจะงดการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงดูแลรักษาแผลหลังการผ่าตัด สิบวันแรกหลังจากเคมีบำบัด และระหว่างการฉายรังสีโดยการแยกเตียงนอนกับสามี บางรายอนุญาตให้สามีมีความสัมพันธ์กับหญิงอื่นถ้าตนเองไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ อาจเป็นเพราะสตรีเหล่านี้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางเพศบางอย่าง เช่น ความต้องการทางเพศลดลงและมีการเจ็บปวดขณะร่วมเพศ<sup>18</sup> ในบางรายอาจเกิดการยุติบทบาทของครอบครัว

สตรีที่ยังไม่แต่งงานอาจต้องการเริ่มต้นการมีชีวิตคู่ การต่อสู้เริ่มต้นที่ตัวเองโดยการสร้างตัวตนและการยอมรับในตนเองขึ้นมาใหม่ สตรีที่ประสบภาวะนี้ต้องการความรู้สึกปลอดภัยและการยอมรับจากคนรักของตน ต้องการผู้ชายที่สามารถมองข้ามและยอมรับ

มะเร็งเต้านม การสูญเสียมิตรรูปของเต้านม และความไม่แน่นอนที่ติดตัวมาจากการต่อสู้กับความตาย ความกล้าที่จะบอกความจริงต่อคนรักเป็นสิ่งสำคัญที่สุด การบอกความจริงก็จะเป็นการทดสอบคนรักของเธอด้วย เช่นเดียวกัน ความยากลำบากกว่าการบอกความจริงคือการให้เห็นรอยแผลเป็นจากการรักษาเพราะสิ่งนี้ถูกฝังเป็นแผลเป็นทางจิตใจด้วยเช่นเดียวกัน การที่คนรักยอมรับกับภาวะมะเร็งเต้านมและยอมแต่งงานด้วย จะส่งผลให้สตรีผู้ประสบมะเร็งเต้านมยอมรับตนเองมากขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน<sup>19</sup>

สวนชีวิตการทำงาน การกลับไปเริ่มทำงานใหม่ หลังการรักษาเป็นการต่อรองที่ท้าทาย สตรีที่ประสบภาวะนี้ต้องพบเจอ เพราะทั้งต้องต่อสู้ทั้งความเชื่อ ความกลัวในจิตใจและความไม่มั่นใจเรื่องร่างกายของตน ที่เปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวมีผลทั้งการสนับสนุนและยับยั้งการต่อรองครั้งนี้ ยิ่งไปกว่านั้นความรู้สึกแปลกแยกจากเพื่อนร่วมงานก็เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้หมดกำลังใจ ในการต่อสู้ครั้งนี้<sup>20</sup> ทำให้บางรายเลือกที่จะเกษียณก่อนวัยอันสมควรเพื่อที่จะหันมาดูแลตนเองเพื่อต่อรองกับความตายที่อยู่เบื้องหน้า การเลือกต่อสู้ต่อรองกับความกลัวและภาวะของร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป จักรกลที่สำคัญที่สุดคือสตรีที่ประสบภาวะนี้จะต้องสร้างตัวตนเพื่อสร้างคุณค่าของตัวเอง ครอบครัว และเพื่อนเป็นอีกส่วนหนึ่งที่มีส่วนทั้งสนับสนุนและยับยั้ง ความรักและเข้าใจอย่างถูกวิธีจึงเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุน

### การยอมรับการเสียชีวิตเป็นเครื่องมือสำคัญในการต่อรอง

ถ้าเรามองเห็นความตายในมุมที่กว้างขึ้นโดยคลุมไปถึงเรื่องจิตใจหรือเรื่องจิตวิญญาณด้วยแล้ว เราจะพบว่าความตายมิใช่วิกฤตเท่านั้น หากยังเป็นโอกาสอีกด้วย คือเป็นโอกาสที่จิตจะได้พัฒนาไปสู่อีกระดับหนึ่ง เกิดพัฒนาการทางจิตวิญญาณที่ไปพ้นจากสภาวะเดิม ความตายเป็นโอกาสให้เกิดพัฒนาการทางจิตวิญญาณ ได้แม้ร่างกายจะเสื่อมทรุดแตกสลาย<sup>21</sup> การเสียชีวิตเป็นเรื่องปกติของมนุษย์ความหมายแตกต่างกันตามความเชื่อของสตรีผู้ประสบภาวะมะเร็งเต้านม การยอมรับการเสียชีวิตไม่ใช่การพ่ายแพ้ต่อโรคมะเร็ง แต่เป็นการยอมรับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการต่อสู้ต่อรองกับความตายจากมะเร็งเต้านม การยอมรับเป็นการตั้งสติเพื่อให้ลดความทรมานจากการถูกคุกคาม เห็นข้อเท็จจริงท่ามกลางกระแสทางสังคม เช่น ความรู้เรื่องมะนาวโซดาอย่างที่ได้กล่าวมาแล้ว

อีกส่วนหนึ่งที่ใช้ในการต่อรองคือ จิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและความหมายสูงสุดของชีวิต เป็นทั้งที่ฟังและยึดเหนี่ยวจิตใจ อาจเป็นบุคคลอันเป็นที่รัก และเคารพ วัตถุสิ่งของ ศิลปะ หรือกิจกรรมบางอย่าง โดยผ่านคำถาม "สิ่งที่ทำให้ชีวิตคุณมีความหมายและเป้าหมายคืออะไร" "สิ่งที่รบกวนจิตใจคุณมากที่สุดเมื่อเจ็บป่วยคืออะไร"<sup>9</sup> ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากมะเร็งเต้านมสร้างผลกระทบต่อจิตวิญญาณด้วยเช่นกัน การต่อรองโดยการยอมรับความตายจะทำให้เกิดความรู้สึกถึงถึงความหมายของจิตวิญญาณของตนและปรับเปลี่ยนตามบริบทของตัวสตรีผู้ประสบมะเร็งเต้านม

การเสียชีวิตที่พึงปรารถนาเป็นรูปแบบความตายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น การเสียชีวิตโดยไม่ทรมาน ตายท่ามกลางคนรัก ไม่จากไปอย่าง

โดดเดี่ยวอ้างว้างในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย<sup>22</sup> รูปแบบการตายที่พึงปรารถนาจะเป็นเครื่องมือที่ทำให้สตรีผู้ประสบภาวะมะเร็งด้านมใช้ต่อรองในการดำเนินชีวิต เช่น หากต้องการตายท่ามกลางคนรักย่อมต้องปฏิบัติตนให้เป็นที่รักแก่ผู้อื่น หากในอนาคตต้องการให้ลูกของตนสามารถใช้ชีวิตได้เมื่อตนเองเสียชีวิตแล้ว ก็ย่อมต้องสอนให้ลูกพึ่งตัวเองและปฏิบัติตนเป็นคนดี

ดังนั้นการต่อรองต่อการเสียชีวิตโดยการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดสติและมีปัญญาในการลดการคุกคาม ไตร่ตรองปรากฏการณ์ทางสังคม ค้นหาจิตวิญญาณเพื่อที่จะทำให้สตรีผู้ประสบภาวะมะเร็งด้านมก้าวผ่านความทุกข์ที่เกิดขึ้น ชัยชนะในการต่อรองเริ่มต้นด้วยตนเอง เริ่มจากการยอมรับความจริง เข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง หนทางสำคัญที่จะเอาชนะอำนาจจากการคุกคามสามารถทำได้โดยการยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนซึ่งจะทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาของการสร้างตัวตนใหม่และการยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นจะส่งผลให้สตรีที่ประสบภาวะนี้ค้นหาจิตวิญญาณของตน เพื่อให้ดำรงชีวิตท่ามกลางความทรมานจากมะเร็งด้านมได้

#### เอกสารอ้างอิง

1. ชาย โพธิ์สิตา. ชีวิตและความตายในทัศนะของพุทธศาสนา. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/Conferencell/Article/Article05.htm>. เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2558.
2. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. การตายทางคริสต์ศาสนา. เข้าถึงได้จาก: <http://www.shi.or.th/download/89/>. เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2558.
3. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. ทัศนะเรื่องความตายในศาสนาอิสลาม. เข้าถึงได้จาก: [www.shi.or.th/download/90/](http://www.shi.or.th/download/90/). เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2558.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนผู้ป่วย / สาเหตุการตาย. เข้าถึงได้จาก: <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries09.html>. เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2558.

5. Kluhapprema T, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S, Sangrajrang S. Cancer in Thailand. Vol. IV, Bangkok; 2007.
6. Kluhapprema T, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S, Sangrajrang S. Cancer in Thailand. Vol. VII, Bangkok; 2013.
7. กนกรัตน์ ฐินเลิศสกุล. ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งด้านม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
8. กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. เข้าถึงได้จาก: [http://www.moph.go.th/hotnational\\_health\\_50.pdf](http://www.moph.go.th/hotnational_health_50.pdf). เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2558.
9. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dms.moph.go.th/.../แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.pdf>. เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2558.
10. ธีรยุทธ บุญมี. มิเชล พูโกต์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิชาษา; 2557.
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านม. เข้าถึงได้จาก: [http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-forhospital\\_cpg.aspx](http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-forhospital_cpg.aspx). เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2558.
12. Breast cancer survival rates by stage. Available at: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-survival-by-stage>. Accessed January 1, 2015.
13. Wanchai A, Armer JM, Stewart BR. Performance care practices in complementary and alternative medicine by Thai breast cancer survivors: an ethnographic study. Nur Health Sci 2012;14:339-44.
14. Joseph K, Vrouwe S, Kamruzzaman A, Balbaid A, Fenton D, Berendt R, et al. Outcome analysis of breast cancer patients who declined evidence-based treatment. World J Surg Oncol 2012;10:118.
15. Bitsika V, Sharpley CF, Christie DRH. 'What made me unhappy'. Experiences of, and responses to, lifestyle changes in breast cancer patients. Br J Guid Coun 2010;38:179-89.
16. Horgan O, Holcombe C, Salmon P. Experiencing positive change after a diagnosis of breast cancer: a grounded theory analysis. Psychooncology 2011;20:1116-25.
17. Tsuchiya M, Horn S, Ingham R. Positive changes in Japanese breast cancer survivors: A qualitative study. Psychol Health Med 2013;18:107-16.
18. Cebeci F, Yangin HB, Tekeli A. Determination of changes in the sexual lives of young women receiving breast cancer treatment: a qualitative study. Sex Disabil 2010;28:255-64.



19. Kurowecki D, Fergus KD. Wearing my heart on my chest: dating, new relationships, and the reconfiguration of self-esteem after breast cancer. *Psychooncology* 2014;23:52-64.
20. Tan FL, Loh SY, Su TT, Veloo VW, Ng LL. Return to work in multi-ethnic breast cancer survivors - a qualitative inquiry. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13: 5791-7.
21. พระไพศาล วิสาโล. ความตายในมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ. เข้าถึงได้จาก: [http://www.visalo.org/article/D\\_deathNaiMiti.htm](http://www.visalo.org/article/D_deathNaiMiti.htm). เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2558.
22. พระไพศาล วิสาโล. ตายดีมีสุข. เข้าถึงได้จาก: [http://www.visalo.org/article/D\\_deathDeeMeSuk.htm](http://www.visalo.org/article/D_deathDeeMeSuk.htm). เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2558.

## คำแนะนำการส่งต้นฉบับ

วารสารโรคมะเร็งยินดีรับบทความทางวิชาการหรือเรื่องราวที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารนี้ สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารโรคมะเร็ง และเป็นผลงานวิชาการหรือวิจัยของคณะผู้เขียนไม่ใช่ความคิดเห็นของบรรณาธิการหรือผู้จัดทำ ขอให้ผู้นิพนธ์ส่งต้นฉบับที่จัดเตรียมถูกต้องตามคำแนะนำในเอกสารนี้มายังบรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ถนนพระรามที่ 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 หรือทาง E-mail: thaicancerj@gmail.com

### ประเภทของบทความ

#### นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)

ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทคัดย่อ (ทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย) บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

#### รายงานผู้ป่วย (Case Report)

ควรประกอบด้วยบทคัดย่อ (ทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย) บทนำ รายงานผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็น สรุป และเอกสารอ้างอิง

#### บทความทางวิชาการหรือบทพินิจวิชาการ (Review Articles)

ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่เขียน และเอกสารอ้างอิง

### การเตรียมต้นฉบับ

- บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ต้องส่งต้นฉบับ 2 ชุด (พร้อมไฟล์) และต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งตีพิมพ์ที่ใด
- บทความที่พิมพ์รับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าเป็นภาษาไทยควรหลีกเลี่ยงคำภาษาอังกฤษ ยกเว้นในกรณีจำเป็นเท่านั้น พยายามไม่ใช่คำย่อ นอกจากคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป
- บทคัดย่อ ให้ย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่ว่าเนื้อเรื่องจะเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และมีคำสำคัญ (Key words) ด้วย
- ชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียน ต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พร้อมด้วยสถาบันที่ทำงาน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) และระบุผู้เขียนที่สามารถติดต่อได้ (corresponding author)
- ต้นฉบับต้องพิมพ์อย่างชัดเจนมีระยะห่างระหว่างบรรทัด 2 ช่อง พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 โดยพิมพ์ห่างจากขอบทุกด้าน 1 นิ้ว โดยตลอด และ ใส่เลขหน้าทางมุมขวาบน
- ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพใช้ภาพขาวดำ ขนาดโปสเตอร์ ผิวนำเรียบเป็นมัน หรือพิมพ์จากคอมพิวเตอร์โดยใช้เครื่องพิมพ์เลเซอร์ ใหญ่กว่าขนาดที่จะตีพิมพ์เพื่อให้ได้ภาพชัดเจน กำกับหมายเลขภาพ ชื่อผู้เขียนไว้ด้านหลังภาพทุกภาพ พิมพ์คำบรรยายภาพเป็นลำดับแยกไว้ในกระดาษอีกแผ่น
- ตาราง พิมพ์แยกต่างหากโดยมีหัวข้อ (title) และเชิงอรรถ (foot note) พร้อมทั้งอธิบายตัวย่อในตารางตลอดจนบอกนัยสำคัญทางสถิติอย่างครบถ้วน



8. เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบแวนคูเวอร์ ซึ่งเป็นระบบที่ใช้กันอยู่ในวารสารทางการแพทย์ชั้นนำในขณะนี้ ให้กำกับกรอ้างอิงด้วยหมายเลขและเรียงลำดับการอ้างอิงหมายเลขที่กำกับในรายชื่อเอกสารอ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขในเนื้อเรื่องด้วย

## การเขียนเอกสารอ้างอิง

### 8.1 จากวารสาร

วารสารภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยชื่อผู้แต่ง (ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนแต่ถ้ามี 7 คนขึ้นไปให้ใส่เพียง 6 ชื่อแรก แล้วเติม et al.) ชื่อเต็มของบทความ ชื่อย่อวารสาร (ใช้ตาม Index Medicus) ปีที่พิมพ์; ปีที่:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ให้เขียนแบบเดียวกับภาษาอังกฤษ เว้นแต่ชื่อผู้เขียนใช้ชื่อเต็มโดยใส่ชื่อตัวก่อนแล้วตามด้วยนามสกุลและใช้ปี พ.ศ.

#### ตัวอย่าง

1. Chariyalertsak S, Sirikulchayanonta V, Mayer D, Kopp-Schneider A, Fuerstenberger G, Marks F, et al. Aberrant cyclooxygenase isozyme expression in human intrahepatic cholangio carcinoma. Gut 2001;48:80-6.

2. สุพันธ์ จริยาเลิศศักดิ์, พงษ์กิตติ ชิษุณกร, สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์. Proliferating Cell Nuclear Antigen ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม: บทบาทในการพยากรณ์โรค. วารสารโรคมะเร็ง 2542;25:1-6.

### 8.2 จากหนังสือและโมโนกราฟอย่างอื่น

8.2.1 ผู้นิพนธ์เป็นบุคคล ตัวอย่างเช่น

Getzen TE. Health economics: fundamental of funds. New York: John Wiley & Sons; 1997.

8.2.2 บรรณาธิการ ผู้รวบรวม ประพันธ์ที่เป็นผู้นิพนธ์ ตัวอย่างเช่น

Millares M, editor. Applied drug information: strategies for information management. Vancouver, WA: Applied Therapeutics, Inc.; 1998.

8.2.3 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ตัวอย่างเช่น

Porter RJ, Meldrum BS. Antiepileptic drugs. In: Katzung BG, editor. Basic and clinical pharmacology. 6<sup>th</sup> ed. Norwalk, CN:Appleton and Lange; 1995. p. 361-80.

8.2.4 หนังสือที่เป็นชุด (series) ตัวอย่างเช่น

Bennett GL, Horuk R. Iodination of chemokines for use in receptor binding analysis. In:Horuk R, editor. Chemokine receptors. New York: Academic Press; 1997. p. 134-48. (Methods in enzymology; vol 288).

หมายเหตุ : Chemokine receptors = ชื่อหนังสือ  
Methods in enzymology = ชื่อหัวข้อเรื่อง  
ของ series

8.2.5 หนังสือ proceeding ของการประชุม ตัวอย่างเช่น

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10<sup>th</sup> International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

8.2.6 เอกสารหรือแหล่งข้อมูลอื่น

เรื่องจาก หนังสือพิมพ์ ตัวอย่างเช่น

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution : study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col.5).

เรื่องจากวารสารใน internet ตัวอย่างเช่น

Laporte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [serial online]. 1995;310:1387-90. Available from: <http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm>. Accessed September 26, 1996.

เรื่องจาก web site ตัวอย่างเช่น

Health on the net foundation. Health on the net foundation code of conduct (HONcode) for medical and health web sites. Available at: <http://www.hon.ch/conduct.html>. Accessed June 30, 1998.



## หนังสือแจ้งความจำนงลงโฆษณา ในวารสารโรคมะเร็ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการวารสารมะเร็ง

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ในนามของ.....เลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์ลงโฆษณาในวารสารโรคมะเร็ง

- |                          |           |                         |            |
|--------------------------|-----------|-------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | ฉบับที่ 1 | เดือน มกราคม - มีนาคม   | ปีที่..... |
| <input type="checkbox"/> | ฉบับที่ 2 | เดือน เมษายน - มิถุนายน | ปีที่..... |
| <input type="checkbox"/> | ฉบับที่ 3 | เดือน กรกฎาคม - กันยายน | ปีที่..... |
| <input type="checkbox"/> | ฉบับที่ 4 | เดือน ตุลาคม - ธันวาคม  | ปีที่..... |

รวม.....ฉบับ

โดยลงโฆษณาในลักษณะ

- |                          |                                     |       |                                  |
|--------------------------|-------------------------------------|-------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์เนื้อใน 1/2 หน้า               | อัตรา | 5,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม)  |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์เนื้อในเต็มหน้า                | อัตรา | 10,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม) |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์ปกหลังด้านใน 1/2 หน้า          | อัตรา | 10,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม) |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์ปกหลังด้านในเต็มหน้า           | อัตรา | 20,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม) |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์ปกหลังด้านนอกเต็มหน้า          | อัตรา | 35,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม) |
| <input type="checkbox"/> | ใบเทรค                              | อัตรา | 6,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม)  |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์สี จ่ายค่าเพลทและค่าพิมพ์เพิ่ม | อัตรา | 10,000 บาท                       |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน.....บาท

ตัวอักษร (.....) บาท

ลงนาม.....ผู้ลงโฆษณา

(.....)

### หมายเหตุ

ถ้าลงโฆษณาทั้งปี (4 ฉบับ) จะลดค่าโฆษณาให้ 10 %

ส่งอาร์ตเวิร์ค / ข้อความโฆษณาทาง E-mail : thaicancerj@gmail.com

การชำระค่าโฆษณา ให้เขียนเช็คสั่งจ่ายในนาม "มูลนิธิวิจัยโรคมะเร็งเพื่อสถาบันมะเร็งแห่งชาติ"





## วารสารโรคมะเร็ง

กองบรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนนพระราม6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ใบสมัครสมาชิก/ใบต่ออายุสมาชิก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการวารสารโรคมะเร็ง

ข้าพเจ้า.....

ในนาม ส่วนราชการ/ บริษัท/ ส่วนตัว.....

ที่อยู่เลขที่.....ต.รอก/ซอย.....แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail.....

มีความประสงค์สมัครสมาชิกในวารสารโรคมะเร็ง

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1-4 (พ.ศ. 2558) รวม 4 ฉบับ เป็นเงิน 200 บาท

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1-4 (พ.ศ. 2559) รวม 4 ฉบับ เป็นเงิน 200 บาท

พร้อมกันนี้ได้จัดส่งเงินจำนวน .....บาท (.....) ตัวอักษร

โดยโอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาริบัติ

เลขที่บัญชี 026-228501-4 ชื่อบัญชี เงินสำรองจ่ายของมูลนิธิวิจัยโรคมะเร็ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม.....

(.....)

หมายเหตุ: โปรดส่งสำเนาการโอนเงินผ่านธนาคารพร้อมใบสมัครสมาชิกมายังโทรสาร 02-644-9097

หรือส่งเอกสารทางไปรษณีย์โดยนำส่ง กองบรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนนพระราม 6

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

