

ผลของการใช้โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาที่เสาสร้างสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่
ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
Effects of complementary therapeutic program on the quality of life of
thyroid cancer patients undergoing high-dose radioiodine (I - 131) treatment
at Udonthani Cancer Hospital.

(Received: June 4,2024 ; Revised: June 17,2024 ; Accepted: June 21,2024)

ประภานันท์ กิติราช¹ ชลการ ทรงศรี² ภรณ์ทิพย์ อนันตกุล³ ยุพิน คำกร⁴ กาญจนา หล้าบา⁵
Prapanun Kitirach¹ Chonlakarn Songsri² Porntip Anantakul. Ph.D.³ Yupin Khumkru.⁴ Khanchana Laba⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาที่เสาสร้างสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 30 คน คือ ผู้ที่มาใช้บริการระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน 2567 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษา ที่เสาสร้างสุขภาพ 2) แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ฉบับภาษาไทย กลุ่มตัวอย่างได้ทำกิจกรรมที่เสาสร้างสุขภาพและได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ทุกวันศุกร์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อกำกับติดตามการทำกิจกรรมเสริมการรักษาที่เสาสร้างสุขภาพ จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบด้วยการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.33 มีอายุเฉลี่ย 35.17 ส่วนใหญ่ทำอาชีพการเกษตร ร้อยละ 40.00 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 76.67 คุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม เสริมการรักษาที่เสาสร้างสุขภาพ พบว่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 7.05, S.D. = 1.02) โดยที่คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 8.05, S.D. = 1.61) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคมและด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 6.57, S.D. = 1.50) ($\bar{X}$ = 7.23, S.D. = 1.70) ($\bar{X}$ = 6.03, S.D. = 1.69) ตามลำดับ หลังการดำเนินเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาที่เสาสร้าง สุขภาพ พบว่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 7.21, S.D. = 0.93) โดยที่คุณภาพชีวิตด้านร่างกายยังคงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 8.29, S.D. = 1.28) คุณภาพชีวิตด้าน จิตใจ สังคมและด้านจิตวิญญาณยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 6.81, S.D. = 1.26) ($\bar{X}$ = 7.59, S.D. = 1.52) ($\bar{X}$ = 6.14, S.D. = 1.50) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพ ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมให้โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาที่เสาสร้างสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมไม่แตกต่างกัน มีเพียงอย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.02$)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ คุณภาพชีวิต การรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาที่เสาสร้างสุขภาพ

Abstract

This quasi - experimental study investigated the effects of the Four Pillars of Health complementary therapeutic program on the quality of life of thyroid cancer patients undergoing high - dose radioiodine (I - 131) treatment at Udonthani Cancer Hospital. Thirty thyroid cancer patients who swallowed high - dose iodine - 131 treatment between

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
E-mail:noya2599@bcnu.ac.th : Corresponding author

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

⁵ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

January and September 2024 were purposively selected as participants. The research instruments included: 1) the Four Pillars of Health complementary therapeutic program, and 2) a questionnaire of Quality of Life - Thyroid version (QOL - TV), Data collection was conducted in person, and participants were followed up via telephone every Friday for 12 weeks to monitor their adherence to the Four Pillars of Health complementary activities. The data were analyzed using basic statistics, namely frequency, percentage, mean, standard deviation, and t - test for comparisons.

The findings revealed that the majority of participants were females (93.30%), married (73.33%), with a mean age of 35.17 years, and worked in agriculture (40.00%). They had no chronic diseases (76.67%), and reported a moderate overall quality of life before undergoing the Four Pillars of Health complementary therapeutic program ($\bar{x}$ = 7.05, S.D. = 1.02). Physical quality of life was reported at a high level ($\bar{x}$ = 8.05, S.D. = 1.61), while mental, social, and spiritual quality of life were reported at moderate levels ($\bar{x}$ = 6.57, S.D. = 1.50) ($\bar{x}$ = 7.23, S.D. = 1.70) ($\bar{x}$ = 6.03, S.D. = 1.69), respectively. After the implementation of the Four Pillars of Health complementary therapeutic program, the overall quality of life remained at a moderate level ($\bar{x}$ = 7.21, S.D. = 0.93). Physical quality of life remained at a high level ($\bar{x}$ = 8.29, S.D. = 1.28), while mental, social, and spiritual quality of life remained at moderate levels ($\bar{x}$ = 6.81, S.D. = 1.26) ($\bar{x}$ = 7.59, S.D. = 1.52) ($\bar{x}$ = 6.14, S.D. = 1.50). Comparing before and after the implementation of the Four Pillars of Health complementary therapeutic program, the mean overall quality of life showed no significant difference. However, physical quality of life revealed a statistically significant improvement at the 0.05 level (p = 0.02).

Keywords : the thyroid cancer patient, the quality of life, high - dose radioiodine (I - 131) therapeutic, the Four Pillars of Health complementary therapeutic program.

บทนำ

โรคมะเร็งถือเป็นสาเหตุเสียชีวิตของประชากรไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันและยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ประมาณการในปี 2583 จะมีอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 28.4 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้น 47% จากปี พ.ศ. 2563² โดยโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก มีผู้เสียชีวิตวันละ 221 คน หรือ คิดเป็น 80,665 คน ต่อปี³ และสถิติโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีพบผู้ป่วย มะเร็งรายใหม่ในปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีจำนวน 2,605 1,980 และ 2,099 รายตามลำดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งศีรษะและลำคอ มีจำนวน 556, 394, 278, 278 และ 266 รายตามลำดับ⁴ จะเห็นว่ามะเร็งศีรษะ และลำคอเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของมะเร็งที่พบมากที่สุดส่งผลให้โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีเป็น Excellent center ด้านการรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์⁵ และองค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติปี 2020 พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งต่อมไทรอยด์ 1.9 รายต่อประชากร 100,000 คน จากสถิติของประเทศไทยพบอุบัติการณ์ การเกิด

มะเร็งต่อมไทรอยด์เป็นอันดับที่ 13 ของมะเร็งทั้งหมด⁶ จากข้อมูลทะเบียน มะเร็งประเทศไทยพบผู้ป่วย มะเร็งต่อมไทรอยด์รายใหม่ประมาณ 2,800 ราย โดยส่วนใหญ่จะพบมะเร็งต่อมไทรอยด์ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁷ โดยที่มะเร็งต่อมไทรอยด์ (Thyroid Cancer) เกิดจาก ความผิดปกติของเซลล์ในต่อมไทรอยด์และพัฒนาเป็นก้อนมะเร็งขึ้นและอาจจะขยายโตขึ้น สามารถแพร่ กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกาย มะเร็งไทรอยด์ใน ระยะแรกมักไม่แสดงอาการที่พบส่วนใหญ่จะเป็นชนิด Papillary Thyroid Cancer เป็นชนิดที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรงน้อยที่สุด เจริญเติบโตช้า เกิดขึ้นได้กับคนทุกวัย แต่มักเกิดขึ้นกับหญิงวัยเจริญพันธุ์ หรือ ผู้ที่มีอายุ 30 - 50 ปี และมะเร็งไทรอยด์ชนิด Follicular Thyroid Cancer เป็นชนิดที่พบได้บ่อยรองจากชนิด Papillary และมักเกิดขึ้นกับผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป⁸ การรักษา มะเร็งไทรอยด์อาจทำได้หลายวิธีการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 เป็นการรับประทานสารกัมมันตรังสี ซึ่งอยู่ในรูปแบบที่รับประทานง่ายโดยสารดังกล่าวจะเข้าไปรักษาโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่อาจหลงเหลืออยู่หลังการผ่าตัดทั้งภายในลำคอและเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงและยังใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดพาพิลลารี

และพอลลิคูลาร์ที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายเข้าสู่อวัยวะ ส่วนอื่น ซึ่งการรักษาด้วยไอโอดีนรังสีขึ้นกับดุลยพินิจ ของแพทย์ตามความรุนแรงของโรค⁹ กลไกของแร่ไอโอดีน - 131 เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะถูกดูดซึมใน ระบบทางเดินอาหาร อย่างรวดเร็วและเข้าสู่กระแส เลือดเพื่อทำลายเนื้อเยื่อเซลล์ มะเร็งผ่านทางกลไกโซเดียม ไอโอไดด์ซิมพอร์เตอร์ (sodiumiodide symporter) ส่งผลให้สารพันธุกรรม (deoxyribonucleic acid, DNA) ของเซลล์มะเร็งเกิดความเสียหายและถูกทำลาย ในที่สุด แม้ว่าแร่ไอโอดีน - 131 จะมีประโยชน์อย่างมากในการรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด DTC ยังพบ แร่ไอโอดีน - 131 สะสมในอวัยวะที่มีกลไกการดูดซึมผ่านช่องทาง sodiumiodide symporter ได้แก่ ต่อมไทรอยด์ น้ำลาย น้ำตา ท่อน้ำนม ต่อมไขมัน เยื่อบุกระเพาะอาหาร ลำไส้ รังไข่และคอร์ลอยด์แฟล็กซัส¹⁰ ในขณะเดียวกัน อาจเกิดผลข้างเคียงอาการที่พบได้บ่อย คือ ภาวะต่อมน้ำลายอักเสบซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน และภาวะปากแห้งซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง¹¹ และในผู้ป่วยที่ได้ รับแร่ไอโอดีน - 131 ขนาดสูง มีอัตราการเกิดภาวะ ต่อมไทรอยด์อักเสบสูงถึงร้อยละ 60.7¹² ผู้ป่วยมักมีอาการปวด หรือ บวมบริเวณต่อมน้ำลายบริเวณหน้า ใบหูซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 10.25 - 60.7^{12,13} บางรายอาจพบอาการบวมที่คอและต่อมน้ำลาย คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง การรับรสเปลี่ยนไป ร่างกายสร้างน้ำตาลดลงจนทำให้ตาแห้งหรือ ผู้ป่วยเพศชายบางรายอาจมีจำนวนอสุจิลดลง¹⁴ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยตรง

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เป็นหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งครบวงจรแบบตติยภูมิ เพื่อตอบสนองต่อการบริการครอบคลุมเขตบริการสุขภาพที่ 8 และรับผิดชอบ 10 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จากข้อมูลสถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบมีสถิติผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่เข้ารับบริการจำนวน 97,162 และ 173 ราย

ตามลำดับ พบว่าในปี 2566 มะเร็งต่อมไทรอยด์เพิ่มขึ้นเป็นอันดับ 4 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และได้เปิดให้บริการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง เริ่มดำเนินการปี พ.ศ. 2565 - 2567 มีสถิติผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่เข้ารับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง ของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ในปี 2565 - 2567 (6 เดือน) จำนวน 162, 219 และ 109 ราย ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นตัวแปรหลายมิติซึ่งวัดความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองมีสุขภาพทางกาย อารมณ์ สังคมและความคิดเป็นเช่นไร การประเมินคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นสิ่งที่วัดได้และแบ่งบอกว่าโดยรวมแล้วผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับโรค มะเร็งที่ตนประสบอยู่การรักษา และการติดตามอาการโรค¹⁵ ผู้ที่รอดชีวิตจากมะเร็งมักต้องเผชิญกับปัญหาการปรับตัวต่าง ๆ หลังการรักษาการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบปัญหาดังกล่าว และใช้เป็นข้อมูลในการช่วยเหลือผู้ป่วย¹⁶ กิจกรรมโปรแกรมสี่เสาสร้างสุขภาพเป็นการรวบรวมองค์ความรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของกลุ่ม Stronger than cancer เพื่อสื่อสารไปยังสาธารณะในการขับเคลื่อนการมีสุขภาพดีเชิงป้องกันโรคในกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาระดับประเทศ ในโรคมะเร็งและโรคไม่ติดต่อ และผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เสาสุขภาพที่ 1เป็นการเปลี่ยนแปลงความนึกคิดภายใน (Mind Set) เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย (Empowerment) เสาสุขภาพที่ 2 การสร้างลีลา (Life Stile)ที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดีเป็นรูปธรรมที่จับต้องได้เสาสุขภาพที่ 3คือการมีกิจกรรมเสริมความแข็งแรงของร่างกายเป็นการปรับสมดุลร่างกายโดยการออกกำลังกาย (Physical Activity and Exercise) และเสาสุขภาพที่ 4 คืออาหารที่เหมาะสมทั้งในด้านคุณภาพ ปริมาณและอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy food) และรวมถึงวิถีชีวิตที่เป็นสุข (Happiness Lifestyle)¹⁷

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการที่เสาสร้างสุขภาพมาใช้เป็นกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ เพื่อหวังผลในการลดอาการข้างเคียงของ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 โดยหวังให้ผู้ป่วยมีสุขภาพทางกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณที่ดี นำสู่การมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาเสาสร้างสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (One Group Pretest - Post test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูงในหอผู้ป่วยไอโอดีน ในโรงพยาบาลมะเร็ง อุดรธานี การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์รายเก่าและใหม่ทุกรายที่เข้ามารักษาด้วยวิธีกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ในขนาดมากกว่า 30 มิลลิลิตร ตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566 จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาเสาสร้างสุขภาพ ประกอบด้วย

กิจกรรมเสาสร้างสุขภาพที่ 1 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิจกรรมเสาสร้างสุขภาพที่ 2 การปรับสมดุลร่างกายโดยการออกกำลังกาย (Physical Activity and Exercise) (ระยะเวลา 30 - 45 นาที) สอนสาธิตการออกกำลังกาย โดยวิธีการเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ คือ สมาธิบำบัดแบบ SKT¹⁸

5 ท่า คือ ท่าที่ 2, 3, 4, 6 และ 7 ดังนี้ ท่าที่ 2 ยืนผ่อนคลายประสานกายประสานจิต ท่าที่ 3 นั่งยืดเหยียดผ่อนคลายประสานกายประสานจิต ท่าที่ 4 ก้าวอย่างไทยเหยียวยากายประสานจิต ท่าที่ 6 เทคนิค การฝึกสมาธิเหยียวยากายประสานจิต ท่าที่ 7 เทคนิค สมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้ง ตีลังการการประสานฝ่ามือบำบัด 3 ท่า ท่าที่ 1 บริหารลำไส้ใหญ่แก้ท้องผูก ท่าที่ 2 ท่าบำบัดโรคนอนไม่หลับ ท่าที่ 3 ท่าบำบัดโรคเครียด และการแกว่งแขนบำบัดโรค สอนสาธิตการแช่มือแช่เท้าด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน

กิจกรรมเสาสร้างสุขภาพที่ 3 อาหาร คือ พลังชีวิต (Food Intake) (ระยะเวลา 20 นาที) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การเลือกรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การล้างทำความสะอาดผักผลไม้และการบริโภคอาหารให้เหมาะสมทั้งในด้านคุณภาพ ปริมาณ และอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy food)

กิจกรรมเสาสร้างสุขภาพที่ 4 วิถีชีวิตที่เป็นสุข (Happiness Lifestyle) (ระยะเวลา 10 นาที) แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิถีชีวิตรายบุคคล สรุปประเด็นทำความเข้าใจในการปฏิบัติและให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำกิจกรรมผ่อนคลาย การปรับวิถีชีวิตทำกิจกรรมผ่อนคลายร่วมกัน เช่น การให้อาหารปลา การสวดมนต์ไหว้พระ ฟังธรรมะก่อนนอน

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของจุฬามาสู่วิทยา¹⁹ ที่ศึกษาการทดสอบคุณสมบัติการวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ฉบับภาษาไทย แปลจาก Quality of Life - Thyroid version (QOL - TV)²⁰ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มี 12 ข้อ ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบบวัดประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 57 ข้อ ซึ่งวัดคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ คือ มิติทางกายภาพ (13 ข้อ) มิติทางใจ (22 ข้อ) มิติทางสังคม (14 ข้อ) และมิติทางจิตวิญญาณ (7 ข้อ) และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการ 1 ข้อ มีค่าคะแนนจาก 0 - 10 คะแนน มีการให้ค่าคะแนนในแต่ละข้อและการแปลผล ดังนี้

ข้อคำถามเชิงลบ 46 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน โดยข้อคำถามเชิงลบที่ 0 หมายถึงไม่มี

ปัญหา หรือ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงและ 10 หมายถึงมีปัญหารุนแรง หรือ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

ข้อคำถามเชิงบวก 11 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน โดยที่ 0 หมายถึงมีปัญหารุนแรง หรือ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำและ 10 หมายถึงไม่มีปัญหา หรือ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง การจัด กลุ่มคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ระดับ ซึ่งมีการแปลผล ดังนี้²⁰

คุณภาพชีวิตระดับต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.00 - 5.99 คุณภาพชีวิตระดับกลางมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 6.00 - 7.99 คุณภาพชีวิตระดับสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 8.00 - 10.00

คุณภาพเครื่องมือ

1. แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อม ไทรอยด์ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือและนำมาประยุกต์และตรวจสอบความสอดคล้อง โดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านระเบียบวิจัย 1 คน ด้านโรคมะเร็ง 1 คน นักสุศึกษา 1 คน รวม 3 คน ตรวจสอบความสอดคล้องของเครื่องมือได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) 0.67 - 1.00

2. นำไปแบบวัดคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้ (try out) ในผู้ป่วยมะเร็งแผนกศัลยกรรมและรังสี 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) 0.82

3. โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพ ได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 และมีการปรับปรุงแก้ไขทางด้านภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยผลดี ผลเสีย ของการเข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียดด้วยวาจา

2. ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและชี้แจงแนวทาง เทคนิค วิธีการ ตลอดจนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566 โดย Pre - test แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิต

และดำเนินการตามโปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพ

4. ติดตามการทำกิจกรรมสี่เสาสร้างสุขภาพของผู้เข้าร่วมงานวิจัยทางโทรศัพท์ทุกวันศุกร์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ตามแบบฟอร์มแบบฟอร์มการติดตามการทำกิจกรรมสี่เสาสร้างสุขภาพ

5. ประเมินระดับคุณภาพชีวิตเมื่อผู้ป่วยกลับมามาติดตามการรักษาในสัปดาห์ที่ 12

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

2. ข้อมูลคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบค่าที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยหมายเลขหนังสือรับรอง UDCH_COA 016/2565 เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.30 มีอายุเฉลี่ย 35.17 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.33 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่ทำอาชีพการเกษตรคิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้าคิดเป็นร้อยละ 56.67 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 76.67 และไม่เคยรักษาด้วยการรับประทานไอโอดีน - 131 คิดเป็นร้อยละ 63.33 มีคนดูแลที่บ้านคิดเป็นร้อยละ 86.67

คุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการดำเนินโปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพพบว่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 7.05, S.D. = 1.02) โดยที่คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 8.05, S.D. = 1.61) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคมและด้านจิต วิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 6.57, S.D. = 1.50) ($\bar{x}$ = 7.23, S.D. = 1.70) ($\bar{x}$ = 6.03, S.D. = 1.69) ตามลำดับ หลังการดำเนินการดำเนินโปรแกรมกิจกรรมเสริม

การรักษาสีเสาสร้างสุขภาพ พบว่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 7.21$, S.D. = 0.93) โดยที่คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 8.29$, S.D. = 1.28) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคมและด้าน จิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 6.81$, S.D. = 1.26) ($\bar{x} = 7.59$, S.D. = 1.52) ($\bar{x} = 6.14$, S.D. = 1.50) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสีเสาสร้าง

สุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกันมีเพียงด้านร่างกายที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.02$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนและหลังทำกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ($p = 0.05$) คุณภาพ ชีวิตด้านสังคมก่อนและหลังทำกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ($p = 0.19$) คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณก่อนและหลังทำกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ($p = 0.36$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษา สีเสาสร้างสุขภาพ (N=30)

คุณภาพชีวิต	ก่อน		หลัง		t	Sig.
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
ด้านร่างกาย	8.05	1.47	8.29	1.28	-2.43	0.02*
ด้านจิตใจ	6.57	1.50	6.81	1.26	-2.06	0.05
ด้านสังคม	7.23	1.70	7.59	1.52	-1.35	0.19
ด้านจิตวิญญาณ	6.03	1.69	6.14	1.50	-0.93	0.36
คุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยรวม	7.05	1.02	7.21	0.93	-1.30	0.20

ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จากวิเคราะห์คุณภาพชีวิตก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมสีเสาคคุณภาพในมิติจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ในประเด็นย่อยพบว่าประเด็นที่แตกต่างดังนี้

คุณภาพชีวิตมิติจิตใจหลังจากทำกิจกรรมพบว่าความรู้สึกล้วการเกิดมะเร็งจุดสองการกลับมาอีกของมะเร็ง และการแพร่กระจายของมะเร็งมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.00$) โดยการเกิดมะเร็งจุดสองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนทำกิจกรรมและหลังทำกิจกรรมเป็น ($\bar{x} = 4.60$, S.D. = 3.68), ($\bar{x} = 6.03$, S.D. = 3.41) การกลับมา อีกของมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อน ทำกิจกรรมและหลังทำกิจกรรมเป็น ($\bar{x} = 4.60$, S.D. = 3.78) ($\bar{x} = 5.23$, S.D. = 3.53) และการแพร่กระจายของมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนทำกิจกรรมและหลังทำกิจกรรมเป็น ($\bar{x} = 4.10$, S.D. = 3.74) ($\bar{x} = 4.93$, S.D. = 3.54) ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตมิติสังคมค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับครอบครัวรู้สึกเศร้าโศกกับการป่วยก่อนและหลังทำกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.00$) หลังจากทำกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างพบว่าครอบครัวรู้สึกเศร้าโศกกับการป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ($\bar{x} = 5.80$, S.D. = 3.26) ก่อนกิจกรรม ($\bar{x} = 4.80$, S.D. = 3.59)

คุณภาพชีวิตมิติจิตวิญญาณหลังจากทำกิจกรรม พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมทางศาสนาอื่น ๆ และการเปลี่ยนแปลงที่ดีในชีวิตมีค่าเฉลี่ย คุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.01$, $p = 0.03$ และ $p = 0.001$ ตาม ลำดับ) โดยการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนทำกิจกรรม และหลังทำกิจกรรมเป็น ($\bar{x} = 4.53$, S.D. = 3.64) ($\bar{x} = 5.27$, S.D. = 3.31) กิจกรรมทางศาสนาอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตก่อนทำกิจกรรมและหลังทำกิจกรรมเป็น ($\bar{x} = 5.20$, S.D. = 3.81) ($\bar{x} = 5.67$, S.D. = 3.60) และการเปลี่ยนแปลงที่ดีในชีวิตมี

คะแนน เฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนทำ กิจกรรมและหลัง ทำกิจกรรมเป็น ($\bar{x} = 5.83$, S.D. = 3.11) ($\bar{x} = 8.30$, S.D. = 2.72) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่ม ตัวอย่าง ก่อนและหลังทำกิจกรรมคุณภาพชีวิตไม่ แตกต่างจากก่อนทำกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยโดยรวม คุณภาพชีวิตทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคมและจิต วิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงด้านร่างกายที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรริกา ภูทวี²² ได้ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมและ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่ หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแรง สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและยังสอดคล้องกับ งานวิจัยของอนุรักษ ทราปัญญา, ดาว เวียงคำ²³ ได้ ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง อําเภอเชียงคำ จังหวัด พะเยา พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปาน กลาง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ระดับ การศึกษา รายได้และระยะของโรคที่แตกต่างกันส่งผล ให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติและการศึกษายังพบว่าคะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตด้านร่างกายก่อนและหลังทำกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ก่อนและทำกิจกรรมตามโปรแกรมสี่เสาสุขภาพไม่ แตกต่างกันถึงแม้ว่าในภาพรวมของคุณภาพชีวิตมิติ จิตใจ สังคมและ จิตวิญญาณไม่มีความแตกต่างแต่เมื่อ พิจารณารายละเอียดรายในประเด็นย่อย พบว่า คุณภาพชีวิตมิติของด้านจิตใจแล้วพบว่ามีประเด็น ย่อยที่มีความแตกต่างเข้าร่วมทำกิจกรรมสี่เสาสร้าง สุขภาพ พบว่าคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจในมิติ ความรู้สึกล้วการเกิดมะเร็งจุดสอง การกลับมาอีก

ของมะเร็ง การแพร่กระจายของมะเร็งมีความแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมิติสังคมพบว่า ครอบครัวรู้สึกเศร้าโศกกับการป่วยมีคะแนนเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับครอบครัวรู้สึกเศร้าโศก กับการป่วยก่อนและหลังทำกิจกรรมแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในมิติจิตวิญญาณการเข้า ร่วมกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมทางศาสนา อื่น ๆ และการเปลี่ยนแปลงที่ดีมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพ ชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้อง กับชลการ ทรงศรี และณรงค์ จันทร์แก้ว²⁴ ที่ ทำการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาต่อความ สามารถเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคระเร็ง โดย ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาต่อระดับความวิตก กังวลและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคระเร็งที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคระเร็งที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง 107 คน ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถใน การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคระเร็งเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สามารถอธิบาย ได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้ผ่านกระบวนการฝึกและเรียนรู้ ทักษะการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของ ตนเองให้มีความเหมาะสมผ่านกระบวนการสี่เสาสร้าง สุขภาพและยังสอดคล้อง กับการศึกษาของรัตนา พัน จุยและคณะ²⁵ ที่พบความสามารถในการเผชิญปัญหา ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการ ให้คำปรึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสอดคล้องกับทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึด บุคคล เป็นศูนย์กลางจะนำไปสู่การเข้าใจและหา วิธีการในการ ควบคุมตัวเองจัดระบบชีวิตของตัวเอง ให้สมดุลและมีความรับผิดชอบสอดคล้องกับ การศึกษาของเบญจมาภรณ์ ลิขิตกิจไพศาล²⁶ ศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาโดยใช้โปรแกรมการให้การ ปรึกษา พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนน การดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมจากการศึกษา แสดงให้เห็นถึงการให้ความรู้ หรือ การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการสามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถ จัดการกับปัญหาตนเองได้อย่างมั่นใจและสามารถ พัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างมี

ประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการศึกษาของสรณีย์ จันทร์มา²⁷ ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ศึกษาถึงทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อลดความเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและให้ข้อเสนอควรมีการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อลดความเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปปรับใช้ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

มะเร็งได้ทุกมิติไม่ว่าเป็นมิติด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง โดยดูแลให้ครบองค์รวมและต้องให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลการดูแลตามมาตรฐานและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมีการนำระบบประเมินผลการทำกิจกรรมต่าง ๆ มาใช้อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาสื่อการสอนที่สามารถเข้าถึงง่ายเชื่อถือได้

2. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการทำ กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนาระบบ การติดตามผู้ป่วยทางโทรเวชมาใช้ในการติดตามผู้ป่วย รวมถึงการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับปัจเจกบุคคล และนำกิจกรรมต่าง ๆ ไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นต้องประเมินความเหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย

3. ควรมีการศึกษาการทำกิจกรรมเสริมการรักษา สืบเสาะสร้างสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ ที่ไม่มีข้อจำกัด เรื่องระยะเวลาหรือสถานที่ในการทำกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งแห่งชาติ. : โรงพิมพ์ ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. กรุงเทพมหานคร; 2560.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018 : GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA : a cancer journal for clinicians. 2018; 68 (6) : 394 - 424.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถิติโรคมะเร็ง 2563. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. สถิติผู้ป่วยมะเร็ง ปี 2564. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
5. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินตนเองศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางมะเร็งศีรษะและลำคอ และมะเร็งเต้านม; 2564.
6. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2020 : estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 May 18]. Available from : http://www.globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
7. https://www.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=22737

8. Fugazzola L, Elisei R, Fuhrer D, Jarzab B, Lebouilleux S, Newbold K, et al. 2019 European Thyroid Association Guidelines for the Treatment and Follow - Up of Advanced Radioiodine - Refractory Thyroid Cancer. *Eur Thyroid J*. 2019; 8 : 227 - 45.
9. สมจินต์ จินตวิจักขณ์, วิษณุ ปานจันทร์, อาคม ชัยวีระวัฒน์. (บรรณาธิการ) แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์. กรุงเทพมหานคร : โฆสิตการพิมพ์; 2558.
10. ภาวนา ภูสุวรรณ. การรักษาโรคด้วยสารเภสัชรังสี. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไอโอดีน - 131 สำหรับพยาบาล รังสีรักษา. กรุงเทพมหานคร : พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2553.
11. Mandel SJ, Mandel L. Radioactive iodine and the salivary glands. *Thyroid J* 2003; 13 (3) : 265 - 71.
12. ภทิรา บัวพล, ศิริอร สินธุ์, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ภาวนา ภูสุวรรณ. ประสบการณ์อาการกลืนอาหารติดขัด อาการและสถานการณ์ทำหน้าทีในผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ชนิดเวลติฟเฟอร์เนติเอเตดที่ได้รับการรักษามันตรงสียไอโอดีน - 131 ขนาดสูง. ว.สภาการพยาบาล 2558; 30 (1) : 123 - 38.
13. Lu L, Shan F, Li W, Lu H. Short - term side effects after radioiodine treatment in patients with differentiated thyroid cancer. *BioMed Research International* 2016; 29 : 4376720.
14. Hyer S, Vini L, O'Connell M, Pratt B, Harmer C. Testicular dose and fertility in men following I - 131 therapy for thyroid cancer. *Clin Endocrinol*. 2002; 56 (6) : 755 - 8
15. Tagay S, Herpertz S, Langkafel M, Erim Y, Bockisch A, Senf W, Gorges R. Health - related Quality of Life, depression and anxiety in thyroid cancer patients. *Qual Life Res* 2006; 15 : 695 - 703.
16. Dow KH, Ferrell BR, Anello C. Balancing demands of cancer surveillance among survivors of thyroid cancer. *Cancer Pract* 1997; 5 : 289 - 95
17. อิศระ เจียวิริยบุญญา. สืบเสาะแห่งความสมดุล. มูลินธิ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี : 2562.
18. สมพร กันทรดุษฎีเตรียมชัยศรี. สร้างเสริมสุขภาพด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 - 7 (เทคนิคลิขสิทธิ์) [แผ่นพับ]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561
19. จุฑามาส วสุพงศ์อัยยะ, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, ชีระพล เปรมประภา. การทดสอบคุณสมบัติการวัดของแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ ฉบับภาษาไทย ว.เภสัชกรรมไทย 2556; 5 : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556. 43 - 62.
20. Ferrell BR, Grant M, Dow KH. The quality of life scale/ thyroid [online]. 2000 [cited June 24]. Available from; URL:[http://prc.coh.org/pdf/Thyroid 20 % QOL.pdf](http://prc.coh.org/pdf/Thyroid%20%20QOL.pdf).
21. Best, John W. and James V. Kahn. Research in Education. (7th ed). Boston : Allyn and Bacon. 1997.
22. ภทริกา ภูทวี. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด ที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี. ว.โรงพยาบาลอุดรธานี. 2561; 26 : 144 - 52
23. อนุรักษ์ ทราบัญญา, ดาว เวียงคำ. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง อําเภอเชียงคํา จังหวัดพะเยา. เชียงรายเวชสาร 2562; 11 (1) : 93 - 101.
24. ชลกร ทรงศรี และณรงค์ จันทร์แก้ว. ผลของการให้คำปรึกษาต่อความสามารถเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. ว.โรงพยาบาลสกลนคร. 2562; 22 : 50 - 59.
25. รัตนา พันจุม และคณะ. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. ว.การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2557; 28 : 117 - 29.
26. เบญจมาภรณ์ ลิขิตกิจไพศาล. ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันโรงพยาบาล รามธิบดี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการแนะแนว]. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2555.
27. สรรสนีย์ จันทร์มา. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. สรรสนีย์ จันทร์มา [วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน]. พิษณุโลก. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.