



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



โรงพยาบาลมะเร็ง
อุบลราชธานี
Ubonratchathani Cancer Hospital

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

โดย
เฉลิมพร ปัญญาคม
โสภิต ทับทิมหิน
ชลียา วามะลุน
วัชรภรณ์ สุทธศรี

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566

ISBN : 978-616-8322-52-9

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์พงศธร ศุภอรรถกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี และคณะผู้บริหารทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจ จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือในการวิจัย และให้ข้อคิดเห็นตลอดจนข้อเสนอแนะอื่นที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลผู้ป่วย บุคลากรพยาบาลทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย ทำให้ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ นำสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อไป จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีไทย การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีรักษาเป็นวิธีการที่ได้ผลดี แต่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องจัดการกับภาวะทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ดังนั้นการจัดโปรแกรมการจัดการอาการที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถปรับตัวในการจัดการอาการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ระหว่างได้รับรังสีรักษา แบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ 2G2S2B (G : General Care, G : Gastrointestinal Care, S : Skin Care, S : Sexual care, B : Bladder Care and B : Bliss Care) ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลีคบาย (Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1986) เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการอาการ 2) คู่มือการจัดการอาการเพื่อการดูแลตนเองระหว่างการได้รับรังสีรักษา 3) แบบบันทึกและติดตามอาการ 4) แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยเครื่องมือได้ผ่านการประเมินคุณภาพของเครื่องมือ (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม ๆ เท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และสถิติทดสอบที กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า 1) โปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา 2G2S2B 2) ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ (M = 11.04, SD = 0.42) ทัศนคติ (M = 37.52, SD = 1.13) และการปฏิบัติตัวในการจัดการอาการระหว่างได้รับรังสีรักษา (M = 40.20, SD = 0.61) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๆ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการอาการที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และทัศนคติ การปฏิบัติตัวในการจัดการกับอาการที่ดีขึ้น และยังส่งผลให้การปฏิบัติตัวในระหว่างการได้รับรังสีรักษาดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการอาการ, ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก, รังสีรักษา

Abstract

Cervical cancer is an important public health problem for Thai women. Treating cervical cancer with radiotherapy is an effective method. But it may affect the patient. Physically, mentally, emotionally, the patient must deal with the suffering that arises. Therefore, organizing an appropriate symptom management program It will help patients gain knowledge. Understanding and being able to adapt to manage various symptoms effectively. This research is a quasi-experimental research. (Quasi-Experimental Designs) two groups pretest and posttest design. The objective was to study the effects of the symptom management program and evaluate the effectiveness of the symptom management program on the knowledge, attitude, and behavior of cervical cancer patients receiving radiotherapy at Ubon Ratchathani Cancer Hospital. The sample group consisted of cervical cancer patients undergoing radiotherapy Outpatient type at Ubon Ratchathani Cancer Hospital. The sample group was randomly assigned to 25 people in the experimental group, 25 people in the control group, and the experimental group received a symptom management program 2G2S2B (G : General Care, G : Gastrointestinal Care, S :Skin Care, S : Sexual care, B : Bladder Care and B : Bliss Care). The program was based on the self-management concept of Kanfer and Gaelick (Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1986). Research tools include 1) Symptom management program 2) Symptom management manual for self-care during radiotherapy. 3) Symptom recording and monitoring form. 4) Knowledge, attitude, and behavior assessment form for cervical cancer patients receiving radiotherapy. The tool has passed the tool quality evaluation (IOC) from 3 experts. The content validity value of the program is equal to 0.82 and the confidence value is equal to 0.96. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and t-test statistics. Significance was set at the 0.05 level.

The results showed that 1) Symptom management program for cervical cancer patients receiving radiotherapy 2G2S2B 2) Effectiveness of the symptom management program for cervical cancer patients receiving radiotherapy. After enrollment in the 6-week program, the experimental group had an average score of knowledge (M = 11.04, SD = 0.42), attitude (M = 37.52, SD = 1.13), and behavior in managing symptoms during radiotherapy (M = 40.20, SD = 0.61) higher than before receiving the program and significantly higher than the control group ($p < 0.001$)

In conclusion, this study shows that The symptom management program developed is of high quality. As a result, the sample group has better knowledge, attitudes, and practices for managing symptoms. It also results in improved behavior during radiotherapy.

Keywords: symptom management program, cervical cancer patients, radiotherapy

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
ABSTRACT	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
คำถามของการวิจัย	3
สมมติฐานของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	4
ทฤษฎีสมมติฐาน / กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
โรคมะเร็งปากมดลูก	8
ความหมายของมะเร็งปากมดลูก	8
อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูก	9
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก	9
พยาธิสภาพของมะเร็งปากมดลูก	11
อาการและอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูก	11
การตรวจวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก	12
ระยะของมะเร็งปากมดลูก	13
การรักษามะเร็งปากมดลูก	15
การรักษาด้วยรังสีรักษา	16
ผลกระทบของการรักษาด้วยรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	26
แนวคิดการจัดการตนเอง	30
ความหมายของการจัดการตนเอง	30
กระบวนการจัดการตนเอง	32
แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37

สารบัญ

	หน้า
รูปแบบการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	45
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	45
ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล	46
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล	49
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	59
สรุปผลการวิจัย	59
อภิปรายผลการวิจัย	61
ข้อเสนอแนะ	64
เอกสารอ้างอิง	65
ภาคผนวก	73
ภาคผนวก ก เอกสารการพิจารณารับรองเชิงจริยธรรมการวิจัย	74
ภาคผนวก ข การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	76
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย	79
ภาคผนวก ง เอกสารการเผยแพร่	118
ภาคผนวก จ ตัวอย่างภาพถ่ายประกอบในการดำเนินการวิจัย	119
ภาคผนวก ฉ ประวัติคณะผู้วิจัย	121

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 1 รายละเอียดระยะเวลาของโรคมะเร็งปากมดลูก FOGO (2018)	13
ตารางที่ 2 กิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาหาร (กลุ่มทดลอง)	47
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=50)	50
ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความรู้ จำแนกตามระดับความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)	52
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)	52
ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ จำแนกตามระดับทัศนคติ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)	53
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)	53
ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ จำแนกตามระดับการปฏิบัติ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)	54
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)	54
ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ยความรู้ จำแนกตามระดับความรู้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)	55
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)	55
ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ จำแนกตามระดับทัศนคติ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)	56
ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)	56
ตารางที่ 14 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ จำแนกตามระดับการปฏิบัติ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)	57
ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)	57
ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรม ฯ (n = 25)	58

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว ของกลุ่มทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลัง ได้รับโปรแกรมฯ (N = 50)	58

สารบัญภาพ

หน้า

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการจัดการอาการต่อความรู้ ทัศนคติ และ
การปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

6

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะ
และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

เฉลิมพร ปัญญาคม
โสภิต ทับทิมหิน
ชลียา วามะลุน
วัชรารณณ์ สุทศศรี

ISBN 978-616-8322-52-9

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะ
และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

เฉลิมพร ปัญญาคม
โสภิต ทับทิมหิน
ชลียา วามะสุน
วัชรารณณ์ สุธาศรี

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2566

The Effects of a Self-Mangement Program on the Knowledge, Attitude and
Skills of Cervical Cancer Patients Receiving Radiotherapy
in Ubon Ratchathani Cancer Hospital

Chalermpron Panyakom
Sopit Tubtimhin
Chaliya Wamalun
Vatcharapon Suttasri

UBON RATCHATHANI CANCER HOSPITAL
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICE
2023

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีไทย โดยมะเร็งปากมดลูกพบได้มากเป็นอันดับที่ 5 ในสตรี มีอัตราการอุบัติการณ์ 11.1 ราย ต่อแสนประชากร (J. Rojanamatin et al. 2021) การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธีขึ้นอยู่กับระยะของโรค โดยการรักษาด้วยรังสีรักษานั้นเป็นแนวทางหนึ่งของการรักษาหรือควบคุมโรคเฉพาะที่ ซึ่งนับว่ารังสีรักษามีบทบาทอย่างมากในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยสามารถใช้รังสีรักษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้ในทุกระยะของโรค แม้แต่ stage 0 (carcinoma in situ) และ stage I ก็ตาม โดยทั่วไปใช้รังสีรักษาเป็นการรักษาหลัก สำหรับมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ II, III และ IV แต่ใช้ในระยะ 0 และระยะที่ I เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่เหมาะแก่การทำผ่าตัด (medically inoperable) หรือ ปฏิเสธการทำผ่าตัด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) รังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกรานจะพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ โดยแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ 1) ปฏิกริยาระยะเฉียบพลัน เช่น อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน การติดเชื้อ ท้องเดิน กระเพาะปัสสาวะอักเสบ การอักเสบของผิวหนังบริเวณที่ถูกแสง เป็นต้น 2) ปฏิกริยาในระยะเรื้อรัง เช่น การฝ่อตัวของอวัยวะที่ถูกรังสี เกิดแผลขึ้นบริเวณลำไส้ใหญ่ อาการปัสสาวะขัดและบ่อย ถ้าอาการรุนแรงขึ้นอาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะและกรวยไตอักเสบ (ascending pyelonephritis) ซึ่งอาจมีผลให้เกิดภาวะไตวายตามมาได้ (Viswanathan An, et al., 2014; Glover D & Harmer V., 2014; McQuestion M., 2011) นอกจากนี้จะทำให้เกิดผลกระทบทางกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจด้วย เช่น กังวลว่าจะรักษาไม่หาย เครียด หงุดหงิด การต้องเดินทางมารักษาทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (จุรีย์ เพชรน้ำแหลมและคณะ, 2556) สำหรับด้านการจัดการอาการ พบว่า เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้าน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญอาการและหาวิธีการจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งระดับตติยภูมิ มีขอบเขตรับผิดชอบ ครอบคลุมพื้นที่ในเขตภาคอีสานตอนล่าง 9 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ ยโสธร ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ นครราชสีมา และมุกดาหาร มีความพร้อมด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างครบวงจรด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง การให้บริการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา การรักษาแบบผสมผสานและประคับประคอง ครอบคลุมมิติสำหรับผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาโดยในแต่ละเดือนมีผู้มารับบริการจำนวนมาก จากการศึกษาสถานการณ์ด้านอาการและการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงเดือน กันยายน 2565 – ธันวาคม 2565 เก็บข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา แบบผู้ป่วยนอก จำนวน 123 ราย พบว่าอาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรกได้แก่ 1) เบื่ออาหาร ไม่อยากอาหาร 2) อ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีเรี่ยวแรง 3) นอนไม่หลับ นอนหลับยาก 4) ถ่ายเหลว ท้องเสีย 5) คลื่นไส้ เบื่ออาหาร (ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี, 2565) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษามีอาการแสดงที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยจะต้อง

เผชิญอาการและปัญหามากมายที่เกิดขึ้นระหว่างเส้นทางการรักษา โดยพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถผ่านช่วงวิกฤตและจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการ จนสามารถรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ (ณัฐฐา เจียรนิลกุลชัยและสายหยุด เถาลัดดา, 2559)

การเกิดพฤติกรรมที่ต้องการนั้น ประกอบด้วยกระบวนการที่เชื่อมโยงกันในปัจจัยด้าน 1) ความรู้ (knowledge) เป็นกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาทางด้านสติปัญญาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อใช้มาประกอบในการตัดสินใจ 2) ทศนคติ (attitude) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความสนใจ ทักษะ ความชอบ ค่านิยม การให้คุณค่า การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ รวมไปถึงความเชื่อช่วยบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำ และ 3) การปฏิบัติ (Skills or doing) เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ต้องอาศัยความรู้และทัศนคติทำให้เกิดการปฏิบัติเป็นขั้นสุดท้ายต้องใช้ระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน (Bloom, 1964) ซึ่งการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีในการรักษาด้วยรังสีรักษาและการจัดการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การปฏิบัติ และเมื่อผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีก็จะมีความพยายามในการปฏิบัติตัวในการจัดการอาการที่เหมาะสม

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง (Self-management concept) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยได้กระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเพื่อให้บรรลุความคาดหวัง Kanfer & Gaelick (1988) ได้กล่าวถึงการจัดการตนเองที่มาจากแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 4) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ซึ่งแนวคิดนี้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในทุกกระบวนการ โดยการส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) และเป็นการปฏิบัติที่ดี (best Practice) วิธีหนึ่ง

โดยในการศึกษานี้ใช้กลยุทธ์การดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการตั้งเป้าหมายและการดำเนินการตามแนวคิดของ Kanfer, & Gaelick (1988) ซึ่งที่ผ่านมีการใช้แนวคิดดังกล่าวนี้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน (วิชยา เห็นแก้ว และคณะ, 2560; กฤตกร หมั่นสระเกษ, 2562) สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นพบว่าการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในหลายการศึกษา อาทิเช่น การศึกษาของกาญจนา สามีและคณะ (2561) โดยได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและประเมินผลของโปรแกรมภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองมีพฤติกรรมดูแลช่องปากที่ดีขึ้นและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การศึกษาของทรศนี นครชัยและนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาโดยประเมินผลของโปรแกรมภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และภาวะโภชนาการดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ สวณีย์ บำรุงสุขและคณะ 2013 ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาโดยประเมินผลของโปรแกรมภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและมีคะแนนความผาสุกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่าแนวคิดในการจัดการตนเองถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาหลายเรื่อง ซึ่งผลจากการศึกษาในภาพรวมแสดงให้เห็นว่า การจัดการตนเองเป็นวิธีการที่มีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ และช่วยเพิ่มศักยภาพในการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งได้เป็นอย่างดี

ทั้งนี้จากปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวไปข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค-บาย (Kanfer, F.H., & Gaelick, L., 1986) มาจัดโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษาสามารถจัดการตนเองระหว่างรับรังสีรักษาได้ จนสามารถรับการรักษาด้วยการฉายรังสีครบตามแผนการรักษาโดยไม่ต้องพักแสม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการรักษาและทำให้โอกาสรอดชีวิตจากโรคมะเร็งของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมถึงผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
- 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ภายหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คำถามของงานวิจัย

โปรแกรมการจัดการอาการมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาหรือไม่

สมมติฐานของการวิจัย

- 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
- 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยแบ่งกลุ่มที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลองโดยมีแบบแผนการวิจัยเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (two-group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อยู่ระหว่างได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในระหว่าง เมษายน 2566 - มิถุนายน 2566

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก หมายถึง บุคคลที่เป็นเพศหญิง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา (cervical cancer patients receiving radiotherapy) หมายถึง ผู้ป่วยสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ 2 (มะเร็งลุกลามออกไปนอกปากมดลูก แต่ยังไม่ถึงผนังของอุ้งเชิงกราน หรือลุกลามไปที่ช่องคลอด แต่ไปไม่ถึง 1 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนล่าง) และ ระยะที่ 3 (มะเร็งลุกลามไปผนังอุ้งเชิงกรานเมื่อตรวจทางทวารหนักไม่พบช่องว่างระหว่างมะเร็งกับผนังอุ้งเชิงกราน กรณีที่มะเร็งลุกลามไปถึง 1 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนล่าง (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2018) ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและมารับบริการ ณ แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

การพยาบาลตามปกติ (conventional nursing care) หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระหว่างได้รับรังสีรักษาและคำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในแผนกรังสีรักษาและหอผู้ป่วยในขณะที่มารับรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล โดยครอบคลุมคำแนะนำเรื่องโรค อาการข้างเคียงของรังสีรักษา การดูแลตนเองเมื่อได้รับรังสีรักษา ร่วมกับการให้การรักษาโดยรังสีแพทย์และแพทย์ด้านมะเร็งนรีเวช (โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม)

อาการ (Symptoms) หมายถึง ประสบการณ์ ความรู้สึกที่บุคคลไม่พึงปรารถนา (Unpleasant sensation) หรือการที่บุคคลรับรู้ถึงความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง

วิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) หมายถึง เป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกใช้ในการจัดการกับอาการ เพื่อบรรเทาหรือทำให้ผลลัพธ์ด้านลบของอาการเกิดขึ้นช้าที่สุด โดยเริ่มให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ ซึ่งต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะใช้วิธีใดในการจัดการอาการ

(what) จัดการเมื่อใด (when) จัดการที่ไหน (where) จัดการทำไม (why) จัดการมากน้อยเพียงใด (how much) จัดการโดยใคร (who) จัดการให้ใคร (whom) และจัดการอย่างไร (how) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและสามารถเปลี่ยนแปลงได้จนกว่าบุคคลจะเกิดความพึงพอใจ ขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองของแต่ละบุคคล ซึ่งวิธีการจัดการอาจเป็นการจัดการโดยการรักษาจากแพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญหรือการจัดการด้วยตนเองของบุคคล (Dodd et al., 2001)

โปรแกรมการจัดการอาการ หมายถึง รูปแบบกิจกรรมการส่งผ่านข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยรูปแบบของโปรแกรมเป็นการประยุกต์จากแนวคิดของการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และกาลิค บาย (Kanfer, F.H., & Gaelick, L., 1986) โปรแกรม 2G2S2B ประกอบด้วย G1 (General) หมายถึง การดูแลทั่วไป เพื่อส่งเสริมสุขภาพในระหว่างการได้รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน G2 (Gastrointestinal) หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร S1 (Skin) หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผิวหนัง S2 (Sexual) หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบสืบพันธุ์ B (Bladder) หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกระเพาะปัสสาวะ B (Bliss) หมายถึง การจัดการตนเองในด้านอารมณ์เพื่อความผาสุก โดยดำเนินการทดลอง 4 ครั้ง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง ได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประเมินความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที จากนั้นกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B” โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ โปรแกรมฯ เป็นการให้ความรู้ที่ครอบคลุมอาการและการจัดการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างได้รับรังสีรักษา ได้แก่ G1 (General) หมายถึง การดูแลทั่วไป เพื่อส่งเสริมสุขภาพในระหว่างการได้รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน G2 (Gastrointestinal) หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร S1 (Skin) หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผิวหนัง S2 (Sexual) หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบสืบพันธุ์ B (Bladder) หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกระเพาะปัสสาวะ B (Bliss) หมายถึง การจัดการตนเองในด้านอารมณ์เพื่อความผาสุก และมอบคู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้นำไปศึกษาต่อที่บ้านและมอบคู่มือใช้สมุดจดบันทึก ติดตามและประเมินตนเองตามโปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B”

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 การติดตามตนเอง ใช้สมุดจดบันทึก ติดตามและประเมินตนเองตามโปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B”

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 - 4 การประเมินตนเอง กระตุ้นให้เกิดการประเมินและติดตามตนเอง โดยใช้ Application Line ช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมรายบุคคล กิจกรรมการประเมินตนเองและการเสริมแรงตนเอง กระตุ้นให้เกิดการประเมินและติดตามตนเอง โดยใช้ Application Line ช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมรายบุคคล ให้รางวัลตนเองเมื่อบรรลุ เป้าหมายของพฤติกรรม และให้คำแนะนำเพิ่มเติม หรือตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการนำไปปฏิบัติ ใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 5 - 6 การเสริมแรงตนเอง ใช้ Application Line สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมให้รางวัลตนเองเมื่อบรรลุ เป้าหมายของพฤติกรรม ผู้วิจัยประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัว หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ทฤษฎีสัมมติฐาน/กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการ ในผู้ป่วยมะเร็งเรื้องปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค บาย (Kanfer, F.H., & Gaelick, L., 1986) ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง 2) การติดตามตนเอง 3) การประเมินตนเอง และ 4) การเสริมแรงตนเอง

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการจัดการอาการ “2G2S2B” ในผู้ป่วยมะเร็งเรื้องปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ประกอบด้วย

G: General Care หมายถึง การดูแลทั่วไป เพื่อส่งเสริมสุขภาพในระหว่างการได้รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน

G: Gastrointestinal Care หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร

S: Skin Care หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผิวหนัง

S: Sexual care หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบสืบพันธุ์

B: Bladder Care หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกระเพาะปัสสาวะ

B: Bliss Care หมายถึง การจัดการตนเองในด้านอารมณ์เพื่อความผาสุก

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง

กิจกรรมกลุ่มที่หน่วยงานรังสีรักษา ตามโปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B” ซึ่งเป็นการให้ความรู้ที่ครอบคลุมอาการและการจัดการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างได้รับรังสีรักษา

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 การติดตามตนเอง

ใช้สมุดจดบันทึก ติดตามและประเมินตนเองตามโปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B”

1. ความรู้
2. ทักษะ
3. การปฏิบัติในการจัดการอาการระหว่างได้รับรังสีรักษา

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 - 4 การประเมินตนเอง

กระตุ้นให้เกิดการประเมินและติดตามตนเอง โดยใช้ Application Line ช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมรายบุคคล

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 5 - 6 การเสริมแรงตนเอง

การเสริมแรงตนเอง : ใช้ Application Line สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้รางวัลตนเองเมื่อบรรลุ เป้าหมายของพฤติกรรม

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการจัดการอาการต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยแบ่งกลุ่มที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง โดยมีแบบแผนการวิจัยเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (two-group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ระหว่างได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งปากมดลูก

- 1.1 ความหมายของมะเร็งปากมดลูก
- 1.2 อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูก
- 1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก
- 1.4 พยาธิสภาพของมะเร็งปากมดลูก
- 1.5 อาการและอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูก
- 1.6 การตรวจวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก
- 1.7 ระยะของมะเร็งปากมดลูก
- 1.8 การรักษามะเร็งปากมดลูก
- 1.9 การรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีรักษา
- 1.10 ผลกระทบของการรักษาด้วยรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

2. แนวคิดการจัดการตนเอง

- 2.1 ความหมายของการจัดการตนเอง
- 2.2 กระบวนการจัดการตนเอง
- 2.3 แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์
โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. โรคมะเร็งปากมดลูก

1.1 ความหมายของมะเร็งปากมดลูก

ความหมายของมะเร็งปากมดลูกมีผู้ให้คำจำกัดความ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society) (2016) ได้ให้ความหมายว่า มะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีการเริ่มต้นจากเซลล์บริเวณที่ไซน (T- zone) เซลล์เหล่านี้จะค่อยๆ พัฒนากลายไปเป็นเซลล์ระยะก่อนมะเร็ง และพัฒนาเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งต่อไป

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO)(2016) ได้ให้ความหมายว่า มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งมาจากการติดเชื้อเอชพีวี บางสายพันธุ์ สายพันธุ์ชนิด 16 และ 18 ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกได้ถึง ร้อยละ 70

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (2558) ได้ให้ความหมายว่า มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ก่อมะเร็งที่คงอยู่นาน (Persistent) เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ชนิดสแควมัส ที่มีการก่อตัวบริเวณที่ไซน และอีกร้อยละ 10 เป็นชนิดอะดีโน (Adenocarcinoma) ที่ก่อตัวในชั้นเยื่อบุคอรั้นาร์

กล่าวโดยสรุปว่า มะเร็งปากมดลูกคือ การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณที่ไซน (T zone) ของปากมดลูกภายหลังจากที่ร่างกายมีการติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูง และไม่สามารถกำจัดเชื้อออกจากร่างกายได้ ทำให้เซลล์เจริญเติบโตและมีรูปร่างผิดปกติ คุณสมบัติเปลี่ยนแปลงไปหากเกิดการแพร่กระจายของเซลล์จะทำให้เกิดเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามได้

1.2 อุตติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer) นั้นเป็นมะเร็งที่พบมากอันดับ 3 ของหญิงทั่วโลก โดยพบอุบัติการณ์ประมาณ 13.3 ต่อแสนประชากรหญิง (WHO, 2020) สำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับที่ 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ประมาณ 11.1 ต่อแสนประชากรหญิง (J. Rojanamatin et al. 2021) สาเหตุของมะเร็งปากมดลูกนั้นส่วนใหญ่เกิดจากไวรัส HPV (Human papilloma virus) ติดเชื้อเซลล์เยื่อบุปากมดลูก (Kjaer SK et al., 2010; Rodriguez AC, Schiffman M & Herrero R, et al., 2010) โดยใช้โปรตีน E6 และ E7 ของไวรัสเข้ามาจับกับ โปรตีน P53 และ Rb ของเซลล์เยื่อบุปากมดลูก ทำให้ยับยั้งการตายของเซลล์ (Apoptosis) และกระตุ้นเซลล์เข้าสู่กลไกการแบ่งตัวตามลำดับ ทำให้ต่อมาเซลล์เยื่อบุปากมดลูกเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด

1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2023; Berrington de Gonzalez A & Green J., 2007) สำหรับสาเหตุที่ส่งเสริมในเชิงระบาดวิทยา พบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกดังนี้

1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงทางนรีเวช

- 1) การมีคู่นอนหลายคน ความเสี่ยงจะสูงขึ้นตามจำนวนของคู่นอนที่เพิ่มขึ้น
- 2) การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นช่วงอายุ 14 - 17 ปี โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกหลังจากเริ่มมีระดูจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น เนื่องจากเป็นช่วงที่เซลล์เยื่อบุผิวปากมดลูกมีการกลายรูปจาก columnar epithelium เป็น squamous epithelium อย่างมากช่วงที่เซลล์มีการกลายรูปนี้จะมีความไวสูงต่อสารก่อมะเร็งโดยเฉพาะเชื้อ HPV
- 3) การตั้งครรภ์หรือมีลูกหลายคน จำนวนครั้งของการคลอดลูกมากกว่า 4 ครั้ง จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2-3 เท่า

4) การมีประวัติเป็นกามโรค การติดเชื้อกามโรคบางชนิดเช่น herpes simplex, syphilis, gonorrhea, nongonococcal infection, trichomoniasis, candidiasis และ condyloma acuminata อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV สูงขึ้นด้วย

5) การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ความเสี่ยงการเป็นมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อ HPV จะสูงขึ้นตามระยะเวลาที่ใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด โดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ประมาณ 0.9, 1.3 และ 2.5 ถ้าใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดนานไม่เกิน 5 ปี นาน 5-9 ปี และนานกว่า 10 ปี ตามลำดับ การคุมกำเนิดแบบขวางกั้น (barrier method) เช่น ถุงยางอนามัย หรือแผ่นครอบปากมดลูกช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

6) การไม่มารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกยังคงสูงอยู่ในประเทศไทย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก หรือ Pap smear เลย

1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย

1) ตัวอสุจิหรือสเปิร์ม (sperm) จากการศึกษาพบว่าโปรตามีน (protamin) ซึ่งเป็นโปรตีนที่พบในส่วนหัวของสเปิร์ม (head of sperm) จะมีผลทำให้ดีเอ็นเอของเซลล์เยื่อบุผิวของปากมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลงและจะพบโปรตีนชนิดนี้ได้สูงในชายที่มีสภาพสังคมและเศรษฐกิจต่ำ (Ried et al., 1978)

2) การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (circumcision) มีการศึกษาที่ช่วยสามารถยืนยันได้ว่าการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สิ่งสกปรกที่สะสมอยู่บริเวณปลายอวัยวะเพศ (smegma) นั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยการติดเชื้อแบคทีเรียทำให้เกิดเป็นสารก่อมะเร็งได้ (Hernandez et al., 2008)

3) ลักษณะของชายที่มีความเสี่ยงสูง (high risk male characteristics) โดยผลการศึกษาพบว่าชายที่แต่งงานหรือมีเพศสัมพันธ์กับหญิงที่เป็นมะเร็งปากมดลูก การมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งจะมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชพีวี (Moncz al.1993) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ในเพศชายจะทำให้ภรรยาที่มีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น (Szarewski, & Cuzick, 1998 ; Castellsague, Bosch et al., 2002)

1.3.3 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

1) การสูบบุหรี่ สตรีที่ติดเชื้อ HPV ถ้าสูบบุหรี่ด้วยจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2-10 เท่า ขึ้นกับปริมาณและระยะเวลาที่สูบ สตรีที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่โดยอ้อมก็มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น (WHO/ICO, 2010)

2) เชื้อชาติ (race) พบมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามเพิ่มสูงขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น แถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แอฟริกาและละตินอเมริกา (National Cancer Institute of USA, 2010)

3) สถานภาพด้านเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status) ในประเทศที่กำลังพัฒนามักพบอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่พัฒนาแล้ว (WHO/ICO, 2010)

4) ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ สตรีที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน สตรีที่ได้รับการปลูกถ่ายไต และสตรีที่ติดเชื้อ HIV จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV แบบฝังแน่น และเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น

5) สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีความชุกของการติดเชื้อ HPV สูงกว่าและมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีฐานะสูงกว่า

6) พันธุกรรม จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า มะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นได้บ่อยในมารดาและพี่สาว หรือน้องสาวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้อาจจะเป็นผลจากการมีหน่วยพันธุกรรมที่ไวต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกหรืออาจจะเป็นผลจากสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่เหมือนกันก็ได้

7) การขาดสารอาหารบางชนิด การรับประทานอาหารที่มีวิตามินเอ วิตามินซี และกรดโฟลิกต่ำ อาจเกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็งปากมดลูก แต่โดยทั่วไปแล้วการขาดสารอาหารดังกล่าวมีผลน้อยมากต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

จะเห็นได้ว่า การติดเชื้อฮิวแมนแพปิลโลมาไวรัส (human papilloma virus: HPV) หรือเชื้อเอชพีวีบริเวณอวัยวะเพศโดยเฉพาะที่บริเวณปากมดลูก ไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก ยังมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะประชากร ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารก่อมะเร็ง เช่น การสูบบุหรี่ การติดเชื้อไวรัสบางชนิด รวมถึงการรับประทานฮอร์โมน เป็นต้น โดยปัจจัยที่กล่าวมาเป็นตัวส่งเสริมให้มีการดำเนินโรคต่อไปจนกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก

1.4 พยาธิสภาพของมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเซลล์เยื่อบุปากมดลูกทั้งขนาด รูปร่าง และองค์ประกอบภายในเซลล์โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเป็นไปอย่างต่อเนื่องไม่สามารถควบคุมได้ ส่วนใหญ่มาจาก squamous epithelium และ glandular epithelium พยาธิวิทยาของมะเร็งปากมดลูกแบ่งตามชนิดของเซลล์มะเร็งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ 1) Squamous cell carcinoma 2) Adenocarcinoma 3) Epithelial tumors ชนิดอื่นๆ (Wright TC, Ferenczy A & Kurman RJ., 2002) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มักจะเกิดบริเวณเยื่อบุสแควมัสกับเยื่อบุคอลัมน์นา (Squamo Columnar junction) ของปากมดลูกชั้นใน (ธีระ ทองสงและคณะ, 2551) หรือที่เรียกว่าทราน สฟอร์มเมชันโซน (Transformation zone) ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด เมื่อเซลล์บริเวณนี้มีการฉีกขาด การอักเสบ เซลล์จะตายและเกิดการซ่อมแซมสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทน (Regeneration metaplasia) จากกระบวนการดังกล่าวการที่เซลล์ได้รับอันตรายบ่อย ๆ เกิดการซ่อมแซมกลับไปกลับมาจึงมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของเซลล์มะเร็ง

1.5 อาการและอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูก

อาการแสดงของผู้ที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะของโรคและลักษณะของก้อนมะเร็ง ในระยะก่อนลุกลามอาจจะไม่ค่อยพบอาการผิดปกติสำหรับในผู้ป่วยระยะก่อนลุกลาม

จนถึงระยะลุกลาม จะมีอาการดังนี้ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2022; International Gynecologic Cancer Society, 2023)

1) ตกขาว โดยมีลักษณะมีน้ำใสๆ เกิดจากปฏิกิริยาของเซลล์แต่ละต่อมบนพื้นผิวปากมดลูกซึ่งจะคล้ายกับที่เกิดขึ้นในการอักเสบทั่วไป มักพบในผู้ป่วยระยะก่อนลุกลาม ต่อมาเมื่อมีการลุกลามของโรคจะมีอาการตกขาวปนเลือดและมีกลิ่นเหม็นเนื่องจากการอักเสบหรือมีการเนื้อตาย (Necrosis) ของก้อนมะเร็งมากขึ้น

2) เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ เป็นอาการที่พบได้มากที่สุดประมาณร้อยละ 80 - 90 ของอาการ ลักษณะเลือดที่ออกเป็นเลือดออกกะปริบกะปรอยระหว่างรอบเดือน เลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ ลักษณะเป็นน้ำปนเลือด ตกขาวปนเลือดหรือเลือดออกสดๆ เป็นก้อน ถ้ามะเร็งมีขนาดใหญ่มากเลือดจะออกบ่อยและนาน บางครั้งผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองมีประจำเดือนซึ่งเลือดที่ออกมาปริมาณมากและเป็นระยะเวลานานผิดปกติ ถ้ามีการติดเชื้อร่วมด้วยจะทำให้เลือดที่ออกมามีกลิ่นเหม็นรุนแรงจากการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic bacteria) และผู้ป่วยอาจทำให้เกิดภาวะช็อคหรือช็อคจากการเสียเลือดได้

3) อาการชิต อ่อนเพลีย ใจสั่น เนื่องจากการเสียเลือดเรื้อรังทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาจมีเบื่ออาหาร น้ำหนักลด มักพบในระยะที่มีมะเร็งมีการแพร่กระจายแล้ว

4) อาการปวด ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดที่บั้นเอว สะโพกและขา เนื่องจากการแพร่กระจายไปยังผนังอุ้งเชิงกราน ท่อไต ต่อมน้ำเหลืองและเส้นประสาท

5) อาการทางระบบกระเพาะปัสสาวะและทวารหนัก โดยมีปัสสาวะและอาจมีอุจจาระไหลออกจากช่องคลอด ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด เกิดภาวะไตวาย มีเลือดออกทางทวารหนักซึ่งแสดงถึงการลุกลามไปถึงกระเพาะปัสสาวะ มีการอุดตันของก้อนมะเร็งไปที่ท่อไตและมีการลุกลามถึงลำไส้ใหญ่

6) อาการอื่น ๆ ได้แก่ อาการของอวัยวะที่มะเร็งมีการแพร่กระจายไปถึง เช่น ปวดกระดูกจากการที่มะเร็งแพร่ไปที่กระดูก อาการไอและเหนื่อยหอบจากการที่มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังปอด เป็นต้น โดยอาการที่มักจะนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลคือ การมีเลือดออกทางช่องคลอดโดยเฉพาะหลังจากมีเพศสัมพันธ์หรือผู้ป่วยมักจะมีตกขาวที่ผิดปกติ มีกลิ่นเหม็น และมีอาการปวดหน่วงท้องน้อย และเชิงกรานหรือในผู้ป่วยที่มีการลุกลามของมะเร็งไปยังกระเพาะปัสสาวะ อาจพบว่าผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปัสสาวะมีเลือดปนได้หรือบางรายอาจไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เลย แต่เมื่อทำการตรวจมะเร็งปากมดลูก (pap smear) แล้วพบความผิดปกติ

1.6 การตรวจวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก

การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจภายในโดยใช้ผลการตรวจแป็บสเมียร์เพื่อเป็นข้อมูลในการสนับสนุนการวินิจฉัย ซึ่งการวินิจฉัยนั้นต้องมีผลขึ้นเนื้อหาพยาธิวิทยาเป็นหลักฐานสำคัญที่สุดในการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัยแยกโรคสำหรับรอยโรคบริเวณปากมดลูกซึ่งอาจมีลักษณะคล้ายกับมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจดูด้วยตาเปล่า ได้แก่ หูดหงอนไก่ (Condiloma accuminata) เยื่อบุต่อมยื่นออกมาด้านนอก (Cervical eversion หรือ ectopy) ปากมดลูกอักเสบจากการติดเชื้อ ซึ่งจะทำให้ปากมดลูกบวมแดงคล้ายมะเร็ง เช่น เชื้อหนองใน (Gonococcal cervicitis)

เป็นต้น มะเร็งที่ลุกลามจากอวัยวะข้างเคียง เช่น รังไข่ มะเร็งช่องคลอด มะเร็งลำไส้ตรง มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งที่แพร่กระจายมาจากที่อื่น เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ภาวะอื่นๆ ที่พบได้น้อย เช่น การตั้งครรภ์ที่ปากมดลูก (Cervical pregnancy) การตรวจวินิจฉัยสามารถทำได้ดังนี้ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2023; International Gynecologic Cancer Society, 2023)

- 1) การซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไปอย่างละเอียด
- 2) การตรวจภายใน เพื่อตรวจหาความผิดปกติในระยะก่อนการลุกลาม (Preinvasive) เพื่อทำการตรวจหาเพิ่มเติมต่อไปหากมีการพบความผิดปกติเกิดขึ้น
- 3) การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (Loop electrosurgical excision procedure: LEEP) การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้าเป็นหัตถการที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่เยื่อเมือกแควมัส โดยจะใช้ร่วมกับการส่องกล้องตรวจช่องคลอด (Colposcopy)
- 4) การตัดชิ้นเนื้อ (Cervical punch biopsy) เป็นการตัดชิ้นเนื้อบริเวณที่ผิดปกติแล้วป้ายด้วยสารละลายไอโอดีน (Lugol's solution) โดยมักทำร่วมกับการส่องกล้องขยาย (colposcopy) เพื่อให้ทราบตำแหน่งที่ชัดเจน (ศรีสกุล ศรีสกุล, 2554)
- 5) การขูดชิ้นเนื้อด้านในปากมดลูก (Endocervical curettage: ECC) การขูดบริเวณเนื้อด้านในปากมดลูกเพื่อนำไปตรวจทางพยาธิวิทยา
- 6) การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Cervical conization) การตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกเป็นรูปกรวย บริเวณเยื่อเมือกแควมัสกับเยื่อบุคอลัมนา (Squamo - Columnar junction) ของปากมดลูกชั้นใน หรือที่เรียกว่าทรานสฟอร์มเมชันโซน ซึ่งเป็นบริเวณที่พบมะเร็งระยะแรกบ่อยที่สุด

1.7 ระยะของมะเร็งปากมดลูก การกำหนดระยะโรคโดย FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2018)

แนวทางการรักษาพยาบาลโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่จะขึ้นกับระบบกำหนดระยะโรค ซึ่งที่ใช้กันเป็นมาตรฐานในมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี คือ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) โดยสหพันธ์สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยานานาชาติ การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกเป็นการแบ่งโดยอาศัยการตรวจทางคลินิก เรียกว่า “clinical staging” การกำหนดระยะโรคที่แม่นยำ จะบ่งบอกการกระจายของโรค ทำให้สามารถกำหนดการรักษาได้เหมาะสม รวมทั้งสามารถทำนายอัตราการรอดชีพได้ ในปี 2561 FIGO (2018) ได้มีการเปลี่ยนแปลงการกำหนดระยะโรคของมะเร็งปากมดลูกครั้งใหญ่ โดยสรุปการเปลี่ยนแปลง คือ 1) มีการเพิ่มการใช้ภาพทางรังสีและผลชิ้นเนื้อเข้าร่วมในการจัดระยะของโรค 2) ในระยะที่ 1, IA พิจารณาจากความลึกของรอยโรคที่น้อยกว่า 5 มิลลิเมตร (มม.) และมีการเพิ่มการแบ่งกลุ่มย่อยในรอยโรคที่มีขนาดเล็กแต่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า (clinical visible lesion) จาก 2 เป็น 3 ระยะ คือ เพิ่มระยะ IB3 คือ ก้อนหรือรอยโรคที่เท่ากับหรือมากกว่า 4 เซนติเมตร (ซม.) 4) เพิ่มการแบ่งระยะที่ 3 ซึ่งเดิมมีแค่ A, B ออกเป็น 3 ระยะคือ เพิ่มระยะ IIIc โดยพิจารณาจากการกระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลือง โดยจะทราบการกระจายเข้าสู่เข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองได้จากภาพทางรังสีต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงรอยโรค (pelvic lymph nodes)

และ IIIC2 คือ มีการกระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่สูงขึ้นไป (para-aortic lymph nodes) (Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, et al., 2018; Bhatla N et al., 2019) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายละเอียดระยะของโรคมะเร็งปากมดลูก FOGO (2018)

Stage	Description
I	Carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the uterine corpus should be disregarded)
IA	Invasive carcinoma that can be diagnosed only with microscopy, with maximum depth of invasion <5 mm
IA1	Stromal invasion <3 mm in depth
IA2	Stromal invasion \geq 3 mm and <5 mm in depth
IB	Invasive carcinoma confined to the uterine cervix, with measured deepest invasion \geq 5 mm
IB1	Tumor measures <2 cm in greatest dimension
IB2	Tumor measures \geq 2 cm and <4 cm in greatest dimension
IB3	Tumor measures \geq 4 cm in greatest dimension
II	Carcinoma invades beyond the uterus, but has not extended onto the lower third of the vagina or to the pelvic wall
IIA	Limited to the upper two-thirds of the vagina without parametrial involvement
IIA1	Tumor measures <4 cm in greatest dimension
IIA2	Tumor measures \geq cm in greatest dimension
IIB	With parametrial involvement but not up to the pelvic wall
III	Carcinoma involves the lower third of the vagina and/or extends to the pelvic wall and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney and/or involves pelvic and/or para-aortic lymph nodes
IIIA	Involves the lower third of the vagina, with no extension to the pelvic wall
IIIB	Extension to the pelvic wall and/or hydronephrosis or nonfunctioning kidney from tumor
IIIC	Involvement of pelvic and/or para-aortic lymph nodes, irrespective of tumor size and extent
IIIC1	Pelvic lymph node metastasis only
IIIC2	Para-aortic lymph node metastasis

Stage	Description
IV	Carcinoma has extended beyond the true pelvis or has involved (biopsy-proven) the mucosa of the bladder or rectum
IVA	Spread to adjacent pelvic organs
IVB	Spread to distant organs

กล่าวโดยสรุป มะเร็งปากมดลูกคือการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณที่โชน (T zone) ของปากมดลูกภายหลังจากที่ร่างกายมีการติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูงและไม่สามารถกำจัดเชื้อออกจากร่างกายได้ การเปลี่ยนแปลงนี้มักจะเกิดบริเวณเยื่อบุสแควมัสกับเยื่อบุคอลัมนา (Squamo - Columnar junction) ของปากมดลูกชั้นใน เป็นมะเร็งที่พบมากอันดับ 3 ของหญิงทั่วโลก โดยพบอุบัติการณ์ประมาณ 13.3 ต่อแสนประชากรหญิง (WHO, 2020) สำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับที่ 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ประมาณ 11.1 ต่อแสนประชากรหญิง (J. Rojanamatin et al. 2021) และพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกแบ่งออกเป็น 3 ชนิดหลักคือ ปัจจัยเสี่ยงทางนรีเวช ปัจจัยเสี่ยงจากคู่นอน และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ มะเร็งปากมดลูกใช้ผลพยาธิวิทยาเป็นหลักฐานสำคัญที่สุดในการวินิจฉัยโรค สำหรับการแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกมักใช้การกำหนดโดยการตรวจทางคลินิก ตามข้อกำหนดของสหพันธ์สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยานานาชาติ (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2018)

1.8 การรักษามะเร็งปากมดลูก

การประเมินก่อนการรักษามะเร็งปากมดลูก (Pretreatment Evaluation) เป็นการตรวจเพื่อประเมินการแพร่กระจายของโรค โดยการประมวลผลการตรวจเพื่อกำหนดระยะของโรคตามลักษณะทางคลินิก (Clinical staging) (Siegel CL, Andreotti RF, Cardenas HR, et al., 2012; Patel S, Liyanage SH, Sahdev A, et al., 2010)

1) การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ (History, physical examination, and routine blood studies)

2) การตรวจทางรังสีวิทยา (Radiologic studies) ได้แก่

2.1 เอ็กซเรย์ปอด (Chest film)

2.2 การตรวจการทำงานของไต ท่อไต และกระเพาะปัสสาวะ (Intra-Venous Pyelography, IVP)

2.3 การตรวจลำไส้ใหญ่ (Barium enema) เป็นการตรวจทางรังสี เพื่อดูความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ ส่วนใหญ่ตรวจในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือในผู้ป่วยที่มีเซลล์มะเร็งชนิด adenocarcinomas หรือ มีข้อบ่งชี้ทางคลินิก เช่นในผู้ป่วยที่มีปัญหาของลำไส้ส่วนล่าง

2.4 การส่องกล้องผ่านกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy) เพื่อดูความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ

2.5 การส่องกล้องผ่านทวารหนัก (Rectosigmoidoscopy) เพื่อดูความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง และทวารหนัก

2.6 CT scan/MRI (Optional) ซึ่งการตรวจที่ถือเป็น Optional ให้พิจารณาตามความเหมาะสม

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกโดยทั่วไปแล้วขึ้นกับ

1) ระยะของมะเร็ง การผ่าตัดใช้รักษาผู้ป่วยในระยะที่ I และระยะที่ IIA บางราย ส่วนรังสีใช้รักษาได้ทุกระยะของมะเร็งปากมดลูก มักใช้ในระยะที่ IIB ขึ้นไปและระยะที่ I และ IIA ที่มีข้อบ่งห้ามในการผ่าตัด

2) อายุ สุขภาพ หรือโรคประจำตัวของผู้ป่วย ถ้าอายุน้อยและเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะที่ I ถึงระยะ IIA นิยมรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่ออนุรักษ์การทำงานของรังไข่และผนังช่องคลอด ถ้ามีโรครุนแรงที่มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ I ถึง IIA จะเลือกรักษาด้วยรังสี

3) ความต้องการอนุรักษ์ภาวะเจริญพันธุ์ ซึ่งพิจารณาเฉพาะในระยะ IA และ IB บางรายเท่านั้น

4) ความพร้อมของสถาบันและความสามารถของแพทย์ผู้ดูแลรักษา ได้แก่ อุปกรณ์การรักษาด้วยรังสี ธนาคารเลือด วิสัญญีแพทย์ และศักยภาพของแพทย์ในการผ่าตัดมะเร็ง เป็นต้น

วิธีการรักษามะเร็งปากมดลูก

วิธีการรักษามะเร็งปากมดลูกตาม ข้อบ่งชี้การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก การรักษาปฐมภูมิ (Primary treatment) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561; NCCN guideline, 2019)

1. มะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IA1

1.1 พิจารณาทำผ่าตัด extrafascial hysterectomy (abdominal, vaginal หรือ laparoscopic)

1.2 ในกรณีที่พบมี lymphovascular space involvement (LVSI) อาจพิจารณาทำผ่าตัด modified radical hysterectomy (type 2) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน

1.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด พิจารณาให้รังสีรักษา brachytherapy

1.4 ในกรณีที่ผู้ป่วยยังต้องการมีบุตร และไม่มี LVSI อาจพิจารณาทำผ่าตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวย (conization) โดยที่ขอบของ cone โดยรอบตรวจไม่พบเซลล์มะเร็ง (negative margins)

1.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยยังต้องการมีบุตร และพบมี LVSI อาจพิจารณาทำผ่าตัด trachelectomy ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน

หมายเหตุ

หลังผ่าตัด ในรายที่พบมี positive pelvic nodes ให้รังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด (concurrent chemoradiotherapy with platinum-based chemotherapy) เพิ่ม

2. มะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IA2

2.1. พิจารณาทำผ่าตัด modified radical hysterectomy (type 2) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน

2.2. ในกรณีที่ไม่มีพบมี LVSI อาจพิจารณาทำผ่าตัด extrafascial hysterectomy ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน

2.3. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด พิจารณาให้รังสีรักษา brachytherapy + pelvic radiation ประมาณ 6-8 สัปดาห์

2.4. ในกรณีที่ผู้ป่วยยังต้องการมีบุตร อาจพิจารณาทำผ่าตัด radical trachelectomy ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน

หมายเหตุ

หลังผ่าตัด ในรายที่พบมี positive pelvic nodes ให้รังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด (concurrent chemoradiotherapy with platinum-based chemotherapy) เพิ่ม

3. มะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IB1, IIA (< 4 ซม.)

3.1. พิจารณาทำผ่าตัด radical hysterectomy (type 3) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานและสุ่มตัด (sampling) ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ para-aortic

3.2 หรือ ให้รังสีรักษา pelvic radiation และ brachytherapy ประมาณ 6-8 สัปดาห์

3.3 ในกรณี Stage IB1, ขนาด tumor < 2 ซม. ที่ผู้ป่วยยังต้องการมีบุตร อาจพิจารณาทำผ่าตัด radical trachelectomy ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานและสุ่มตัด (sampling) ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ para-aortic

หมายเหตุ

- หลังผ่าตัด ในรายที่ negative pelvic nodes แต่พบมี large primary tumor, deep stromal invasion หรือมี LVSI ควรพิจารณาให้รังสีรักษาเพิ่มบริเวณอุ้งเชิงกราน (adjuvant pelvic radiotherapy) เป็นรายๆไป

- หลังผ่าตัด ในรายที่ พบมี positive pelvic nodes หรือ positive surgical margin ให้รังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด (adjuvant concurrent chemoradiotherapy with platinum-based chemotherapy) เพิ่ม

- หลังผ่าตัด ในรายที่ พบมี positive para - aortic nodes ให้พิจารณาทำ computed tomography (CT scan) ทรวงอก ถ้าผล negative ให้รังสีรักษา pelvic + para-aortic RT +

brachytherapy แนะนำให้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วย ถ้าผล positive CT Scan ของทรวงอกให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือ รังสีรักษา

4. มะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IB2, IIA2 (> 4 ซม.)

4.1. พิจารณาทำผ่าตัด radical hysterectomy (type 3) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน + สุ่มตัด (sampling) ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ para-aortic หรือ

4.2. ให้รังสีรักษา pelvic radiation + brachytherapy ประมาณ 6-8 สัปดาห์ ร่วมกับการให้ยา เคมีบำบัด (ระดับที่ 1) หรือ

4.3. ให้ยาเคมีบำบัด (neoadjuvant chemotherapy) แล้วทำผ่าตัด radical hysterectomy (type 3) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน + สุ่มตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณ para-aortic

หมายเหตุ

- หลังผ่าตัด ในรายที่ negative pelvic nodes แต่พบมี large primary tumor, deep stromal invasion หรือมี LVSI ควรพิจารณาให้รังสีรักษาเพิ่มบริเวณอุ้งเชิงกราน (adjuvant pelvic radiotherapy) เป็นรายๆ ไป

- หลังผ่าตัด ในรายที่พบมี positive pelvic nodes หรือ positive surgical margin หรือ positive parametrium ให้ รังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด (adjuvant concurrent chemoradiotherapy with platinum-based chemotherapy) เพิ่ม

- หลังผ่าตัด ในรายที่ พบมี positive para-aortic nodes ให้พิจารณาทำ computed tomography (CT scan) ทรวงอก ถ้าผล negative ให้รังสีรักษา pelvic + para-aortic RT + brachytherapy แนะนำให้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วย ถ้าผล positive CTScan ของทรวงอกให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือ รังสีรักษา

5. มะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IIB, IIIA, IIIB

พิจารณาให้รังสีรักษา pelvic radiation + brachytherapy ประมาณ 6-8 สัปดาห์ ร่วมกับให้ยา เคมีบำบัด (ระดับที่ 1) + adjuvant hysterectomy ใน stage IIB (ระดับที่ 3) อนึ่ง ในกรณีที่มี positive para-aortic LN ควรให้ para-aortic RT

6. มะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IVA

6.1. พิจารณาให้รังสีรักษา pelvic radiation + brachytherapy ประมาณ 6-8 สัปดาห์ ร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด (ระดับที่ 1) อนึ่ง ในกรณีที่มี positive para-aortic LN ควรให้ para-aortic RT

6.2 พิจารณาทำผ่าตัด pelvic exenteration ในผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะที่มี vesico-vaginal หรือ recto-vaginal fistula

7. มะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IVB

7.1. พิจารณาให้ยาเคมีบำบัด/ รังสีรักษาในบางกรณี

7.2. หรือ ให้การรักษาแบบ palliative (ควบคุมอาการเจ็บปวด, supportive & symptomatic, รังสีรักษาเฉพาะที่ แล้วแต่กรณี)

1.9 การรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีรักษา (มธุรส กอมบอฟ, 2022; Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, et al., 2018)

รังสีรักษามีบทบาทอย่างมากในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยสามารถใช้รังสีรักษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้ในทุกระยะของโรค แม้แต่ stage 0 (carcinoma in situ) และ stage I ก็ตาม โดยทั่วไปใช้รังสีรักษาเป็นการรักษาหลัก สำหรับมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ II, III และ IV แต่ใช้ในระยะ 0 และระยะที่ I เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่เหมาะแก่การทำผ่าตัด (medically inoperable) หรือ ปฏิเสธการทำผ่าตัด การจะใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีความจำเป็นที่จะต้องทราบถึงการตอบสนองของเนื้อเยื่อ หรือ อวัยวะที่อยู่ในอุ้งเชิงกรานต่อรังสีเป็นอย่างดี โดยทั่วไปการตอบสนองต่อรังสีก็เป็นเช่นเดียวกับเนื้อเยื่ออื่น ๆ ของร่างกาย ซึ่งจะขึ้นกับปริมาณรังสีที่ให้ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา จำนวนครั้งที่ให้รังสี (Time-dose-Fractionation TDF) และพลังงานของรังสีที่ใช้ นอกจากนี้ก็ยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น อายุของผู้ป่วยปัญหาทางอายุรกรรม (เบาหวาน, ความดัน, ความผิดปกติของระบบไหลเวียนของเลือด) เชื้อชาติ และสภาวะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย บริเวณที่จะทำการรักษาว่ามีขอบเขตใหญ่เล็กเพียงใด ตลอดจนการรักษาที่เคยได้รับมาก่อนหน้านี้ ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจเคยได้รับการทำผ่าตัด การฉายรังสีหรือ ได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว หรืออาจมีการอักเสบติดเชื้อของอุ้งเชิงกราน สิ่งเหล่านี้ต้องนำมาประกอบรวมกันในการวางแผนการรักษาด้วยรังสีเสมอ เพื่อจะได้ป้องกันให้เกิดปฏิกิริยา หรือภาวะแทรกซ้อนจากรังสีให้น้อยที่สุด โดยที่จะต้องยอมรับว่าการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ไม่ว่าจะใช้วิธีการใดก็ตามย่อมต้องมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเกิดขึ้นได้เสมอ แต่จะต้องอยู่ในอุบัติการณ์ที่ต่ำเป็นที่ยอมรับตามมาตรฐานสากล สำหรับการรักษาด้วยรังสีก็เช่นกันได้กำหนดมาตรฐานของการรักษาด้วยรังสี ว่าวิธีการรักษานั้นไม่ควรจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงเกินกว่า 5% ในระยะเวลา 5 ปี หลังการรักษา อย่างไรก็ตามในการรักษามะเร็งระยะที่มีการลุกลามมากขึ้น (locally advanced stage) การจะควบคุมโรคให้ได้ดีคงจำเป็นที่จะต้องให้ปริมาณรังสีที่สูงขึ้น ซึ่งแน่นอนว่าจะมีอัตราเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่สูงขึ้นด้วย แต่ถ้าเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับกับผลเสียที่จะเกิดขึ้นแล้วเหมาะสม คุ่มค่าก็น่าจะพิจารณาทำได้

ปัจจัยทางชีววิทยาที่มีผลต่อการตอบสนองของเนื้อเยื่อปกติและก้อนมะเร็งต่อการให้รังสีแบบแบ่งทยอยให้รังสีเป็นหลายครั้ง (fractionated radiotherapy) ประกอบด้วย 4 R's of Radiotherapy ได้แก่ Repair, Reassortment, Repopulation และ Reoxygenation (Pajonk, F., Vlashi, E., & McBride, W. H., 2010)

Repair คือ การสามารถซ่อมแซมความเสียหายที่เกิดจากรังสีในช่วงเวลาระหว่างการให้รังสีแต่ละครั้ง ในระยะเวลาดังกล่าวเซลล์มีโอกาสที่จะฟื้นตัว

Redistribution หรือ Reassortment คือ การที่เซลล์เคลื่อนไปในวัฏจักรของเซลล์ (cell-cycle) ปกติเซลล์ในแต่ละระยะของวัฏจักรจะมีความไวต่อรังสีไม่เท่ากัน เซลล์ที่อยู่ในระยะ G2 และ M

จะมีความไวต่อรังสีมากที่สุด ความไวจะลดลงในระยะ G1 ส่วนในระยะ S เซลล์จะทนต่อรังสีมากที่สุด เซลล์ที่รอดชีวิตจากรังสีในครั้งแรกอาจจะเป็นเซลล์ที่มีความไวต่อรังสีน้อย ซึ่งเซลล์เหล่านี้มีโอกาสที่เคลื่อนต่อไปในระยะอื่นของวงจรชีวิตที่ไวต่อรังสีมากขึ้นในการรับรังสีครั้งต่อไป

Repopulation หรือ regeneration คือ ในช่วงเวลาของการให้รังสีรักษาซึ่งใช้เวลาประมาณ 6-7 สัปดาห์ อาจจะมีโอกาสที่เซลล์ที่รอดชีวิตเกิดการแบ่งตัวซึ่งจะเป็นการเพิ่มจำนวนของเซลล์ที่จะต้องทำลายให้มากขึ้น

Reoxygenation คือ ระดับออกซิเจนที่มากขึ้นจะทำให้เซลล์มีความไวต่อรังสีมากขึ้นด้วย เซลล์ในก้อนมะเร็งที่รอดชีวิตจากการให้รังสีครั้งแรกอาจจะเป็นเซลล์ที่ขาดออกซิเจนจึงมีความทนทานต่อรังสีมากกว่า หลังจากนั้นเมื่อก้อนเล็กลง การไหลเวียนของออกซิเจนดีขึ้นความไวต่อรังสีก็อาจเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ผลของรังสีต่อเนื้อเยื่อปกติแต่ละชนิดจะไม่เท่ากัน เนื้อเยื่อบางชนิดอาจทนปริมาณรังสีได้สูงเป็น 100 เท่าของเนื้อเยื่อชนิดที่ไวต่อรังสีมาก มดลูกและปากมดลูก (Corpus and cervix) เนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบของมดลูกและปาก มดลูกนั้นสามารถทนต่อปริมาณรังสีได้สูงมาก หรืออาจกล่าวได้ว่าสามารถทนทานต่อรังสีได้มากที่สุด ของเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกาย โดยสามารถทนปริมาณรังสีได้สูงถึง 20,000-30,000 cGy ในระยะเวลา ประมาณ 2 สัปดาห์ ปริมาณรังสีขนาดนี้ในทางปฏิบัติจะสามารถควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้เกือบทั้งหมด ในการรักษาด้วยรังสีในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกการตอบสนองของเนื้อเยื่อปกติจึงแบ่งได้เป็น (Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, et al., 2018; Potter R, et al., 2018)

1. Acute response ในเนื้อเยื่อบางชนิดที่มีการ turnover เร็ว จะสังเกตผลของรังสีได้ในเวลาสั้นๆ อาจเป็นชั่วโมงหรือวัน หลังจากได้รับรังสี เนื้อเยื่อในกลุ่มนี้ได้แก่ gastrointestinal mucosa

2. Subacute response ถ้าสังเกตผลได้ในเวลาช้าลงคือใช้เวลาเป็นอาทิตย์หรือเป็นเดือนเนื้อเยื่อนั้นอาจจัดอยู่ในกลุ่มที่มีการ turnover ยาวกว่า เช่น lung, liver, kidney, heart, spinal cord, brain

3. Late response จะพบในเซลล์ที่มีการแบ่งตัวน้อยและมีอัตราการสูญเสียของเซลล์ต่ำเช่น เซลล์ประสาท blood vessels bone (osteoclasts and chondroblast)

การรักษาด้วยรังสีรักษาในมะเร็งปากมดลูก (Radiation therapy in the Carcinoma of the Cervix) (มจรุส กอมบอฟ, 2022; Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, et al., 2018; Potter R, et al., 2018)

ปกติแล้วการรักษาด้วยรังสีจะเหมือนกับการรักษาด้วยการผ่าตัด คือ การรักษามะเร็งด้วยรังสีสามารถควบคุมมะเร็งได้เฉพาะบริเวณที่ฉายเท่านั้น ดังนั้นเทคนิคการฉายรังสี การสอดใส่แร่ให้ได้ปริมาณรังสีที่เพียงพอ และมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด จึงมีความสำคัญอย่างมาก เพราะบริเวณนี้ก็จะเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษาต่อหลายอวัยวะ เช่น ลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก กระเพาะปัสสาวะ และลำไส้เล็ก เป็นต้น โดยรังสีรักษามีบทบาทสำคัญในการรักษามะเร็งปากมดลูกมาเป็นเวลานาน มีเทคนิคการรักษามากมาย แต่โดยหลักการแล้วจะใช้รังสีรักษา 2 วิธีรวมกัน คือ การฉายรังสีภายนอก (external irradiation, Teletherapy) และการใส่แร่ (intracavitary irradiation)

1. การฉายรังสีระยะไกลจากภายนอก (Teletherapy หรือ external beam therapy)

คือการรักษาด้วยรังสีที่ต้นกำเนิดรังสีอยู่ภายนอกร่างกายและอยู่ห่างจากบริเวณการรักษา การฉายรังสีแบบนี้จะครอบคลุมพื้นที่ที่ต้องการรักษาเป็นบริเวณกว้าง เครื่องกำเนิดรังสีรักษาจากภายนอก ได้แก่ เครื่องโคบอลต์ - 60 และเครื่องเร่งอนุภาค (linear accelerator)

การวางแผนของการฉายรังสี มีขั้นตอนแรก คือ การจำลองการรักษา (simulation) โดยการใช้เครื่องจำลองการรักษา (simulator) เพื่อหาตำแหน่งของรอยโรค และกำหนดขอบเขตของการรักษา โดยใช้ลักษณะทางกายวิภาคร่วมกับภาพเอกซเรย์สองมิติ (conventional simulation) และการจำลองการรักษาด้วยการใช้ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT simulation) ซึ่งจะได้ภาพเป็นสามมิติ ทำให้วางแผนการรักษาถูกต้องและแม่นยำมากขึ้น

ขั้นตอนต่อไปคือ การวางแผนการรักษา (radiation treatment planning) เพื่อเลือกเครื่องมือที่ใช้ ทิศทางของการเข้าลำรังสีและคำนวณปริมาณรังสีให้เหมาะสมกับรอยโรคและหลีกเลี่ยงอวัยวะปกติที่อยู่ใกล้เคียง โดยพัฒนาการวางแผนจากรังสีสองมิติ (conventional radiotherapy) ที่ได้ปริมาณรังสีเท่ากันทั้งหมดทั้งปริมาตร ไปเป็นรังสีสามมิติ (3DCRT : three dimensional conformal radiation therapy) และรังสีสามมิติแปรความเข้ม (IMRT : intensity modulated radiation therapy) ทำให้สามารถกำหนดปริมาณรังสีให้ครอบคลุมตำแหน่งที่ต้องการรักษาได้ดีขึ้นและลดผลข้างเคียงต่ออวัยวะปกติได้ดีขึ้น

จุดประสงค์คือรักษาครอบคลุมทั้งก้อนที่ปากมดลูก พารามิเทรียม และต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานและทำให้ก้อนยุบตัวลงเพื่อจะไปรักษาต่อด้วยการใส่แร่รังสีได้ง่ายขึ้น

ขอบเขตของการฉายรังสีคือ ขอบบนจะอยู่บริเวณ lumbar spine ที่ 4 ต่อกับ 5 หรือ bifurcation of aorta เพื่อคลุมบริเวณต่อมน้ำเหลือง common iliac แต่สำหรับผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งขนาดเล็ก ความเสี่ยงที่จะเกิดกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองน้อย ขอบบนอาจลดลงมาอยู่ระดับ lumbar spine ที่ 5 กับ sacral spine ที่ 1 ขอบล่างจะคลุมขอบล่างสุดของก้อนและเลยขอบก้อนลงมาประมาณ 3 – 4 ซม. หากต้องการคลุม obturator lymph node อย่างน้อยจะอยู่ที่ระดับขอบล่างของ obturator foramen ส่วนขอบข้างจะคลุมออกไปนอก pelvic rim ประมาณ 1.5-2 ซม.

ในการฉายรังสีรักษาแต่ละครั้งจะใช้ปริมาณรังสีที่น้อยที่สุดที่สามารถรักษาก้อนมะเร็งและต่อมน้ำเหลืองที่กระจายไปได้ โดยจะไม่ทำลายเนื้อเยื่อปกติข้างเคียง การฉายรังสีโดยทั่วไปจะฉายจากทางด้านหน้า ด้านหลัง และด้านข้างซ้ายขวา มากกว่าการฉายจากทางด้านหน้าและหลังซึ่งจะใช้ในกรณีต้องการลดปริมาณรังสี หากก้อนมีขนาดใหญ่กระจายไปยังด้านข้างของเชิงกราน การฉายรังสีจะอยู่ในขอบเขตที่สามารถทำลายไขกระดูกซึ่งอาจพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดก่อนการฉายแสงได้

ปริมาณรังสีที่ให้จากการฉายรังสีจากภายนอกคือประมาณ 45-50 Gy จะสามารถลดขนาดของก้อนเพื่อที่จะไปรักษาต่อด้วยวิธีใส่แร่รังสีได้ง่ายโดยในระยะ IB, IIA, IIB, III และ IVA ฉายรังสีครอบคลุมบริเวณ (Whole-pelvis) ครอบคลุมทั้ง 4 ขอบเขตได้แก่ anterior และ posterior fields (AP-PA) opposed fields และ lateral opposed fields โดยการฉายรังสีครอบคลุมอวัยวะต่างๆ ทั้งหมดของอุ้งเชิงกราน ได้แก่ บริเวณ ดังต่อไปนี้ (Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, et al, 2018)

1. ขอบล่างของบริเวณที่ฉาย จะคลุมถึงขอบล่างของ obturator foramen หรือถ้ามีมะเร็งลุกลามลงมาไปยังผนังช่องคลอด ก็มักจะให้บริเวณที่ฉายรังสีต่ำกว่ามะเร็งลงไปอีก 3 เซนติเมตร เป็นอย่างน้อย
2. ด้านข้างของบริเวณที่ฉายรังสีมักจะคลุมถึงขอบของกระดูกอุ้งเชิงกรานห่างจากขอบกระดูกอุ้งเชิงกรานข้างละ 1.5 เซนติเมตร
3. ขอบบนอาจจะคลุมถึงบริเวณระหว่าง L4 และ L5 เพื่อจะได้ครอบคลุมถึงต่อมน้ำเหลืองบริเวณ common iliac
4. ปกติอาจจะให้รังสีด้านหน้าและด้านหลัง (AP + PA) ในวันเดียวกันแต่กรณีผู้ป่วยที่มี anterior to posterior diameter มากกว่าหรือเท่ากับ 20 เซนติเมตรที่ได้รับการฉายด้วยเครื่องโคบอลต์ อาจจะต้องใช้วิธีฉายรังสีด้านข้างด้วยอีก 2 ด้าน (AP – PA + lateral fields->four fields) โดยขอบหลังของ lateral fields จะอยู่ประมาณระดับ S2-S3 แต่ก็ต้องขึ้นกับขนาดของมะเร็งด้วย โดยเฉพาะถ้ามะเร็งลุกลามไปที่ uterosacral ligament ก็จะต้องคลุมไปถึงระดับ S3-S4 ขอบหน้าบนจะอยู่ตรงกึ่งกลางกระดูก pubic symphysis

การตรวจทางรังสี เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ถ้าพบมะเร็งแพร่กระจายขึ้นไปบริเวณต่อมน้ำเหลืองรอบๆ aorta หรือผู้ป่วยที่ผ่าตัดแล้วพบการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองดังกล่าว การฉายรังสีก็อาจจะต้องขยายขึ้นไปครอบคลุมบริเวณของต่อมน้ำเหลือง paraaortic ด้วย (extended field irradiation) ระหว่างการฉายรังสีเมื่อให้ปริมาณรังสีไปได้ 20-40 เกรย์ แล้วแต่ขนาดของมะเร็งว่าเล็กหรือใหญ่ ก็จะมีการปิดบังตรงกลางบริเวณที่ฉายด้วยตะกั่ว (midline block) เพื่อไม่ให้รับรังสี และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เพราะบริเวณนี้จะได้รับรังสีปริมาณสูงจากการสอดใส่แร่อยู่แล้ว ปกติแล้วมักจะให้ฉายรังสีก่อนการสอดใส่แร่ เพื่อที่จะลดขนาดของมะเร็งที่ปากมดลูก ทำให้สภาพของปากมดลูกและช่องคลอดกลับคืนสู่สภาพคล้ายของเดิมมากที่สุดก่อนการใส่แร่ ซึ่งปริมาณการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกรานจะฉายวันละ 1.8 -2.0 เกรย์ ติดต่อกันสัปดาห์ละ 5 วัน ปริมาณรังสีทั้งหมดอยู่ระหว่าง 40-50 เกรย์ (สันต์ธีร์ ตียะระและ ฉลอง ชีวะเกรียงไกร, 2016)

2. การรักษาด้วยการใช้รังสีระยะใกล้หรือ การใส่แร่ (Brachytherapy)

เป็นการนำสารกัมมันตรังสี หรือ เม็ดแร่ (Radioactive sources) ซึ่งเป็นต้นกำเนิดรังสี เข้าไปอยู่ชิดติดหรืออยู่ภายในก้อนเนื้อออกโดยรังสีระยะใกล้มีคุณสมบัติที่ทำให้ปริมาณรังสีลดลงอย่างรวดเร็วเมื่ออยู่ระยะไกลออกมา ทำให้สามารถกำหนดรังสีในปริมาณสูงในบริเวณรอยโรค ในขณะที่เนื้อเยื่อปกติและอวัยวะข้างเคียงได้รับปริมาณที่ต่ำหรือเหมาะสม ลดผลข้างเคียงภายหลังการรักษาได้ดี การรักษาด้วยรังสีระยะใกล้ปัจจุบันใช้มากอยู่ 3 เทคนิค (สันต์ธีร์ ตียะระและ ฉลอง ชีวะเกรียงไกร, 2016)

- 1) การสอดใส่อุปกรณ์หรือเครื่องมือใส่สารกัมมันตรังสีที่มีลักษณะทอกลงเข้าไปภายในบริเวณอวัยวะที่มีลักษณะเป็นช่องหรือเป็นโพรง ส่วนใหญ่เรียกว่าการสอดใส่แร่ (Intracavitary or Intraluminal Brachytherapy) ได้แก่ การรักษามะเร็งโพรงหลังจมูก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี รวมทั้งมะเร็งปากมดลูก

2) การปัก ผังหรือเสียบอุปกรณ์ และ/หรือเข็มใส่สารกัมมันตรังสีเข้าไปภายในก้อนมะเร็งโดยตรง (Interstitial implantation Brachytherapy) ซึ่งการผัง แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ 1) การผังสารกัมมันตรังสีถาวร (Permanent Implantation Brachytherapy) ใช้สารกัมมันตรังสีที่มีค่าครึ่งชีวิต (half-life) สั้น พลังงานต่ำ ไม่ต้องนำสารกัมมันตรังสีออกจากตัวผู้ป่วย ปริมาณรังสีจะหมดไปเองอย่างรวดเร็ว ส่วนใหญ่ใช้ในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก และ 2) การผังชนิดชั่วคราว (Temporary Implantation Brachytherapy) ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี มะเร็งปากมดลูก มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่มีการกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น

3) การวางอุปกรณ์ใส่สารกัมมันตรังสีลงบนผิวที่มีรอยโรค (Surface Mould Brachytherapy) เหมาะสำหรับรอยโรคที่อยู่ตื้น โดย Mould อาจถูกสร้างให้มีรูปร่างตามผิวของรอยโรค เช่น มะเร็งเพดานปาก (soft palate)

ซึ่งทุกเทคนิค ยกเว้นการผังสารกัมมันตรังสีถาวร จะต้องมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือเฉพาะที่มีลักษณะทอกลงเพื่อให้เม็ดแร่สามารถวิ่งไปยังตำแหน่งที่ต้องการรักษา โดยขณะทำการรักษาจะต่อสายเข้ากับเครื่องมือและ/หรืออุปกรณ์ จากนั้นเม็ดแร่จะวิ่งผ่านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ ไปหยุดยังบริเวณที่ต้องการรักษาเพื่อแผ่รังสีตามปริมาณที่กำหนด

การรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีระยะใกล้ (สันต์ธีร์ ตียะระและ ฉลอง ชีวะเกรียงไกร, 2016; มธุรส กอมบอฬ, 2022)

ปัจจุบันการรักษาด้วยรังสีระยะใกล้ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก สามารถใช้ได้ทุกเทคนิค คือการรักษาแบบ 2 มิติ เป็นการถ่ายภาพเอกซเรย์มากำหนดจุดอ้างอิงทางรังสี (Point A คือจุดที่เหนือปากมดลูกด้านนอก (external cervical OS) 2 ซม. และห่างจากปากมดลูกด้านใน (endocervical canal) ไปทางด้านข้าง 2 ซม.) และการรักษาแบบ 3 มิติ ซึ่งใช้ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และ/หรือภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ทำให้มองเห็นก้อนมะเร็ง รอยโรคปากมดลูก มดลูก ลำไส้ และกระเพาะปัสสาวะ ใช้ในการวางแผนกำหนดปริมาณรังสี และคำนวณโดยระบบคอมพิวเตอร์ ที่เรียกว่าการสอดใส่แร่กัมมันตภาพรังสีด้วยภาพนำวิถี (image guided brachytherapy) โดยกำหนดปริมาณรังสีบริเวณ high-risk clinical target volume (HR-CTV) ให้ร้อยละ 90 ของปริมาตรรอยโรค (D90) ได้รับปริมาณรังสีเท่ากับ 5-8 เกรย์ 3-5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง โดยส่วนใหญ่กำหนดปริมาณรังสีเท่ากับ 7 เกรย์ 4 ครั้ง ร่วมกับการพิจารณาค่าเฉลี่ยปริมาณรังสีสูงสุด ที่ปริมาตร 2 ซม. ของอวัยวะข้างเคียง คือ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ และลำไส้ส่วนปลาย (sigmoid and rectum) กรณีที่เครื่องมือชุดมาตรฐานไม่สามารถให้ปริมาณรังสีได้ครอบคลุม อาจพิจารณาปักเข็มสำหรับโพลีเมอร์กัมมันตรังสีเพิ่มเข้าไปในบริเวณก้อนมะเร็งเพื่อให้ปริมาณรังสีครอบคลุม ทั้งนี้การเลือกใช้ชนิดของอุปกรณ์หรือเครื่องมือและจำนวนเข็มขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของรอยโรคของผู้ป่วยแต่ละราย

ปริมาณรังสี

การคำนวณปริมาณรังสี โดยระบบ Manchester เป็นระบบที่ได้มาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุด ในการคำนวณปริมาณรังสี ซึ่งจะมีการกำหนดปริมาณรังสีโดยมีจุดอ้างอิงดังนี้ (สันต์ธีร์ ตียะระและ ฉลอง ชีวะเกรียงไกร, 2016)

- Point A จุดที่แสดงตำแหน่งของ paracervical area และเป็นจุดตัดกันระหว่าง uterine artery และท่อไต ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ต้องการกำหนดปริมาณรังสีที่เพียงพอและไม่เกิดผลข้างเคียงกับอวัยวะปกติ โดยที่ point A จะเป็นตำแหน่งที่อยู่สูงขึ้นไปจาก external cervical os ประมาณ 2 ซม. ปริมาณรังสีรวมที่ใช้ใน point A ที่สามารถควบคุมโรคได้อยู่ในช่วง 75 Gy (small stage IB1) ถึง 90 Gy (bulking/local advance)

- Point B คือ ตำแหน่งที่อยู่ถัดจาก point A ไปด้านข้างประมาณ 3 - 5 ซม. เป็นตำแหน่งสมมติของ obturator lymph node โดยปริมาณรังสีที่ให้อยู่ในช่วง 45-60 Gy ขึ้นอยู่กับการกระจายไปยังพารามิเทรียมและผนังด้านข้างของเชิงกราน

- Vaginal ovoids แนะนำให้ใช้ขนาดใหญ่ที่สุดที่จะสามารถใส่ไปในตำแหน่งของ lateral fornix ได้ ซึ่งมีอยู่ 3 ขนาด คือ เส้นผ่าศูนย์กลาง 2, 2.5 และ 3 ซม. ตามลำดับ เพื่อที่จะนำสารแรรังสีเข้าใกล้กับ point B ทำให้สามารถรับปริมาณรังสีได้มากขึ้น การใส่ vaginal packing จะจำกัดปริมาณรังสีที่ไปยังกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ตรงที่ point A ลดลงน้อย 80 เปอร์เซ็นต์

- ปริมาณรังสีที่กำหนดที่ point A และ B จะเป็นการรวมปริมาณรังสีจากการฉายรังสีภายนอก และการใส่แรรังสีแบบ low dose rate (LDR) system โดยกำหนดปริมาณรังสี (isodose line) จากการวางแผนด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยกำหนดปริมาณรังสีไปยังที่ point A และหลีกเลี่ยงรังสีปริมาณสูงไปยังกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ตรง การใส่แรรังสีแบบ low dose rate system ที่ใช้แรรังสี Radium-226 หรือ Cesium-137 ปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนการใช้แรรังสีไปเป็น high dose rate (HDR) system ที่ใช้แรรังสีชนิด Iridium-192 ทำให้การกำหนดปริมาณรังสีจะอาศัยสมการทางคณิตศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของปริมาณรังสีที่ได้รับ ความแรงของสารกัมมันตรังสี กับผลทางรังสีชีววิทยา ทั้งนี้ผลการรักษาที่ได้จากการใส่แรรังสีแบบ HDR system นั้นไม่พบว่ามีผลแตกต่างในผลการรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา

การวางแผนการใส่แรรังสีได้มีการใช้ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือภาพรังสีคลื่นแม่เหล็กมาช่วยในการวางแผนการรักษาเรียกว่า image guides brachytherapy (IGBT) ทำให้สามารถควบคุมปริมาณรังสีและลดผลข้างเคียงไปยังอวัยวะข้างเคียงได้

บทบาทของรังสีรักษา

การรักษาด้วยรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะสามารถเยียวยารักษาได้จะประกอบด้วย การฉายแสงจากภายนอกร่วมและการใส่แรรังสี หรือการรักษาด้วยรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด โดยมีเป้าหมายหลักของรังสีรักษาคือการกำจัดก้อนมะเร็งที่ปากมดลูก พารามิเทรียม และต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน โดยที่ขอบเขตของการฉายแสงต้องครอบคลุมทั้งก้อน และปริมาณรังสีที่ใช้รักษาจะไม่ส่งผลเสียต่อเนื้อเยื่อปกติเช่น ช่องทวารหนัก กระเพาะปัสสาวะ และลำไส้เล็ก บทบาทของรังสีรักษาสามารถใช้ได้กับมะเร็งปากมดลูกทุกระยะของโรคตามระบบการแบ่งระยะของ International federation of gynecology and Obstetrics (FIGO staging system) (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2018)

1. ระยะ IA การใส่แรรังสีเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับการฉายรังสีจากภายนอก

2. ระยะ IB1 การรักษามีความแตกต่างกันในแต่ละสถาบันทั้งการผ่าตัดและการรักษาด้วยรังสีจะเป็นการฉายรังสีรักษาจากภายนอกร่วมกับการใส่แร่รังสี เป็นระยะที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองเชิงกราน โดยการให้รังสีรักษาในระยะนี้จะมีประสิทธิภาพมากในการควบคุมโรค ปริมาณรังสีที่เหมาะสมคือระดับปานกลาง (39.6 Gy) เพียงพอที่จะรักษามะเร็งที่มีการลุกลามที่ตรวจพบด้วยกล้องจุลทรรศน์ได้

3. ระยะ IB2 และ IIA การฉายแสงรังสีจากภายนอกร่วมกับการใส่แร่รังสี และการรักษาด้วยรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด (concurrent chemoradiation) ผลของยาเคมีบำบัดจะเพิ่มอัตราการตายของเซลล์มะเร็ง เพื่อเพิ่มผลของการรักษาให้ดีขึ้นทำให้การควบคุมโรคเฉพาะที่และอัตราการรอดชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยมากขึ้น

4. ระยะ IIB, III, IVA การให้รังสีรักษาทั้งการฉายแสงจากภายนอกและการใส่แร่รังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ซึ่งโดยทั่วไปจะเป็นยาในกลุ่ม cisplatin based chemotherapy แต่มีหลายการศึกษาที่ใช้ยาในกลุ่ม 5 - fluoracil ซึ่งเป็นยาที่เซลล์มะเร็งไวต่อการตอบสนองโดยเฉพาะในกลุ่มมะเร็งทางเดินอาหารแต่การศึกษาในโรคมะเร็งปากมดลูกยังมีหลักฐานไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่ามีประสิทธิภาพที่จะรักษามะเร็งปากมดลูก

5. การรักษาด้วยรังสีในผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางช่องคลอด ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางช่องคลอดอาจพิจารณาให้ vaginal packing และการใช้ Monsel's solution ป้ายบริเวณที่มีเลือดออก แต่หากยังมีเลือดออกมากการใช้รังสีรักษาก็สามารถช่วยได้ โดยปริมาณรังสี 1.8 Gy วันละสองครั้ง นาน 2-3 วัน

6. การให้รังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกรานตามหลังการผ่าตัด (Adjuvant Pelvic Radiation Therapy after Radical Hysterectomy) ผู้ป่วยในระยะ IB และ IIA ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน หากมีปัจจัยเสี่ยงสูงในการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ซึ่งจะต้องมีอย่างน้อย 1 ใน 3 ข้อ ได้แก่

6.1 การพบมะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานจะมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 50-60 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน

6.2 มีมะเร็งลุกลามไปยังพารามิเทรียม

6.3 มีรอยโรคที่ขอบของชิ้นเนื้อ

7. ควรพิจารณาฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดตามหลังการผ่าตัดเพื่อลดโอกาสการเกิดเป็นซ้ำ โดยมีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดในกลุ่ม cisplatin และ fluoracil ตามหลังการผ่าตัดจะลดความเสี่ยงที่เกิดเป็นซ้ำได้ถึง ร้อยละ 50 ส่วนกรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงปานกลางอาจเพิ่มโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคได้เช่นกัน โดยต้องมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ ได้แก่

7.1 การลุกลามมากกว่าหนึ่งในสามของความหนาของเนื้อเยื่อสตรีมาของปากมดลูก

7.2 ก้อนมะเร็งมีขนาดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ซม.

7.3 มีการแพร่กระจายเข้าสู่หลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง (lymphovascular space invasion) จะพิจารณาฉายแสงอย่างเดียวโดยอาจจะไม่ให้ยาเคมีบำบัด

8. การให้รังสีตามหลังการผ่าตัดที่ไม่ครบถ้วน (Radiation therapy after an inadvertent surgery) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด simple hysterectomy แล้วพบว่ามึะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจากผลทางพยาธิวิทยา การรักษาต่อไปคือการผ่าตัดเพิ่มเติมหรือพิจารณาการรักษาด้วยการฉายรังสีจากภายนอกร่วมกับการใส่แร่รังสี

9. การรักษาด้วยรังสีในกรณีที่โรคกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำโดยมีรอยโรคเกิดที่บริเวณปากมดลูกเดิมยังไม่ลุกลามไปจนถึงผนังอุ้งเชิงกรานด้านข้างหรือมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานภายหลังจากการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน เป็นการพยากรณ์ของโรคที่ดี บางรายอาจรักษาได้ด้วยรังสีรักษา ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด โดยมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีสูงถึง ร้อยละ 60-70 แต่ในรายที่พบว่าการลุกลามไปยังผนังอุ้งเชิงกรานด้านข้างหรือมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีอยู่ที่ ร้อยละ 20 หากได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงอย่างเดียว (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2018)

10. รังสีรักษาในกรณีดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รังสีรักษามีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีลุกลามของโรคออกไปนอกเชิงกราน โดยการฉายแสงจะให้ในระยะเวลานั้นๆ ปริมาณรังสีที่ใช้คือ 2000 cGy ในจำนวน 5 ครั้ง หรือ 3000 cGy ในจำนวน 10 ครั้ง การฉายแสงจะช่วยบรรเทาอาการจาก การลุกลามไปยังกระดูกหรือ ต่อมน้ำเหลือง paraaortic และยังช่วยลดอาการที่เกิดจากการกดของต่อมน้ำเหลืองที่ mediastinum หรือ supraclavicular

1.10 ผลกระทบของการรักษาด้วยรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

อาการข้างเคียง (side effect) หรือภาวะแทรกซ้อน (complication) เมื่อได้รับรังสีรักษา บริเวณอุ้งเชิงกรานซึ่งเป็นบริเวณที่รักษามะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ผลของรังสีรักษาทำให้เกิดอาการข้างเคียง โดยแบ่งตามช่วงเวลาของการรักษาได้แก่ อาการข้างเคียงเฉียบพลัน (acute complication) และอาการข้างเคียงเรื้อรัง (late complication) โดยอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น มีความเกี่ยวข้องทั้งปัจจัยทางด้านคลินิกของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะของโรค อายุ โรคร่วมและค่าดัชนีมวลกาย (Rubinsak LA, et al., 2018) ของแต่ละรายและการรักษา ได้แก่ ปริมาณรังสี จำนวนครั้งและเทคนิคการฉายรังสี (Viswanathan AN, et al., 2014; Portelance L, et al., 2001) มีดังรายละเอียดต่อไปนี้

อาการข้างเคียงเฉียบพลัน คำจำกัดความตามรายงานหรือวรรณกรรมมีความหลากหลาย ซึ่งแบ่งตามช่วงเวลาของการรักษาตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึง 90 วันหลังจบการรักษา (Kirwan, et al., 2003) โดยอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีเปลี่ยนแปลง กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท้องเสีย เยื่อบุช่องคลอดอักเสบ และอ่อนล้า เป็นต้น

อาการข้างเคียงเรื้อรัง (late complication) ตั้งแต่ 90 วันหลังจบการรักษา โดยอาการที่เกิดขึ้นได้แก่ ช่องคลอดแห้ง กระเพาะปัสสาวะอักเสบเรื้อรัง ลำไส้อักเสบเรื้อรัง เป็นหมัน มีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น (Roszak A. et al., 2012)

ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับรังสีรักษามีหลายด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลกระทบต่อร่างกาย เป็นผลที่เกิดจากหลังได้รับรังสีรักษาไปแล้วโดยเกิดขึ้นหลังได้รับรังสีเป็นชั่วโมงหรือหลายวันต่อมา ส่วนใหญ่จะพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับร่างกายได้ในสัปดาห์ที่ 2 ของการฉายรังสี (Otto, 2001) โดยเกิดขึ้นกับอวัยวะที่ได้รับรังสีและบริเวณใกล้เคียง ได้แก่ ผิวหนัง ลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ และช่องคลอด ร่วมกับมีอาการทางร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผิวหนัง ผิวหนังสามารถทนรังสีได้ถึง 60-70 Gy แต่รังสีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ผิวหนังในทันทีที่เริ่มการรักษา เริ่มต้นยังไม่ส่งผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน โดยมีปัจจัยต่อการเกิดและความรุนแรง ได้แก่ ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละครั้ง ปริมาณรังสีรวม ปริมาณของพื้นที่ที่ได้รับรังสีรักษา และเทคนิคการฉายรังสี (Bray FN, et al., 2016; McQuestion M., 2011; Wei J, et al., 2019)

เนื่องจากได้รับพลังงานความร้อนจากรังสี เกิดจากหลอดเลือดขยายตัว ผู้ป่วยอาจรู้สึกคันหรือแสบร้อนได้ ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรงและสามารถหายได้เองใน 3-4 วัน อาจพบการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีได้ใน 2 - 3 สัปดาห์ หลังได้รับรังสี ผิวหนังจะเริ่มมีรอยแดง (erythematous change) บริเวณอุ้งเชิงกรานที่ได้รับรังสี พบได้ร้อยละ 10-50 อาจเกิดผื่นแดงชั่วคราว ตั้งแต่ได้รับการฉายรังสีครั้งแรก (ปริมาณรังสี 180-200 cGy) ผู้ป่วยบางรายอาจร้อนวูบๆ ในครั้งแรกของการฉายรังสี และจะเห็นผิวหนังแดงได้ชัดเมื่อได้รับปริมาณรังสี 2,000-4,000 cGy (สัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไป) ผิวแห้งเป็นขุยและคล้ำลง (dry desquamation) ในบริเวณอุ้งเชิงกรานที่ได้รับรังสี พบได้ร้อยละ 10-50 สามารถเกิดเมื่อได้รับปริมาณรังสีประมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 3,000 cGy (สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป) อาการผิวหนังพอง แดก เป็นแผลมีน้ำเหลืองซึม (moist desquamation) ส่วนใหญ่เกิดในตำแหน่ง ขาหนีบ ร่องกัน พบได้ร้อยละ 10-50 สามารถเกิดเมื่อได้รับปริมาณรังสีประมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 cGy (สัปดาห์ที่ 4 เป็นต้นไป) กรณีที่มีความรุนแรง คือ เป็นแผลและมีเลือดออกพบได้ร้อยละ 1-5 พบได้เมื่อรับปริมาณรังสีมากกว่า 5,000 cGy (Viswanathan, A. N., et al., 2014) โดยจะเริ่มเกิดตรงรูขุมขนก่อนเพราะเป็นส่วนที่ไวต่อรังสีมากกว่าส่วนอื่นๆ จะเริ่มเห็นเป็นจุดดำเล็กๆ กระจายอยู่ตามรูขุมขน ต่อจากนั้นเมื่อได้ปริมาณรังสีเพิ่มขึ้น ผิวหนังส่วนอื่นในบริเวณที่ฉายรังสีจึงจะค่อยๆ คล้ำลงและตกสะเก็ดได้ ผลต่อผิวหนังในระยะหลัง คือ ผิวหนังจะบางลงทำให้เกิดแผลได้ง่าย หลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนังลดจำนวนลง ขนร่วงอย่างถาวร ผิวหนังแข็ง ซึ่งภาวะนี้สามารถป้องกันและลดความรุนแรงได้โดยใช้ครีมทาผิวที่มีความชุ่มชื้นทาบริเวณนั้น โดยเริ่มใช้ภายหลังครบรังสีรักษาแล้ว 6-8 สัปดาห์ (Viswanathan AN, et al., 2014)

2. ลำไส้เล็ก ผู้ป่วยจะมีอาการท้องเสียเรื้อรังได้ ผลต่อลำไส้ในระยะหลังอาจเกิดพังผืดและเกิดการขาดเลือดบริเวณลำไส้ ทำให้ลำไส้เกิดการอุดตัน หรือลำไส้ทะลุได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการถ่ายอุจจาระบ่อย กลั้นไม่ได้ ปวดท้องน้อยเวลาถ่าย ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหรือมีอาการท้องเสียเรื้อรัง รวมทั้งมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดเกร็งท้อง แน่นท้อง ถ่ายเหลว และท้องเสีย จากภาวะลำไส้อักเสบจากการฉายรังสี (radiation enteritis) พบได้ร้อยละ 31.8-63.6 สามารถเกิดได้ตั้งแต่ได้รับปริมาณรังสี ประมาณ 500-1,200 cGy (ประมาณ 3 ครั้งขึ้นไป) ส่วนใหญ่จะเกิดอาการคลื่นไส้ก่อน ส่วนอาการปวดเกร็งท้อง แน่นท้อง ถ่ายเหลว มักพบได้เมื่อได้รับรังสี 2,000-3,000 cGy (สัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไป) และจะพบอาการรุนแรงเมื่อได้รับปริมาณรังสี

ประมาณมากกว่า 5,500 cGy ซึ่งมีปัจจัยส่งเสริมด้านผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยผอมหรือมีน้ำหนักตัวลดลง ผู้ป่วยที่มีประวัติการผ่าตัดลำไส้หรือผ่าตัดช่องท้อง โรคเบาหวาน การได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี และเมื่อได้รับปริมาณรังสีประมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 4,500 cGy (สัปดาห์ที่ 4 เป็นต้นไป) จะมีการอักเสบของลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (radiation proctitis) พบได้ร้อยละ 75 โดยร้อยละ 50-70 จะมีอาการถ่ายเหลวและท้องเสีย และอาการจะรุนแรงเมื่อได้รับปริมาณรังสีมากกว่า 6,000 cGy โดยมีปัจจัยส่งเสริมด้านผู้ป่วย ได้แก่ การสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี และภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) (Grotsky MB & Sidani SM., 2015; Sarin A & Safar B., 2013; Do NL, Nagle D & Poylin VY., 2011)

3. กระเพาะปัสสาวะ อาจเกิดการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ มักพบได้ในสัปดาห์ที่ 3 - 5 ของการฉายรังสีหรือภายหลังได้รับรังสีไปแล้ว ประมาณ 4,000- 5,000 เซนติเกรย์ โดยผู้ป่วยจะปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้และถ่ายปัสสาวะกระปิบประปรอย ปวดขณะถ่ายปัสสาวะและอาจมีปัสสาวะเป็นเลือด ผลต่อกระเพาะปัสสาวะในระยะหลังคือ อาจพบการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะแบบเป็นๆ หายๆ มีการตีบของกระเพาะปัสสาวะ (urethral stricture) และเกิดการทะลุอาจต้องทำการรักษาด้วยการทำการผ่าตัดทางด้านศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ซึ่งโดยทั่วไปกระเพาะปัสสาวะควรจำกัดปริมาณรังสีที่ได้รับไม่เกิน 4,500 เซนติเกรย์ (Pascoe C, et al., 2019; Horan N & Cooper JS, 2022)

4. ช่องคลอด ผลกระทบต่อช่องคลอดในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาพบได้ประมาณร้อยละ 80 โดยในสัปดาห์แรกจะมีน้ำใสๆ ไหลออกจากช่องคลอดร่วมกับมีการหลุดลอกออกของเยื่อผนังช่องคลอดและอาจเกิดการติดเชื้อได้และเกิดการอักเสบของเยื่อผิวของช่องคลอด ช่องคลอดแห้ง คัน และอาจรู้สึกเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ (Brown, D., Lewis, L. C., & Axiak, A., 2000) ในระยะต่อมาภายหลังได้รับรังสีเป็นเวลานานเป็นเดือนหรือเป็นปีจะพบการเปลี่ยนแปลงที่ผนังช่องคลอดคือผนังช่องคลอดจะฝ่อและบางลงและเกิดการแข็งตัวเป็นพังผืดทำให้ช่องคลอดสั้นลงและตีบแคบ ขาดน้ำหล่อลื่นและช่องคลอดขาดความยืดหยุ่น ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย จะรู้สึกเจ็บเมื่อมีการเสียดสี หรือขณะมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากช่องคลอดตีบตันและความยืดหยุ่นช่องคลอดลดลง (Vaginal stenosis) ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกตื่นตัวทางเพศ ลดความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ พบได้ร้อยละ 20-38 พบได้เมื่อได้รับปริมาณรังสีมากกว่า 8,000 cGy ระยะเวลาในการเกิดพบภายหลังสิ้นสุดการรักษาไปแล้วตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปถึงหลายปี ซึ่งสามารถพบอาการเหล่านี้ได้ภายหลังได้รับการฉายรังสีไปแล้วประมาณ 1 ปี (Gondi V. et al., 2012; Brand AH, Bull CA & Cakir B., 2006; Saibishkumar EP, Patel FD & Sharma SC., 2006)

5. มดลูกและปากมดลูก ผลของรังสีอาจทำให้เกิดแผลที่บริเวณปากมดลูกโดยในสัปดาห์แรกจะพบว่ามดลูกมีสิ่งคัดหลั่งลักษณะใสๆ ไหลมาจากช่องคลอดซึ่งเกิดจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายร่วมกับการอักเสบของเยื่อภายในช่องคลอด (Brown, D., Lewis, L. C., & Axiak, A., 2000)

6. รังไข่ อาจทำให้เป็นหมันและทำให้ฮอร์โมนจากรังไข่บกพร่อง จะแสดงอาการมากขึ้นขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ได้รับและอายุของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่ยังไม่หมดประจำเดือนอาจมีอาการร้อนวูบวาบ ช่องคลอดแห้ง คันและรู้สึกเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์

7. ไช้กระดูก รังสีจะกีดการทำงานของไ้กระดูก ทำให้การสร้างเซลล์เม็ดเลือดขาว นิวโทรฟิล เม็ดเลือดแดงและเกร็ดเลือดลดต่ำลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซีด อ่อนเพลียเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเลือดออกง่าย (Klastersky J, et al., 2016)

8. ด้านเพศสัมพันธ์ ผลของรังสีรักษาต่อช่องคลอด มดลูกและรังไข่ ดังที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าการได้รับรังสีเป็นเวลานานหลายสัปดาห์และเป็นเดือน บริเวณอุ้งเชิงกรานจะพบการทำลายของเซลล์ต่างๆ และตามมาด้วยกระบวนการอักเสบ มีการซ่อมแซมแบ่งตัวในส่วนที่ถูกทำลายไป แต่หากการทำลายนั้นเกิดมากกว่าการซ่อมแซมตามปกติ ก็จะเกิดพังพืดขึ้นมาได้ ทำให้ช่องคลอดขาดความยืดหยุ่นขนาดน้ำหล่อลื่นตามธรรมชาติและช่องคลอดตีบแคบลง ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ (sexual dysfunction) ซึ่งนำไปสู่ปัญหาหระหว่างคู่สมรสได้ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและคู่ครอง อีกทั้งยังมีอาการบวมบริเวณขาและอวัยวะเพศ รู้สึกหนักขา จากการเกิดพังพืดในชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous fibrosis) ส่งผลให้เกิดภาวะบวมน้ำเหลือง (Lymphedema) พบได้ร้อยละ 12 โดยพบหลังการรักษาไปแล้วตั้งแต่ 60 วัน - 3 ปี (Gondi V. et al., 2012; Brand AH, Bull CA & Cakir B., 2006; Saibishkumar EP, Patel FD& Sharma SC., 2006)

9. อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจเกิดขึ้นได้ ภายหลังได้รับรังสีรักษาไปแล้ว 2-3 ชั่วโมงหลังฉายรังสี เนื่องจากรังสีทำให้เซลล์ปกติและเซลล์มะเร็งถูกทำลายทำให้เกิดของเสียในร่างกายและในกระแสเลือด ทำเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษามีอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ร้อยละ 27 โดยมีอาการรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางและรับประทานอาหารได้น้อยลง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 0.8 มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง โดยอาการจะเพิ่มสูงขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์สุดท้ายของการรักษา (Viswanathan AN, et al., 2014)

10. อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย จากการฉายรังสีเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยพบมากถึงร้อยละ 82 - 90 (Teparux, S., 1992 ; Wattanakittisak, 1992; Chatrkaw, 1995) ทั้งนี้มักเกิดภายหลังได้รับรังสีไปแล้ว 2-3 สัปดาห์ เนื่องจากรังสีทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานอย่างมากในการซ่อมแซมและเกิดการคั่งของของเสียภายในเซลล์มากเซลล์ปกติทำหน้าที่เสียไป อีกทั้งผลของรังสีต่อไ้กระดูกทำให้เกิดภาวะซีด จึงทำให้อ่อนเพลีย วิงเวียน รู้สึกไม่สบาย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (ศุภกร หวานกระโทกและคณะ, 2557)

ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษามักเกิดความกลัว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับรังสีรักษามาก่อน มักจะกลัวการได้รับรังสี กลัวอาการข้างเคียงของรังสีรักษาที่ตนเองได้รับ กลัวความเจ็บปวดจากการใส่แร่และได้รับรังสีรักษาและยังไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือที่ใช้ในการรักษาด้วยรังสีรักษา และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาว่าการรักษาที่ตนเองได้รับจะสามารถรักษาได้ผลหรือไม่ โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมักจะมีอาการวิตกกังวลใน 6 ด้าน คือ วิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาและอาการทางกาย ภาวะสุขภาพและข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมไปถึงวิธีการรักษา ผลของการ

รักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ด้านหน้าที่การงานเพราะต้องขาดงานมารับการรักษา กังวลเกี่ยวกับครอบครัว ในการดูแลบุตรและสามี ความวิตกกังวลดังกล่าวส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก ท้อแท้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกว่าความเจ็บป่วยของตนมีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิด อารมณ์ซึมเศร้าตามมา อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็ง พบได้ร้อยละ 20-25 ซึ่งเป็นผลจากความทุกข์ ทรมานจากโรคและการรักษา การเปลี่ยนแปลงบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้ป่วย นอนไม่หลับ เก็บตัวและไม่สนใจตัวเอง ความรู้สึกเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตายได้ (Fang, P. et al., 2015; Herzog, T. J., & Wright, J. D., 2007)

ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างที่ต้องมารับ รังสีรักษา ผู้ป่วยจำเป็นต้องลางานมารับการรักษา รวมทั้งสุขภาพที่ทรุดโทรมหรือผลกระทบของรังสีรักษาต่อ สุขภาพ อาจส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยต้องออกจากงานที่เคยทำ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ สัมพันธภาพกับเพื่อนหรือญาติพี่น้องทำให้ถูกแยกจากสังคม ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ทำให้แยกตัวออกจากสังคม ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจพบว่าผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาเป็นเวลานานรวมถึงต้องมารับการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจภายในครอบครัวอีกด้วยเป็นผลให้เกิด ความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (Arrossi, S. et al., 2007)

2. แนวคิดการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคร้ายทุกชนิดโดยเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วย กระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเพื่อควบคุมการเจ็บป่วยเรื้อรังและผลกระทบจากโรคและการรักษา

2.1 ความหมายการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล สุขภาพหรือการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ รวมถึงการให้ความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพ (Tobin, Raynold, Holroyd & Creer, 1986) โดยเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติตนเพื่อ ควบคุมและจัดการกับความเจ็บป่วย ซึ่งการจัดการตนเองยังหมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่กระทำเพื่อ คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและลดผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังและปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Bartholomew, Parcel, Swank, & Czyzeski, 1993) โดยทีมสุขภาพจะเป็นผู้ให้ข้อมูลในเรื่องของการปฏิบัติ พฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อช่วยในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาและให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม หรือสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อจำเป็นได้อย่างเหมาะสม (Lorig, K. R., et al., 2001)

Creer (2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วย เรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เป็นพลวัตและต่อเนื่องในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ตามความคาดหวัง โดยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการจัดการกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยที่ผู้ป่วยนั้นเป็นส่วน หนึ่งของทีมสุขภาพในการที่จะควบคุมโรคหรือความผิดปกติ ผลของการจัดการตนเองสามารถลดอัตราการตาย และภาวะทุพพลภาพของโรคร้าย รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดความยั่งยืน เป็นกระบวนการของบุคคลที่จัดกระทำกับตนเองอย่างมุ่งมั่นเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสมและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยอาศัยคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพและความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย (Bartholomew et al., 1997)

การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นรายบุคคล เป็นการประเมินความรู้ ทักษะและความสามารถของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริง การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย สร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด การควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ (Browder, D. M., & Shapiro, E. S., 1985)

การจัดการตนเองเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วย ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติและการสะท้อนกลับภายใต้การชี้แนะของบุคลากรทางสุขภาพอย่างเหมาะสม (Creer, 2000)

การจัดการตนเอง เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษาการจัดการด้านร่างกาย จิตสังคม และการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยเรื้อรังรวมถึงการติดตามภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง โดยอาศัยกระบวนการรับรู้ รู้คิด มีการตอบสนองที่จำเป็นต่อพฤติกรรมและอารมณ์ เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งความพึงพอใจ ในชีวิต เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตและต่อเนื่อง (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002)

การจัดการตนเองตามกรอบแนวคิดของลอริกและฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) มีฐานความคิดว่าบุคคลสามารถที่จะจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง

อารีย์ เสนีย์ (2557) ได้สรุปความหมายของแนวคิดการจัดการตนเองประกอบด้วย

1. เป็นเรื่องของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรักษา หรือการตัดสินใจในเรื่องของการรักษาที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องนั้น
2. เป็นการเตรียมบุคคลเพื่อจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน
3. เป็นการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ฝึกให้มีทักษะและความสามารถเพื่อที่จะลดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองหรือจากความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ

กล่าวโดยสรุปการจัดการตนเองเป็นการฝึกให้ผู้ที่ เป็นโรคเรื้อรัง สามารถจัดการกับการรับประทานยาได้และคงไว้ซึ่งการรักษาสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การมีบทบาทในครอบครัวการจัดการกับอนาคต รวมถึงการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต และการจัดการกับความผิดหวัง อารมณ์ โกรธและความซึมเศร้า

2.2 กระบวนการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีนักวิชาการที่ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้ดังนี้

Kanfer, & Gaelick (1988) มีความเชื่อพื้นฐานว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ต้องเกิดจากกระบวนการตัดสินใจ การประเมินผล และมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเองและมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement)

Kanfer, & Gaelick-Buys (1991) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง วิธีที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีวิธีการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

Creer, & Holroyd (1997) กล่าวว่า การจัดการตนเองจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นและกำลังอยู่ในระหว่างการรักษา

Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth (2002) กล่าวว่า การจัดการตนเอง คือ การที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการ การรักษาที่ได้รับทั้งทางกายและทางจิตสังคมเพื่อควบคุม กำกับดูแลตนเอง อันจะทำให้สามารถดำเนินชีวิตกับการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ด้วยความรู้และทักษะที่ได้เรียนรู้จากตนเองหรือผู้อื่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Lorig, & Holman (2003) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง เป็นการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้องอยู่กับโรคเรื้อรัง

Adams, Greiner, & Corrigan (2004) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การที่แต่ละคนต้องดำเนินชีวิตได้ดีกับภาวะเรื้อรังหนึ่งโรคหรือมากกว่า รวมถึงการได้รับความมั่นใจในการจัดการทางการแพทย์ การจัดการบทบาทและการจัดการอารมณ์

Redman, B. K (2004) กล่าวว่า การจัดการตนเองหมายถึง การฝึกบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังให้สามารถเผชิญกับการรักษา คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตในแต่ละวันกับครอบครัว กับอนาคตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต รวมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้า

โดยสรุป การจัดการตนเอง หมายถึง วิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นเผชิญกับการรักษา คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิต การที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการ การรักษาที่ได้รับทั้งทางกายและทางจิตสังคม เพื่อควบคุม กำกับดูแลตนเอง ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement)

2.3 แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์

แคนเฟอร์ Kanfer, & Gaelick (1988) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเอง โดยมีพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งหมายถึงกระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะดูแลตนเองหรือควบคุมตนเองในเรื่องพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย ซึ่งการจัดการตนเองนั้นต้องอาศัยกระบวนการ

กำกับตนเอง (Self-regulation process) เป็นการมุ่งเน้นให้บุคคลมีการควบคุมพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้าน สรีรวิทยา ด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคลที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งแคนเฟอร์ ได้เสนอกระบวนการกำกับตนเองไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (goal-setting) เป้าหมาย คือ สิ่งที่บุคคลต้องการจะทำให้สำเร็จและ จะแตกต่างกันไปตามระดับความยากง่ายของเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายต้องอาศัยแรงจูงใจ จึงจะนำไปสู่ ความสำเร็จ การตั้งเป้าหมายสามารถทำได้ทั้งโดยเจ้าหน้าที่หรือร่วมกันกับผู้ป่วยหรือผู้ช่วยเป็นคนตั้งเป้าหมาย ด้วยตัวเอง ซึ่งพบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างการตั้งเป้าหมายเอง หรือมีผู้กำหนดเป้าหมายให้ หากเป็น เป้าหมายที่ผู้ป่วยตั้งเองจะมีความรู้สึกท้าทายต่อเป้าหมายนั้นน้อยกว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าตนเอง จะสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ และเป้าหมายที่ตั้งนั้นอาจจะตั้งโดยขาดพื้นฐาน เป็นเป้าหมายที่อาจจะง่ายหรือยากจนเกินไป อย่างไรก็ตามการตั้งเป้าหมายด้วยตนเองนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิด ความรู้สึกพึงพอใจต่อเป้าหมายและยอมรับนับถือเป็นพันธะผูกพันต่อเป้าหมายนั้น เพราะผู้ป่วยเป็นคนเลือก เป้าหมายเอง ส่วนการกำหนดเป้าหมายให้ผู้ช่วยนั้น เจ้าหน้าที่จะรับรู้ถึงอุปสรรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ และทราบ ว่าผู้ป่วยจะต้องจัดการอย่างไรกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ และจริงจังในการตั้งเป้าหมายที่ไม่ง่ายหรือยากเกินไป ถ้าเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบ การประสบความสำเร็จในพฤติกรรมเหล่านี้ ต้องการความพยายามความสม่ำเสมอของพฤติกรรม และความเข้มข้นของพฤติกรรมเป็นอย่างมาก

ทั้งนี้ อาจพบการตั้งเป้าหมาย อยู่ในขั้นตอนย่อยของขั้นตอนการติดตามตนเอง อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการตั้งเป้าหมายก่อนเพื่อให้มีความชัดเจนของการวางแผน สอดคล้องกับ Howard, Marrison & Collins (2018) ที่ออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเอง 4 องค์ประกอบ คือ การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 4) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เพื่อที่จะให้มีการติดตามโปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นขั้นตอนของการสังเกต ติดตามและบันทึก พฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมที่สังเกตและติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่เป็นผลทั้งที่ เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการสังเกต ติดตามและบันทึกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหา สุขภาพที่บุคคลกำลังพยายามจัดการด้วย การติดตามตนเองทำให้บุคคลระมัดระวังตัว ที่ไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่ พึงประสงค์ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน การแสดงพฤติกรรมจึงเป็นไปอย่างรู้ตัวหรือมีสติ การติดตามตนเองเป็นการให้ข้อมูลแก่ตนเองในการสังเกตพฤติกรรมของตนเองทำให้ทราบว่าพฤติกรรม เป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่ บันทึกพฤติกรรมตนเองทำให้ทราบว่าพฤติกรรมไปในทิศทางใด มีระดับมากน้อยแค่ไหน พฤติกรรมตรงตามเกณฑ์ที่จะเสริมแรงหรือไม่ นอกจากนี้ผลของการติดตามตนเอง ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้บุคคลระมัดระวังตัวและจะแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายได้ ถ้าบุคคลทราบว่าพฤติกรรม ของตนเองแตกต่างไปจากเป้าหมายหรือมาตรฐานที่วางไว้ บุคคลจะพยายามแก้ไขพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย ที่วางไว้

2.1 ประสิทธิภาพของการติดตามตนเอง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ดังนี้

2.1.1 ความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรม มักจะพบเสมอว่าบอกเพียงให้ผู้เข้ารับการบำบัดหรือปรับพฤติกรรมนั้นบันทึกพฤติกรรมเอง ไม่ได้หมายความว่าจะให้ข้อมูลที่แม่นยำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่บันทึก ถ้าข้อมูลที่ให้มีผลต่อการได้รับการเสริมแรง ความแม่นยำของการบันทึกเพราะข้อมูลที่ใ้มีสูงกว่าความเป็นจริง จึงได้มีการพยายามที่จะหาทางในการบันทึกพฤติกรรมตนเองที่มีความแม่นยำขึ้น โดยการให้การเสริมแรงต่อความแม่นยำของการบันทึกพฤติกรรมซึ่งกระทำโดยการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการบันทึกด้วยตนเองกับผลที่ได้จากผู้อื่นสังเกต ถ้าตรงก็จะได้รับการเสริมแรง

2.1.2 ลักษณะของผู้บันทึกพฤติกรรม การติดตามตนเองอาจเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคคลได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลมีความต้องการที่จะพัฒนาพฤติกรรมของตนเองหรือได้รับแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเอง

2.1.3 ความยากง่ายของงานหรือพฤติกรรมที่กระทำการติดตามตนเองมีประสิทธิผลมากขึ้นถ้าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นเป็นพฤติกรรมที่กระทำได้ง่าย

2.2 ขั้นตอนในการติดตามตนเองประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ชัดเจน 2) จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้ชัดเจน 3) กำหนดวิธีบันทึกและเครื่องมือที่ใช้บันทึก 4) ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม 5) แสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน 6) วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก

3. การประเมินตนเอง (self-evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการประเมินตนเอง

4. การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) เป็นขั้นตอนของการให้แรงเสริมแก่ตนเองเมื่อตนเองประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งสำเร็จ ซึ่งการเสริมแรงอาจเป็นการเสริมแรงทางบวก และ/หรือการเสริมแรงทางลบ โดยตัวเสริมแรงอาจเป็นสิ่งของตัวเสริมแรงทางสังคม ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม ตัวเสริมแรงที่เป็นเงิน และตัวเสริมแรงทางด้านจิตใจ ในการเสริมแรงควรเน้นการเสริมแรงทางบวกมากกว่าทางลบ ในการจัดการตนเองสามารถนำวิธีการเสริมแรงมาใช้ได้หลายวิธี แต่วิธีที่ดี คือ เป็นวิธีที่ง่ายและตนเองมีความรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่น่ายินดี

ในปัจจุบันมีผู้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง (self-management promoting) ในกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ โดยพบว่าผู้สนใจนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิกบายส์ (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคมะเร็ง เช่น วันทกานต์ ราชวงศ์และคณะ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือฉายแสงร่วมกับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในผู้ป่วยจำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย กลุ่มทดลอง 27 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมระยะเวลา 30 วันของการฉายรังสี โดยพัฒนาจากแนวคิดของ แคนเฟอร์ และเคียร์รี่ เพื่อส่งเสริมให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองได้ดีขึ้น นำไปสู่การมีระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่อง

ปากอักเสบที่ลดลง ทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

กาญจนา สาใจและคณะ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด โดยประยุกต์ใช้แนวความคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บาย ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดสูตรไฟว์-ฟลูออโรยูราซิล ร่วมกับลิโวโคโลลิน โดยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และมีการลงบันทึกติดตามพฤติกรรมตนเองส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ เข้าใจ และสังเกตพฤติกรรมตนเองว่าเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม และมีการเสริมแรงตนเองโดยระบบการกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์และไลน์แอปพลิเคชัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในตนเองและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีต่อไปได้

โดยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ก็ได้มีการแนวความคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น วิชา เห็นแก้ว และคณะ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศึกษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยสำนพลับพลา จำนวน 52 ราย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย เป็นระยะ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การจัดการอาการ ปัญหาด้านอารมณ์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง การประสานความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุและบุคลากรสุขภาพ และการตรวจตามนัด ส่งผลให้เกิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่กลุ่มทดลองโดยให้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ได้เห็นตัวแบบของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงปกติได้

กฤตกร หมั่นสระเกษและคณะ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน จำนวน 59 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 รายและกลุ่มเปรียบเทียบ 29 ราย ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองและมีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงก่อน

และหลังอดอาหาร (Fasting blood sugar) หลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกันทั้งในกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองซึ่งเป็นการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีการติดตามช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มีกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเอง ค้นหาแนวทางที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยนั้นนับว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมและลดผลกระทบจากโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง รวมถึงโรคมะเร็งซึ่งงานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการส่งเสริมการควบคุมโรคในผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิด เช่น กาญจนา สาใจและคณะ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดและการศึกษาของ วันทกานต์ ราชวงศ์และคณะ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือฉายแสงร่วมกับยาเคมีบำบัด แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาโดยเฉพาะ ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเอง“2G2S2B” ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผ่านการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยมีการศึกษาสถานการณ์ของอาการที่พบบ่อยและการจัดการอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี และนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสม อีกทั้งยังพัฒนาตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวคิดที่สามารถส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และกาลิค บาย (Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1986) ซึ่งประกอบไปด้วยกระบวนการในการปรับพฤติกรรม คือ การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) เป็นผลจากการดำเนินกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้มีกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเอง ค้นหาแนวทางที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็นกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้สิ่งสำคัญในการควบคุมโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง นำไปสู่การที่ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถรับรังสีรักษาได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ อีกทั้งแนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และกาลิค บาย ยังส่งผลในการปฏิบัติตัวในด้านการจัดการอาการด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) โดยทำการวัด ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Two Groups Design) (อรพินทร์ ชูชม, 2552) ทำการศึกษา ในช่วง ระหว่างเดือน เมษายน 2566- มิถุนายน 2566

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก และได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

2. จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ได้รับการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยเป็น ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และอยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ที่โรงพยาบาล มะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือน มกราคม 2566 – มีนาคม 2566

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2553)

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z\alpha+z\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

σ^2 = ความแปรปรวนร่วม (Pool Variance) ของค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

$Z\alpha$ = ค่าสถิติการแจกแจงปกติมาตรฐาน กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 1.64

$Z\beta$ = ค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% เท่ากับ 0.84

μ_1 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มทดลอง

μ_2 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มควบคุม

โดยความแปรปรวนร่วม (Pool Variance) สามารถคำนวณได้จาก

$$\sigma^2 = \frac{(n_1-1)sd_1^2 + (n_2-1)sd_2^2}{(n_1 + n_2) - 2}$$

เมื่อกำหนดให้

n_1 = ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

n_2 = ขนาดตัวอย่างในกลุ่มควบคุม

sd_1^2 = ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลอง

sd_2^2 = ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มควบคุม

โดยผู้วิจัยหาข้อมูลจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือการศึกษาของ กาญจนา สามีใจ และคณะ (2561) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คนและกลุ่มควบคุม 25 คน โดยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านการดูแลช่องปากเท่ากับ 3.05 (sd=0.29) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลช่องปากเท่ากับ 2.74 (sd=0.50) จากการศึกษาดังกล่าวสามารถนำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างได้

$$\begin{aligned}\sigma^2 &= \frac{(n_1-1)sd_1^2 + (n_2-1)sd_2^2}{(n_1 + n_2) - 2} \\ &= \frac{(25-1)(0.29)^2 + (25-1)(0.50)^2}{(25+25) - 2} \\ &= 0.16\end{aligned}$$

แทนค่าในสูตรข้างต้นได้ดังนี้

$$\begin{aligned}n/group &= \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} \\ &= \frac{2(0.16)(1.64 + 0.84)^2}{(3.05 - 2.74)^2} \\ &= 21.38\end{aligned}$$

ดังนั้น ในการศึกษาคั้งนี้ใช้ตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการของโรคที่แย่งลงหรือขอถอนตัวจากงานวิจัย ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 (Polit & Beck, 2008) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ สามารถคำนวณได้ ดังนี้

$$\frac{22}{85} \times 100 = 25$$

85

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่ได้จากการคำนวณกลุ่มละ 25 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คนและกลุ่มควบคุม 25 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 และได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา
- 2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์ สื่อสารโดยการพูด ฟังและเข้าใจในภาษาไทยได้ดี
- 3) ไม่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนไม่สามารถควบคุมอาการได้
- 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่โปรแกรมกำหนดและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

- 1) ไม่มาเข้ารับการรักษาให้ฉายรังสีตามแผนการรักษา
- 2) มีปัญหาทางด้านสุขภาพเจ็บป่วยที่รุนแรง จนไม่สามารถควบคุมอาการได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รักษาด้วยรังสีรักษา
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการ ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ประกอบด้วย คู่มือการจัดการอาการเพื่อการดูแลตนเองระหว่างการได้รับรังสีรักษา แบบบันทึกและติดตาม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค บาย (Kanfer, F.H., & Gaelick, L., 1986) โดยโปรแกรมการจัดการอาการ จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา เกิดกระบวนการที่ผู้ป่วยได้กระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเพื่อให้บรรลุความคาดหวัง โดยการส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรครื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยโรคมะเร็ง จนสามารถจัดการตนเองระหว่างรังสีรักษาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสามารถรับการรักษาด้วยการฉายรังสีจนครบตามแผนการรักษาโดยไม่ต้องพักแสม โดยดำเนินการทดลอง 4 ครั้ง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง ได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัว โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที จากนั้นกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B” โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ โปรแกรมฯ เป็นการให้ความรู้ที่ครอบคลุมอาการและการจัดการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างได้รับรังสีรักษา ได้แก่ G1 (General) หมายถึง การดูแลทั่วไป เพื่อส่งเสริมสุขภาพในระหว่างการได้รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน G2

(Gastrointestinal) หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร S1 (Skin) หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผิวหนัง S2 (Sexual) หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบสืบพันธุ์ B (Bladder) หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกระเพาะปัสสาวะ B (Bliss) หมายถึง การจัดการตนเองในด้านอารมณ์เพื่อความผาสุกและมอบคู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้นำไปศึกษาต่อบ้านและมอบคู่มือใช้สมุดจดบันทึกติดตามและประเมินตนเองตามโปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B”

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 การติดตามตนเอง ใช้สมุดจดบันทึก ติดตามและประเมินตนเองตามโปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B”

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 - 4 การประเมินตนเอง กระตุ้นให้เกิดการประเมินและติดตามตนเอง โดยใช้ Application Line ช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมรายบุคคล กิจกรรมการประเมินตนเองและการเสริมแรงตนเอง กระตุ้นให้เกิดการประเมินและติดตามตนเอง โดยใช้ Application Line ช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมรายบุคคล ให้รางวัลตนเองเมื่อบรรลุ เป้าหมายของพฤติกรรม และให้คำแนะนำเพิ่มเติม หรือตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการนำไปปฏิบัติ ใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 5 - 6 การเสริมแรงตนเอง ใช้ Application Line สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมให้รางวัลตนเองเมื่อบรรลุ เป้าหมายของพฤติกรรม ผู้วิจัยประเมินความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัว หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยมีรายละเอียดของเครื่องมือดังต่อไปนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีโรคร่วม ระยะโรคมะเร็งปากมดลูก ปริมาณรังสีก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2.2 แบบประเมินความรู้ในการจัดการตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ เพื่อวัดความรู้ในด้านการจัดการตนเอง เป็นลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นคำถามแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน โดยทำการกลับค่าคะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ

ข้อความ	ความหมาย	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ถูก	ข้อความนั้น ถูก หรือมักถูก	1	0
ผิด	ข้อความนั้น ผิด หรือมักผิด	0	1

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 3 ระดับ โดยนำจำนวนข้อมาหารด้วยคะแนนเต็มและแบ่งเป็น 3 ช่วง เกณฑ์การแบ่งอันตรายภาคชั้น (Wichian Ketsing, 1987) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อันตรภาคชั้น} &= (\text{คะแนนรวมสูงสุด}) - (\text{คะแนนรวมต่ำสุด}) \div (\text{จำนวนระดับ}) \\ &= (15 - 0) \div 3 \\ &= 5\end{aligned}$$

จึงแปลความหมายของความรู้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาดังนี้

ช่วงชั้นของค่าคะแนนเฉลี่ย

คำอธิบายสำหรับการแปลผล

คะแนน 0-5 คะแนน

หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

คะแนน 6-11 คะแนน

หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง

คะแนน 12-15 คะแนน

หมายถึง ความรู้ระดับสูง

2.3 แบบประเมินทัศนคติ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาแบบประเมินทัศนคติต่อการรักษาด้วยรังสีรักษา ขึ้นมาใหม่จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาที่ทำการวิจัย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคมะเร็งจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 3 ระดับ โดยนำจำนวนข้อมาหารด้วยคะแนนเต็มและแบ่งเป็น 3 ช่วง เกณฑ์การแบ่งอันตรภาค (Wichian Ketsing, 1987) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อันตรภาคชั้น} &= (\text{คะแนนรวมสูงสุด}) - (\text{คะแนนรวมต่ำสุด}) \div (\text{จำนวนระดับ}) \\ &= (50 - 10) \div 3 \\ &= 13.3\end{aligned}$$

การแปลผลคะแนน คะแนนภาพรวมคะแนนเต็มทั้งฉบับ 50 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

คะแนน 10-23 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อการรักษาด้วยรังสีรักษาอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 24-37 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อการรักษาด้วยรังสีรักษาอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน 38-50 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อการรักษาด้วยรังสีรักษาอยู่ในระดับดี

2.4 แบบประเมินการปฏิบัติตัว ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาแบบประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างรับรังสีรักษา ขึ้นมาใหม่จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาที่ทำการวิจัย ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคมะเร็งจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติทุกครั้ง

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง	3 คะแนน	1 คะแนน

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 3 ระดับ โดยนำจำนวนข้อคำถามด้วยคะแนนเต็มและแบ่งเป็น 3 ช่วง เกณฑ์การแบ่งอันตรภาคชั้น (Wichian Ketsing, 1987) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= (\text{คะแนนรวมสูงสุด}) - (\text{คะแนนรวมต่ำสุด}) \div (\text{จำนวนระดับ}) \\ &= (45 - 15) \div 3 \\ &= 10 \end{aligned}$$

การแปลผลคะแนน คะแนนภาพรวมคะแนนเต็มทั้งหมด 45 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 15-25 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างรับรังสีรักษาอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 26-36 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างรับรังสีรักษาอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน 37-45 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างรับรังสีรักษาอยู่ในระดับดี

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยต้องได้คะแนน 26-36 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างรับรังสีรักษาอยู่ในระดับพอใช้ และ 37-45 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างรับรังสีรักษาอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) (Zamanzadeh, V. et al, 2015)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการจัดการอาหาร จากแนวคิดของแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค บาย (Kanfer, F.H., & Gaelick, L., 1986) นำเครื่องมือดังกล่าวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ

พิจารณาความถูกต้องของข้อความ ความครอบคลุมด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมและความถูกต้องของภาษา และการจัดลำดับเนื้อหา โดยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคมะเร็ง นรีเวช 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งนรีเวช 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน

ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน นำมาพิจารณา และปรับปรุงแก้ไข ข้อความให้เหมาะสม ครอบคลุมเนื้อหา มีความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาและมีการจัดลำดับเนื้อหา ให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการข้อความกับวัตถุประสงค์ การวิจัยด้วยค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) โดยใช้สูตรของ IOC ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

N

เมื่อ IOC แทนดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence)

Σ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

R แทน คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อคำถามแต่ละข้อ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

+1 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย หรือนิยามศัพท์

-1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย หรือนิยามศัพท์

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย หรือนิยามศัพท์

เกณฑ์การแปลความหมาย มีดังนี้

ค่า IOC \geq .50 หมายความว่า คำถามนั้นตรงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ค่า IOC $<$.50 หมายความว่า คำถามนั้นไม่ตรงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.85 และ 0.84

1.2 โปรแกรมการจัดการอาการ

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการอาการ จากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บาย (Kanfer, F.H., & Gaelick, L., 1986) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง 2) การติดตามตนเอง 3) การประเมินตนเอง 4) การเสริมแรงตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้มีการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์โดยสามารถส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมองว่าแนวคิดการจัดการตนเอง เหมาะสมที่จะนำมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษามีพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีนี้ มาจัดทำโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขึ้น แล้วนำโปรแกรมดังกล่าวนี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้าน

โรคมะเร็งทางนรีเวช 3 ท่านพิจารณา โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของโปรแกรมทุกขั้นตอนที่สร้างขึ้นทั้ง 4 กิจกรรม รวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ลำดับเนื้อหา ความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันทั้ง 2 ท่านจากทั้งหมด 3 ท่าน โดยผลของการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาสามารถสรุปผลได้ดังนี้

1.2.1 แผนกิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาการ จากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก บาย (Kanfer, F.H., & Gaelick, L., 1986) ประกอบไปด้วย 1) การตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง 2) การติดตามตนเอง 3) การประเมินตนเอง 4) การเสริมแรงตนเอง โดยเมื่อนำไปหาค่าดัชนีความตรงตาม เนื้อหาเท่ากับ 0.95

1.2.2 คู่มือประกอบด้วย คู่มือการจัดการอาการเพื่อการดูแลตนเองระหว่างการได้รับรังสีรักษาและแบบบันทึก ติดตาม โดยเมื่อนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97

หลังจากปรับแก้แล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการอาการ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษาที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยดำเนินการตามกิจกรรมจนครบทั้ง 4 กิจกรรม เพื่อประเมินความเข้าใจของเนื้อหาและตรวจสอบความ ชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมของระยะเวลาที่ดำเนินการกิจกรรมแต่ละครั้ง รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่ อาจเกิดขึ้นขณะทำการทดลองโปรแกรม มาปรับปรุงแก้ไข เพื่อเป็นการปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมให้มีความ สมบูรณ์และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ก่อนนำไปดำเนินการทดลองในการวิจัย ผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการทดลองใช้โปรแกรมฯ มีความพึงพอใจมากในการจัดกิจกรรมร้อยละ 95 และมีคะแนน เฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง 7.84 คะแนน หลังการทดลอง 11.50 คะแนน ทักษะคิดก่อนทดลอง 21.56 คะแนน หลังการทดลอง 38.54 คะแนน การปฏิบัติตัวก่อนทดลอง 20.2 คะแนน หลังทดลอง 41.8 คะแนน โดยโปรแกรมฯ สามารถเพิ่มระดับ ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติตัว และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ $P < 0.05$

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยหาค่าความเที่ยงโดยนำแบบประเมินความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปาก มดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ที่ปรับปรุงแก้ไขสมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำมาทดลองใช้ประเมิน กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ประเมิน ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของแบบสอบถามดังนี้

1. แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .923

2. แบบประเมินทักษะคิดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .977

3. การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .929

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยวิธีแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi- Square Test และ Fisher's Exact Test

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังจากผ่านพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เลขที่ใบรับรอง EC 022/2022 ลงวันที่ 14 กันยายน 2565 การทำวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมสากลและตามคำประกาศเฮลซิงกิ ดังนี้

1. การเคารพสิทธิของอาสาสมัคร ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมโครงการ ข้อดี ข้อเสีย และประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form) มีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีข้อผูกมัดใด ๆ กับทางโครงการ สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่ออาสาสมัคร

2. ประโยชน์ที่จะได้รับจากโครงการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการรักษาด้วยรังสีรักษา อีกทั้งการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะได้รับรังสีรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษา การจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม จนสามารถรับการรักษาได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจมีความรู้สึกที่ไม่สบายกายและจิตใจ ในกรที่ต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งหากท่านรู้สึกว่ามีผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็นอันตรายต่อท่าน สามารถแจ้งกับผู้วิจัยคือ นางเฉลิมพร ปัญญาคม โทรศัพท์ 081-2660330 หรือสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมในคน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เบอร์โทรศัพท์ 045-317136 และสามารถออกจากโครงการนี้ได้ทันทีและจะได้รับการดูแลให้คำปรึกษา ส่งต่อกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการดูแลเฉพาะทางต่อไป

3. การรักษาความลับของอาสาสมัคร (Privacy and Confidentiality) โดยในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่มี identifier ที่จะระบุถึงตัวอาสาสมัคร กล่าวคือ ผู้วิจัยจะใช้เพียงเลขรหัสของโครงการฯ และจะนำเสนอ

ข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการในลักษณะภาพรวมจะเปิดเผยเฉพาะสรุปการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในฐานข้อมูลที่มีรหัสผ่าน และเข้าถึงเฉพาะที่มิวิจัย ระยะเวลาในการเก็บเอกสารการวิจัยใช้ระยะเวลา 4 ปี และจะทำลายโดยวิธีการเผา

4. หลักความยุติธรรม (Justice) คือมีเกณฑ์การคัดเลือกและออกชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน โดยวิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มให้ได้รับโปรแกรมฯ เพื่อความเสมอภาคในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

5. อุปสรรคและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่ออาสาสมัครและความรับผิดชอบของผู้วิจัย (Challenges and risks towards participants including investigator's Responsibility) คือ อุปสรรคหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่ออาสาสมัคร เช่น คำถามบางคำถามอาจกระทบกระเทือนจิตใจอาสาสมัคร ผู้วิจัยมีวิธีป้องกันโดยจัดให้มีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยหากมีกรณีดังกล่าวเกิดขึ้น

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หน่วยงานพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยที่ระยะเวลาดำเนินการวิจัยรวม 6 สัปดาห์ ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม โดยผู้วิจัยพบกับผู้ป่วยตามวันเวลา 8.00 น. และสถานที่นัดหมาย คือ ห้องสุขศึกษา หน่วยงานพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ใช้เวลาช่วงรอตรวจคือเวลา 08.00 น. – 09.40 น. โดยให้โปรแกรมการจัดการอาการในกลุ่มทดลองแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน จำนวน 1 กลุ่ม รวมทั้งหมด 25 คน โดยดำเนินการให้ครบทั้ง 4 กิจกรรมให้เสร็จทีละกลุ่มและทำการประเมินผลการทดลองและในสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งตรงกับวันนัดตรวจของผู้ป่วย ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 45 - 60 นาที เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

กลุ่มที่ 1 เดือน เมษายน 2566 จำนวน 8 คน สัปดาห์ที่ 1 ของเดือนดำเนินการกิจกรรมที่ 1, สัปดาห์ที่ 2 ของเดือนดำเนินการ กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 - 4 ของเดือนดำเนินการกิจกรรมที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 - 6 ของเดือนดำเนินการกิจกรรมที่ 4

กลุ่มที่ 2 เดือน พฤษภาคม 2566 จำนวน 8 คน สัปดาห์ที่ 1 ของเดือนดำเนินการกิจกรรมที่ 1, สัปดาห์ที่ 2 ของเดือนดำเนินการ กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 - 4 ของเดือนดำเนินการกิจกรรมที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 - 6 ของเดือนดำเนินการกิจกรรมที่ 4

กลุ่มที่ 3 เดือน มิถุนายน 2566 จำนวน 9 คน สัปดาห์ที่ 1 ของเดือนดำเนินการกิจกรรมที่ 1, สัปดาห์ที่ 2 ของเดือนดำเนินการ กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 - 4 ของเดือนดำเนินการกิจกรรมที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 - 6 ของเดือนดำเนินการกิจกรรมที่ 4

ตารางที่ 2 กิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาหาร (กลุ่มทดลอง)

สัปดาห์ที่ / เวลา	กิจกรรม	เม.ย.66 กลุ่มที่ 1	พ.ค.66 กลุ่มที่ 2	มิ.ย.66 กลุ่มที่ 3	สถานที่
สัปดาห์ที่ 1 08.00 น. – 09.40 น.	กิจกรรมที่ 1 การตั้งเป้าหมาย การจัดการตนเอง กิจกรรม กลุ่มที่หน่วยงานรังสีรักษา ตามโปรแกรมการจัดการ ตนเอง “2G2S2B”	40 นาที	40 นาที	40 นาที	ห้องสุขศึกษา
สัปดาห์ที่ 2 08.00 น. – 09.40 น.	กิจกรรมที่ 2 การติดตาม ตนเอง ใช้สมุดจดบันทึก ติดตามและประเมินตนเอง ตามโปรแกรมการจัดการ ตนเอง “2G2S2B”	40 นาที	40 นาที	40 นาที	ห้องสุขศึกษา
สัปดาห์ที่ 3 - 4 08.00 น. – 09.40 น.	กิจกรรมที่ 3 การประเมิน ตนเอง กระตุ้นให้เกิดการ ประเมินและติดตามตนเอง โดยใช้ Application Line ช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการ กระทำพฤติกรรมรายบุคคล	40 นาที	40 นาที	40 นาที	ห้องสุขศึกษา
สัปดาห์ที่ 5 - 6 08.00 น. – 09.40 น.	กิจกรรมที่ 6 การเสริมแรง ตนเองการเสริมแรงตนเอง : ใช้ Application Line สร้าง ความมั่นใจในการปฏิบัติ พฤติกรรม ให้รางวัลตนเอง เมื่อบรรลุ เป้าหมายของ พฤติกรรม	40 นาที	40 นาที	40 นาที	ห้องสุขศึกษา

กลุ่มควบคุม

1) สัปดาห์ที่ 1 ได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประเมินความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัว โดยใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที หลังจากเก็บข้อมูลครบถ้วนจะได้รับคำแนะนำตามปกติจาก

พยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษาของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตัวระหว่างได้รับรังสีรักษา

2) สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัว หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ประชาชนผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงความเป็นมา วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีและรายละเอียดการดำเนินการวิจัย

2) ผู้วิจัยแจ้งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงแพทย์เจ้าของไข้ทราบล่วงหน้า เพื่อขอความร่วมมือให้นัดตรงตามวันที่นัดผู้ป่วยเข้ากลุ่ม ทำสัญลักษณ์ติดไว้ที่หน้าแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อเป็นการสื่อสารกับแพทย์ พยาบาลหลังพบแพทย์ รวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและทีมผู้วิจัยให้ทราบได้ว่าผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาพร้อมกันในวันปฐมนิเทศก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์

3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาในวันนัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรมฯ ประโยชน์ที่จะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิต่างๆ เช่น ไม่เปิดเผยชื่อ - สกุล เก็บเป็นความลับทุกอย่าง ข้อมูลจะนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยหากไม่สมัครใจ และสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

4) หากกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน และนัดหมายวันและเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยอาสาสมัครจะไม่ทราบว่าตนเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม และทำการวัดผลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา แบบประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา (Pre-test) และนัดกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในระยะการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

5) หลังดำเนินการตามโปรแกรมฯ ประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษา ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ระหว่างได้รับรังสีรักษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) โดยทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Two Groups Design) (อรพินทร์ ชูชม, 2552) ทำการศึกษาในช่วงระหว่างเดือน เมษายน 2566 - มิถุนายน 2566 โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษาที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 50 คน เมื่อดำเนินโครงการครบกำหนดระยะเวลา 6 สัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่ม ยังอยู่ในการศึกษาทั้งหมด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 52 และร้อยละ 60 อายุเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน คือ 51.8 ปี (SD = 6.48) และ 52.16 ปี (SD = 6.85) ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 36.0 กลุ่มควบคุมประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 28 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68 และร้อยละ 56 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 28 และร้อยละ 36 ตามลำดับ รายได้มีค่ามัธยฐานต่อเดือนใกล้เคียงกันคือ 9,000 และ 9,860 บาทต่อเดือน ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60 และ ร้อยละ 56 ตามลำดับ โรคประจำตัวที่พบได้แก่ โรคเบาหวาน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 24 และร้อยละ 28 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มเป็นโรคความดันโลหิตสูงเท่ากันร้อยละ 28 โรคไขมันในเลือดสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 20 และร้อยละ 36 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ 3 ร้อยละ 64 และร้อยละ 56 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	รวม	P-value
	(n=25)	(n=25)	(n=50)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ				0.934
30-39 ปี	2 (8.0)	2 (8.0)	4(8.0)	
40-49 ปี	8 (32.0)	6 (24.0)	14(28.0)	
50-59 ปี	13 (52.0)	15 (60.0)	28(56.0)	
60 ปีขึ้นไป	2 (8.0)	2 (8.0)	4(8.0)	
	Mean =51.8, SD = 6.48 Min = 38, Max = 64	Mean =52.16, SD = 6.85 Min =38, Max =65	Mean =51.98, SD = 6.60 Min =38, Max =65	
ศาสนา				1.000
ศาสนาพุทธ	25 (100.0)	25(100.0)	50(100.0)	
สถานภาพสมรส			0.221	
โสด	2 (8.0)	5 (20.0)	7(14.0)	
สมรส	17 (68.0)	14 (56.0)	21(62.0)	
แยกกันอยู่	3 (12.0)	3 (12.0)	6(12.0)	
หม้าย/หย่า	3 (12.0)	3 (12.0)	6(12.0)	
ระดับการศึกษา				0.944
ประถมศึกษา	9 (36.0)	7 (28.0)	16(32.0)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	6 (24.0)	7 (28.0)	13(26.0)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4 (16.0)	3 (12.0)	7(14.0)	
อนุปริญญา (ปวช./ปวส.)	3 (12.0)	4 (16.0)	7(14.0)	
ปริญญาตรี	3 (12.0)	4 (16.0)	7(14.0)	
อาชีพหลัก				0.387
รับจ้าง	7 (28.0)	9 (36.0)	16(32.0)	
เกษตรกรกรรม	4 (16.0)	6 (24.0)	10(20.0)	
พนักงานบริษัทเอกชน	5 (20.0)	2 (8.0)	7(14.0)	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	รวม	P-value
	(n=25)	(n=25)	(n=50)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ข้าราชการ	2 (8.0)	3 (12.0)	5(10.0)	
ว่างงาน	4 (16.0)	5 (20.0)	9(18.0)	
ค้าขาย	3 (12.0)	0	3(6.0)	
รายได้ต่อเดือน				0.524
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	9 (36.0)	12 (48.0)	21(42.0)	
5,001-10,000 บาท	11 (44.0)	6 (24.0)	17(34.0)	
10,001-15000 บาท	2 (8.0)	3 (12.0)	5(10.0)	
ตั้งแต่ 15001 บาทขึ้นไป	3 (12.0)	4 (16.0)	7(14.0)	
	Median=9000	Median = 9,860	Median = 9,430	
	Min =3,000	Min = 3,400	Min = 3,000	
	Max = 30,000	Max = 32,000	Max = 32,000	
โรคประจำตัว				0.774
ไม่มีโรคประจำตัว	10 (40.0)	11 (44.0)	21(42.0)	
มีโรคประจำตัว	15 (60.0)	14 (56.0)	29(58.0)	
โรคเบาหวาน	6(24.0)	7(28.0)	13(26.0)	
โรคความดันโลหิตสูง	7(28.0)	7(28.0)	14(28.0)	
โรคไขมันในเลือดสูง	5(20.0)	9(36.0)	14(28.0)	
ระยะของโรค				0.564
ระยะที่ 2	9(36.0)	11 (44.0)	20(40.0)	
ระยะที่ 3	16 (64.0)	14 (56.0)	30(60.0)	

4.1 ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

4.1.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

4.1.1.1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ จำแนกตามระดับความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 4

กลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนความรู้ และจำแนกตามระดับความรู้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 84.0 รองลงมาความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 16.0

กลุ่มควบคุม พบว่ามีคะแนนความรู้ และจำแนกตามระดับความรู้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 84.0 รองลงมาความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 16.0

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความรู้ จำแนกตามระดับความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)

ความรู้	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ความรู้ระดับต่ำ	4	16.0	4	16.0
ความรู้ระดับปานกลาง	21	84.0	21	84.0
ความรู้ระดับสูง	0	0	0	0

4.1.1.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 5

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.56 (S.D. = 0.35) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.44 (S.D. = 0.32) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)

ความรู้	n	\bar{x}	SD	t	P-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	25	7.56	0.35		
กลุ่มควบคุม	25	7.44	0.32	-0.25	0.80

4.1.1.3 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ จำแนกตามระดับทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 6

กลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนทัศนคติและจำแนกตามระดับทัศนคติ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับต่ำ ร้อยละ 64.0 รองลงมามีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 32.0

กลุ่มควบคุม พบว่ามีคะแนนทัศนคติ และจำแนกตามระดับทัศนคติ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับต่ำ ร้อยละ 60.0 รองลงมามีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 36.0

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ จำแนกตามระดับทัศนคติ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)

ทัศนคติ	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ทัศนคติระดับต่ำ	16	64.0	15	60.0
ทัศนคติระดับปานกลาง	8	32.0	9	36.0
ทัศนคติระดับสูง	1	4.0	1	4.0

4.1.1.4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 7

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ทัศนคติกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.44 (S.D. = 1.29) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.16 (S.D. = 1.34) พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)

ทัศนคติ	n	\bar{x}	SD	t	P-value	
ก่อนการทดลอง					0.38	0.35
กลุ่มทดลอง	25	22.44	1.29			
กลุ่มควบคุม	25	23.16	1.34			

4.1.1.5 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว จำแนกตามระดับการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 8

กลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนการปฏิบัติ และจำแนกตามระดับการปฏิบัติ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติระดับต่ำ ร้อยละ 96.0 รองลงมามีการปฏิบัติระดับปานกลาง ร้อยละ 4.0

กลุ่มควบคุม พบว่ามีคะแนนการปฏิบัติ และจำแนกตามระดับการปฏิบัติ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติระดับต่ำ ร้อยละ 96.0 รองลงมา มีการปฏิบัติระดับปานกลาง ร้อยละ 4.0

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ จำแนกตามระดับการปฏิบัติ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)

การปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	(n=25)		(n=25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ความรู้ระดับต่ำ	24	96.0	24	96.0
ความรู้ระดับปานกลาง	1	4.0	1	4.0
ความรู้ระดับสูง	0	0	0	0

4.1.1.6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 9

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.08 (S.D. = 0.65) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.56 (S.D. = 0.59) พบว่าคะแนนการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)

การปฏิบัติ	n	\bar{x}	SD	t	P-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	25	19.08	0.65		
กลุ่มควบคุม	25	18.56	0.59	-0.58	0.55

4.1.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

4.1.2.1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ จำแนกตามระดับความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 10

กลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนความรู้ และจำแนกตามระดับความรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.0 รองลงมา มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 44.0

กลุ่มควบคุม พบว่ามีคะแนนความรู้ และจำแนกตามระดับความรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 96.0 รองลงมา มีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 4.0

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ยความรู้ จำแนกตามระดับความรู้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)

ความรู้	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หลังการทดลอง				
ความรู้ระดับต่ำ	0	0	1	4.0
ความรู้ระดับปานกลาง	14	56.0	24	96.0
ความรู้ระดับสูง	11	44.0	0	0

4.1.2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 11

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.04 (S.D. = 0.42) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.80 (S.D. = 0.26) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)

ความรู้	n	\bar{x}	SD	t	P-value	
หลังการทดลอง					-6.50	<0.001
กลุ่มทดลอง	25	11.04	0.42			
กลุ่มควบคุม	25	7.80	0.26			

4.1.2.3 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ จำแนกตามระดับทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 12

กลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนทัศนคติ และจำแนกตามระดับทัศนคติ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 รองลงมา มีทัศนคติระดับสูง ร้อยละ 10.0

กลุ่มควบคุม พบว่ามีคะแนนทัศนคติ และจำแนกตามระดับทัศนคติ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับปานกลางร้อยละ 52.0 รองลงมา มีทัศนคติระดับต่ำ ร้อยละ 44.0

ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ จำแนกตามระดับทัศนคติ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)

ทัศนคติ	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หลังการทดลอง				
ทัศนคติระดับต่ำ	0	0	11	44.0
ทัศนคติระดับปานกลาง	15	60.0	13	52.0
ทัศนคติระดับสูง	10	40.0	1	4.0

4.1.2.4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 13

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ทัศนคติกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.52 (S.D. = 1.13) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.60 (S.D. = 1.31) พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)

ทัศนคติ	n	\bar{x}	SD	t	P-value	
ก่อนการทดลอง					-8.04	<0.001
กลุ่มทดลอง	25	37.52	1.13			
กลุ่มควบคุม	25	23.60	1.31			

4.1.2.5 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว จำแนกตามระดับการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 14

กลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนการปฏิบัติ และจำแนกตามระดับการปฏิบัติ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติระดับสูง ร้อยละ 88.0 รองลงมา มีการปฏิบัติระดับปานกลาง ร้อยละ 12.0

กลุ่มควบคุม พบว่ามีคะแนนการปฏิบัติ และจำแนกตามระดับการปฏิบัติ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติระดับต่ำ ร้อยละ 88.0 รองลงมา มีการปฏิบัติระดับปานกลาง ร้อยละ 12.0

ตารางที่ 14 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ จำแนกตามระดับการปฏิบัติ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)

การปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หลังการทดลอง				
ความรู้ระดับต่ำ	0	0	22	88.0
ความรู้ระดับปานกลาง	3	12.0	3	12.0
ความรู้ระดับสูง	22	88.0	0	0

4.1.2.6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 15

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.2 (S.D. = 0.61) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.6 (S.D. = 0.50) พบว่าคะแนนการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 50)

การปฏิบัติ	n	\bar{X}	SD	t	P-value	
หลังการทดลอง					-25.16	<0.001
กลุ่มทดลอง	25	40.2	0.61			
กลุ่มควบคุม	25	18.6	0.50			

4.2 ผลการศึกษาการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

4.2.1 สมมติฐานข้อที่ 1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.28, p < .001, t = -9.06, p < .001$ และ $t = -26.51, p < .05$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรม ฯ (n = 25)

ตัวแปรที่ศึกษา	\bar{x}	SD	Mean Difference	t-test	95%CI	P-value
ความรู้						
ก่อนเข้าโปรแกรม	7.56	0.35	3.48	-9.28	6.83-11.91	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	11.04	0.42				
ทักษะคิด						
ก่อนเข้าโปรแกรม	22.44	1.29	15.08	-9.06	19.76-39.86	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	37.52	1.13				
การปฏิบัติตัว						
ก่อนเข้าโปรแกรม	19.08	0.65	21.12	-26.51	17.73-41.46	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	40.20	0.61				

4.2.2 สมมติฐานข้อที่ 2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -6.50, p <0.001, t = -8.04, p < .001 และ -25.16, p < .001) ตามลำดับ ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ (N = 50)

ตัวแปรที่ศึกษา	\bar{x}	SD	Mean Difference	t-test	95%CI	P-value
ความรู้						
กลุ่มทดลอง	11.04	0.42	3.24	-6.50	8.74-10.09	<0.001
กลุ่มควบคุม	7.80	0.26				
ทักษะคิด						
กลุ่มทดลอง	37.52	1.13	13.92	-8.04	27.92-33.19	<0.001
กลุ่มควบคุม	23.60	1.31				
การปฏิบัติ						
กลุ่มทดลอง	40.2	0.61	21.6	-25.16	26.18-32.61	<0.001
กลุ่มควบคุม	18.6	0.60				

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผล

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ระหว่างได้รับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยแบ่งกลุ่มที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง โดยมีแบบแผนการวิจัยเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (two-group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อยู่ระหว่างได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในระหว่าง เมษายน 2566 - มิถุนายน 2566 จำนวน 50 ราย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดและสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อเข้ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน และคัดกรองคุณสมบัติคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 และได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา 2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์ สื่อสารโดยการพูด ฟังและเข้าใจในภาษาไทยได้ดี 3) ไม่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่โปรแกรมกำหนดและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับรังสีรักษา ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รักษาด้วยรังสีรักษา ประกอบด้วย คู่มือการจัดการอาการเพื่อการดูแลตนเองระหว่างการได้รับรังสีรักษา แบบบันทึกและติดตาม เครื่องมือทุกชิ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ เท่ากับ 0.85 และ 0.84 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 10 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการทดลองใช้โปรแกรมฯ มีความพึงพอใจมากในการจัดกิจกรรมร้อยละ 95 และมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง 7.84 คะแนน หลังการทดลอง 11.50 คะแนน ทักษะก่อนทดลอง 21.56 คะแนน หลังการทดลอง 38.54 คะแนน การปฏิบัติตัวก่อนทดลอง 20.2 คะแนน

หลังทดลอง 41.8 คะแนน โดยโปรแกรมฯ สามารถเพิ่มระดับ ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัว และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองด้วยตนเอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ครั้งละ 45-60 นาที โดยเนื้อหาโปรแกรมครอบคลุมอาการและการจัดการอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างได้รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกรานตามโปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B” ได้แก่ G : General Care หมายถึง การดูแลทั่วไป เพื่อส่งเสริมสุขภาพในระหว่างการได้รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน G : Gastrointestinal Care หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร S : Skin Care หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผิวหนัง S : Sexual care หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบสืบพันธุ์ B : Bladder Care หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกระเพาะปัสสาวะ B : Bliss Care หมายถึง การจัดการตนเองในด้านอารมณ์เพื่อความผาสุก โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก บาย (Kanfer, F.H., & Gaelick, L., 1986) ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง 2) การติดตามตนเอง 3) การประเมินตนเอง 4) การเสริมแรงตนเอง

ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษาที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 50 คน เมื่อดำเนินโครงการครบกำหนดระยะเวลา 6 สัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่ม ยังอยู่ในการศึกษาทั้งหมด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 52 และร้อยละ 60 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน คือ 51.8 ปี (SD = 6.48) และ 52.16 ปี (SD = 6.85) ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 36.0 กลุ่มควบคุมประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 28 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68 และร้อยละ 56 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 28 และร้อยละ 36 ตามลำดับ รายได้มีค่ามัธยฐานต่อเดือนใกล้เคียงกันคือ 9,000 และ 9,860 บาทต่อเดือน ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60 และ ร้อยละ 56 ตามลำดับ โรคประจำตัวที่พบได้แก่โรคเบาหวาน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 24 และร้อยละ 28 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มเป็นโรคความดันโลหิตสูงเท่ากัน ร้อยละ 28 โรคไขมันในเลือดสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 20 และร้อยละ 36 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ 3 ร้อยละ 64 และร้อยละ 56 ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.0 รองลงมา มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 16

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.56 (S.D. = 0.35) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.44 (S.D. = 0.32) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีทัศนคติต่ำ ร้อยละ 64 รองลงมาคือมีทัศนคติปานกลางร้อยละ 32 ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่ำ ร้อยละ 60 รองลงมาคือมีทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 36

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.44 (S.D. = 1.29) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.16 (S.D. = 1.34) พบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวระดับต่ำ ร้อยละ 96.0 รองลงมา มีการปฏิบัติระดับปานกลาง ร้อยละ 4.0

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.08 (S.D. = 0.65) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.56 (S.D. = 0.59) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

สรุปผลการทดลองตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

1) ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัว สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.28, p < .001, t = -9.06, p < .001$ และ $t = -26.51, p < .05$) ตามลำดับ

2) ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัว สูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.50, p < 0.001, t = -8.04, p < .001$ และ $-25.16, p < .001$) ตามลำดับ

โดยสรุป จากการสรุปผลการวิจัยตามสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการอาการสามารถสร้างเสริม ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.2.1 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 51.98 ปี สอดคล้องกับรายงานอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยที่พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก สูงสุดในช่วงอายุ 50-65 ปี (J. Rojanamatin et al. 2021) และสถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีที่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี (งานทะเบียน

มะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี, 2563) เนื่องจากสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นผลจากเซลล์เยื่อบุผิวช่องคลอดลดลงและบางลง ความยืดหยุ่นลดลงทำให้เกิดการระคายเคืองและเกิดแผลได้ง่าย (Pritsanapanurungsie P et al., 2000) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ 3 โดยเป็นอาสาสมัครกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25

5.2.2 ผลการศึกษาการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า

สมมติฐานข้อที่ 1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายถึงกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ได้ว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษามีการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา มีการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองที่ดีขึ้น และเหมาะสมกับบริบทด้านสุขภาพและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ซึ่งเป็นผลจากการจัดโปรแกรมที่เหมาะสม เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B” ผ่านการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยมีการศึกษาสถานการณ์ของอาการที่พบบ่อย และการจัดการอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาและนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสม อีกทั้งยังพัฒนาตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวคิดที่สามารถส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และกาลิก บาย (Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1986) ซึ่งประกอบไปด้วยกระบวนการในการปรับพฤติกรรม คือ การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) เป็นผลจากการดำเนินกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้มีกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเอง ค้นหาแนวทางที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็นกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้สิ่งสำคัญในการควบคุมโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง นำไปสู่การที่ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถรับรังสีรักษาได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ อีกทั้งแนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และกาลิก บาย ยังส่งผลในการปฏิบัติตัวในการจัดการอาการด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

การวิจัยครั้งนี้มีการให้ความรู้ในรูปแบบของการสอนแบบกลุ่ม กลุ่มละ 8-9 คน เป็นการนำผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพเหมือนกันมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน โดยมีเป้าหมายร่วมกันในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน โดยมีเป้าหมายร่วมกันในการแลกเปลี่ยนปัญหาและให้ความเข้าใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้การปฏิบัติตัวที่มีประสิทธิภาพจากสมาชิกอื่นในกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ สำหรับการให้ความรู้ดังกล่าว โดยได้ใช้สื่อในการให้ความรู้ ได้แก่ คู่มือการจัดการอาการเพื่อการดูแลตนเองระหว่างการได้รับ

รังสีรักษา แบบบันทึกและติดตาม ที่มีความชัดเจนโดยเน้นการใช้ภาพประกอบการบรรยาย มากกว่าตัวหนังสือ เพื่อให้สามารถเข้าใจเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้นและจดจำได้ง่ายมากยิ่งขึ้น

รวมถึงโปรแกรมการจัดการตนเองมีการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ และฝึกทักษะและใช้กลวิธีการกำกับตนเองเกี่ยวกับการจัดการอาการระหว่างได้รับรังสีรักษา ซึ่งโปรแกรมการจัดการอาการที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการจัดการอาการในระหว่างที่ได้รับรังสีรักษาดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 15-16) สอดคล้องกับการศึกษาของ สวณีย์ บำรุงสุข (2013) ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเอง พัฒนามาจากแนวคิดของ เครียร์ (Creer, 2000) ที่มุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและรับรู้ถึงหลักในการจัดการตนเองเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ส่งผลให้มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการหรือผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีขึ้น นำไปสู่ความผาสุกที่มากขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา สามีและคณะ (2018) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนฟอร์ดและกาลิค-บาย ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรไฟว์-ฟลูออโรยูราซิล ร่วมกับลิโวโคไวลิน โดยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และมีการลงบันทึกติดตามพฤติกรรมตนเองส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ เข้าใจ และสังเกตพฤติกรรมตนเองว่าเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม และมีการเสริมแรงตนเองโดยระบบการกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์และไลน์แอปพลิเคชัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในตนเองและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีต่อไปได้

สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนจากการประเมินด้วยแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา สูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีข้อจำกัดในการให้ข้อมูล เช่น สถานที่ไม่มีความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยรอรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่มีสมาธิในการรับฟังคำแนะนำ อีกทั้งพยาบาลที่ให้บริการยังทำงานภายใต้ข้อจำกัดของเวลาที่เร่งรีบ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำและเข้าใจข้อมูลต่างๆ ได้ทั้งหมด และการให้ข้อมูลของพยาบาลยังขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน การให้ข้อมูลที่ขาดแบบแผน ไม่ครอบคลุมทุก

ประเด็นที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ จันทรจิรา เกื้อกาญจน์และคณะ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาซึ่งโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย กิจกรรม 5 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย 2) การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง 3) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค 4) การติดตาม ประเมินผลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการตนเองให้เหมาะสม และ 5) การติดตามกระตุ้นการปฏิบัติ กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการ 5 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนความ เหนื่อยล้าที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่าโปรแกรมการจัดการอาการที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีคุณภาพ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการจัดการกับอาการที่ดีขึ้น และยังส่งผลให้การ ปฏิบัติตัวในระหว่างการได้รับรังสีรักษาดีขึ้นในการจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาสามารถเข้ารับการรักษาได้ครบ ต่อเนื่องตามแผนการรักษาได้

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ โปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B” สามารถทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปาก มดลูกที่ได้รับรังสีรักษามีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในด้านการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยมี ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

5.3.1.1 ควรนำโปรแกรมโปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B” นำไปเป็นส่วนหนึ่งของการ ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ให้ครอบคลุมรวมถึงขยาย ผลการใช้โปรแกรมไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

5.3.1.2 ควรนำแนวคิดการจัดโปรแกรมการจัดการตนเอง มาใช้ในการพัฒนาและจัดโปรแกรมกับ ผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวในด้านการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ระหว่างได้รับรังสีรักษาได้ รวมถึงสามารถรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมตามแผนการรักษาของแพทย์ได้

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในครั้งต่อไป

5.3.2.1 ควรมีการศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ในระยะยาวขึ้น เช่น 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อเป็นการติดตามผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาใน ระยะยาวเนื่องจากในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจพบภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาวได้

5.3.2.2 ควรนำแนวคิดของแคนเฟอร์และกาลิค บาย ไปพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองใน ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับการรักษาประเภทอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหา รวมถึงจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษาที่ได้รับ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา สามีใจ, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาลและ เบญญพร บรรณสาร. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*. 21(2), 42-56
- กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุลและสุนีย์ ละกำป็น. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*. 25(2), 87-103
- จันทร์จิรา เกื้อกาญจน์, แสงอรุณ อิศระมาลัยและขวัญตา บาลทิพย์. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. *The Journal of Thailand and Midwifery Nursing Council*, 20-32.
- จूरีย์ เพชรน้ำแหลม, กิตติกร นิลมานันตรและจารุวรรณ มานะสุรการ. (2556). ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับ. *บทความวิจัยนำเสนอในการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 4 วันที่ 10 พฤษภาคม 2556. [ค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2566]. จาก www.hu.ac.th/conference2013/Proceedings2013/pdf/...J728_161-169.pdf. 2556*
- ณัฐฐา เจียรนิลกุลชัย และสายหยุด เถลัดดา. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งสมองทุติยภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 36(4), 209-222
- ทรงศนี นครชัยและนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 44(1), 26-37
- ธีระ ทองสง, ตุพล ศรีสมบุญ, ชีระพร วุฒยวนิช, ประภาพร สู้ประเสริฐ และसानพิน พงพชา.(2551). *นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด)*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พี พี พ่อเรน บุ๊คส์เซนเตอร์.
- ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. (2565). *อาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2022) *ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก*. (รศ.นพ.จตุพล ศรีสมบุญ). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : www.rtcog.or.th. [08 มี.ค. 2023].
- วิชา เห็นแก้ว, เบญจมาศ ถาดแสง, มณี กิติศรีและฉัตรชัย ไวยะกา.(2560). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร* 44, ฉบับพิเศษ (2) (ธ.ค. 2560), 60-70

- วันทกานต์ ราชวงศ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, สุวิมล กิมปี และนันทกานต์ เอี่ยมวานานนทชัย. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด. *วารสารสภาการพยาบาล*. 28 มกราคมมีนาคม: 34-48.
- ศุภกร หวานกระโทก, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำและบัวหลวง สำแดงฤทธิ. (2557). แบบแผนอาการเหนื่อยล้า การจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. ;32:50-8.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก*: [Internet]. 2023 [cited Sep 27 2023]. Available from : http://www.nci.go.th/th/cpg_index.html.
- สันต์ธีร์ ดิยะระและฉลอง ชีวะเกรียงไกร. (2016). *The Role of radiation therapy in Gynecologic cancer*. Retrieved from <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/4949>.
- สำนักอนามัยเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม: แนวทางการปฏิบัติที่สำคัญ (Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice)*. (ม.ป.พ.)
- สวนีย์ บำรุงสุข, ชดช้อย วัฒนะและ ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2013). ผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. *พยาบาลสาร*. 40(1), 49-61
- หน่วยทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี (Hospital-based cancer Registry 2564). (2565).อุบลราชธานี: โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี : [Internet]. 2023 [cited Sep 27 2023]. Available from : <http://uboncancer.go.th/ubcc2016v2/filefordownload/hosbase64.pdf>.
- อารีย์ เสนีย์. (2557). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก* ,15(2),129-134.
- อรพินทร์ ชูชม. (2552). การวิจัยกึ่งทดลอง. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*,15(1):1-15.
- อรุณ จิรวัดน์กุล (2553). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่2./กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์.
- Adams, K, Greiner, A. C., & Corrigan, J. M. (2004). *Report of a summit, the 1st annual crossing the quality chasm summit: A focus on communitie*. Washington, CD: National Academies.
- American Cancer Society. (2016). What Is Cervical Cancer. Retrieved from <http://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about/what-is-cervical-cancer.html>.

- Arrossi, S., Matos, E., Zengarini, N., Roth, B., Sankaranayananan, R., & Parkin, M. (2007). The socio-economic impact of cervical cancer on patients and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance. Results from a cross-sectional study. *Gynecologic oncology*, 105(2), 335–340. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2006.12.010>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187.
- Bartholomew, L. K., Czyzewski, D. I., Parcel, G. S., Swank, P. R., Sockrider, M. M., Mariotto, M. J., . . . Seilheimer, D. K. (1997). Self-management of cystic fibrosis Short-term outcomes of the cystic fibrosis family education program. *Health Education & Behavior*, 24(5), 652-666.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Swank, P. R., & Czyzewski, D. I. (1993). Measuring self-efficacy expectations for the self-management of cystic fibrosis. *Chest*, 103(5), 1524-1530.
- Berrington de Gonzalez A, Green J. (2007). International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. *Int J Cancer* 2007; 120:885.
- Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, et al. *FIGO Cancer Report 2018. Cancer of the cervix uteri. Int J Gynecol Obstet* 2018;143(Suppl): 22-36. Copyright 2018, with permission from International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- Bhatla N, Berek JS, Cuello Fredes M, Denny LA, Grenman S, Karunaratne K, et al. (2019). Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;145(1): 129-35.
- Brand AH, Bull CA, Cakir B. (2006). Vaginal stenosis in patients treated with radiotherapy for carcinoma of the cervix. (2006). *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16(1):288-93.
- Brown, D., Lewis, L. C., & Axiak, A. (2000). Use of radiation in gynecologic and breast malignancies. In G. J. Moore-Higgs, L. A. Almadrones, B. Colvin-Huff, L.M. Gossfeld, & J.H. Eriksson (Eds.). *Woman and cancer: A gynecologic oncology*.
- Browder, D. M., & Shapiro, E. S. (1985). Applications of self-management to individuals with severe handicaps: A review. *Journal for the Association for Persons with Severe Handicaps*, 10(4), 200-208.

- Bray FN, Simmons BJ, Wolfson AH, Nouri K. (2016). *Acute and chronic cutaneous reaction to ionizing radiation therapy*. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2016;6(20):185-206.
- Castellsague, X., Bosch, F. X., Munoz, N., Meijer, C. J. L. M., Shah, K. V., de Sanjose, S., (2002). *Male Circumcision, Penile Human Papillomavirus Infection, and Cervical Cancer in Female Partners*. (Vol. 346, pp. 1105-1112).
- Creer, L.T. (2000). *Self-management of chronic illness: Handbook of self-regulation*. California: Academic
- Creer, T. L., & Holroyd, K. A. (1997). Self-management. In A. Baum C., McManus S., Newman J. Weinman, & R. West (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health, and behavior* (pp. 255-258). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*, 33(5), 668-676.
- Do NL, Nagle D, Poylin VY. (2011). *Radiation proctitis: current strategies in management*. *Gastroenterol Res Pract*. 2011;2011:917941.
- Fang, P., Tan, K. S., Grover, S., McFadien, M. K., Troxel, A. B., & Lin, L. (2015). Psychosocial encounters correlates with higher patient-reported functional quality of life in gynecological cancer patients receiving radiotherapy. *Radiation oncology*, 10(1), 1-8.
- Glover D, Harmer V.(2014). *Radiotherapy-induced skin reaction: assessment and management*. *Br J Nurse*, 23(4): s28, s30-5.
- Gondi V, Bentzen SM, Sklenar KL, Dunn EF, Petereit DG, Tannehill Sp, et al. (2012). Severe late toxicities following concomitant chemoradiotherapy compared to radiotherapy alone in cervical cancer: an inter-era analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2012;84(4):973-82.
- Grodsky MB, Sidani SM. (2015). *Radiation proctopathy*. *Clin Colon Rectal Surg*. 2015;28(2): 103-11.
- Hernandez, B. Y., Shvetsov, Y. B., Goodman, M. T., Wilkens, L. R., Thompson, P., Zhu, X., et al. (2008). Reduced clearance of penile human papillomavirus infection in uncircumcised men. *J Infect Dis*, 201(9), 1340-1343.

- Herzog, T. J., & Wright, J. D. (2007). The impact of cervical cancer on quality of life—the components and means for management. *Gynecologic oncology*, 107(3), 572-577.
- Horan N, Cooper JS. (2022). *Radiation Cystitis And Hyperbaric Management*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright 2022, StatPearls Publishing LLC; 2022.
- International Gynecologic Cancer SocietyCervical. (2023). Cervical Cancer. https://igcs.org/Cervical/?gclid=CjwKCAjw4P6oBhBsEiwAKYVvkq120a4fn0jMxGBlnLVlhwi-1Kp6xlWAIPFMK5p6OEg8A8Scho0GTfxoC2D0QAvD_BwE . (Accessed on January 30, 2023).
- J. Rojanamatin, W. Ukranun, P. Supaattagorn, I. Chiawiriyabunya, M. Wongsena, A. Chaiwerawattana, P. Laowahutanont, I. Chitapanarux, P. Vatanasapt, S. L. Greater, S. Sangrajrang, R. Buasom, et al. (2023). *Cancer in Thailand X, 2016-2018*. Bangkok. [Internet]. 2023 [cited Sep 27 2023]. Available from:https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Selfmanagement methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds), *Self-management methods in helping people changes: A textbook of methods* (4th ed., pp.305-360.). New York: Pergamon.
- Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1988). Self-management methods. Ihelping people change. *In Kanfer F.H. & Goldstein A.P. (Eds.)*, (pp.283-238). New York: Pergamon.
- Kirwan, J. M., Symonds, P., Green, J. A., Tierney, J., Collingwood, M., & Williams, C. J. (2003). A systematic review of acute and late toxicity of concomitant chemoradiation for cervical cancer. *Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology*, 68(3), 217–226. [https://doi.org/10.1016/s0167-8140\(03\)00197-x](https://doi.org/10.1016/s0167-8140(03)00197-x)
- Kjaer SK, Frederiksen K, Munk C, Iftner T. (2010). Long - term absolute risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse following human papillomavirus infection: *role of persistence*. *J Natl Cancer Inst* 2010 ;102:1478-1488.
- Klastersky J, de Naurois J, Rolston K, Rapoport B, Maschemeyer G, Aapro M, et al. (2016). Management of febrile neutropaenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2016; 27(suppl 5):v111-v8
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a Self-Management Program on Patients with Chronic Disease. *Effective Clinical Practice*, 4, 256-262.

- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Patients as partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *British Medical Journal*, 320(7234), 526-527.
- McQuestion M. (2011). Evidence - Based Skin Care Management in Radiation Therapy: Clinical update. *Seminars in oncology Nursing*, 27(2):e1-e17.
- Moncz, N., Bosch, F. X., de Sanjose, S., Vergara, A., del Moral, A.,& Munoz, M.T. (1993). *Risk factors for cervical intraepithelial neoplasia grade III/carcinoma in situ in Spain and Colombia*. (Vol. 2, pp. 423-431).
- National Comprehensive Cancer Network. (2019). *Cervical Cancer, Version 3.2019*, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology . Retrieved January 12, 2023, from [https://jncn.org/configurable/content/journals\\$002fjncn\\$002f17\\$002f1\\$002farticle-p64.xml?t:ac=journals%24002fjncn%24002f17%24002f1%24002farticle-](https://jncn.org/configurable/content/journals$002fjncn$002f17$002f1$002farticle-p64.xml?t:ac=journals%24002fjncn%24002f17%24002f1%24002farticle-).
- Otto, S.E. (2001). *Gynecologic Cancer*. In E. O. Shirley (Ed.), *Oncology Nursing* (pp. 248-284). St. Louis: Mosby.
- Pascoe C, Duncan C, Lamb BW, Davis NF, Lynch TH, Murphy DG, et al. (2019). *Current management of radiation cystitis: a review and practical guide to clinical management*. *BJU Int*. 2019;123(4):585-94.
- Patel S, Liyanage SH, Sahdev A, et al. (2010). *Imaging of endometrial and cervical cancer*. *Insights Imaging* 2010;1:309-328.
- Portelance L, Chao KS, Grigsby PW, Bennet H, Low D. (2001). Intensity-modulated radiation therapy (IMRT) reduces small bowel, rectum, and bladder doses in patients with cervical cancer receiving pelvic and para-aortic irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001;51(1):261-6.
- Pritsanapanurungsie, P. (2000). *Pattern of fatigue, related factors, and self-care action among breast cancer patients receiving chemotherapy* (Unpublished master's thesis), Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Polit&Beck. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* .7 th Edition. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Potter R, Tanderup K, Kirisits C, de Leeuw A, Kirchheiner K, Nout R, et al. (2018).The EMBRACE II study: The outcome and prospect of two decades of evolution within the GEC-ESTRO GYN working group and the EMBRACE studies. *Clin Transl Radiat Oncol*. 2018;9:48-60.
- Redman, B. K. (2004). *Patient self-management of chronic disease: The health careprovider's challenge*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.

- Rodriguez AC, Schiffman M, Herrero R, et al. *Longitudinal study of human papillomavirus persistence and cervical intraepithelial neoplasia grade 2/3: critical role of duration of infection.* J Natl Cancer Inst 2010;102:315-324.
- Roszak A, Warenczak-Florczak Z, Bratos K, Milecki P. (2012). Incidence of radiation toxicity in cervical cancer and endometrial cancer patients treated with radiotherapy alone versus adjuvant radiotherapy. *Rep Pract Oncol Radiother.* 2012;17(6):332-8.
- Rubinsak LA, Kang L, Fields EC, Carter JS, McGuire WP, Temkin SM. (2018). Treatment -Related Radiation Toxicity Among Cervical Cancer Patients. *International Journal of Gynecologic* 2018; 28(7):1387-93.
- Saibishkumar, E. P., Patel, F. D., & Sharma, S. C. (2006). Evaluation of late toxicities of patients with carcinoma of the cervix treated with radical radiotherapy: An audit from India. *Clinical Oncology*, 18(1), 30-37.
- Sarin A, Safar B. (2013). *Management of radiation proctitis.* Gastroenterol Clin North Am. 2013;42(4):913-25.
- Siegel CL, Andreotti RF, Cardenas HR, et al. (2012). ACR Appropriateness Criteria(R) pretreatment planning of invasive cancer of the cervix. *J Am Coll Radiol* 2012;9:395-402.
- Szarewski, A., & Cuzick, J. (1998). Smoking and cervical neoplasia: a review of the evidence. *Journal of Epidemiological Biostatistics.* 3: 229–256.
- Teparux, S. (1992). Comparative study the effectiveness of two methods in promotion Of self-care on self-care deficit and radiation side-effects among cervical cancer patients. *Master's Thesis, Master of Science (Nursing)*, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Tobin, D. L., Reynolds, R. V. C., Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). Self-management and social learning theory. In K. A Holroyd, & T. L. Creer,(Eds.), *Self-management of chronic disease: Handbook of clinical intervention and research* (pp. 5-55). New York: Academic Press.
- Viswanathan, A. N., Lee, L. J., Eswara, J. R., Horowitz, N. S., Konstantinopoulos, P. A., Mirabeau-Beale, K. L., ... & Wo, J. Y. (2014). *Complications of pelvic radiation in patients treated for gynecologic malignancies.* *Cancer*, 120 (24), 3870-3883.

- Wattanakittisak, S. (1992). Comparative study the effectiveness of two methods in promotion of self-care on the quality of life and vulnerability in cervical cancer patients receiving radiotherapy. Master's Thesis, *Master of Science (Nursing)*, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Wei J, Meng L, Hou X, Qu C, Wang B, Xin Y, et al. (2019). Radiation-induced skin reaction; mechanism and treatment *Cancer Manag Res.* 2019; 11: 167-77.
- WHO/ICO Information Center of HPV and Cervical Cancer (HPV Information Center). (2010). *Human Papillomavirus and Related Cancers in the World*. Summary Report 2010. <http://www.who.int/hpvcentre/en/> (Accessed on September 19, 2011).
- Wichian Ketsing. (1987). *Creating and Analyzing Research Instruments*. Bangkok: Thaiwatanapanit Publishers.
- World Health Organization. (2016). *Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer*. [Internet]. 2023 [cited Sep 27 2023]. Available from : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>
- World Health Organization. (2022). *Cervical cancer*. [Internet]. 2023 [cited Sep 22 2023]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.
- Wright TC, Ferenczy A, Kurman RJ. (2002). *Carcinoma and other tumors of the cervix*. In : Kurman RJ, editor. *Blaustein's pathology of the female genital tract*. 5th ed. New York : Springer – Verlag ; 2002 : 325 – 81.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารการพิจารณารับรองเชิงจริยธรรมการวิจัย

ภาคผนวก ข การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

ภาคผนวก ง เอกสารการเผยแพร่

ภาคผนวก จ ตัวอย่างภาพถ่ายประกอบในการดำเนินการวิจัย

ภาคผนวก ฉ ประวัติคณะผู้วิจัย

ภาคผนวก ก เอกสารการพิจารณารับรองเชิงจริยธรรมการวิจัย



DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES
UBONRATCHATHANI CANCER HOSPITAL

Certificate of Approval
From

Ethics Committee of Ubonratchathani Cancer Hospital, Thailand

<i>Protocol Title</i>	<i>Symptoms, symptom management, and the effectiveness of symptom management programs on knowledge, attitudes, and behavior of cervical cancer patients receiving radiotherapy Ubon Ratchathani Cancer Hospital</i>
<i>Protocol Number</i>	<i>EC 003/2023</i>
<i>Principal Investigator</i>	<i>1. Mrs.Chalermpron Panyakom 2. Mrs.Sopit Tubtimhin 3. Mrs.Chaliya Wamaloorn 4. Mrs.Vatcharapon Suttasri</i>
<i>Affiliation</i>	<i>Ubonratchathani Cancer Hospital</i>
<i>Research Site</i>	<i>Ubonratchathani Cancer Hospital</i>
<i>Document Approved</i>	<i>Research Protocol</i>
<i>Date of Approval</i>	<i>February 17, 2023</i>

The prior mentioned documents have been reviewed and approved by Ethics Committee, Ubonratchathani Cancer Hospital, Thailand, based on the Declaration of Helsinki and Good Clinical Practice

Chaliya Wamaloorn

.....
(Dr.Chaliya Wamaloorn)
Chairman, Ethics Committee

Pongsatorn

.....
(Dr.Pongsatorn Supaattakorn)
Director, Ubonratchathani Cancer Hospital

Ethics Committee of Ubonratchathani Cancer Hospital, Thailand. Tel. 045-317133 ext. 7701



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

เอกสารรับรอง

จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ชื่อโครงการ	อาการ การจัดการอาการและประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
รหัสโครงการ	EC 003/2023
ชื่อหัวหน้าโครงการ	1. นางเฉลิมพร ปัญญาคม 2. นางโสภิต ทับทิมหิน 3. นางชลียา วามะลุน 4. นางวัชรภรณ์ สุทธศรี
หน่วยงานที่สังกัด	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
เอกสารที่รับรอง	แบบเสนอโครงการวิจัย
วันที่รับรอง	17 กุมภาพันธ์ 2566

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสารดังที่ระบุไว้ข้างต้นโดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงชื่อ.....

(นางชลียา วามะลุน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ.....

(นายพงศธร ศุภอรรถกร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ภาคผนวก ข การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
ใบบินยอมด้วยความสมัครใจ

.....
โครงการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

Efficacy of a Self-Management Program on Knowledge, Attitude And Behavior of
Cervical Cancer Patients Receiving Radiotherapy

วันที่ทำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....
ก่อนที่จะลงนามในใบบินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของ
การวิจัย วิธีวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้า
พอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดย
สมัครใจ และบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่
เป็นสรุปผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย
ผู้วิจัยรับรองว่าการวิจัยนี้ไม่เกิดอันตรายหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้ามีสิทธิ์เรียกร้องความ
เสียหายดังกล่าวได้ และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือเงินชดเชยดังกล่าว ข้าพเจ้าสามารถติดต่อ
นาง เณิณพร ปัญญาคม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (รังสีรักษา) โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โทรศัพท์
045-317133 ต่อ 8601 โทร 081-2660330

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจทุกประการและได้ลงนามในใบบินยอมนี้ด้วย
ความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบบินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าจนเข้าใจดีแล้ว
และข้าพเจ้าจึงได้ลงนามในใบบินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

- ชื่อโครงการ ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
- ชื่อผู้วิจัย นาง เอลิมพร ปัญญาคม
- สถานที่วิจัย งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (รังสีรักษา) โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
- เหตุผลความจำเป็นและวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีไทย โดยมะเร็งปากมดลูกพบได้มากเป็นอันดับที่ 5 ในสตรี มีอัตราการอุบัติการณ์ 11.1 ราย ต่อแสนประชากร การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธีขึ้นอยู่กับระยะของโรค โดยการรักษาด้วยรังสีรักษานั้นเป็นแนวทางหนึ่งของการรักษาหรือควบคุมโรคเฉพาะที่ ซึ่งนับว่ารังสีรักษามีบทบาทอย่างมากในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก รังสีรักษาบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์จะพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ โดยแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ 1) ปฏิกิริยาระยะเฉียบพลัน เช่น อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน การติดเชื้อ ท้องเดิน ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ การอักเสบของผิวหนังบริเวณที่ถูกแสง เป็นต้น 2) ปฏิกิริยาในระยะเรื้อรัง เช่น การฝ่อตัวของอวัยวะที่ถูกรังสี เกิดแผลขึ้นบริเวณลำไส้ใหญ่ อาการปัสสาวะขัดและบ่อย ถ้าอาการรุนแรงขึ้นอาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะและกรวยไตอักเสบ (ascending pyelonephritis) ซึ่งอาจมีผลให้เกิดภาวะไตวายตามมาได้ นอกจากจะทำให้เกิดผลกระทบทางกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจด้วย เช่น กังวลว่าจะรักษาไม่หาย เครียด หงุดหงิด การต้องเดินทางมารักษา ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (จूरีย์ เพชรน้ำแหลมและคณะ, 2556) สำหรับด้านการจัดการอาการ พบว่าเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญอาการและหาวิธีการจัดการต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

ทั้งนี้จากปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวไปข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค-บาย มาจัดโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาสามารถจัดการตนเองระหว่างรับรังสีรักษาได้ จนสามารถรับการรักษาด้วยการฉายรังสีครบตามแผนการรักษาโดยไม่ต้องพักแสม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการรักษาและทำให้โอกาสรอดชีวิตจากโรคมะเร็งของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมถึงผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

- การดำเนินการ

หากท่านยินยอมในการเป็นอาสาสมัครของโครงการเจ้าหน้าที่โครงการจะทำการชี้แจงและอธิบายรายละเอียดของโครงการต่อท่านซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นเจ้าหน้าที่จะบอกรายละเอียดอื่น ๆ ที่ต้องมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ช่วงเวลาในการติดตามผลประมาณ 6 เดือน

- ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ

ท่านเป็นผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

- มีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 50 ราย
- ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น 6 เดือน
- เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว คณะผู้ทำวิจัยจะชี้แจงรายละเอียดของโครงการและมอบแบบสอบถามให้ท่านกรอกข้อมูลตามความจริงที่ท่านมีข้อมูล
- หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของท่านไม่ว่าในกรณีใดๆ ก็ตาม
- ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ไม่มี
- ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้ารับการวิจัยต้องรับผิดชอบ ไม่มี
- หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้วยประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยเร็วและไม่ปิดบัง
- ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาสอบถามเช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น
- ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด
- หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมในคน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เบอร์โทร. 045-317133 ต่อ 7701

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ / วันที่

(.....)

ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

โครงการวิจัย ผลประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจ “ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา” โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี” ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผน กำหนดนโยบาย และทำวิจัยต่อไป และขอให้คำมั่นว่าจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่านผู้ศึกษา ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุดและเติมคำตอบในช่องว่าง..... ตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1) อายุปี

2) น้ำหนักปัจจุบันกิโลกรัม

3) ส่วนสูงปัจจุบันเซนติเมตร

4) สถานภาพ โสด สมรส
 หม้าย/หย่า แยกกันอยู่
 อื่นๆ ระบุ.....

5) ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา มัธยมต้น
 มัธยมปลาย อนุปริญญา (ปวช./ปวส.)
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
 อื่นๆ ระบุ.....

6) อาชีพ

- เกษตรกร รับจ้าง
 ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว
 รับราชการ แม่บ้าน
 อื่น ๆ ระบุ.....

7) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนบาท

8) ประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว

- ไม่มีโรคประจำตัว
 มีโรคประจำตัว คือ
 ○ โรคความดันโลหิตสูง ○ โรคไต ○ โรคหัวใจ
 ○ โรคเบาหวาน ○ อื่นๆ ระบุ.....

10) ระยะของโรคมะเร็งเต้านม

- ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3
 ระยะที่ 4 อื่นๆ ระบุ.....

11) การรักษาที่ท่านได้รับหรือเคยได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ผ่าตัด ยาเคมีบำบัด
 รังสีรักษา(ฉายแสง) ยาต้านฮอร์โมนชนิดเม็ด
 ยาต้านฮอร์โมนชนิดฉีด อื่นๆ ระบุ.....

12) ท่านได้รับการฉายรังสีจำนวนครั้ง ปริมาณรังสี.....

13) ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาหรือไม่

- ไม่เคย
 เคย จากแหล่งไหนบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ○ แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 ○ อสม.
 ○ โปสเตอร์ เอกสารแผ่นพับ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ
 ○ จากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เฟสบุ๊ก ไลน์
 ○ อื่นๆ ระบุ.....

14) ถ้าท่านอยากได้ข้อมูลเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา ท่านจะอย่างไร

- ถามเพื่อนบ้านที่สนิทกัน
- ถาม อสม. ที่ดูแลท่านอยู่
- ถามเจ้าหน้าที่ รพสต.
- ถามพยาบาลหรือแพทย์ที่ตรวจรักษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเท่านั้น
- ถามผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ผ่านการรักษาครบแล้ว
- ค้นหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ต

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

คำชี้แจง โปรดเลือกคำตอบตามความเข้าใจของท่าน เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการเพียงช่องเดียว

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. การรักษาด้วยการฉายแสงและใส่แร่ สามารถรักษามะเร็งปากมดลูกทุกระยะ		
2. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงหรือใส่แร่ จะไม่มีประจำเดือนอีก จึงไม่ต้องคุมกำเนิด		
3. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ขณะอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยการฉายแสงหรือใส่แร่ ควรงดของแสลง เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้		
4. ผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายแสงจะเปลี่ยนเป็นสีคล้ำขึ้น ควรซื้อยาทาบริเวณนั้น		
5. ระหว่างรับการรักษาด้วยการฉายแสง จะไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ		
6. ผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายแสง ถ้าเกิดการอักเสบ บวม แดง ร้อน ควรประคบด้วยน้ำแข็ง		
7. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการฉายแสงหรือใส่แร่ ควรดื่มน้ำมากๆ เพื่อป้องกันกระเพาะปัสสาวะอักเสบ		
8. อาการปกติที่จะเกิดขึ้นได้ในขณะรักษาด้วยการฉายแสงหรือใส่แร่ คือ ปัสสาวะ อุจจาระเป็นเลือด ปวดท้องน้อยมาก คลื่นไส้ อาเจียน		
9. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกสามารถร่วมเพศได้หลังฉายแสงหรือใส่แร่ครบ 6 สัปดาห์		
10. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ระหว่างฉายแสงรังสีให้งดการทาแป้ง ครีม เครื่องสำอางใดๆ ยกเว้นเป็นยาที่แพทย์สั่ง		

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
11. งดการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างการฉายรังสี เพราะอาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย		
12. ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารควรงดการรับประทานอาหาร 2 - 3 ชั่วโมงก่อนการฉายรังสี หรือรับประทานอาหารอ่อนที่ง่ายขึ้น		
13. บริเวณที่ฉายให้น้ำสะอาดไหลผ่านได้ และให้ซับให้แห้งด้วยผ้านุ่มๆ		
14. การบริหารร่างกายที่ถูกต้อง เหมาะสมช่วยลดการบวมของขา และบริเวณเหนือหัวเข่าได้		
15. การทำจิตใจให้สบาย คิดแต่ในสิ่งดี ๆ ก่อนนอน ปรึกษาบุคคลใกล้ชิด หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด มีการผ่อนคลายความเครียด โดยการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นวิธีจัดการความเครียดที่ถูกต้อง		

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติ

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย “✓” ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านเพียงช่องเดียว

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นในระดับมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นในระดับมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นในระดับปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นในระดับน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นในระดับน้อยที่สุด

ข้อความ	การรับรู้อุปสรรค				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพราะมีความบอบบางและเกิดแผลได้ง่าย					
2. ท่านคิดว่าท่านไม่สามารถดื่มน้ำสะอาดได้ปริมาณที่เพียงพอ เนื่องจากทำให้ปวดปัสสาวะบ่อยๆ					
3. ท่านคิดว่าท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยง เช่น อาหารรสจัด อาหารหมัก เนื่องจากท่านชอบกินส้มตำ ปลาจิ้ม					
4. เมื่อมีอาการผดผื่นระหว่างฉายรังสี เช่น มีแผล ผื่น ตุ่มคัน ท่านคิดว่าจะรอให้หายเอง หรือดูแลตัวเองที่บ้าน					

ข้อความ	การรับรู้อุปสรรค				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
5. ท่านคิดว่าท่านไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะเป็นโรคนี้แล้วทำให้อ่อนเพลียไม่มีแรงจะทำอะไร					
6. ท่านไม่กล้าที่จะขอคำปรึกษาจากสามี ญาติ หรือเพื่อนสนิท เพราะกลัวว่าเขาจะรำคาญ					
7. ท่านไม่สามารถฝึกปฏิบัติสมาธิได้ เพราะจิตใจไม่สงบ					
8. ท่านคิดว่าท่านสามารถหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างการฉายแสงได้					
9. ท่านคิดว่าท่านสามารถจัดการหรือดูแลตนเองได้เป็นอย่างดีและสามารถรับการรักษาจนครบตามแผนการรักษาของแพทย์ได้					
10. ถ้ามารักษาด้วยรังสีรักษาครบท่านมีอากาศหายใจขาดจากมะเร็งปากมดลูก					

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติในการจัดการอาการระหว่างได้รับรังสีรักษา

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย “✓” ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านเพียงช่องเดียว

ไม่เคยปฏิบัติเลย ค่าคะแนนเท่ากับ 1

ปฏิบัติบางครั้ง ค่าคะแนนเท่ากับ 2

ปฏิบัติทุกครั้ง ค่าคะแนนเท่ากับ 3

ข้อความ	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ		
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ประจุสุกใหม่ๆ บรรจุในภาชนะที่สะอาด ปลอดภัย			
2. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว			
3. ท่านเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสียมากยิ่งขึ้น เช่น อาหารรสจัด อาหารหมัก นม และควรรับประทานอาหารอ่อนที่ดูดซึมง่าย			
4. ท่านหลีกเลี่ยงการโดนแดดจัด ถ้าจำเป็นต้องสวมหมวก หรือใช้ร่มเสมอ			

ข้อความ	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ		
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
5. ท่านอาบน้ำโดยรดน้ำผ่านๆบริเวณฉายรังสี ไม่พอกสบู่ ใช้ผ้านุ่มๆ ซับให้แห้งและห้ามทาแป้ง			
6. ถ้าท่านมีอาการคัน ระคายเคือง ต้องแจ้งแพทย์ผู้ดูแลให้ยาทาบริเวณที่ฉายรังสีเพื่อบรรเทาอาการ			
7. ท่านสวมเสื้อผ้าหลวม ๆ โปร่ง ๆ เพื่อลดการเสียดสีและหลีกเลี่ยงการใส่กางเกงหรือกางเกงในที่บีบแน่นหรือรัดแน่นจนเกินไป			
8. ท่านพูดคุยระบายความรู้สึกกับผู้ใกล้ชิด บุคคลที่ท่านไว้วางใจ หรือผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยกัน เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ			
9. ท่านนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง			
10. ท่านได้ออกกำลังกายเบา ๆ เช่น เดิน หรือวิ่งเหยาะ ๆ โยคะ ชี่กง ติดต่อกันอย่างน้อยวันละ 20-30 นาที			
11. ท่านมีแผล บริเวณฉายรังสี ท่านปล่อยให้หายเอง			
12. ท่านงดการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างการฉายรังสี เพราะอาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย			
13. ท่านรับประทานอาหารประเภทผลไม้เป็นประจำ เช่น กล้วยสุก มะละกอสุก ส้ม มะขาม เพื่อป้องกันอาการท้องผูก			
14. หากมีอาการท้องเสีย ท่านดื่มเครื่องดื่มผสมเกลือแร่ ORS (โอ อาร์ เอส)			
15. ท่านมาฉายรังสีตามนัดจนครบตามแผนการรักษา และติดตามการรักษาตามแพทย์นัด			

กิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการอาหาร

โปรแกรมการจัดการอาหารและประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการอาหาร ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่	แนวคิด	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	สื่อ/อุปกรณ์	ผู้ดำเนินการ
1	การตั้งเป้าหมาย	<p>การสร้างสัมพันธภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่งานพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสี โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ตามที่นัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการจัดการอาหารให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ 	15	ป้ายชื่อ	<p>นักวิจัย</p> <p>ผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน</p>
		<p>การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. ประเมินความรู้ ทักษะ และกาปฏิบัติตัว และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ ทักษะ และกาปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปอดตกที่ได้รับรังสีรักษา 3. ให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงอาการ และกาจัดการอาการของแต่ละ 	45	แบบสอบถาม	<p>นักวิจัย</p> <p>ผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน</p>

สัปดาห์ที่	แนวคิด	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	สื่อ/อุปกรณ์	ผู้ดำเนินการ
		<p>บุคคลในระหว่างรักษาด้วยรังสีรักษา รวมถึงประเมินปัญหาของตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระหว่างได้รับรังสีรักษา หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นในเรื่องอาการ การจัดการอาการและปัญหาที่พบในการปฏิบัติตัวในระหว่างได้รับรังสีรักษา โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นและแนะนำแนวทางให้แก่กลุ่มตัวอย่าง</p> <p>4. ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติตัวที่ชัดเจนในระหว่างเข้าช่วงไม่ไปรวมการจัดการตนเอง คือ ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ รับรังสีรักษาได้ตามแผนการรักษาของแพทย์โดยไม่ต้องพักแสม โดยผู้วิจัยเป็นผู้แนะนำแนวทางและให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน</p> <p>5. ผู้วิจัยให้ข้อมูลตามโปรแกรมการจัดการตนเอง “2G52B” ซึ่งเป็นกรให้ควมรู้ที่ครอบคลุมอาการและการจัดการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างได้รับรังสีรักษาได้แก่</p>			

สัปดาห์ที่	แนวคิด	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	สื่ออุปกรณ์	ผู้ดำเนินการ
		<p>G : General Care หมายถึง การดูแลทั่วไป เพื่อส่งเสริมสุขภาพในระหว่างการเรียนรู้สรีรศาสตร์บริเวณอุ้งเชิงกราน</p> <p>G : Gastrointestinal Care หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร</p> <p>S : Skin Care หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผิวหนัง</p> <p>S : Sexual care หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบสืบพันธุ์</p> <p>B : Bladder Care หมายถึง การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกระเพาะปัสสาวะ</p> <p>B : Bliss Care หมายถึง การจัดการตนเองในด้านอารมณ์เพื่อความสงบสุข</p>			
2	การติดตามตนเอง	<p>บทพจนกิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในท้องให้สุขศึกษา งานพยาบาลร้งสรีรศาสตร์ ทบทวนกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 	15	เครื่องเสียง ป้ายชื่อ	นักวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน

สัปดาห์ที่	แนวคิด	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	สื่อ/อุปกรณ์	ผู้ดำเนินการ
		<p>2. กลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวระหว่างได้รับรังสีรักษาตามโปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B” ผู้วิจัยสรุปประเด็นจากการอภิปรายของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยบรรยายเพิ่มเติมให้ครอบคลุมเนื้อหาตามปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง และตามโปรแกรม เพื่อให้สามารถนำไปเป็นแนวทางการจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ได้อย่างถูกต้อง</p> <p>3. อธิบายถึงขั้นตอนในการกำกับตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ การตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ได้แก่</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาคือให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ รับรังสีรักษาได้ตามแผนการรักษาของแพทย์โดยไม่ต้องพักแสม โดยผู้วิจัยเป็นผู้แนะนำแนวทางและให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน</p>	20	เครื่องเสียง ป้ายชื่อ	นักวิจัย
			30	คู่มือ	นักวิจัย

สัปดาห์ที่	แนวคิด	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	สื่อ/อุปกรณ์	ผู้ดำเนินการ
		<p>ขั้นตอนที่ 2 การกำกับตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรม ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด และให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกกิจกรรมในแต่ละด้าน ได้แก่ การดูแลทั่วไป การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผิวหนัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบสืบพันธุ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกระเพาะปัสสาวะ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกระเพาะปัสสาวะ การจัดการตนเองในด้านอารมณ์เพื่อความผาสุก ลงในสมุดบันทึกทุกวัน ซึ่งการบันทึกนั้นผู้ป่วยจะเป็นผู้บันทึกเอง หรือให้ญาติบันทึกให้กลุ่มตัวอย่างได้ พร้อมทั้งสาธิตวิธีการใช้สมุดบันทึกการจัดการตนเองให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจ</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกลงสมุดบันทึกการจัดการตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมาย เพื่อดูว่าการปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 การเสริมแรงให้ตนเอง หลังจากกลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติในการจัดการตนเองได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้</p>			

สัปดาห์ที่	แนวคิด	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	สื่อ/อุปกรณ์	ผู้ดำเนินการ
		<p>ให้เสริมแรงโดยการพูดชมเชยให้กำลังใจ หรือตอบแทนโดยการให้สิ่งของ</p> <p>4. มอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและสมุดบันทึก แนะนำการใช้คู่มือและสมุดบันทึก โดยให้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกเป้าหมายไว้ในสมุดบันทึก เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างเมื่อกลับบ้านและเป็นการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถฝึกทักษะการจัดการตนเองในด้านต่างๆ ได้หรือไม่</p> <p>5. สรุปกิจกรรมครั้งนี้ นัดหมายการทำกิจกรรมในสัปดาห์ถัดไป</p>			
4	การประเมินตนเอง	<p>1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในห้องให้สุยศึกษา งานพยาบาลรังสีรักษา ตามนัดกล่าวทักทายพูดคุยเรื่องทั่วไปซึ่งเกี่ยวข้องกับกิจกรรมในครั้งนี้กับกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>2. ผู้วิจัยพบทบทวนกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 และการปฏิบัติตามเป้าหมายโดยนำข้อมูลในแบบบันทึกเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างกำหนด เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคในกิจกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัย</p>	10	เครื่องเสียง ป้ายชื่อ	นักวิจัย
			20	แบบบันทึก	นักวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน

สัปดาห์ที่	แนวคิด	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	สื่อ/อุปกรณ์	ผู้ดำเนินการ
		มีการเสริมแรง ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้			
		3. ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่ม และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ในการจัดการตนเอง โดยมีการเรียนรู้ผ่านรูปภาพ คู่มือ	20	คู่มือ	นักวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน
		4. แนะนำการใช้ Application Line เพื่อช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมรายบุคคล หากมีข้อสงสัยในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ที่บ้าน สามารถหาข้อมูลได้ที่ Line official application ซึ่งรวบรวมข้อมูลของ โปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B” อยู่ในรูปแบบออนไลน์เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นได้ง่ายมากขึ้น และเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัยอีกด้วย	15	Line official application	นักวิจัย
6	การเสริมแรงตนเอง	1. ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลจากสมุดบันทึกของกลุ่มตัวอย่างดูการจดบันทึกในแต่ละวันรวมถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างกิจกรรมและกล่าวชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามที่	20	คู่มือ	นักวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน

ลำดับที่	แนวคิด	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	สื่อ/อุปกรณ์	ผู้ดำเนินการ
		<p>ผู้วิจัยวางแผนไว้ ผู้วิจัยแ่ละกลุ่มตัวอย่างจะช่วยกันหาสาเหตุ ใ้คำปรึกษาและให้ความรู้เพิ่มเติม แล้ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเองใน การปฏิบัติตัวในระหว่างได้รับรังสีรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวต่อไป</p> <p>2. ทบทวนการใช้ Application Line เพื่อช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมรายบุคคล หากมีข้อสงสัยในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ที่บ้าน สามารถหาข้อมูลได้ที่ Line official application ซึ่งรวบรวมข้อมูลของ โปรแกรมการจัดการตนเอง “2G2S2B” อยู่ในแบบออนไลน์เพื่อให้สามารถเข้าถึง ข้อมูลที่จำเป็นได้ง่ายมากขึ้น และเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัยอีกด้วย</p> <p>3. เก็บข้อมูลอีกครั้งโดยใช้แบบสอบถาม เช่นเดียวกับกรเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1</p> <p>4. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างชี้ถามและแสดงความคิดเห็นต่อโปรแกรมการจัดการตนเองแ่ละแจ้งให้ทราบว่ากรวิจัยนี้สิ้นสุดลงแล้ว พร้อมทั้งส่งเสริมแ่ละให้กำลังใจในการปรับปรุงพฤติกรรมกรจัดการตนเองของ</p>	15	Line official application	นักวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน
			15	แบบสอบถาม	นักวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน
			15		นักวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน

สัปดาห์ที่	แนวคิด	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	สื่อ/อุปกรณ์	ผู้ดำเนินการ
		<p>กลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตัวหลังได้รับรังสีครบเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวต่อไป</p> <p>จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและการให้ข้อมูลกับผู้วิจัยในครั้งนี้ และปิดการวิจัย</p>			

ตัวอย่างคู่มือ



มะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นในเซลล์ปากมดลูก ซึ่งอยู่บริเวณช่องว่างของมดลูกและเชื่อมต่อกับช่องคลอด โรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดอีวแบนแปปิโลมาไวรัส (Human Papillomavirus) หรือเอชพีวี (HPV) ซึ่งมักจะติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อร่างกายได้รับเชื้อ HPV เป็นครั้งแรก ระบบภูมิคุ้มกันจะพยายามปกป้องร่างกายจากการติดเชื้อไวรัส อย่างไรก็ตามเชื้อ HPV อาจทำให้เซลล์ที่ปากมดลูกเกิดความผิดปกติและกลายเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก เพื่อป้องกันเชื้อ HPV จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้

อาการโรค มะเร็งปากมดลูก

- + มีภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
- + เลือดออกกระปริดกระปรอย
- + เลือดออกหลังจากมีเพศสัมพันธ์
- + ประจำเดือนมาผิดปกติ ประจำเดือนมานานขึ้น หรือประจำเดือนมาผิดปกติ
- + มีเลือดออกหลังจากหมดประจำเดือน
- + มีตกขาวผิดปกติ
- + ตกขาวปริมาณมากขึ้น
- + ตกขาวมีกลิ่นเหม็น หรือ มีเลือดปน
- + ปวดหน่วงท้องน้อยโดยไม่ทราบสาเหตุ
- + มีอาการเจ็บหลังจากมีเพศสัมพันธ์



วิธีวินิจฉัยมะเร็งเต้านม

- 01 การตรวจภายใน
หากพบก้อนผิดปกติที่เต้านม แพทย์จะตรวจยืนยันโดยการ
ตัดชิ้นเนื้อบางส่วนไปส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
- 02 การตรวจทางเซลล์วิทยาหรือ "แปปสเมียร์"
เป็นการตรวจภายในร่วมกับการเก็บเอาเซลล์บริเวณเต้านม
ไปตรวจทางเซลล์วิทยา
- 03 การตรวจด้วยกล้องขยาย หรือคอลโปสโคป
ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
- 04 การตรวจอื่นๆ ที่อาจช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้แก่
การตรวจภายในเต้านม การตัดเต้านมด้วยห้วงไฟฟ้า
การตัดเต้านมออกจากรูปร่างด้วยมือ



การรักษามะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูก สามารถป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก หรือวัคซีน HPV ในช่วงอายุ 11-12 ปีโดยสามารถเริ่มฉีดได้ตั้งแต่อายุ 9 ขวบ แต่ในกรณีผู้ป่วยที่ตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกก็มีทางเลือกในการรักษามะเร็งปากมดลูกที่หลากหลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด (surgery) การใช้รังสีรักษา (radiation) การใช้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) หรือการรักษาอื่น ๆ อีก

การผ่าตัด (Surgery)

มะเร็งปากมดลูกระยะแรก แพทย์จะทำการรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นการรักษาหลัก โดยทั่วไปแพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยทำการผ่าตัดปากมดลูกแบบกว้าง (radical hysterectomy) โดยแพทย์จะทำการผ่าตัดปากมดลูก ส่วนบนของช่องคลอดรวมไปถึงเนื้อเยื่อด้านข้าง และเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน แต่หากมะเร็งปากมดลูกมีขนาดเล็กมากและเป็นระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยอาจจะได้รับการผ่าตัดเพียงปากมดลูกและมดลูก (simple hysterectomy) เท่านั้น

อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการมีบุตรในอนาคตยังมีทางเลือกผ่าตัดที่สามารถเก็บมดลูกไว้ได้ (ผ่าตัดปากมดลูก หรือ trachelectomy) ซึ่งแนะนำให้ปรึกษาแพทย์ถึงข้อดีและข้อเสียของการรักษาต่อไป



การใช้รังสีรักษา (Radiation)

หลังทราบผลชิ้นเนื้อและพบว่ามีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ แพทย์อาจแนะนำการใช้รังสีรักษา เพื่อร่วมรักษาเพิ่มเติมหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ (locally advanced cervical cancer) แพทย์มักจะแนะนำให้ผู้ป่วยรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด เป็นการรักษาหลักการรักษาด้วยรังสีรักษา มี 2 ประเภทหลักๆ

01

การฉายรังสีระยะไกล (external beam radiation therapy)

วิธีการนี้เป็นการรักษาด้วยรังสีที่มาจากเครื่องกำเนิดรังสี แพทย์จะทำการฉายรังสีไปยังจุดที่ผิดปกติ

02

การให้รังสีระยะใกล้ (Brachytherapy)

โดยแพทย์จะให้แร่ผ่านด้านในช่องคลอดเป็นระยะเวลาสั้นๆ การใช้รังสีรักษาอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนก่อนกำหนด ผู้ป่วยควรพบแพทย์เพื่อปรึกษา และหาแนวทางการเก็บรักษาไข่ก่อนเริ่มการรักษา โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยอายุน้อย หรือผู้ป่วยที่ต้องการมีบุตร ในอนาคต





การใช้เคมีบำบัด (Chemotherapy)



การรักษาด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด เพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง โดยแพทย์จะรักษาด้วยการใช้เคมีบำบัดในปริมาณเล็กน้อย ร่วมกับการใช้รังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ โดยยาเคมีบำบัดจะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของรังสีรักษามากขึ้น อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่กระจาย แพทย์มักจะรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัดเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีวิธีการรักษาด้วยการใช้ยารักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted-Drug Therapy) แพทย์มักจะใช้การรักษาแบบใด ขึ้นอยู่กับผลการรักษาด้วยเคมีบำบัด



การรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy)

ถูกนำมาใช้สำหรับการรักษามะเร็งปากมดลูกในระยะแพร่กระจาย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาประเภทอื่นๆ การรักษาแบบนี้จะช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ในการกำจัดเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตาม การรักษาวีธีนี้ยังมีข้อจำกัดอยู่พอสมควร



ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา: เร็งด้วยรังสี

01. ผลของรังสีโดยทั่วไป ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ เมื่ออาหาร
02. การติดเชื้อซึ่งพบว่ามีสาเหตุมากจากภาวะเลือดจางร่างกายอ่อนเพลีย ทำให้ติดเชื้อได้
03. ในระยะเฉียบพลัน พบว่าเกิดการอักเสบของช่องคลอด ในระยะยาว เกิดการตีบตันของ ช่องคลอด รังไข่ และมดลูกฝ่อ
04. เกิดการอักเสบของทวารหนัก เกิดแผลที่ทวารหนัก เกิดโรคถุงที่ทวารหนัก ช่องทวารหนักมีการตีบตัน
05. เกิดการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะขัด ทางเดินปัสสาวะอักเสบ
06. ลำไส้ใหญ่อักเสบ
07. ผิวหนังบริเวณที่ถูกฉายรังสีแห้งตึง พังผืดใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง
08. บริเวณหัวและคอของกระดูกต้นขา อาจหักได้จะพบ 1-5 ปีหลังการฉายรังสี



การปฏิบัติตัวในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ระหว่างและหลังการได้รับการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน และอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

การจัดการอาการที่เกิดขึ้นระหว่างและหลังการได้รับการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน
และอวัยวะสืบพันธุ์สตรีตามโปรแกรม "2G2S2B" ได้แก่

G (General Care)

คือ การดูแลทั่วไปเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
ในระหว่างการได้รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน



การดูแลสุขภาพทั่วไปขณะได้รับการรักษาด้วยรังสี

- + ควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย และมีประโยชน์ครบ 5 หมู่
เน้นอาหารที่มีโปรตีน วิตามิน และเกลือแร่สูง เช่น เนื้อสัตว์
ไข่ ผัก ผลไม้ และนม เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ได้รับสารอาหาร
ครบตามที่ต้องการ
- + ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 2 ลิตร

- + ควรทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
เช้า-เย็น โดยล้าง ไม่ให้น้ำถูกรังสีที่ขัดเสี้ยนฉายรังสี
ควรทำความสะอาดร่างกายส่วนบนโดยการใช้น้ำอุ่นล้าง
เช็ดตัวแทน บริเวณขาที่อ่อนแอสามารถชำระล้างด้วยน้ำ
ตามปกติ โดยห้ามต้องระวังมิให้น้ำกระเด็นถูกรังสีที่
ฉายรังสี ถ้าบริเวณที่ฉายรังสีถูกน้ำให้ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดให้แห้ง
ทันที
- + พักผ่อนให้เพียงพอ ควรนอนหลับอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง
- + ออกกำลังกายตามสภาพของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ





การฉายรังสีจะมีผลกระทบต่อ
ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก
อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเบื่ออาหาร
คลื่นไส้ ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องอืด
หรือทำให้เกิดอาการปวดท้อง
บริเวณทวารหนัก



ผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้

- + ดูแลความสะอาดของปาก และฟันสม่ำเสมอ
- + ควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม
- + ควรรับประทานอาหารเสริม เช่น น้ำผลไม้หรืออาหารเสริมอื่นๆ
- + ควรรับประทานอาหารครึ่งถ้วยๆ แต่บ่อยครั้ง
- + หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องอืด เช่น น้ำอัดลม



- + หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสียมากยิ่งขึ้น
เช่น อาหารรสจัด อาหารหมัก
- + กรณีที่มีอาการท้องเสีย ควรดื่มน้ำหรือดื่มน้ำ
ผสมเกลือแร่ ORS (โอ อาร์ เอส)
- + ถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ไม่ควรใช้ทิชชู
เพราะอุจจาระจะแข็งทำให้ลำไส้เป็นแผลเลือดออกได้

หากท่านมีอาการเหล่านี้ จะต้องทำอย่างไร

อาการ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร

- + จัดการรับประทานอาหาร 2 - 3 ชั่วโมงก่อนการฉายรังสี หรือ รับประทานอาหารอ่อนที่ย่อยง่าย
- + ควรรับประทานอาหารครึ่งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง
- + หากมีอาการมากควรปรึกษาแพทย์

อาการ ท้องเสียหรือมีอาการปวดบ่ง

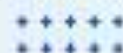
- + รับประทานอาหารอ่อนที่ดูดซับน้ำง่าย เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก น้ำซุป และน้ำหวาน เป็นต้น
- + หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสียเพิ่ม เช่น ผัก ผลไม้สดๆ เป็นต้น
- + ดื่มน้ำมาก ๆ หรือจิบเครื่องดื่มผสมเกลือแร่ ORS บ่อย ๆ
- + หากมีอาการมากควรปรึกษาแพทย์

อาการ ปวดท้องบริเวณทวารหนัก

- + ถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ไม่ควรปล่อยให้ท้องผูก
- + หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ระคายเคืองกระเพาะอาหารเช่น ยาแก้ปวดบางชนิด
- + หลีกเลี่ยงการเบ่งของ ๆ เพราะอาจทำให้เลือดที่บริเวณทวารหนัก
- + หากมีอาการมากควรปรึกษาแพทย์

อาการ การป้องกันลำไส้ใหญ่อักเสบ

- + ลำไส้ใหญ่อักเสบจะมีอาการท้องเสียหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด หากเกิดอาการท้องเสีย ท่านควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสียมากยิ่งขึ้น เช่น นม อาหารรสจัด อาหารหมักดอง และควรรับประทานอาหารอ่อนที่ดูดซับน้ำง่าย หลีกเลี่ยงการเกิดอาการท้องผูก โดยสร้างนิสัยในการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาทุกวัน ควรดื่มนมหรือน้ำมากๆ และรับประทานอาหารประเภทผลไม้ เช่น กล้วยสุก มะละกอสุก สับปะรด เป็นต้น ถ้าถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหรือมีบุกเลือดควรไปพบแพทย์ที่ดูแลขณะฉายรังสีอยู่ด้วยดีที่สุด



S (Skin Care)

การจัดการตนเองและป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนัง



การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี

- + พยายามยึดเส้นบริเวณที่ฉายรังสีเป็นเส้นสีม่วง ห้ามลบเส้นนั้นออกเด็ดขาด เนื่องจากเส้นดังกล่าวมีไว้เพื่อนกขมเขต สะท้อนแสงของการฉายรังสี ถ้าเส้นลบหรือเส้นไม่อาจทำให้คำเป้าหมายของการรักษาผิดพลาดไป และห้ามเติมเส้นด้วยตนเอง
- + ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ห้ามถูสบู่ ควรดูแลให้คงเสมอ หากเปียกชื้น ให้ใช้กระดาษชำระหรือผ้าสะอาดเมื่อชุ่มชื้นให้แห้ง ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดร่างกายโดยการเช็ดตัว และห้ามอาบน้ำตลกรยะเวลาที่ได้รับรังสี
- + ถ้าบริเวณที่ฉายแสงถ้าเปียกชื้น หรือมีแผลพุพองมาก ควรฉีกให้คงอยู่เสมอ หากมีอาการคัน ให้โรยด้วยแป้งข้าวโพด
- + ห้ามสระ ทา ถู ยี่ห่วยผิวหนังที่ฉายรังสี
- + หลีกเลี่ยงการถูแสงแดดจัด
- + ห้ามวางกระเป๋าน้ำร้อน หรือกระเป๋าน้ำแข็งบนผิวหนังที่ได้รับการฉายรังสี
- + ระวังอย่าให้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีถูกกดทับนานๆ โดยการนอนคว่ำ
- + ห้ามฟอกสบู่ การขึง ครีมน โลชั่น ไขมัน น้ำหอม ยา และการเคมีต่างๆ บนผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี ยกเว้นเป็นยาที่แพทย์สั่ง
- + ควรสวมเสื้อผ้าที่นุ่มไม่ระคายเคืองผิวหนัง สวมเสื้อผ้าหลวมๆ เพื่อลดการเสียดสีกับผิวหนัง หลีกเลี่ยงการใช้วัตถุเค็ดเคียว เช่น ฟลอสเตอร์ หรือสแปดต่างๆ ถัดลงบนผิวหนังที่ได้รับการฉายรังสี
- + ภายหลังการฉีกทายาและเป็ลสาวทุกครั้ง ต้องยาระบบริเวณฉีกทายา และบริเวณรอกันให้สะอาดและแห้งให้แห้ง ด้วยกระดาษชำระหรือผ้าสะอาดเมื่อชุ่มเพื่อป้องกันการฉีกอื่น
- + ห้ามสังเกตอาการผิดปกติที่ผิวหนังทุกวัน หากมีอาการผิดปกติ เช่น เป็นผื่นคัน เป็นตุ่มน้ำ หรือผิวหนังแตกเป็นแผล ให้รีบบอกแพทย์หรือพยาบาลทันที

***ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ
เพราะมีความอ่อนบางและเกิดแผลได้ง่าย***



หากท่านมีอาการเหล่านี้ จะต้องทำอะไร

ผิวหนังแดงคล้ำหรือแห้งคัน (สัปดาห์ที่ 4 - 5)

- + ปล่อยให้ผิวหนังส่วนนั้นถูกอากาศ ห้ามถูตลอด
- + บริเวณที่ฉายรังสีน้ำสะอาดไหลผ่านได้ และให้จับให้แข็งด้วยผ้านุ่มๆ
- + ไม่ใช้สบู่ เครื่องสำอางทาบริเวณที่ฉายรังสี ยกเว้นเป็นยาที่แพทย์สั่ง
- + สวมเสื้อผ้าหลวมๆ อบอุ่นนุ่ม หรือเลี่ยงการใส่ยีนในที่ร้อนหรือคับ
- + หากมีอาการมากควรปรึกษาแพทย์

ภายหลังการฉายรังสี

หากแพทย์อนุญาตให้อาบน้ำได้ ท่านสามารถปฏิบัติได้ทันทีตามที่แพทย์แนะนำ
ถ้าแพทย์ไม่ได้แนะนำ ให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ถ้ามีแผลบริเวณที่ฉาย รังสี ฉีดตามน้ำจนกว่าแผลแห้ง จึงเริ่มอาบน้ำได้
- ถ้าไม่มีแผลบริเวณที่ฉายรังสี

WEEK
1-2

สัปดาห์ที่ 1-2

ให้อาบน้ำได้โดยไปขัดถูหรือฟอกสบู่บริเวณที่ฉายและจับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม

WEEK
3

สัปดาห์ที่ 3

ให้อาบน้ำได้ ฟอกสบู่ แต่ไม่มีขัดถูบริเวณที่ฉายรังสี และจับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม

WEEK
4

สัปดาห์ที่ 4

ให้อาบน้ำได้ตามปกติ และใช้ครีมที่มีความชุ่มชื้นบนผิวหนังบริเวณที่ฉาย
ทั้งด้านหน้าและหลังอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ทุกวันตลอดไป
เพื่อป้องกันการแข็งตัวของผิวหนังจากการฉายรังสี

*****หลังจากได้รับการรักษาครบแล้วแพทย์จะนัดมาตรวจติดตามการรักษา
ต่อไปอีกระยะ ผู้ป่วยควรมารับการตรวจตามนัดทุกครั้ง*****



S (Sexual Care)

การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบสืบพันธุ์



การบริหารร่างกายสำหรับผู้ได้รับรังสีรักษาบริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกราน

ปัญหาที่อาจพบในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณนี้คือ อาการบวมของขา และบริเวณเหนื่อหัวเข่า หรือการปวดข้อสะโพก การบริหารร่างกายจะช่วยลดภาวะเหล่านี้

การบริหาร

- + ก้มตัวลงสับกับเข่าตัวไปข้างหลัง
- + สายสะโพกเป็นวงกลมช้าๆ
- + นอนหงาย วางมือราบกับพื้น สะโพกและขาเหยียดตรง เริ่มบริหารโดยค่อยๆ งอเข่า และสะโพกข้างหนึ่งเข้าหาตัวให้เต็มที่ จากนั้นเหยียดสะโพกออกเล็กน้อยโดยเข่ายังงออยู่ แล้วงอสะโพกเข้าเดิมที่อีกครั้ง จากนั้นเหยียดเข่าและสะโพกกลับสู่ที่พิงก้นครั้งแรกให้ทำในท่าเดียวกันไม่ว่าข้างหนึ่ง
- + ยืนตรง แกว่งขาไปข้างหน้าและข้างหลังสลับกัน ทำสลับเข่าข้างทั้ง 2 ข้าง
- + ยืนตรง กางขาออกทางด้านข้าง และหมุนกลับในทางเดิม ทำสลับกันทั้ง 2 ข้าง
- + นอนหงาย งอเข่าและสะโพก จากนั้นหมุนสะโพกให้หัวเข่าหมุนตามไปทางด้านข้างตรงข้ามต่อไป กางออกให้เต็มที่และกลับสู่ท่าแรก ทำสลับข้างในท่าเดียวกันนี้เวลานอนควรยกขาสูงเล็กน้อย เพื่อไม่ให้เกิดการกั่งของเลือดบริเวณขา



ผลต่ออวัยวะระบบสืบพันธุ์ / การมีเพศสัมพันธ์

อาจเกิดอาการช่องคลอดแห้ง คัน หรือตกขาว หรือน้ำใสๆ ไหลออกมาทางช่องคลอด ซึ่งเกิดจากการที่ก้อนเนื้อจอกถูกทำลาย หรือเป็นแผลบริเวณก้น ผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้

- + ไม่ควรใส่กางเกง หรือกางเกงในที่มีขอบแข็งหรือรัดแน่นจนเกินไป
- + หลังการถ่ายอุจจาระ หรือปัสสาวะ ควรทำความสะอาด และซับให้แห้ง ไม่ควรเช็ดถูแรงๆ
- + สวมใส่กางเกงที่หลวมตามคำแนะนำ ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอด ให้งดสวมใส่กางเกง
- + งดการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างการฉายรังสี เพราะอาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

การป้องกันช่องคลอดตีบแคบ

การเกิดช่องคลอดตีบแคบ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการตรวจภายในเพื่อติดตามการดำเนินของโรค นักพบผู้ป่วยเนื่องจากของช่องคลอด ปากมดลูก หรือรังไข่ ท่านควรปฏิบัติดังนี้

- + มาตรฐานภายในตามแพทย์นัดทุกครั้ง
- + หลังการรักษาครบ 4-6 สัปดาห์ เมื่อแพทย์ตรวจไม่พบว่ก้อนเนื้อออกและการอักเสบในช่องคลอด และแพทย์แนะนำให้ท่านสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ท่านอาจรู้สึกเจ็บบ้างขณะมีเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นอาการปกติที่พบได้ภายหลังการรักษา เนื่องจากปากช่องคลอดตามธรรมชาติลดลงจึงควรใช้ครีมหล่อลื่นช่วย เช่น เควาย เยลลี่
- + ภายหลังจากมีเพศสัมพันธ์อาจจะมีเลือดออกจากช่องคลอดเล็กน้อย เป็นสิ่งปกติเพราะเส้นเลือดฝอยในช่องคลอดจะเปราะและแตกได้ง่ายไปเป็นอันตรายต่ออย่างใด และเลือดจะหยุดไปเองภายใน 1-2 ชั่วโมง
- + การมีเพศสัมพันธ์จะไม่ทำให้โรคกำเริบ และไม่ติดโรคเพราะเนื้อเยื่อไม่ใช้โรคติดต่อ
- + ในรายที่ไม่ปีเพศสัมพันธ์ ท่านควรขยายช่องคลอดโดยการใช้นิ้วมือแยก



- + ช่องคลอดที่บวมอาจจะมีวิธีป้องกัน 2 วิธีคือ
การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือการใช้อุปกรณ์
ช่วยในการขยาย อาจใช้ครีมหรือเจล การมีเพศสัมพันธ์หรือขยายช่องคลอด
จะช่วยทำให้บริเวณช่องคลอดมีความยืดหยุ่นมากขึ้น แต่สิ่งสำคัญอยู่ที่
การทำให้เกิดความสบายระหว่างมีเพศสัมพันธ์
- + ถ้าแพทย์สั่งยาเอสโตรเจนครีม ให้การอบ ๆ ปลายหลอดอุปกรณ์ หรือใช้
K-Y jelly แต่ไม่ควรใช้น้ำมัน เช่น วาสลีนหรือเบบี้ออยล์ (ใช้กับการก)
เพราะอาจทำให้เกิดการระคายเคือง และติดเชื้อง่าย
- + ก่อนทาครีมที่หลอดให้น้ำหล่อลื่นในน้ำอุ่นจะช่วยให้หล่อลื่นง่ายขึ้น
ถ้าใช้นิ้วมือขัดเสียบให้สั้น และล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่อ่อน
- + ยืนยกขาข้างใดข้างหนึ่งบนชักโครกหรือเก้าอี้ ค่อยๆ สอดอุปกรณ์
หรือนิ้วมือเข้าไปในช่องคลอด ค่อย ๆ หมุนอุปกรณ์หรือนิ้วมือ
ตามเข็มนาฬิกา ใช้เวลา 5-10 นาที หลังจากขยายช่องคลอดล้างมือ
ให้สะอาดอีกครั้ง ถ้าใช้อุปกรณ์สอดอุปกรณ์ด้วยน้ำสบู่อ่อน และตากให้แห้ง
และเก็บรักษาในที่สะอาดก่อนจะนำไปใช้ครั้งต่อไป



B (Bladder Care)

การจัดการตนเอง และป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนของกระเพาะปัสสาวะ
ปัสสาวะบ่อยและขัดเวลาปัสสาวะ
หรือปวดท้องน้อย



การป้องกันกระเพาะปัสสาวะอักเสบ

กระเพาะปัสสาวะอักเสบจะมีอาการปัสสาวะกระปริบกระปรอย ต่อมาอาจมีปัสสาวะแสบขัด
หรือมีเลือดปน ท่านควรป้องกันโดยดื่มน้ำมากๆ วันละ 8-10 แก้ว และอย่ากลั้นปัสสาวะ
ในกรณีที่มีปัสสาวะปนเลือดควรต้องนอนพักอย่างเต็มที่ ดื่มน้ำให้มากๆ อย่ากลั้นปัสสาวะ
อาการเลือดออกจะหายไปได้อเอง

ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ

อาจมีการถ่ายปัสสาวะบ่อย แสบขัด ปวดท้องน้อย

ผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้

- + ดื่มน้ำมากๆ วันละ 6 - 8 แก้ว
- + ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ เพราะกระเพาะปัสสาวะ
อาจเกิดการอักเสบได้
- + หากมีปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะเป็นเลือด
ควรรีบแจ้งแพทย์





B2 (Bliss)

การจัดการตนเองในด้านอารมณ์
เพื่อความหลากหลาย

เทคนิคเติมพลังบวกให้ตัวเอง

- เปิดใจพูดคุยกับคนในครอบครัว เพื่อขอความสนับสนุน และทำสิ่งใจในการรักษา
- เข้าร่วมกลุ่มเฟซบุ๊ก 'มะเร็งพลังบวก' เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์จากเพื่อนร่วมโรค
- ยินดีกับตัวเองในทุกความสำเร็จ ทั้งในการรักษาและการใช้ชีวิต แม้จะเป็นสิ่งเล็กๆ ที่มองข้ามไป
- ค้นหาแรงบันดาลใจและคุณค่าของชีวิต แม้มายามเจ็บป่วยเพื่อสร้างมุมมองบวกและรับมือกับมะเร็งอย่างสร้างสรรค์

17 | คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วย
มะเร็งปากมดลูกที่วินิจฉัยผิดพลาด

UBCH

กิจกรรมผ่อนคลาย

กิจกรรมการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่ละรายมีภาวะของโรคที่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่คล้ายกันก็คือความเหนื่อยล้าของร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ กลับปวดเกร็งมาจากอาการของโรค ทำให้เป็นทุกข์ หงุดหงิด เครียด เหนื่อย
ฉะนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด จึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยปรับระดับประกอบอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึกของผู้ป่วยให้สงบ และเป็นการชักจูงให้ผู้ป่วยออกจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานได้ เช่น



ดนตรีบำบัด

ควรเปิดดนตรีในแนวที่ผู้ป่วยชอบ ระหว่างการพักผ่อน ร้องเพลงคลอไปด้วย หรืออาจชวนเพื่อน ๆ ญาติๆ มาร้องเพลงร่วมกัน ก็จะเป็นการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น สบายสบาย หากผู้ป่วยไปมีเพลงที่ชอบเป็นพิเศษ อาจใช้ดนตรีบรรเลง ดนตรีคลาสสิก หรือดนตรีที่เป็นเสียงจากธรรมชาติ เช่น เสียงน้ำไหล เสียงนก แต่มีข้อควรระวัง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์แพ้กดน้ำหรือองน้ำ ในวัยเด็กไม่ควรเลือกเพลงที่มีเสียงน้ำประกอบเพราะอาจเป็นการกระตุ้นความรู้สึกด้านลบ ทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์ได้ ทุกครั้งควรมีการซักประวัติ เพื่อร่วมพิจารณาเลือกเพลงหรือเสียงดนตรี

การนวดและการสัมผัส

การสัมผัส เป็นการสื่อสารความรู้สึกที่ไร้คำพูด หากเราสัมผัสมือ หรือลูบแขนผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน การกอด อุ้ม นวด ลูบสัมผัสด้วยความรัก และความอ่อนโยน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายผ่อนคลาย การนวดช่วยให้อกหล้าเนื้อที่ยึดติดกันได้คลาย เมื่ออกหล้าเนื้อคลาย ความเจ็บปวดจะบรรเทา เพียงแค่ต้องระวังไม่นวดบริเวณที่ปวด



การทำงานอดิเรก

งานอดิเรกที่ผู้ป่วยชื่นชอบต้องเป็นกิจกรรมที่ ออกแรงไม่มาก จะช่วยสร้างความเพลิดเพลิน เว้นจากการคิดฟุ้งซ่าน รวมถึงการเปลี่ยน บรรยากาศ โดยการเดินเล่นในบริเวณบ้าน ก็เป็นการดี

การทำงานศิลปะ

การวาดรูป ระบายสี ปั้นดิน ทำให้ผู้ป่วยเพลิดเพลิน ทั้งยังได้ระบายความรู้สึกต่างๆออกมาด้วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง ระหว่างการทำงานศิลปะ อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสบการณ์ รับฟังทั้งปัญหา ข้อคิดเรื่องศิลปะ และเรื่องอื่นๆ ด้วยใจที่เปิดกว้าง



บันทึกติดตามและประเมินตนเอง ตามโปรแกรมการจัดการตนเอง



สัปดาห์ที่ 2

การปฏิบัติตัวในการจัดการอาหาร	เป้าหมาย	แผนการปฏิบัติ	ผลความสำเร็จตามเป้าหมาย	การแก้ไขของผู้ป่วย
การดูแลทั่วไป			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองและบอกรับรู้กับภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองและบอกรับรู้กับภาวะแทรกซ้อนของผิวหนัง			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองและบอกรับรู้กับภาวะแทรกซ้อนของระบบปัสสาวะ			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองและบอกรับรู้กับภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองในด้านอารมณ์เพื่อความผูกพัน			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	

บันทึกติดตามและประเมินตนเอง ตามโปรแกรมการจัดการตนเอง



สัปดาห์ที่ 3

การปฏิบัติตัวในการจัดการอาหาร	เป้าหมาย	แผนการปฏิบัติ	ผลความสำเร็จตามเป้าหมาย	การทบทวนของผู้ป่วย
การดูแลทั่วไป			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองและป้อนบันทึกการชั่งน้ำหนักของรพช.ทางเดินอาหาร			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองและป้อนบันทึกการชั่งน้ำหนักของตัวหญิง			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองและป้อนบันทึกการชั่งน้ำหนักของระบบสืบพันธุ์			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองและป้อนบันทึกการชั่งน้ำหนักของกระดูกสันหลัง			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองในด้านอารมณ์เพื่อความหลุด			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	

บันทึกติดตามและประเมินตนเอง ตามโปรแกรมการจัดการตนเอง



สัปดาห์ที่ 4

การปฏิบัติตัวในการจัดการอาหาร	เป้าหมาย	แผนการปฏิบัติ	ผลความสำเร็จตามเป้าหมาย	การสะท้อนของผู้ป่วย
การดูแลทั่วไป			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองและป้อนกับภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองและป้อนกับภาวะแทรกซ้อนของผิวหนัง			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองและป้อนกับภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียน			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองและป้อนกับภาวะแทรกซ้อนของกระดูกและกล้ามเนื้อ			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองและป้อนกับภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การสังเกตตนเองในด้านอารมณ์เพื่อความพึงพอใจ			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	



บันทึกติดตามและประเมินตนเอง ตามโปรแกรมการจัดการตนเอง



สัปดาห์ที่ 5

การปฏิบัติตัวในการจัดการอาหาร	เป้าหมาย	แผนการปฏิบัติ	ผลความสำเร็จตามเป้าหมาย	การแก้ไขของผู้ป่วย
การดูแลทั่วไป			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผิวหนัง			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียน			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การจัดการตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	
การจัดการตนเองในด้านอารมณ์เพื่อความหลุด			<input type="radio"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="radio"/> สำเร็จบางส่วน <input type="radio"/> ไม่สำเร็จ	

หากมีข้อสงสัย
สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง



งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา
โรงพยาบาลพญาบาลมหาราชจันทบุรี กรมการแพทย์

ภาคผนวก ง เอกสารการเผยแพร่



ภาคผนวก จ ตัวอย่างภาพถ่ายประกอบในการดำเนินการวิจัย





ภาคผนวก ฉ ประวัติคณะผู้วิจัย

ผู้วิจัยท่านที่ 1

- ชื่อ – สกุล (ภาษาไทย) นางเฉลิมพร ปัญญาคม
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. CHALERMPRON PANYAKOM
- รหัสประจำตัวนักวิจัย (ถ้ามี) -
- ตำแหน่งปัจจุบัน
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา)
- หน่วยงานที่อยู่ปัจจุบัน
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เลขที่ 405 ถนน คลังอาวุธ ตำบล ขามใหญ่ อำเภอ เมือง
จังหวัด อุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000 โทรศัพท์ 045 - 317133 , 081-2660330
โทรสาร 045 - 313317 E-mail : chalermpronpanyakom@gmail.com
- ประวัติการศึกษา
2541 ปริญญาตรี ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ลำปาง 1
- สาขาวิชาที่มีความชำนาญ
- การพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง

ผู้วิจัยท่านที่ 2

- ชื่อ – สกุล (ภาษาไทย) ดร. โสภิต ทับทมหิน
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. SOPIT TUBTIMHIN (M.N.S., Dr.P.H.)
- รหัสประจำตัวนักวิจัย (ถ้ามี) 50-020295
- ตำแหน่งปัจจุบัน
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- หน่วยงานที่อยู่ปัจจุบัน
- โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เลขที่ 405 ถนนคลังอาวุธ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัด
อุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000 เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน /มือถือ / อีเมล 045-285610-5 (โทรสาร
045-285603) , โทรศัพท์มือถือ 065-123-9593 Email : sopit.tubtimhin@gmail.com
- ประวัติการศึกษา
2541 ปริญญาตรีในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี

- 2555 ปริญญาโท ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และ จิต
เวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 2561 ปริญญาเอก ในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. สาขาวิชาที่มีความชำนาญ
- การพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง
 - การดูแลผู้ป่วยจิตเวช
7. ประสบการณ์ในการวิจัย /ปีที่เผยแพร่
- 2556 ผลของการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อ
ความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติในผู้ป่วยมะเร็ง
- 2561 Differential expression of molecular subtype and other prognostic factors
on survival among premenopausal and postmenopausal Thai women of
invasive breast cancer: 15 years follow-up data
- 2562 Factors Associated with Recurrence and Long-Term Survival in Younger and
Postmenopausal Women with Breast Cancer
- 2562 Molecular Subtypes and Prognostic Factors among Premenopausal and
Postmenopausal Thai Women with Invasive Breast Cancer: 15 Years
Follow-up Data

ผู้วิจัยท่านที่ 3

1. ชื่อ – สกุล (ภาษาไทย) ดร.ชลิยา วามะลูน
(ภาษาอังกฤษ) CHALIYA WAMALOON, Ph.D, RN
2. รหัสประจำตัวนักวิจัย (ถ้ามี) 00-04-1691
3. ตำแหน่งปัจจุบัน
 - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล)
4. หน่วยงานที่อยู่ปัจจุบัน
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เลขที่ 405 ถนน คลังอาวุธ ตำบล ขามใหญ่ อำเภอ เมือง
จังหวัด อุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000 โทรศัพท์ 045 - 317133 , 099-1698990 โทรสาร 045
- 313317 E-mail : chaliya_w@yahoo.com

5. ประวัติการศึกษา

- 2531 ปริญญาตรี ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
- 2543 ปริญญาโท ครุศาสตรมหาบัณฑิต บริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี
- 2559 ปริญญาเอก ปรัชญาดุขฎิบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีมหาวิทยาลัยขอนแก่น

6. สาขาวิชาที่มีความชำนาญ

- การพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง
- การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย
- ยุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค

7. ประสบการณ์ในการวิจัย / ปีที่เผยแพร่

- 2543 แรจจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งส่วนภูมิภาค (วิทยานิพนธ์ สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี)
- 2548 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ณ ศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี
- 2549 ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มารับการรักษา ณ ศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี
- 2550 การเสริมสร้างความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้า : กรณีศึกษาศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี
- 2550 การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับการรักษา ณ ศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี
- 2551 การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้เพื่อการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวมในหน่วยบริการสุขภาพ
- 2551 การพัฒนาสารสนเทศด้านการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวม
- 2551 การพัฒนาการประเมินผลการจัดการความรู้ด้านการรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง
- 2552 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม
- 2552 ประสบการณ์ชีวิตและการจัดการของสตรีไทยอีสานที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม
- 2552 การพัฒนาแบบประเมินศักยภาพเพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- 2552 การพัฒนาแบบประเมินศักยภาพพยาบาลเพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- 2552 การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบองค์รวมที่มีความไวเพศภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- 2554 การติดเชื้อในผู้ป่วยผ่าตัด Wertheim's Operation ศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2549-2553
- 2555 ผลของการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติในผู้ป่วยมะเร็ง




คณะอนุกรรมการจริยธรรมการทําวิจัยในคน มร.ชุดที่ 1 และ ศูนย์วิจัยทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์
ประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

เฉลิมพร ปัญญาคม

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer based)
“แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP:E6(R2))”
ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 04 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 04 กรกฎาคม 2567


(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไวฑูรย์ ชัยทวีเมธียง)
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มร.ชุดที่ 1


(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมวิทย์ มุ่งทวีงษา)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย




คณะอนุกรรมการจริยธรรมการทําวิจัยในคน มร.ชุดที่ 1 และ ศูนย์วิจัยทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์
ประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โสภิต ทับทิมหิน

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer based)
“แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP:E6(R2))”
ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 18 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 18 มกราคม 2566


(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไวฑูรย์ ชัยทวีเมธียง)
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มร.ชุดที่ 1


(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมวิทย์ มุ่งทวีงษา)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย

