

The Effect of Psycho-Education Program on Quality of Life in Women with Cervical Cancer Undergoing Radiation Therapy*

Chalanda Jodjum¹, Kanaungnit Pongthavornkamol, RN, PhD¹,
Sasima Kusuma Na Ayuthaya, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To examine the effect of a 5-week Health Promotion Psycho-Education Program (HPPP) on the quality of life of women with cervical cancer undergoing radiation therapy.

Design: quasi-experimental research.

Methods: The sample consisted of 52 women newly diagnosed with cervical cancer who were receiving radiation therapy; 27 subjects were assigned to the experimental group and 25 to the control group. The experimental group received the HPPP program 5 weeks which included group-based teaching and psycho-supportive groups, individual counseling, and telephone coaching with the manual, while the control group received only the manual. Data were collected using FACT-Cx Thai version at week 1 before program implementation, and after completion of the program at week 5 on the last day of radiation therapy. Data were analyzed by descriptive statistics and ANCOVA using pre-test QOL as a covariate.

Main findings: The results revealed that after completing the HPPP at the end of week 5, the experimental group had higher FACT-Cx scores ($M = 150.33$, $SD = 4.89$) than the control group ($M = 130.84$, $SD = 5.78$) with statistical significance ($F = 168.86$, $df = 1$, $p < .05$).

Conclusion and recommendations: This finding suggested that the HPPP could be an efficacious intervention for improving quality of life through adopting health-promoting behaviors. Nurses should pay attention to the HPPP implementation in women with cervical cancer for improving their quality of life during cancer treatment. A follow-up study with long-term monitoring on health promoting behaviour and QOL is recommended.

Keywords: psycho-educational program, health promotion, quality of life, cervical cancer, radiation therapy

J Nurs Sci. 2016;34 Suppl 1:143-155

Corresponding Author: Associate Professor Kanaungnit Pongthavornkamol, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: kanaungnit.pon@mahidol.ac.th

* Master Thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ผลของโปรแกรมให้ความรู้และปรับประคองจิตใจต่อคุณภาพชีวิต ในสตรีมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*

เสลินดา จกจำ¹, คณินฉวี พงศ์ถาวรภมร, PhD¹ ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, PhD¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้และปรับประคองจิตใจมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตในสตรีมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีมะเร็งปากมดลูกจำนวน 52 คน ที่มารับการรักษาด้วยการฉายรังสี ได้รับการจัดเข้ากลุ่มทดลอง 27 คนและกลุ่มควบคุม 25 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมให้ความรู้และปรับประคองจิตใจมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย การสอนแบบกลุ่ม การเข้ากลุ่มปรับประคองด้านจิตใจ การให้คำปรึกษารายบุคคล คู่มือ และการให้คำแนะนำและกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมทางโทรศัพท์ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะคู่มือเพื่อศึกษาด้วยตนเอง โดยทั้งสองกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกโดยประเมินก่อนเริ่มโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 5 วันสุดท้ายของรังสีรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ทดสอบค่าที และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการวิจัย: ภายหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้และปรับประคองจิตใจโดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ 5 สัปดาห์พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลอง ($M = 150.33$, $SD = 4.89$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 130.84$, $SD = 5.78$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 168.86$, $df = 1$, $p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษาชี้แนะว่าโปรแกรมให้ความรู้และปรับประคองจิตใจมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมีประสิทธิผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิต พยาบาลควรมุ่งให้ความสนใจนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการรักษา ทั้งนี้ควรมีการศึกษาต่อโดยติดตามผลในระยะยาว

คำสำคัญ: โปรแกรมให้ความรู้และปรับประคองจิตใจ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพชีวิต มะเร็งปากมดลูก รังสีรักษา

J Nurs Sci. 2016;34 Suppl 1:143-155

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์คณินฉวี พงศ์ถาวรภมร, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: kanaungnit.pon@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งรังสีรักษาเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญในสตรีมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีสตรีมะเร็งปากมดลูกมารับรังสีรักษาจำนวน 3,882 คน คิดเป็นร้อยละ 81 ของจำนวนสตรีมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด¹ รังสีรักษานับเป็นวิธีการรักษามาตรฐานที่ได้รับการพัฒนาและใช้ในการรักษามะเร็งชนิดนี้ได้เป็นอย่างดีมีประสิทธิภาพสูง และสามารถรักษามะเร็งปากมดลูกได้ในทุกระยะของโรค ในรายที่มารับการรักษาในระยะเริ่มเป็นอย่างต่อเนื่องสามารถรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 85-90² อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยรังสีรักษาทำให้เกิดอาการข้างเคียง/ภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งในระหว่างการรักษาและหลังการรักษา ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะ โดยพบอาการท้องเสียได้ถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด³ อีกทั้งยังส่งผลต่อด้านจิตใจ ภาวะล้าช้ำ น้ำหนักลดลง ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ บทบาทหน้าที่ด้านเพศ เช่น บทบาทการเป็นแม่ หรือภรรยา⁴ เมื่อได้รับรังสีรักษาเป็นระยะเวลานานขึ้น ปริมาณรังสีที่ได้รับเพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการข้างเคียง/ภาวะแทรกซ้อนของรังสีรุนแรงขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง มีพฤติกรรมด้านสุขภาพไม่เหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ต่ำลง⁵⁻⁶ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลทางสุขภาพมากขึ้น ได้มีการนำแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย (concept of health promotion in illness) มาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งพบว่าส่งผลดีต่อผู้ป่วย โดยพบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งหลังการวินิจฉัยโรคและระหว่างการรักษามีผลดีช่วยลดอาการข้างเคียงจากการรักษา ลดการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง⁷ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย^{8,9}

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกเป็นปกติสุข ความพึงพอใจของชีวิตหรือความสุขในชีวิตของบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตตามบริบท การได้รับการตอบสนองความต้องการของชีวิต และ

ประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ¹⁰ การที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญกับความเครียดและความทุกข์ทรมานทั้งจากโรคมะเร็งและอาการข้างเคียงจากการรักษาดังกล่าว การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลสำหรับบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ความรู้และการประคับประคองจิตใจ (psycho-education) มีหลากหลายวิธี เช่น การให้ความรู้แบบกลุ่ม (group teaching) และการปรึกษารายบุคคล (individual consultation) การใช้กลุ่มสนับสนุนเพื่อนมะเร็ง (cancer support group) เป้าหมายหลักของการให้ความรู้และประคับประคองจิตใจ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเป็นทุกข์ใจ ไม่สบายใจ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยของตนจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหาความเจ็บป่วยเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน เป็นการช่วยเหลือเยียวยาทางจิตใจ ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจและเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสตรีมะเร็งปากมดลูกที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งใหม่ซึ่งมีความเครียดทางจิตใจสูง¹¹ ทำให้สามารถปรับตัวและจัดการกับผลกระทบของโรค และอาการข้างเคียงจากการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹² นอกจากนี้ พบว่าการติดตามให้คำแนะนำ/ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (telephone coaching) โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ¹³ มีผลดีช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีระหว่างและหลังการรักษาได้ และช่วยลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำได้^{13,14}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการให้ความรู้และการประคับประคองจิตใจที่ผนวกแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยมะเร็งมีน้อยทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ระหว่างรับการรักษา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้กลุ่มสนับสนุนเพื่อนมะเร็ง (cancer group support) อย่างเดียว หรือเป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion program) รายกลุ่มหรือรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาอย่างเดียว¹⁵ ในประเทศไทยมีการศึกษาผลของโปรแกรม

กลุ่มสนับสนุนเพื่อนมะเร็งร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁹ อย่างไรก็ตามก็ดีเป็นการให้ความรู้และการให้ประคับประคองจิตใจแบบกลุ่มเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ให้รายบุคคลเพิ่มเติมและไม่ใช้เป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ซึ่งเป็นกลุ่มเพราะบางมากกว่า

ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้และประคับประคองจิตใจร่วมกับแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งโดยใช้กระบวนการกลุ่ม การให้คำปรึกษารายบุคคล และการแนะนำช่วยเหลือเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติผ่านทางโทรศัพท์และสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้และประคับประคองจิตใจดังกล่าวต่อคุณภาพชีวิตในสตรีมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคใหม่ในระยะ 6 เดือน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการปรับตัวในระยะวินิจฉัยโรคมะเร็งและการรักษาที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีมะเร็งปากมดลูก เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้และประคับประคองจิตใจ มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตในสตรีมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

สมมติฐานการวิจัย

สตรีมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาภายหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้และประคับประคองจิตใจ มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมหาดังกล่าว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study design) โดยมีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบวัดสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง

(two-group pretest posttest design with comparison group) โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นสตรีมะเร็งปากมดลูกอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่และได้รับรังสีรักษา มารับบริการในแผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จังหวัดลพบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก คือ ทราบการวินิจฉัยโรคของตนเองว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก เป็นผู้มีความสามารถสื่อสารกับผู้อื่น สามารถพูดฟัง และเข้าใจภาษาไทยได้ดี ได้รับรังสีรักษาไม่เกิน 1 สัปดาห์ ได้รับรังสีรักษาอย่างเดี่ยวหรือได้รับรังสีรักษาพร้อมกับยาเคมีบำบัด สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นทางโทรศัพท์ได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมแบบกลุ่มมากกว่า 2 ใน 3 ครั้ง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่แพทย์พิจารณาเห็นว่าไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ ไม่เป็นมะเร็งชนิดอื่นๆ ร่วมด้วย หรือเป็นมะเร็งซ้ำ (recurrent case)

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) จากการทบทวนงานวิจัยซึ่งมีรูปแบบคล้ายกับงานวิจัยนี้¹⁵⁻¹⁸ ได้คำนวณหาอิทธิพลเท่ากับ .40 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 จากการเปิดตารางของ Polit and Beck¹⁹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 25 ราย รวมเป็น 50 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล เหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 52 คน (กลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง 27 คน) มีผู้ร่วมการวิจัยในกลุ่มควบคุมออกจากโครงการวิจัยจำนวน 5 คน เนื่องจากมีโรคร่วมต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 คน และไม่สามารถติดตามผลหลังสิ้นสุดโครงการวิจัยได้ 3 คน และกลุ่มทดลองออกจากโครงการ 3 คน เนื่องจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้น้อยกว่า 2 ใน 3 ครั้ง

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพัฒนาโดยผู้วิจัย และชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมิน

คุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (Functional Assessment of Cancer Therapy – Cervical (FACT – Cx) Thai version) พัฒนาโดย Cella และ Tulskey²⁰ โดยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือฉบับภาษาไทยจาก เว็บไซต์ Functional Assessment of Chronic Illness Therapy ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมืออยู่ในระดับสูง โดยค่าที่ได้จากการใช้ในกลุ่มสตรีมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86¹⁷ และนำไปทดสอบกับสตรีมะเร็งปากมดลูกใหม่ที่ได้รับรังสีรักษาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 เมื่อทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมจำนวน 52 รายได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมให้ความรู้และปรับประคับประคองจิตใจมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion Psycho-education Program (HPPP) เป็นรูปแบบของกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับสตรีมะเร็งปากมดลูกรายใหม่โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของ Stuijbergen, Anne และ Greg²¹ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และคู่มือ “ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพระหว่างได้รับรังสีรักษา” เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ลำดับของเนื้อหา และความถูกต้องในการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบจำนวน 5 คน และนำคู่มือ “ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพระหว่างได้รับรังสีรักษา” ไปทดสอบโดยให้สตรีมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 5 ราย อ่านเพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. No. IRB-NS 2015/280.0204) และคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของจริยธรรมการวิจัยในคน ตั้งแต่กระบวนการเชิญชวนผู้เข้าร่วมวิจัย การชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย การได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิการตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ หากปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับการรักษาตามปกติจากโรงพยาบาล โดยขณะที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมอยู่นั้น หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นที่อาจเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาจะให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมหยุดพักการทำงานกิจกรรมทันที

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อน จึงเริ่มการทดลองและเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนกันจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ผู้วิจัยทำการคัดเลือกสตรีมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่และได้รับรังสีรักษา ตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 ของการฉายรังสีที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลดังนี้

กลุ่มทดลอง

ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา แบบประเมินคุณภาพชีวิต (pretest) ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมให้ความรู้และปรับประคับประคองจิตใจมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตในสตรีมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่และได้รับรังสีรักษาประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 การสอนแบบกลุ่มและการเข้ากลุ่มปรับประคับประคองด้านจิตใจ (สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลาประมาณ 90 นาที) กลุ่มละ 6-8 คน โดยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการที่อาจจะเกิดระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาและแนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จากนั้น

เข้ากลุ่มกิจกรรมการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ทางอารมณ์ และการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ระหว่างได้รับรังสีรักษา แจกคู่มือ “ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเรื้อรัง ปากมดลูกและการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพระหว่างได้รับรังสีรักษา” เพื่อนำไปทบทวน

ครั้งที่ 2 การสอนแบบกลุ่มและการเข้ากลุ่มประคับประคองด้านจิตใจ (สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลาประมาณ 90 นาที) โดยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการปรับวิถีชีวิต จากนั้นเข้ากลุ่มกิจกรรมการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการดูแลตนเอง เปิดโอกาสให้สมาชิกภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ทางอารมณ์ และการจัดการอาการที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 3 การสอนแบบกลุ่มและการเข้ากลุ่มประคับประคองด้านจิตใจ (สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลาประมาณ 90 นาที) โดยบรรยายให้ความรู้และแนะนำวิธีการจัดการภาวะแทรกซ้อนระยะยาว จากนั้นเข้ากลุ่มกิจกรรมการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ในการดูแลตนเองเปิดโอกาสให้สมาชิกภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ทางอารมณ์ และการจัดการอาการที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 4 การให้คำปรึกษารายบุคคล (สัปดาห์ที่ 4 ระยะเวลาประมาณ 25-30 นาที) เป็นการให้คำปรึกษา พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

ครั้งที่ 5 การให้คำแนะนำและกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมทางโทรศัพท์ (สัปดาห์ที่ 5 ระยะเวลาประมาณ 15 นาที)

เมื่อสิ้นสุดการฉายรังสีในสัปดาห์ที่ 5 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต (posttest)

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา แบบประเมินคุณภาพชีวิต รวมทั้งให้คู่มือกลับไปศึกษาด้วยตนเอง โดยดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตามมาตรฐานการดูแลสำหรับสตรีมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตในวันสุดท้ายของการฉายรังสี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติโดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) การทดสอบค่าที่ และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองเป็นตัวแปรปรวนร่วม (covariate variable)

ผลการวิจัย

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 51.84 ปี (SD = 10.160) และ 51.89 ปี (SD = 9.862) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 และร้อยละ 96.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88 และ 96.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68 และร้อยละ 48.1 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมทำอาชีพรับจ้างร้อยละ 44 และกลุ่มทดลองทำอาชีพเกษตรกรร้อยละ 33.3 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 60 และร้อยละ 48.1 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 80 และร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68 และร้อยละ 70.4 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรมโดยรวม ด้วยสถิติ Chi-square Fisher's exact test และ Independent t-test พบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p > .05$) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และผลการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 52)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		Statistic test	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (M±SD)	51.81±10.16		51.89±8.86		-.018 ^t	.986
ศาสนา						
พุทธ	25	100	26	93.3	.944 ^b	1.000 ^{ns}
คริสต์	0	0	1	3.7		
สถานภาพสมรส						
คู่	22	88	26	93.3	2.260 ^a	.323 ^{ns}
หม้าย	1	4	1	3.7		
หย่า/แยก	2	8	0	0		
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	4	1	3.7	3.128 ^a	.680 ^{ns}
ประถมศึกษา	17	68	13	48.1		
มัธยมศึกษา	4	16	8	29.6		
อุดมศึกษา	0	0	1	3.7		
อนุปริญญา	1	4	2	7.4		
ปริญญาตรี	2	8	2	7.4		
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	24	4	14.8	3.612 ^a	.607 ^{ns}
รับจ้าง	11	48	8	29.6		
ค้าขาย	2	8	4	14.8		
เกษตรกรกรมรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	20	9	33.3		
อื่นๆ	0	0	1	3.7		
รายได้ (บาท/เดือน)						
< 5,000	1	4	1	3.7		
5,000-10,000	5	20	3	11.1	4.265 ^a	.234 ^{ns}
10,000-15,000	15	60	13	48.1		
15,000-20,000	5	20	8	29.6		
> 20,000	0	0	3	11.1		
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอเหลือเก็บ	1	4	6	22.2	3.748 ^a	.153 ^{ns}
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	20	80	18	66.7		
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	4	16	3	11.1		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	17	68	19	70.4	.034 ^b	.853 ^{ns}
มี	8	32	8	29.6		
เบาหวาน	3	12	2	7.4	.315 ^b	.662 ^{ns}
ความดันโลหิตสูง	5	20	4	14.8	.244 ^b	.722 ^{ns}
ไขมันในเลือดสูง	1	4	3	11.1	.924 ^b	.611 ^{ns}
อื่นๆ	1	4	3	11.1	.924 ^b	.611 ^{ns}

หมายเหตุ: t = T-test, a = Chi-square test, b = Fisher's exact test, ns = non-significance

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะทางคลินิกไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ยกเว้นการได้รับ ก่อนเข้าโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี ยาเคมีบำบัดที่แตกต่างกัน ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มโปรแกรม ($n = 52$)

ลักษณะทางคลินิก	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 27)		Statistic test	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะของโรค						
ระยะที่ 1	0	0	2	7.4	3.516 ^a	.172 ^{ns}
ระยะที่ 2	16	64	20	71.4		
ระยะที่ 3	9	36	5	18.5		
จำนวนครั้งการฉายรังสี						
1	8	32	10	37.0	4.506 ^a	.212 ^{ns}
2	11	44	5	18.5		
3	4	16	7	25.9		
4	2	8	5	18.5		
ปริมาณรังสี (cGy)						
M±SD	M = 396.80±186.34		M = 424.42±212.77		-.497 ^t	.622 ^{ns}
วิธีการรักษา						
Radiation alone	16	64	12	44.41	4.182 ^a	.003 [*]
RT+ Cisplatin	2	8	14	51.9		
RT+ Carboplatin	2	8	0	0		
RT+ Cisplatin+5FU	5	20	1	3.7		
น้ำหนัก M±SD						
M±SD	M = 53.98±11.86		M = 55.84±9.7		-.621 ^t	.538 ^{ns}
ระดับฮีโมโกลบิน						
M±SD	M = 11.27±1.67		M = 11.69±1.63		-1.014 ^t	.315 ^{ns}
อาการอ่อนล้า						
ไม่มี	15	60	15	55.6	.105 ^b	.483 ^{ns}
มี	10	40	12	44.4		
คลื่นไส้อาเจียน						
ไม่มี	22	86	24	88.9	.010 ^b	.628 ^{ns}
มี	3	12	3	11.1		

หมายเหตุ: t = T-test, a = Chi-square test, b = Fisher's exact test, ns = non-significance, * $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า แต่ภายหลังได้รับโปรแกรม คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่ม ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.068, p < .05$) แสดงในตารางที่ 3

ก่อนได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.076, p > .05$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่านัยสำคัญทางสถิติของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 52)

คะแนนคุณภาพชีวิต	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 27)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	133.96	4.015	135.52	6.266	-1.076	.288
หลังการทดลอง	130.84	5.786	150.33	4.891	-13.068	.000

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 5 สัปดาห์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม (covariate) พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับต่ำ (F = 168.866, df = 1, p < .05) แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ANCOVA โดยใช้คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนคุณภาพชีวิต					
ก่อนการทดลอง	77.441	1	77.441	2.815	.100
ระหว่างกลุ่ม	4645.257	1	4645.257	168.866	.000
ความคลาดเคลื่อน	1347.919	49	27.509		
รวม	1039606.000	52			

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรม คะแนนคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการให้โปรแกรมให้ความรู้และประคับประคองจิตใจมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ (HPPP) ช่วยให้สตรีมีแรงปวกมดลูกที่เข้าร่วมในโปรแกรมดังกล่าวสามารถเผชิญ และจัดการกับอาการข้างเคียงที่จะเกิดระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่คล้ายกัน^{9,14,22} การที่โปรแกรม HPPP มีประสิทธิผลดีในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างสตรีมีแรงปวกมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษาในการศึกษานี้ อธิบายได้ว่าโปรแกรม HPPP ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะในการเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มากขึ้น ดังเช่นเนื้อหาความรู้ที่ผู้วิจัยบรรยายเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบถึงอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดระหว่างการฉายรังสี การจัดการกับอาการข้างเคียงและด้านการจัดการทางอารมณ์โดยเฉพาะด้านปรับวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ การเพิ่มความรู้และทักษะดังกล่าวจากโปรแกรม HPPP ช่วยเพิ่มขุมพลัง (resource) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) สูงขึ้น ขณะที่การรับรู้อุปสรรคลดลง (perceived barrier) ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิจิตรา นุชอยู่ และคณะ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้²³ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ผลของการเข้ากลุ่มประคับประคองด้านจิตใจ เป็นส่วนเพิ่มขุมพลังได้อีกวิธีหนึ่ง โดยพบว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีโอกาสแสดงความรู้สึกที่เป็น

ทุกข์ทางอารมณ์และแบ่งปันความรู้สึกรู้สึกต่างๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มที่มีปัญหาเดียวกัน ทำให้มีการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการจัดการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น รวมทั้งการแนะนำทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรม โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม HPPP มีผลช่วยในการเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ป่วยให้มีความมั่นใจในการปรับวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพตามข้อแนะนำที่ได้รับจากผู้วิจัยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bombardier และคณะ²⁴ ที่สนับสนุนว่าการแนะนำเพื่อกระตุ้นและติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เป็นวิธีที่มีประโยชน์และได้ผลคุ้มค่า

ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ คณินิจ พงศ์ถาวรภมร และคณะ⁹ ในสตรีมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับการรักษาเสริมด้วยการฉายรังสีพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนเพื่อนมะเร็งที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion cancer support group program) ระยะเวลา 5 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและคะแนนคุณภาพชีวิตหลังสิ้นสุดโปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่คล้ายกันของ Guo และคณะ²² ในผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิดรวมทั้งมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมใน psychosocial intervention program ซึ่งประกอบด้วยทำให้ความรู้รายบุคคลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนด้านจิตใจพบว่ามีความเครียดคุณภาพชีวิตหลังสิ้นสุดการรักษา 2 สัปดาห์เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lindemalm, Strang และ Lekander¹⁴ พบว่าโปรแกรมให้ความรู้และประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาโดยการให้โปรแกรมและให้คำปรึกษารายบุคคล มีผลดีทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษามีภาวะสุขภาพดีขึ้น ลดอาการซึมเศร้าวิตกกังวล ปัญหาการนอนไม่หลับลดลง²⁴ อย่างไรก็ดี ถึงแม้ว่างานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง แต่ข้อมูลจากการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำแนะนำและกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัย

สนับสนุนว่า กลุ่มตัวอย่างสตรีมะเร็งปากมดลูกมีความสนใจกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย โดยมีการพูดคุยซักถามถึงอาการของตนเองและวิธีที่จะจัดการกับอาการและปัญหาที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่า สตรีมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพมากขึ้น เช่น ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร²⁵ เป็นต้น

แม้ผลการศึกษาคั้งนี้พบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงขึ้นทุกด้านยกเว้นด้านร่างกาย โดยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายลดลง อธิบายว่าอาจเนื่องมาจากการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับรังสีรักษาอย่างเดียวหรือร่วมกับยาเคมีบำบัด แม้ว่าในกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดจำนวนมากกว่า และมีแนวโน้มที่จะเกิดผลข้างเคียงจากการรักษามากกว่าและอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่จากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า เมื่อสิ้นสุดการรักษาสัปดาห์ที่ 5 แม้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายทั้งสองกลุ่ม ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนที่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ลดลงเกิดจากผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสี เมื่อได้รับรังสีเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความอ่อนล้าได้ถึงร้อยละ 90²⁶ ความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามปริมาณรังสีที่ได้รับโดยเฉพาะสัปดาห์สุดท้ายที่ปริมาณรังสีสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Dallabrida และคณะ²⁷ พบว่าการรักษาร่วมกันหลายวิธีเกิดอาการอ่อนล้าและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ชี้ให้เห็นว่าอาการข้างเคียงจากโรคและการรักษามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย แต่ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ชี้ให้เห็นว่าอาการข้างเคียง

แนวโน้มที่จะเกิดอาการมีมากกว่าน่าจะเป็นประสิทธิผลของโปรแกรม HPPP ที่กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับการปรับวิถีชีวิต เช่น ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการกับอาการข้างเคียงระหว่างรังสีรักษา รวมทั้งการเข้ากลุ่มประคับประคองจิตใจที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการแก้ปัญหาต่างๆ ระหว่างได้รับการรักษาที่เป็นประโยชน์จากกลุ่ม ทำให้ส่งผลกระทบต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับคู่มือนำไปศึกษาด้วยตนเองเพียงอย่างเดียว ไม่ได้มีการสอนและเข้ากลุ่มประคับประคองจิตใจจากผู้วิจัยแต่อย่างใด

ผลการศึกษานี้พบว่า โปรแกรม HPPP ประกอบด้วยจำนวนครั้งของการเข้ากลุ่มเพียง 3 ครั้ง ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยของ คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมร และคณะ⁹ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีซึ่งเป็นโปรแกรมการใช้กลุ่มสนับสนุนระยะเวลา 5 สัปดาห์ร่วมกับการโทรศัพท์แนะนำและกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เดือนละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 เดือน แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการรวบรวมวิธีการให้ความรู้รายกลุ่ม รายบุคคล การเข้ากลุ่มประคับประคองจิตใจ และให้คำแนะนำและกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมทางโทรศัพท์ เป็นการศึกษาระยะสั้นจำนวน 5 สัปดาห์ ในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาเท่านั้น โดยที่พยาบาลผู้ให้การดูแลสามารถจัดทำโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ ช่วยลดระยะเวลาในการเข้ากลุ่มโปรแกรมซึ่งใช้เวลาเพียง 3 สัปดาห์ บ่งชี้ว่าโปรแกรม HPPP มีความเป็นไปได้ว่าสามารถนำไปประยุกต์ใช้จริงในทางคลินิกได้มากกว่า เนื่องจากลดจำนวนครั้งและระยะเวลาของเข้ากลุ่มลงได้โดยรวม ข้อคิดเห็นจากงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่า จำนวนครั้งของการเข้ากลุ่มอาจเป็นข้อจำกัดสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งจำนวนหนึ่งทำให้ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้⁹

การศึกษานี้สรุปได้ว่า ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของ Stuijbergen, Anne

และ Greg²¹ และบ่งชี้ว่าโปรแกรมให้ความรู้และประคับประคองจิตใจมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Psycho-education Program: HPPP) มีประสิทธิผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีมะเร็งปากมดลูกได้รับการวินิจฉัยใหม่ระหว่างได้รับรังสีรักษา

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มารับการรักษาด้วยการฉายรังสีในโรงพยาบาลแหล่งเก็บข้อมูลในชุมชนนอกเขตเมืองเท่านั้น รวมทั้งการใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยไม่ใช้การสุ่ม อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงกลุ่มประชากรผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างรับการรักษารังสีทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและทีมบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมให้ความรู้และประคับประคองจิตใจมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ (HPPP) ไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลตามปกติ เพื่อส่งเสริมแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างการเจ็บป่วย และนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสีได้

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการวิจัยต่อเนื่องในกลุ่มที่มีการรักษาร่วมกับการรักษาอื่น เช่น เคมีบำบัดกับการได้รับรังสีรักษา
2. ควรมีการขยายผลการศึกษานี้ไปยังกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น เพื่อให้ได้เห็นประโยชน์อย่างแท้จริงและนำไปสู่การปฏิบัติได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

References

1. Thai Association of Radiation Oncology. Services, manpower and equipment in Thailand radiotherapy centers [Internet]. Bangkok: Thai Association of Radiation Oncology; 2014 [cited 2014 Aug 20]. Available from: <http://www.thastro.org/>

- index.php/2014-03-27-01-07-52 (in Thai).
2. Henson CC, Burden S, Davidson SE, Lal S. Nutritional interventions for reducing gastrointestinal toxicity in adults undergoing radical pelvic radiotherapy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;11:CD009896. doi: 10.1002/14651858.CD009896.pub2. PubMed PMID: 24282062.
 3. Poirier P. Nursing-led management of side effects of radiation: evidence-based recommendations for practice. *Nursing: Research and Reviews.* 2013;3:47-57. doi: 10.2147/NRR.S34112.
 4. Cox A, Bull E, Cockle-Hearne J, Knibb W, Potter C, Faithfull S. Nurse led telephone follow up in ovarian cancer: a psychosocial perspective. *Eur J Oncol Nurs.* 2008;12(5):412-7.
 5. Pasek M, Suchocka L, Urbanski, K. Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy. *J Clin Nurs.* 2013;22(5-6):690-7.
 6. Zeng YC, Ching SS, Loke AY. Quality of life in cervical cancer survivors: a review of the literature and directions for future research. *Oncol Nurs Forum.* 2011;38(2):E107-17.
 7. Pinto BM, Trunzo JJ. Health behaviors during and after a cancer diagnosis. *Cancer.* 2005;104(11 Suppl):2614-23.
 8. Stuijbergen AK, Becker H, Blozis S, Timmerman G, & Kullberg V. A randomized clinical trial of a wellness intervention for women with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003;84(4):467-76.
 9. Pongthavornkamol K, Wanavarodom P, Sareeso P, Mahakkakanjana N, Meraviglia M. Improving health-promoting behaviors and quality of life through breast cancer support groups for Thai women. *Pacific Rim Int J Nurs Res.* 2014;18(2):125-37.
 10. Cella DF. Quality of life: concepts and definition. *J Pain Symptom Manage.* 1994;9(3):186-92.
 11. Park SY, Bae DS, Nam JH, Park CT, Cho CH, Lee JM, et al. Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer.* 2007;110(12):2716-25.
 12. Weis J. Support groups for cancer patients. *Support Care Cancer.* 2003;11(12):763-8
 13. Coward DD. Supporting health promotion in adults with cancer. *Fam Community Health.* 2006;29(1 Suppl):52S-60S.
 14. Lindemalm C, Strang P, Lekander M. Support group for cancer patients does it improve their physical and psychological wellbeing? a pilot study. *Support Care Cancer.* 2005;13(8):652-7.
 15. Alhamss AR, El-Dien SAB, Elshaer IH. Health promotion program among breast cancer clients receiving chemotherapy in South Governorates in Gaza. *Eur J Bus Manage.* 2014;6(13):129-39.
 16. Thongdech P, Ampaporn N, Nam-Oy P. Effects of health promotion program on health promoting behaviors, absolute neutrophils count, infection rate, and quality of life of persons with breast cancer receiving chemotherapy. *Journal of Nurses's Association of Thailand, North-Eastern Division.* 2555;30(1):39-45. (in Thai).

17. Swanee B, Chodchoi W, Sirilak K. The effects of a self-management training program on fatigue and well-being among cervical cancer patients receiving radiotherapy. *Nursing Journal*. 2013;40(1):49-61. (in Thai).
18. Apiradee C, Somjai T, Somporn T. The effect of an application of the supportive-educative nursing system self-care in-patients with radiation therapy for carcinoma of cervix. *Journal of Public Health Nursing*. 2002;16(3):26-34. (in Thai).
19. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
20. Cella Df, Tulsky DS. Quality of life in cancer: definition, purpose, and method of measurement. *Cancer Invest*. 1993;11(3):327-36.
21. Stuijbergen AK, Anne S, Greg R. An explanatory model of health promotion and quality of Life in chronic disabling conditions. *Nurs Res*. 2000;49(3):122-9.
22. Guo Z, Tang HY, Li H, Tan SK, Feng KH, Huang YC, et al. The benefits of psychosocial interventions for cancer patients undergoing radiotherapy. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:121. doi: 10.1186/1477-7525-11-121. PubMed PMID: 23866850; PubMed Central PMCID: PMC3721996.
23. Nootyoo W, Pongthavornkamol K, Sriyuktasuth A, and Setakornnukul J. The influences of stress, financial status, perceived severity of symptoms, and perceived barriers on health-promoting behaviors in pelvic malignancy patients undergoing radiation therapy. *Journal of Nursing Science*. 2016;34(1):53-65. (in Thai).
24. Bombardier CH, Cunniffe M, Wadhvani R, Gibbons LE, Blake KD, Kraft GH. The efficacy of telephone counseling for health promotion in people with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;89(10):1849-56.
25. Meraviglia MG, Stuijbergen A. Health-promoting behaviors of low-income cancer survivors. *Clin Nurse Spec*. 2011;25(3):118-24.
26. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *J Clin Oncol*. 2000;18(4):743-53.
27. Dallabrida FA, Loro MM, Rosanelli CLSP, Souza MMD, Gomes JS, Kolankiewicz ACB. Quality of life of women undergoing treatment for cervical cancer. *Rev Rene*. 2014;15(1):116-22.