



คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

สายรุ้ง ประกอบจิตร^{1*}, โสภิต ทับทิมหิน² และชลียา วามะลุน³

Received: January 29, 2025

Revised: May 6, 2025

Accepted: May 18, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเวลาลงการรักษา 1-12 เดือน จำนวน 77 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง เดือน มิถุนายน - ธันวาคม 2567 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยทางจิตสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-C30 และ EORTC QLQ-CX24 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=61.03, SD=18.94) โดยมีคะแนนด้านร่างกายสูงที่สุด (Mean =85.71, SD =19.15) และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะของโรค (Beta=-0.23, $p<.001$) ปัจจัยทางจิตสังคม (Beta=0.14, $p=0.018$) และอาการอ่อนล้า (Beta=-0.69, $p<.001$) สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 80.5 ข้อเสนอแนะคือ ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะลุกลาม เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม และมีระบบจัดการอาการอ่อนล้าที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต / ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก / หลังการรักษา

* ผู้รับผิดชอบบทความ: สายรุ้ง ประกอบจิตร งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
405 ถนนคลังอาวุธ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี E-mail: Sairungspra1234@gmail.com

¹ M.P.H. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

² Dr.P.H. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

³ Ph.D. พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี





Quality of Life and Factors Associated with the Quality of Life Among Cervical Cancer Patients after treatment at Ubonratchathani Cancer Hospital

Sairung Prakobchit^{1*}, Sopit Tubtimhin² and Chaliya Wamaloon³

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study quality of life and factors associated with among cervical cancer patients after treatment at Ubonratchathani Cancer Hospital. The sample consisted of 77 cervical cancer patients who were 1-12 months After treatment. Data were collected from June to December 2024 using questionnaires on demographic data, clinical factors, psychosocial factors, and quality of life assessment tools (EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-CX24). Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. Results showed that overall quality of life was at a moderate level (Mean= 61.03, SD=18.94), with physical functioning scoring highest (Mean =85.71, SD =19.15). Factors significantly associated with quality of life were disease stage (Beta=-0.23, $p<.001$), psychosocial factors (Beta=0.14, $p=0.018$), and fatigue symptoms (Beta=-0.69, $p<.001$), collectively explaining 80.5% of the variance in quality of life. Recommendations include developing a holistic care system, particularly for patients with advanced disease, enhancing social support, and implementing an effective fatigue management system.

Keywords: Quality of life / Cervical cancer patients / After treatment

* **Corresponding Author:** Sairung Prakobchit, Research and Nursing Development Division, Department of Nursing, Ubonratchathani Cancer Hospital 405 Khlang Awut Road, Kham Yai Subdistrict, Mueang District, Ubon Ratchathani Province, E-mail: Sairungpra1234@gmail.com

¹ M.P.H., Professional Nurse, Research and Nursing Development Division, Ubonratchathani Cancer Hospital

² Dr.P.H., Senior Professional Nurse, Head of Research and Nursing Development Division, Ubonratchathani Cancer Hospital

³ Ph.D., Expert Professional Nurse, Deputy Director of Nursing, Ubonratchathani Cancer Hospital





1. บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันมะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง โดยสำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2022) ขององค์การอนามัยโลก ได้รายงานสถิติของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี 2022 พบว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสี่ในผู้หญิงทั่วโลก โดยพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 660,000 ราย และผู้เสียชีวิตประมาณ 350,000 ราย ซึ่งอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกและการเสียชีวิตสูงสุดอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง สำหรับประเทศไทย จากรายงานของ Cancer in Thailand ฉบับที่ 10 ปี 2559 - 2561 พบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกมีอุบัติการณ์การเกิดเป็นอันดับห้าในเพศหญิงของมะเร็งทั้งหมดในอัตรา 11.1 คนต่อแสนประชากร (Rojanamat et al., 2021) สำหรับสถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 245, 224 และ 237 คนตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี (โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี หน่วยทะเบียนมะเร็ง, 2565)

โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถแบ่งออกได้เป็น มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้น (Early-stage) มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ (Locally advanced) และมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Advanced) โดยวิธีการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขึ้นกับระยะของโรค ลักษณะทางพยาธิวิทยา อายุ ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน โรคประจำตัวและความต้องการมีบุตร ซึ่งการรักษาประกอบไปด้วย การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัดและการรักษาแบบผสมผสานร่วมกัน (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2661) โดยการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม เป็นต้น สำหรับด้านร่างกายนั้นผลข้างเคียงที่พบบ่อย คือ ผลต่อระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร แผลในปาก ท้องเสีย กดระบบไหลเวียนโลหิตทำให้เกิดอาการชืด อ่อนเพลีย มีดเลือดขาวต่ำ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำอาจทำให้เกิดออกผิตกติ อาการนอนไม่หลับและน้ำหนักลด เป็นต้น (Somanna et al., 2022; National Comprehensive Cancer Network, 2023) นอกจากนี้ความเหนื่อยล้ายังเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง (Minton & Stone, 2023) ด้านจิตใจ คือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต และเกิดความเครียด วิตกกังวล ด้านเศรษฐกิจและสังคม คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษา ย่อมมีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจ รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยสูงถึงคนละ 100,000 บาท ต่อผู้ป่วย 1 คน และมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยย่อมมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ผิดนัดหรือเลื่อนเวลาการมารับการรักษาครั้งต่อไป ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิต (วสันต์ สันะสมิต, 2558) อีกทั้งการรักษามะเร็งปากมดลูกเกือบทุกระยะ วิธีการรักษาหลักคือการผ่าตัด โดยพบว่าผลการผ่าตัดมีผลต่อการทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกายในระยะยาวโดยเฉพาะการทำงานของระบบปัสสาวะและระบบทางเดินอาหาร ซึ่งสามารถพบได้นานกว่า 6 ถึง 12 เดือนหลังการผ่าตัด รวมถึงปัญหาช่องคลอดแห้ง ส้น ไม่ยืดหยุ่น หรือมีการเจ็บช่องคลอดขณะมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความกังวลในการทำกิจกรรมทางเพศ (Huang et al., 2022) โดยภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเหล่านี้มักมีสาเหตุมาจากการรบกวนระบบประสาทอัตโนมัติที่บริเวณอุ้งเชิงกรานในระหว่างการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน ซึ่งเส้นประสาทเหล่านี้ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ช่องคลอดส่วนบนและลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Nantasupha & Charoenkwan, 2018) นอกจากนี้การเลาะต่อมน้ำเหลืองที่อุ้งเชิงกราน เพิ่มความเสี่ยงภาวะขาบวม น้ำเหลือง 2 เท้า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลือง (Kim & Kim, 2017)





ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่กล่าวมาจึงถือเป็นปัญหาที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตหลังการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะยาว

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตนเองในด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระที่ไม่พึ่งพาอุปกรณ์และผู้อื่น ความสัมพันธ์ทางสังคมสิ่งแวดล้อมและความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายชีวิต (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองการพยาบาล, 2561) ทั้งนี้คุณภาพชีวิตจัดเป็นผลลัพธ์ทางการรักษาที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง และเป็นสิ่งที่ไม่สามารถประเมินได้จากผลทางคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกภายหลังการรักษาอาจยังมีผลข้างเคียงหรืออาการต่าง ๆ จากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาหลงเหลืออยู่ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ การประเมินคุณภาพชีวิตจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทั้งนี้คุณภาพชีวิตยังมีความสำคัญคือเป็นดัชนีบ่งชี้คุณภาพการดูแลที่ได้รับจากการพยาบาล (Padilla & Grant, 1985) และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญตามยุทธศาสตร์บริการพยาบาลระดับประเทศ (Agenda based) (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองการพยาบาล, 2561) ซึ่งในภาพรวมคุณภาพชีวิตนับเป็นส่วนสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิด รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกด้วย เพราะนอกจากเป้าหมายของการรักษาโรคให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีแล้ว การมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งก็ควรเป็นเป้าหมายสำคัญเช่นเดียวกัน (Singh et al., 2019) ดังนั้นในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกสิ่งที่สำคัญที่สุด คือการพยายามทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่มีคุณค่า ไม่ใช่อยู่ที่การมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นเท่านั้น แต่อยู่ที่การมีความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ด้วย ซึ่งสามารถวัดได้ในรูปของคุณภาพชีวิต (Quality of life)

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีขอบเขตรับผิดชอบครอบคลุมพื้นที่ 9 จังหวัดในเขตภาคอีสานตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร อำนาจเจริญ อุบลราชธานี ยโสธร ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ บุรีรัมย์ สุรินทร์ และจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีประชากรทั้งสิ้น 11,407,569 คน มีพันธกิจหลักในการให้บริการการดูแล รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างครบวงจร ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง การให้บริการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา การรักษาแบบผสมผสานและประคับประคอง ครอบคลุมมิติสำหรับผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูตลอดจนถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านโรคมะเร็ง ทั้งนี้จากการเก็บข้อมูลของงานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในปี 2566 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ประสบปัญหาคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด ร้อยละ 45.2 โดยเฉพาะอาการเบื่ออาหาร เหนื่อยล้าและความเจ็บปวด ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง แต่ยังสร้างภาระทางอารมณ์และเศรษฐกิจให้กับครอบครัว และอาจเพิ่มภาระการดูแลรักษาในระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ช่วยลดผลกระทบต่อครอบครัวและนำข้อมูลไปพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี





3. วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional analytical research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา อย่างน้อย 1 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือน ตั้งแต่ช่วงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2567 – ธันวาคม พ.ศ. 2567

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 237 ราย

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก หลังการรักษาจำนวน 77 ราย คำนวณได้จากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ย (Lwanga & Lemeshow, 1991; Cochran, 1977)

$$\text{สูตร } n = \frac{Z^2 \alpha/2 \cdot \sigma^2}{E^2}$$

โดยที่ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

$Z_{\alpha/2}$ = ค่า Z ที่สอดคล้องกับระดับความเชื่อมั่น

(เช่น 1.96 สำหรับระดับความเชื่อมั่น 95%)

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร

E = ค่าคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (margin of error)

การกำหนดค่าตัวแปร

ระดับความเชื่อมั่น 95% (ค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) โดยการประเมินจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการ เท่ากับ 46.9 (SD = 17.95) (Padhi et al., 2024) และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (E) เท่ากับ กำหนดไว้ที่ 4 คะแนน

การคำนวณ

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (18)^2}{(4)^2} = \frac{3.84 \times 324}{16}$$

$$n = 77$$

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี อย่างน้อย 1 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือน 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่อง ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาการมองเห็นและการได้ยิน และ 4) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย



เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำ
- 2) ปฏิเสธการให้สัมภาษณ์หรือหยุดให้สัมภาษณ์ และ
- 3) มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง จนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย ลักษณะคำถามชนิดปลายเปิด (Opened-ended questionnaires) และชนิดปลายปิด (Closed-ended questionnaires) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน แต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทางคลินิก จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย ระยะของโรค (FIGO disease stage) ผลตรวจทางพยาธิวิทยา (Histopathology) การรักษาที่ได้รับ จำนวนครั้งการฉายรังสี ปริมาณรังสี จำนวนครั้งการใส่แร่ ยาเคมีบำบัดที่ได้รับ วันที่ได้รับการวินิจฉัยการเป็นมะเร็ง ระยะเวลาที่รักษาครบ และ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยทางจิตสังคม จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับด้านปัจจัยทางจิตสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ 1) คุณมีความเครียดจากการใช้ชีวิตประจำวันหรือจากการรักษามะเร็งในระดับใด 2) คุณได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือคนรอบข้างเพียงพอหรือไม่ 3) คุณได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและสังคมเพียงพอหรือไม่ 4) คุณเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งหรือกิจกรรมที่โรงพยาบาลจัดไว้บ่อยเพียงใด 5) คุณรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพและชีวิตได้ดีแค่ไหน 6) คุณเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา/จิตวิญญาณ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่ามี 5 ระดับ (Likert scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การพิจารณาการแปลผลความหมายระดับปัจจัยทางจิตสังคม โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ดังนั้นผู้วิจัย จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผล โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาพิจารณา ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.80 หมายถึง ปัจจัยทางจิตสังคมต่ำมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ปัจจัยทางจิตสังคมต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ปัจจัยทางจิตสังคมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง ปัจจัยทางจิตสังคมค่อนข้างสูง

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ปัจจัยทางจิตสังคมสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire (EORTC-QLQ-C 30) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปที่ใช้กันอย่างกว้างขวางทั่วโลก แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EORTC QL Q-C30 (Aaronson et al., 1993) ได้รับการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทย มีข้อคำถาม 30 ข้อ ประกอบด้วยการประเมินด้านการทำหน้าที่ 5 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านบทบาท ด้านการรับรู้ ด้านอารมณ์และด้านสังคม การประเมินกลุ่มอาการ 3 กลุ่ม ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย อาการปวด และอาการคลื่นไส้อาเจียน และการประเมินอาการเดี่ยว 6 อาการ ได้แก่ อาการเหนื่อย อาการเบื่ออาหาร อาการนอนไม่หลับ อาการท้องผูกและอาการถ่ายเหลว รวมถึงการประเมินสภาวะทางการเงินของผู้ป่วยที่เป็นผลจากโรคและการรักษา ด้วยค่าคะแนนแบบ Likert scale 4 ระดับตามระดับอาการ คือ ไม่เลย-เล็กน้อย-ค่อนข้างมาก-มากที่สุด



การคำนวณคะแนน โดยการปรับคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 โดยใช้สูตรดังนี้ (Husson et al., 2020) การคำนวณจะแยกสเกลเป็นรายด้าน ประกอบด้วย

- สเกลด้านการทำหน้าที่ $S = \{1-(RS-1)/range\} \times 100$
- สเกลด้านอาการและสุขภาพโดยรวม $S = \{(RS-1)/range\} \times 100$

โดย S = คะแนนที่แปลงแล้ว, RS = คะแนนดิบ, $range$ = ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้

การแปลความหมายคะแนน

- สเกลด้านการทำหน้าที่ หากคะแนนสูง (ใกล้ 100) หมายถึง การทำหน้าที่ดี/คุณภาพชีวิตดี คะแนนต่ำ (ใกล้ 0) หมายถึง การทำหน้าที่แย่/คุณภาพชีวิตไม่ดี
- สเกลด้านอาการ หากคะแนนสูง (ใกล้ 100) หมายถึง มีอาการมาก/คุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนนต่ำ (ใกล้ 0) หมายถึง มีอาการน้อย/คุณภาพชีวิตดี
- สเกลด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม หากคะแนนสูง (ใกล้ 100) หมายถึง คุณภาพชีวิตดี คะแนนต่ำ (ใกล้ 0) หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี

การใช้คะแนนสรุป (Summary Score) คะแนนสรุปคำนวณจากค่าเฉลี่ยของ 13 สเกล (ไม่รวมสุขภาพองค์รวมและปัญหาการเงิน) คะแนนสรุป ≥ 70 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช The Cervical Cancer module (EORTC-QLQ-CX 24) จำนวน 24 ข้อ (Greimel et al., 2006) ประกอบด้วยการประเมินด้านการทำหน้าที่ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาพลักษณ์ ด้านกิจกรรมทางเพศ ด้านความสุขทางเพศ และด้านการทำหน้าที่ทางเพศและช่องคลอด และการประเมินด้านอาการ 5 อาการ ได้แก่ อาการเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก อาการต่อมน้ำเหลืองอุดตัน อาการปลายประสาทอักเสบ อาการของภาวะหมดประจำเดือนรวมถึงการประเมินความกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์ ค่าคะแนนแบบ Likert scale 4 ระดับตามระดับอาการ คือ ไม่เลย - เล็กน้อย - ค่อนข้างมาก - มากที่สุด ซึ่งมีข้อคำถามไม่ซ้ำซ้อนกับ EORTC-QLQ-C 30

การคำนวณคะแนน โดยการปรับคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 โดยใช้สูตรดังนี้ (Greimel et al., 2006) โดยในการคำนวณแยกสเกลเป็นรายด้าน ประกอบด้วย

- สเกลด้านการทำหน้าที่ $S = \{1-(RS-1)/range\} \times 100$
- สเกลด้านอาการ $S = \{(RS-1)/range\} \times 100$

โดย S = คะแนนที่แปลงแล้ว, RS = คะแนนดิบ, $range$ = ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้

การแปลความหมายคะแนน

- ให้คะแนนแต่ละข้อในช่วง 1 ถึง 4 หรือ 1 ถึง 7 ขึ้นอยู่กับข้อคำถาม
- คำนวณคะแนนดิบของแต่ละมิติ (Raw Score, RS) = ผลรวมคะแนนของแต่ละข้อในมิตินั้น $\div$ จำนวนข้อ

การแปลงเป็นคะแนนมาตรฐาน (Standardized Score, 0–100) แบ่งเป็นมิติ ดังนี้

- สำหรับมิติ Functioning

$$S = [(1 - (RS - 1)/range)] \times 100$$

(S = Standardized score, RS = Raw score, $range$ = ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้)



- สำหรับมิติ Symptom และ Single Items

$$S = [(RS - 1)/\text{range}] \times 100$$

คะแนนสูงใน Functioning = คุณภาพชีวิตดีขึ้น

คะแนนสูงใน Symptom = อาการรุนแรงขึ้น, คุณภาพชีวิตแย่ลง

การแปลความคะแนน

คะแนน 0–33 ความหมาย อาการน้อยหรือไม่มี

คะแนน 34–66 ความหมาย อาการระดับกลาง

คะแนน 67–100 ความหมาย อาการรุนแรงหรือบ่อยมาก

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำข้อคำถามของเครื่องมือทั้ง 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยทางคลินิก แบบสอบถามปัจจัยทางจิตสังคม แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI (Zamanzadeh et al, 2015) เท่ากับ 1.0, 0.98, 0.96, 1.0 และ 1.0 และไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อหาความสอดคล้องภายในโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85, 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ (Cronbach, 1951)

3.5 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อพิจารณาประเด็นทางจริยธรรม จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าจากฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information Systems: HIS) จากนั้นใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการสุ่มผ่านโปรแกรม Research Randomizer เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 77 คน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งอธิบายขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการตอบแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัย และเซ็นติบายนยอมเสร็จสิ้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการสอบถามข้อมูลในห้องพักรักษาที่มีความเป็นส่วนตัว ซึ่งเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ต่อคน นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล แล้วจึงนำมาประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

3.6.2 สถิติที่ใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีการตรวจสอบข้อตั้งเบื้องต้น (Assumption) จำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS





3.7 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2567 เลขที่โครงการวิจัย EC 008/2024 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจและลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการอย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับไม่เชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

4. ผลการวิจัย

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 49.63 ($SD = 11.10$) ส่วนใหญ่ช่วงอายุน้อยกว่า 45 ปี ร้อยละ 39.0 รองลงมาคือ 50 – 54 ปี ร้อยละ 19.5 สถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.8 ระดับการศึกษา จบประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 23.4 รองลงมา จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 22.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 32.5 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 27.3 ส่วนใหญ่พักอาศัยกับครอบครัว ร้อยละ 88.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,811.69 บาท ($SD = 11,451.57$) รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 36.4 รองลงมาคือ มากกว่า 25,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 16.9 ซึ่งมากกว่าครึ่งรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 89.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.3 โดยโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ร้อยละ 17.5 ดังตารางที่ 1

สำหรับปัจจัยทางคลินิก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะของโรครอยู่ในระยะที่ 1 ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือระยะที่ 3 ร้อยละ 31.3 โดยมีผลทางพยาธิวิทยาส่วนใหญ่เป็นชนิด Squamous Cell Carcinoma ร้อยละ 78.8 การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นการรักษาหลายวิธีร่วมกัน โดยการรักษาด้วยการได้รับยาเคมีบำบัดมากที่สุด ร้อยละ 66.3 รองลงมาคือ การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ร้อยละ 58.8 ระยะเวลาหลังการรักษาครบเฉลี่ย 14.26 เดือน ($SD = 8.04$) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 13 – 18 เดือน ร้อยละ 31.2 รองลงมาคือ ช่วง 6-12 เดือน ร้อยละ 27.3 ในด้านความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังการรักษา ส่วนใหญ่ ECOG Score 0 ร้อยละ 46.8 รองลงมาคือ ECOG Score 1 ร้อยละ 42.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิก ($n = 77$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ (ปี)		
< 45 ปี	30	39.0
45 – 49 ปี	8	10.4
50 – 54 ปี	15	19.5
55 – 60 ปี	10	13.0
> 60 ปี	14	18.2
(Max = 78, Min = 30, Median = 50.00 Mean = 49.63, $SD = 11.10$)		



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิก (n = 77) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	12	15.6
สมรส	53	68.8
หม้าย/หย่า	12	15.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	18	23.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	15.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	17	22.1
อนุปริญญา/ปวส.	10	13.0
ปริญญาตรี	17	22.1
สูงกว่าปริญญาตรี	3	3.9
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	6.5
เกษตรกร	21	27.3
ค้าขาย	25	32.5
รับจ้างทั่วไป	14	18.2
ข้าราชการ	9	11.7
รัฐวิสาหกิจ	3	3.9
ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับ		
อยู่คนเดียว	9	11.7
พักอาศัยกับครอบครัว	68	88.3
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
< 5,000 บาท	28	36.4
5,000 – 10,000 บาท	12	15.6
10,001 – 15,000 บาท	11	14.3
15,001 – 20,000 บาท	10	13.0
20,001 – 25,000 บาท	3	3.9
> 25,000 บาท	13	16.9
(Max = 45,000, Min = 1,000, Median = 10,000.00)		
Mean = 13,811.69, SD = 11,451.57)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	8	10.4
ไม่เพียงพอ	69	89.6



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิก (n = 77) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	53	66.3
มีโรคประจำตัว	24	30.0
โรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคความดันโลหิตสูง	10	12.5
โรคเบาหวาน	14	17.5
โรคไขมันในเลือดสูง	8	10.0
โรคหอบหืด	1	1.3
โรคหลอดเลือดสมอง	2	2.5
โรคลมชัก	1	1.3
โรคจิตเวช	1	1.3
ปัจจัยทางคลินิก		
ระยะของโรค (FIGO disease stage)		
ระยะที่ 1	32	40.0
ระยะที่ 2	17	21.3
ระยะที่ 3	25	31.3
ระยะที่ 4	6	7.5
ผลตรวจทางพยาธิวิทยา		
SCCA	63	78.8
Adenocarcinoma	13	16.3
neuroendocrine carcinoma	1	1.3
การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
Surgery	47	58.8
Chemotherapy	53	66.3
Radio chemotherapy	32	40.0
External beam radiation	11	13.8
Brachytherapy	52	65.0
ระยะเวลาหลังการรักษาครบ		
< 6 เดือน	12	15.6
6 – 12 เดือน	21	27.3
13 – 18 เดือน	24	31.2
19 – 24 เดือน	16	20.8
> 24 เดือน	4	3.08
(Max = 47, Min = 1, Median = 14)		
Mean = 14.26 SD = 8.04)		



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิก (n = 77) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง หลังการรักษา (ECOG Score)		
ECOG 0	36	46.8
ECOG 1	33	42.9
ECOG 2	7	9.1
ECOG 3	1	1.3

ปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา/จิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.02$, $SD = 0.85$) รองลงมาคือ ด้านความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพและชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 2.70$, $SD = 0.62$) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือคนรอบข้าง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.67$, $SD = 0.79$) ในด้านความเครียดจากการใช้ชีวิตประจำวันหรือจากการรักษามะเร็งอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.58$, $SD = 0.72$) การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและสังคม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.52$, $SD = 0.94$) และน้อยที่สุดคือ ด้านการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งหรือกิจกรรมที่โรงพยาบาลจัดไว้ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.51$, $SD = 0.63$) โดยในภาพรวมของปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.68$, $SD = 0.35$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก หลังการรักษา จำแนกรายข้อ (n = 77)

ข้อคำถาม (คะแนน 1-5)	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ความเครียดจากการใช้ชีวิตประจำวันหรือจากการรักษามะเร็ง	2.58	0.72	น้อย
2. การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือคนรอบข้าง	2.67	0.79	ปานกลาง
3. การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและสังคม	2.52	0.94	น้อย
4. การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งหรือกิจกรรมที่โรงพยาบาลจัดไว้	2.51	0.63	น้อย
5. ความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพและชีวิต	2.70	0.62	ปานกลาง
6. การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา/จิตวิญญาณ	3.02	0.85	ปานกลาง
คะแนนรวม	2.68	0.35	ปานกลาง





4.2 คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา

จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 61.03, SD =18.94) โดยมีคะแนนด้านการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 85.71, SD =19.15) รองลงมาคือ ด้านอารมณ์ ($\bar{X}$ = 82.30, SD =17.67) ด้านความคิด ($\bar{X}$ = 81.60, SD =22.87) ด้านบทบาท ($\bar{X}$ = 78.36, SD =31.42) และด้านสังคม ($\bar{X}$ = 78.35, SD =24.04) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

สำหรับด้านการรับรู้อาการหลังการรักษา พบว่าการรับรู้ปัญหาด้านการเงินอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 35.00, SD =13.13) รองลงมาคือ อาการอ่อนล้าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 28.33, SD =13.72) อาการท้องผูก ($\bar{X}$ = 23.33, SD =15.67) อาการนอนไม่หลับ ($\bar{X}$ = 20.00, SD =22.68) อาการเบื่ออาหารและอาการถ่ายเหลว ($\bar{X}$ = 6.67, SD =13.67) อาการปวด ($\bar{X}$ = 3.33, SD =10.26) และอาการคลื่นไส้/อาเจียน และอาการเหนื่อย ($\bar{X}$ = 1.67, SD =7.45) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา ประเมินด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป EORTC QLQ-C30 (n = 77)

ด้านของคุณภาพชีวิต	คะแนนเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	95%CI	ระดับ คุณภาพชีวิต
การทำหน้าที่			
- ด้านร่างกาย (Physical functioning)*	85.71 (19.15)	81.36-90.06	สูง
- ด้านบทบาท (Role functioning)*	78.36 (31.42)	71.22-85.48	สูง
- ด้านความคิด (Cognitive functioning)*	81.60 (22.87)	76.41-86.79	สูง
- ด้านอารมณ์ (Emotional functioning)*	82.30 (17.67)	78.88-86.91	สูง
- ด้านสังคม (Social functioning)*	78.35 (24.04)	72.90-83.81	สูง
คุณภาพชีวิตโดยรวม (Global health/QOL)*	61.03 (18.94)	56.73-65.34	ปานกลาง
ด้านการรับรู้อาการ**			
- อาการอ่อนล้า	28.33 (13.72)	21.91 -34.75	สูง
- อาการคลื่นไส้/อาเจียน	1.67 (7.45)	-1.82 - 5.15	สูง
- อาการปวด	3.33 (10.26)	-1.47 -8.13	สูง
- อาการเหนื่อย	1.67 (7.45)	-1.82-5.1	สูง
- นอนไม่หลับ	20.00 (22.68)	9.38-30.62	สูง
- เบื่ออาหาร	6.67 (13.67)	0.26-13.07	สูง
- ท้องผูก	23.33 (15.67)	15.99-30.67	สูง
- ถ่ายเหลว	6.67 (13.67)	0.26-13.07	สูง
- ปัญหาด้านการเงิน	35.00 (13.13)	28.85-41.15	สูง

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา ประเมินด้วยแบบสอบถามด้วยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก พบว่าความกังวลด้านภาพลักษณ์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 22.22, SD =18.02) รองลงมาคือ ด้านกิจกรรม



ทางเพศ ($\bar{X}$ = 20.80, SD = 22.32) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศและช่องคลอด ($\bar{X}$ = 16.25, SD = 8.32) และต่ำสุดในด้านความสุขทางเพศ ($\bar{X}$ = 15.78, SD = 12.12)

สำหรับในด้านการรับรู้การ พบว่า ด้านภาวะหมดประจำเดือนสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 27.27, SD = 25.77) รองลงมาคือ ด้านความกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์ ($\bar{X}$ = 22.94, SD = 27.70) ด้านอาการเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ($\bar{X}$ = 15.78, SD = 13.29) ด้านอาการปลายประสาทอักเสบ ($\bar{X}$ = 11.25, SD = 18.42) และต่ำสุดในด้านอาการต่อมน้ำเหลืองอุดตัน ($\bar{X}$ = 9.09, SD = 14.94) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา ประเมินด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก EORTC QLQ-C24 (n = 77)

ด้านของคุณภาพชีวิต	คะแนนเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	95%CI	แปลผล
การทำหน้าที่			
- ด้านภาพลักษณ์ (Body image)*	22.22 (18.02)	18.13-26.31	การรับรู้การสูง
- ด้านกิจกรรมทางเพศ (Sexual activity)*	20.80 (22.32)	15.71-25.84	การรับรู้การสูง
- ด้านความสุขทางเพศ (Sexual enjoyment)*	15.78 (12.12)	12.76-18.79	การรับรู้การสูง
- ด้านการทำหน้าที่ทางเพศและช่องคลอด (Sexual/vaginal functioning)*	16.25 (8.32)	12.35-20.15	การรับรู้การสูง
ด้านอาการ**			
- อาการเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	15.78 (13.29)	12.76-18.79	การรับรู้การสูง
- ต่อมน้ำเหลืองอุดตัน	9.09 (14.94)	5.69- 12.48	การรับรู้การสูง
- ปลายประสาทอักเสบ	11.25 (18.42)	7.07-15.43	การรับรู้การสูง
- ภาวะหมดประจำเดือน	27.27 (25.77)	21.12 – 33.12	การรับรู้การสูง
- ความกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์	22.94 (27.70)	16.65-29.23	การรับรู้การสูง

หมายเหตุ : คะแนนเต็ม 100 คะแนน

* การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตและด้านการทำหน้าที่ : คะแนนที่สูงหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า หรือมีการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ได้ดีกว่า

** การแปลผลคะแนนด้านอาการ : คะแนนที่สูงหมายถึงการมีความรุนแรงของอาการที่มากกว่า

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมประชากร ปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยด้านอาการที่เกิดจากโรค ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่าตัวแปรทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ตัวแปร ได้แก่ ระยะของโรคมะเร็ง (Beta = -0.23, p = <0.001) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Beta = 0.14, p = 0.018) และอาการอ่อนล้า (Beta = -0.69, p = <0.001) โดยตัวแปรทั้งสามสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษาได้ร้อยละ 80.5 (R^2 = 0.805) จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ สามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา = 85.83 - 4.31(ระยะโรคมะเร็ง) + 5.14 (ปัจจัยทางจิตสังคม) - 17.66 (อาการอ่อนล้า) ดังแสดงในตารางที่ 5



การแปลความหมายของสัมประสิทธิ์การถดถอยแต่ละตัวแปร มีดังนี้

ระยะของโรคมะเร็ง (สัมประสิทธิ์การถดถอย = - 4.31) เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ การเพิ่มขึ้นของระยะโรคมะเร็ง 1 หน่วย จะส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง 4.31 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีระยะของโรคมะเร็งที่รุนแรงมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตต่ำลง

ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (สัมประสิทธิ์การถดถอย = 5.14) เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ การเพิ่มขึ้นของปัจจัยทางด้านจิตสังคม 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 5.14 คะแนน สะท้อนถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและสภาวะทางจิตใจที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

อาการอ่อนล้า (สัมประสิทธิ์การถดถอย = -17.66) เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ การเพิ่มขึ้นของอาการอ่อนล้า 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตลดลงถึง 17.66 คะแนน แสดงให้เห็นว่าอาการอ่อนล้าเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบเชิงลบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยทางสังคมประชากร ปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยทางจิตสังคม และปัจจัยด้านอาการที่เกิดจากโรค ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา (n=77)

ตัวแปรทำนาย	Unstandardized Coefficients(B)	Coefficients (Beta)	t	P
Constant	85.83		12.79	<.001
ระยะโรคมะเร็ง	-4.31	-.23	-3.85	<.001
ปัจจัยทางจิตสังคม	5.14	.14	2.42	0.018
อาการอ่อนล้า	-17.66	-0.69	-10.58	<.001
R square = .805 Adjusted R square = .797				
F = 100.23 p < .001				

5. อภิปรายผล

5.1 การศึกษา พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 61.03, SD = 18.94) แม้ว่าจะมีคะแนนด้านร่างกายสูง ($\bar{X}$ = 85.71, SD = 19.15) แต่เนื่องจากปัจจัยด้านอารมณ์และสังคมที่ยังจำกัด โดยเฉพาะอาการอ่อนล้า (Fatigue) ซึ่งเป็นตัวทำนายหลักที่ลดคุณภาพชีวิต (Beta = -0.69, p < .001) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน 58.96 – 72.6 (อรุณรัตน์ พรหมพุท และพิสมัย คุณาวัฒน์, 2561; Bjelic-Radisic et al., 2012) ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากวิวัฒนาการเทคโนโลยีด้านการรักษาที่มีความทันสมัย ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาได้รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตหลังการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกหลังการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจภายหลังการรักษา และจากงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนรับการรักษา โดยผลกระทบจากการรักษาส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น จะเห็นได้ว่าคะแนนคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาเก่าที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ Park et al. (2007) ที่มีผลคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 48.5 ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากมาตรฐานการดูแลแบบองค์รวมในระบบบริการสุขภาพของไทยที่พัฒนามากขึ้น โดยมีวิวัฒนาการในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกดีขึ้น ซึ่งในช่วงก่อนปี 2010



การผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นแบบถอนรากถอนโคน (Radical hysterectomy) ร่วมกับการรักษาด้วยรังสีรักษาในรูปแบบ Conventional 2D ซึ่งพบภาวะแทรกซ้อนได้สูงถึงร้อยละ 40-60 โดยเฉพาะในระบบทางเดินปัสสาวะผิดปกติ (Butler-Manuel et al., 1999) และภาวะช่องคลอดตีบ (Bergmark et al., 1999) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ในขณะเดียวกันปัจจุบันนี้มีการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Robotic-assisted surgery) และรังสีรักษาแบบปรับความเข้ม (IMRT) สามารถลดภาวะแทรกซ้อนลงเหลือร้อยละ 15-20 (Kirchheiner et al., 2015) รวมถึงมีการพัฒนายาเคมีบำบัดแบบ Targeted therapy ที่มีผลข้างเคียงน้อยลง โดยในการศึกษานี้ ผลกระทบที่สำคัญ คือในด้านภาวะหมดประจำเดือนและความกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์ มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง (Park et al., 2007; Kumar et al., 2014) จากการที่ผู้ป่วยกังวลว่าการมีเพศสัมพันธ์จะมีผลให้เกิดการลุกลามของโรค และเกิดการเปลี่ยนแปลงของช่องคลอดซึ่งทำให้ช่องคลอดแห้งหรือตีบแคบ นำมาซึ่งการเกิดความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ทำให้ความสุขทางเพศลดลง (Greimel et al., 2009) ซึ่งผลกระทบด้านเพศสัมพันธ์ถือเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา

เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่าผู้ป่วยในการศึกษารั้งนี้มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายสูงที่สุด (Mean = 85.71, SD = 19.15) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี แต่ยังคงพบว่ามีคะแนนต่ำในด้านสังคมและบทบาทหน้าที่ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมและการฟื้นฟูบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยภายหลังการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต จากการวิเคราะห์พบว่ามี 3 ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระยะของโรค ปัจจัยทางจิตสังคม และอาการอ่อนล้า

ผลการศึกษาพบว่า ระยะของโรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต (Beta = -0.23, $p < .001$) โดยผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 และ 4 มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยในระยะต้น โดยทฤษฎีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in Illness Theory) ได้อธิบายไว้ว่าความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการดำเนินโรค การรักษา และการพยากรณ์โรคส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความไม่แน่นอนสูงกว่า (Mishel, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาของ Somanna et al., (2022) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 210 ราย ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศอินเดีย พบว่า ผู้ป่วยในระยะลุกลามมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยระยะต้น 2.1 เท่า (OR: 2.1, 95%CI: 1.1-3.9) อีกทั้งผู้ป่วยระยะลุกลามมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกายต่ำกว่าผู้ป่วยระยะต้น 3.3 เท่า (OR: 3.3, 9

5%CI: 1.7-6.4) มีอาการปวดรุนแรงกว่าผู้ป่วยระยะต้น 5.8 เท่า (OR: 5.8, 95%CI: 1.9-17.7) แสดงให้เห็นว่าระยะของโรคมะเร็งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายมิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Singh et al., (2019) ที่พบว่า ระยะของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเฉพาะด้าน (cancer-specific QOL) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งผู้ป่วยในระยะแรก (ระยะที่ 1) มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยในระยะท้าย

ปัจจัยทางจิตสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (Beta = 0.14, $p = 0.018$) สามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้รับการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวมีผลให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) (Cobb, 1976) สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้อย่างชัดเจน ช่วยอธิบายว่าการมีระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียดและความทุกข์ที่เกิดจากโรคมะเร็ง ส่งเสริมการปรับตัว และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย



ที่พบว่าปัจจัยทางจิตสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังการรักษา (Le Borgne et al., 2013) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Osann et al., (2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 204 ราย ที่รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ในผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงและการสนับสนุนทางสังคมยังส่งผลต่อการปรับตัวและการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Le Borgne et al., (2013) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ในประเทศฝรั่งเศส พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวในด้านรายได้และฐานะทางการเงินมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก การมีสถานภาพสมรสและการมีครอบครัวยังมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอีกด้วย

อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต ($Beta = -0.69, p < .001$) ซึ่งทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management Theory) (Dodd et al., 2001) ได้อธิบายว่าอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งจากโรค การรักษาที่ได้รับ และปัจจัยทางจิตใจ เช่น ความเครียดและภาวะซึมเศร้า อาการอ่อนล้าส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Sekse et al., (2015) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช 120 คน ในประเทศนอร์เวย์ โดยผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 53 ของผู้หญิงที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งทางนรีเวชมีอาการอ่อนล้าที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง โดย พบมากที่สุด ในมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 69 ซึ่งความอ่อนล้าส่งผลกระทบกับคุณภาพชีวิตให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำในทุกด้าน โดยผลกระทบรุนแรงที่สุดใน 3 ด้าน ได้แก่ บทบาททางกาย บทบาททางอารมณ์ และในด้านความมีชีวิตชีวา อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตประจำวัน และในด้านจิตใจของผู้ป่วยอีกด้วย การศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kirchheiner et al., (2015) โดยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช 50 คน ที่ประเทศออสเตรีย โดยพบว่าอาการอ่อนล้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม อีกทั้งยังกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และกิจกรรมทางสังคม

6. ข้อเสนอแนะ

6.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกแบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ด้านหลักที่พบในการศึกษา ได้แก่ ระยะของโรค ปัจจัยทางจิตสังคม และอาการอ่อนล้า โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะลุกลามควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพิ่มการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และมีระบบการจัดการอาการอ่อนล้าที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรพัฒนาการให้คำปรึกษาและการดูแลด้านเพศสัมพันธ์สำหรับผู้ป่วยและคู่สมรส เนื่องจากเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต รวมถึงควรมีระบบการคัดกรองและประเมินคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมต่อไป

6.2 ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะในด้านการจัดการอาการอ่อนล้าและการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการติดตามระยะยาวเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตตั้งแต่มีก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และระยะการฟื้นฟูในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยในเชิงลึก โดยเฉพาะประเด็นด้านเพศสัมพันธ์และภาวะหมดประจำเดือน ซึ่งเป็น



ปัญหาสำคัญที่พบในการศึกษานี้ รวมถึงขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง

7. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกท่านที่สละเวลา และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

8. เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565, กรกฎาคม 27). แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. <https://url.in.th/VNHKG>.
- กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา. (2558). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 27). สามลดา.
- โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี, หน่วยทะเบียนมะเร็ง. (2565). สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. <http://uboncancer.go.th/ubcc2016v2/filefordownload/hosbase64.pdf>.
- วสันต์ สิ้นะสมิต. (2558). การป้องกันมะเร็งปากมดลูกในภาวะทรัพยากรจำกัด. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองการพยาบาล. (2561). แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2561. สือตะวัน.
- อรุณรัตน์ พรหมพุท และพิสมัย คุณาวัฒน์. (2561). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา, 1(1), 48-57.
- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., & de Haes, J. C. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Bergmark, K., Avall-Lundqvist, E., Dickman, P. W., Henningssohn, L., & Steineck, G. (1999). Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *The New England Journal of Medicine*, 340(18), 1383-1389. <https://doi.org/10.1056/NEJM199905063401802>
- Best, J. (1977). *Research in education*. Prentice Hall.
- Bjelic-Radisic, V., Jensen, P. T., Vlastic, K. K., Waldenstrom, A. C., Singer, S., Chie, W., Nordin, A., & Greimel, E. (2012). Quality of life characteristics inpatients with cervical cancer. *European Journal of Cancer*, 48(16), 3009-3018. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2012.05.011>
- Butler-Manuel, S. A., Summerville, K., Ford, A., Blake, P., Riley, A. J., Sultan, A. H., & Monga, A. K. (1999). Self-assessment of morbidity following radical hysterectomy for cervical cancer. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 19(2), 180-183. <https://doi.org/10.1080/01443619965480>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>





- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
- Greimel, E. R., Kuljanic Vlastic, K., Waldenstrom, A. C., Duric, V. M., Jensen, P. T., Singer, S., Chie, W., Nordin, A., Bjelic Radisic, V., Wydra, D., & European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Group. (2006). The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. *Cancer*, 107(8), 1812-1822. <https://doi.org/10.1002/cncr.22217>
- Huang, L., He, Y., & Gong, Y. (2022). The long-term urinary dysfunction after type C2 radical hysterectomy in patients with cervical cancer. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 42(3), 514-517. <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1920004>
- Husson, O., De Rooij, B. H., Kieffer, J., Oerlemans, S., Mols, F., Aaronson, N. K., Van Der Graaf, W. T. A., & Van De Poll-Franse, L. V. (2020). The EORTC QLQ-C30 Summary Score as Prognostic Factor for Survival of Patients with Cancer in the “Real-World”: Results from the Population-Based PROFILES Registry. *The Oncologist*, 25(4), e722-e732. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0348>
- International Agency for Research on Cancer. (2022). *Cervical cancer*. <https://www.iarc.who.int/cancer-type/cervical-cancer/>
- Kim, Y. W., & Kim, D. Y. (2017). Risk factors for lower extremity lymphedema following treatment of gynecologic cancers: A meta-analysis. *International Journal of Gynecological Cancer*, 27(9), 1817-1825. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000001101>
- Kirchheiner, K., Nout, R. A., Czajka-Pepl, A., Ponocny-Seliger, E., Sturdza, A. E., Dimopoulos, J. C., Dorr, W., & Potter, R. (2015). Health related quality of life and patient reported symptoms before and during definitive radio (chemo) therapy using image-guided adaptive brachytherapy for locally advanced cervical cancer and early recovery - A mono-institutional prospective study. *Gynecologic Oncology*, 136(3), 415-423. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.10.031>
- Kumar, S., Rana, M. L., Verma, K., Singh, N., Sharma, A. K., Maria, A. K., Dhaliwal, G. S., Khaira, H. K., & Saini, S. (2014). PrediQt-Cx: Post treatment health related quality of life prediction model for cervical cancer patients. *PloS One*, 9(2), Article e89851. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089851>





- Le Borgne, G., Mercier, M., Woronoff, A. S., Guizard, A. V., Abeillard, E., Caravati-Jouvencaux, A., Klein, D., Velten, M., & Joly, F. (2013). Quality of life in long-term cervical cancer survivors: A population-based study. *Gynecologic Oncology*, 129(2), 222-228. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.12.033>
- Lwanga, S. K., & Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies: A practical manual*. World Health Organization.
- Minton, O., Wee, B., & Stone, P. (2023). Prevalence of cancer-related fatigue based on severity. *Scientific Reports*, 13(1), 12345. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-39046-0>
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
- Nantasupha, C., & Charoenkwan, K. (2018). Predicting factors for resumption of spontaneous voiding following nerve-sparing radical hysterectomy. *Journal of Gynecologic Oncology*, 29(4), Article e59. <https://doi.org/10.3802/jgo.2018.29.e59>
- National Comprehensive Cancer Network. (2023). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Cervical Cancer*. Version 1.2023.
- Osann, K., Hsieh, S., Nelson, E. L., Monk, B. J., Chase, D., & Cella, D. (2014). Factors associated with poor quality of life among cervical cancer survivors: Implications for clinical care and clinical trials. *Gynecologic Oncology*, 135(2), 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.08.036>
- Padhi, P., Gupta, N., Bharati, S. J., Garg, R., Mishra, S., Bhatnagar, S., Haresh, K. P., & Kumar, V. (2024). Assessment of symptom burden and quality of life in patients with primary brain tumours attending palliative care in a tertiary cancer care centre. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10499091241308883>
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 45-60.
- Park, S. Y., Bae, D. S., Nam, J. H., Park, C. T., Cho, C. H., Lee, J. M., Lee, M. K., Kim, S. H., Park, S. M., & Yun, Y. H. (2007). Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer*, 110(12), 2716-2725. <https://doi.org/10.1002/cncr.23094>
- Rojanamat, J., Ukranun, W., Supaattagorn, P., Chaiwiriyabunya, I., Wongsena, M., & Chaiwerawattana, A. (2021). *Cancer in Thailand volume X 2016-2018*. National Cancer Institute Ministry of Public Health.
- Sekse, R. J., Hufthammer, K. O., & Vika, M. E. (2015). Fatigue and quality of life in women treated for various types of gynaecological cancers: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 546-555. <https://doi.org/10.1111/jocn.12647>





- Singh, U., Verma, M. L., Rahman, Z., Qureshi, S., & Srivastava, K. (2019). Factors affecting quality of life of cervical cancer patients: A multivariate analysis. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 15(6), 1338–1344. https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_1028_17
- Somanna, S. N., Sastry, N. B., Chaluvarayaswamy, R., & Malila, N. (2022). Quality of life and Its Determinants among Cervical Cancer Patients in South India. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 23(8), 2727–2733. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2022.23.8.2727>
- Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Alavi-Majd, H., & Nikanfar, A. R. (2015). Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication. *Journal of Caring Sciences*, 4(2), 165–178. <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.017>

