



ปัจจัยทำนายความทุกข์สบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด



นิสาชล ไชยเหม่ง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด



นิสาชล ไชยเหม่ง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS PREDICTING COMFORT OF COLORECTAL CANCER PATIENTS RECEIVING
CHEMOTHERAPY



NISACHON CHAIYAMAENG

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2022

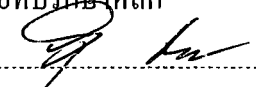
COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

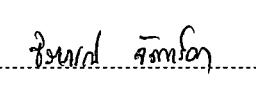
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ นิสาสล ไชยแพ่ง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

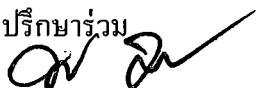
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

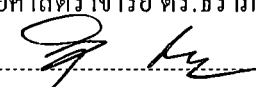
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

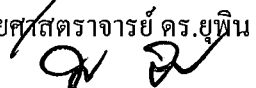

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัควณิชย์)

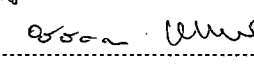

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีราภรณ์ จันทร์ดา)

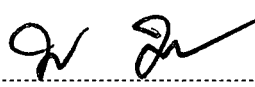
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัควณิชย์)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบ
เกษร)


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่ 27 เดือน ๖๐. พ.ศ. ๖๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจี ไชยมงคล)

วันที่ 3 เดือน ๖๐๖๖ พ.ศ. ๖๖

61910040: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ความสุขสบาย, ความวิตกกังวล, ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

นิสาชล ไชยเหม่ง : ปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (FACTORS PREDICTING COMFORT OF COLORECTAL CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ยุพิน ถนัดวิชย์, Ph.D., พรชัย จุลเมตต์, Ph.D. ปี พ.ศ. 2565.

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคที่เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ลำไส้ใหญ่ตั้งแต่บริเวณส่วนต้นจนถึงส่วนปลาย ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญกับอาการ/อาการแสดงที่สร้างความไม่สุขสบายอย่างมากจากพยาธิสภาพของโรคที่มีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ และจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขสบายและปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยมะเร็งชายและหอผู้ป่วยมะเร็งหญิง ณ ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 77 ราย ได้มาด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วย 3) แบบสอบถามความวิตกกังวล 4) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และ 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ข้อมูลถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาและถดถอยพหุคูณ (แบบ Stepwise)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีความสุขสบายในระดับมาก ($M = 239.6$, $SD = 18.06$) และมีความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขสบายของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 .072$, $F_{(1,75)} = 5.859$, $p < .05$)

ดังนั้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ส่งเสริมความสุขสบาย และช่วยจัดการความวิตกกังวลของผู้ป่วยเหล่านี้

61910040: MAJOR: ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: COMFORT, ANXIETY, UNCERTAINTY IN ILLNESS, SOCIAL SUPPORT, COLORECTAL CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

NISACHON CHAIYAMAENG : FACTORS PREDICTING COMFORT OF COLORECTAL CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY. ADVISORY COMMITTEE: YUPIN TANATWANIT, Ph.D., PORNCCHAI JULLAMATE, Ph.D. 2022.

Colorectal cancer is a disease produced by the abnormal cell-growth of the colon from its proximal to distal part. These patients have to experience signs/ symptoms from continuously serious cancer pathology and the side effects of chemotherapy, yielding discomfort. This predictive correlational research aimed to study comfort and its factors: anxiety, uncertainty in illness, and social support, able to predict comfort among colorectal cancer patients receiving chemotherapy. The samples were diagnosed with colorectal cancer; admitted to the in-patient department to receive chemotherapy treatment at the female cancer unit or male cancer unit, Cancer Center, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital; and met the inclusion criteria. They were selected by simple random sampling ($N = 77$). The instruments used consisted of 1) Patient's data form, 2) Hospice Comfort Questionnaire (Patient), 3) Hospital Anxiety Scale, 4) Mischel's Uncertainty in illness Scale Community-Form, and 5) The Social Support Questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics and multiple regression (Stepwise method).

The results of this study showed that the samples, as colorectal cancer patients receiving chemotherapy, had the high level of comfort ($M = 239.6$, $SD = 18.06$) and found that the anxiety factor could predict their comfort statistically and significantly ($R^2 .072$, $F_{(1,75)} = 5.859$, $p < .05$).

Thus, colorectal cancer patients who must be treated by chemotherapy have to derive the care which promotes their comfort and helps them manage their anxiety.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัคณิษฐ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางการดำเนินงานที่ต้องในการทำวิทยานิพนธ์อย่างต่อเนื่องเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรภรณ์ จันทร์ดา และรองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนนเกษร คณะกรรมการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์เชิงวิชาการของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ ประวีณ ดั่นทประภา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณ ดร.เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยมะเร็งชายและมะเร็งหญิงที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณครอบครัว รวมทั้งเพื่อนรุ่นพี่และรุ่นน้อง สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา จนการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์

นิสาชล ไชยเหม่ง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญ	ฅ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	10
สมมติฐานของการวิจัย	11
กรอบแนวคิดในการวิจัย	11
ขอบเขตของการวิจัย	12
นิยามศัพท์เฉพาะ	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	15
ทฤษฎีความสุขสบาย	27
ปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	55

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 4 ผลการวิจัย	60
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
ส่วนที่ 2 ความสุขสบาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการ สนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ ยาเคมีบำบัด ...	66
ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมี บำบัด	67
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	68
สรุปผลการวิจัย	68
อภิปรายผลการวิจัย	68
ข้อเสนอแนะ.....	74
บรรณานุกรม	78
ภาคผนวก	90
ภาคผนวก ก เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	91
ภาคผนวก ข ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	94
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	96
ภาคผนวก ง วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง.....	104
ภาคผนวก จ แบบรายงานการพิจารณาจริยธรรม	107
ภาคผนวก ฉ ค่าเฉลี่ยรายชื่อของแบบสอบถาม	110
ภาคผนวก ช การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ ความสัมพันธ์ของตัว แปร และการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ	118
ภาคผนวก ซ ตารางวิเคราะห์ระดับความวิตกกังวล การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร และ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวล.....	123

ภาคผนวก ฉ สิ่งที่ถูกมองตัวอย่างรับรู้ถึงความสุขสบายและความไม่สุขสบาย	127
ประวัติย่อของผู้วิจัย	130



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 สูตรยาเคมีบำบัด	23
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และค่าต่ำสุดและมากที่สุดเกี่ยวกับข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N = 77)	60
ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N = 77)	62
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความสบาย ความวิตกกังวล ความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N = 77)	66
ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายความสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ ยาเคมีบำบัด (N = 77)	67

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย.....	12
-------------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้ใหญ่ มีการแบ่งตัวและเจริญเติบโตผิดปกติจนไม่สามารถควบคุมได้ พบได้ตั้งแต่บริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนต้น (Cecum) ไปจนถึงลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectum) (American Cancer Society, 2022) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักถือเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ตามข้อมูลทางสถิติโรคมะเร็งทั่วโลกที่ Globocan (2020) ได้รายงานพบว่า มีประมาณ 19 ล้านคนในจำนวนดังกล่าวเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถพบได้บ่อยมากเป็นอันดับ 3 (ร้อยละ 10) รองจากโรคมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 11.7) และโรคมะเร็งปอด (ร้อยละ 11.4) และกลายเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตพบถึง ร้อยละ 9.4 (American Society of Clinical Oncology [ASCO], 2022; World Cancer Research Fund International, 2022; World Health Organization [WHO], 2022) นอกจากนี้ Globocan (2020) ยังได้รายงานสถิติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในทวีปอเมริกาเหนือ พบได้เป็นอันดับที่ 4 (ร้อยละ 5.5 จากจำนวนโรคมะเร็งทั้งหมด 524,289 ราย) และในทวีปเอเชีย มากเป็นอันดับที่ 3 (ร้อยละ 12.5 จากจำนวนโรคมะเร็งทั้งหมด 2,581,300 ราย) โดยเฉพาะประเทศไทยพบได้มากถึงร้อยละ 12.6 (จากโรคมะเร็งทั้งหมด 53,944 ราย) ที่สำคัญโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยได้รายงานข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ศูนย์มะเร็งของโรงพยาบาล ย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากเป็นอันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 47.9, 52.4, 54.8, 55.7 และ 56.2 (จากจำนวน 5,805, 6,017, 5,619, 5,336 และ 5,413 ราย) ตามลำดับ (งานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2565) ดังนั้นเห็นได้ชัดเจนว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ถูกวินิจฉัยความรุนแรงตามความก้าวหน้าของโรคได้เป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เซลล์มะเร็งลุกลามถึงชั้นเยื่อหุ้มลำไส้ใหญ่ส่วนกลาง ระยะที่ 2 เซลล์มะเร็งลุกลามถึงเยื่อช่องท้อง ระยะที่ 3 เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง และ ระยะที่ 4 เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ไกลออกไป (National Comprehensive Cancer Network, 2021) แต่ปัญหาที่สำคัญนั้นคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะท้าย ๆ ของโรค เนื่องจากโรคมะเร็งในระยะที่ 1 หรือ 2 มักไม่มีอาการแสดงของโรคอันเป็นเหตุผลที่จะนำผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา ทำให้พบผู้ป่วยที่มารับการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาอยู่ในระยะลุกลาม (Miao et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mello et al. (2020) เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศบราซิล จำนวน 348 ราย พบว่า ร้อยละ 54.8 ของผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tumwijit et al. (2022) เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลเพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในคนไทย จำนวน 240 ราย พบว่า โรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 มากถึงร้อยละ 83.3 (ร้อยละ 46.6 ระยะที่ 3 และร้อยละ 36.6 ระยะที่ 4) ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มิได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งว่าอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาต่อไป

การบำบัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มี 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด (Operation) รังสีรักษา (Radiation) และยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) หรือร่วมกัน 2 วิธีขึ้นไป แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้เป็นวิธีที่นิยมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการทำลายหรือยับยั้งเซลล์มะเร็งไม่ให้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย (Alzahrani et al., 2021; Miao et al., 2022) ทำให้ผลลัพธ์ในการบำบัดรักษามีประสิทธิภาพอย่างมาก แต่ขณะเดียวกันยาเคมีบำบัดก็สามารถทำลายเซลล์ปกติที่มีการเจริญเติบโตและแบ่งตัวเร็ว เช่น เซลล์ผม เซลล์เม็ดเลือด เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร เซลล์อวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น (National Cancer Institute, 2018) ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ดังเช่น เหนื่อยล้า ขาปลายมือ/ขาปลายเท้า เป็นต้น (Rohrl et al., 2019) ซึ่ง Kelleher et al. (2022) กล่าวว่า ผู้ป่วยเหล่านี้จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นรวมทั้งผลกระทบจากอาการดังกล่าวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งในช่วงเวลาการเจ็บป่วยและช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาโดยเฉพาะระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด

ผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิสภาพที่เพิ่มมากขึ้นของโรคมะเร็งและผลอันเกิดจากการบำบัดรักษาโดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด (Paul et al., 2016; Sharour, 2019; Tran et al., 2020) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงต่าง ๆ อย่างมากมาย อาการที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการลุกลามหรือมีความรุนแรงของโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น คือ อาการปวด (Kelleher et al., 2022; Mello et al., 2022; Tran et al., 2020) เนื่องจากอาการปวดเป็นผลมาจากการกระจายของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะข้างเคียงหรือห่างไกล ร่วมกับการเพิ่มของจำนวนเซลล์มะเร็งทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้นเกิดการกดเบียดหรือกดทับเส้นประสาท ส่งผลให้เนื้อเยื่อรอบข้างได้รับบาดเจ็บ (Zielinska et al., 2021) เมื่อเนื้อเยื่อเกิดพยาธิสภาพจากการบาดเจ็บกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร Bradykinin, Histamin, Serotonin, Proteases, Nerve Growth Factor และ Tumor Necrosis Factor Alpha มากระตุ้นประสาทส่วนปลายแล้วส่งกระแสประสาทไปยังไขสันหลังและสมองเกิดการรับรู้และแปลผลเป็นความรู้สึกปวดเกิดขึ้น (Russo & Sundaramurthi, 2019) ซึ่งความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งมักอยู่ในระยะลุกลามพบอยู่ในระดับรุนแรงมากถึงมากที่สุด (Kelleher et al., 2022)

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังต้องเผชิญอาการและอาการแสดงอื่น ๆ ดังการศึกษาของ Rohrl et al. (2019) ที่ศึกษาอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 120 ราย พบว่า อาการ/ อาการแสดงหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า พบได้ร้อยละ 59.2 นอนหลับยาก ร้อยละ 50 อาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 34.2 อาการชาปลายมือ/ ปลายเท้า ร้อยละ 22.5 และอาการคลื่นไส้ ร้อยละ 28.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Mello et al. (2020) ที่ศึกษาอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 348 ราย พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ น้ำหนักตัวลดลง พบร้อยละ 67.5 อาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 47.4 อาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 44.8 อาการคลื่นไส้ ร้อยละ 44.5 และนอนหลับยาก ร้อยละ 39.9 อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้คุกคามการดำเนินชีวิตประจำวันและการมีชีวิตรอดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ต่อไปของผู้ป่วย (Paul et al., 2016; Rutherford et al., 2020; สมณันท์ ทศนีย์สุวรรณ และกิตติกร

นิลมานัต, 2562) ดังการศึกษาของ Peng et al. (2019) ที่ศึกษาความชุกของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลมากถึงร้อยละ 47.2 โดยเกิดจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินโรคของโรคมะเร็งที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เมื่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความรุนแรงมากขึ้นจำเป็นต้องรักษาด้วยยาเคมีบำบัดภายในโรงพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยต้องทำงานหรือขาดงาน มีการสูญเสียรายได้ หรือจำเป็นต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมต้องกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น (Rutherford et al., 2020)

ขณะที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับยาเคมีบำบัดภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยภายในโรงพยาบาล เช่น เสียงดังที่เกิดขึ้นภายในห้องพักของผู้ป่วย (ซึ่งเป็นเสียงที่มาจากล้อรถเข็นที่พยาบาลใช้ทำงาน เสียงการพูดคุยของพยาบาล และเสียงการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยภายในห้องพักผู้ป่วย) การที่ต้องนอนร่วมกับผู้อื่นที่ไม่คุ้นเคย ความไม่สะดวกในการใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ป่วยอื่น (Tanatwanit, 2011) ที่สำคัญ Rafsanjani et al. (2017) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งในระยะลุกลามและระยะสุดท้ายของชีวิตต้องประสบกับภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณมากกว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังอื่น ๆ ดังเช่น ภาวะซึมเศร้า (Depression) ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (Hopelessness)/ ชีวิตไม่มีความหมาย (Loss of life meaning) สนับสนุนด้วยการศึกษาของ Rohde et al. (2017) เกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วย 20 รายที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะท้ายและได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษา ผู้ป่วยได้สะท้อนความต้องการค้นหาความเชื่อและศรัทธา (Faith) เพื่อเป็นตัวช่วย (Collaborator and supporter) ให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดมั่นในการดำเนินชีวิต จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดต้องประสบความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตลอดช่วงเวลาการเจ็บป่วยและช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Gilbertson-White et al., 2019; Kelleher et al., 2022) และรับรู้ว่าเป็นอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น (Paul et al., 2016; Sharour, 2019; Tran et al., 2020) ซึ่ง Kolcaba (2003, 2010) ถือว่าช่วงเวลาการเจ็บป่วยนี้เป็นสถานการณ์ความเครียด (Stressful situation) ที่สร้างความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบาย (Discomfort) ต่าง ๆ หรืออยู่ในภาวะที่ผู้ป่วยต้องการความสุขสบาย (Comfort needs) ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดจึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมและการดูแล

ความสุขสบาย ความสุขสบายได้กำหนดเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังที่สามารถสะท้อนคุณภาพการดูแลทางการพยาบาลได้เช่นกัน (Miao et al., 2022; Phongnopakoon et al., 2018)

ความสุขสบาย (Comfort) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นทันทีที่ได้รับ การตอบสนองต่อความต้องการของบุคคล (Kolcaba, 2003, 2010) ได้แก่ การบรรเทา ความไม่สุขสบาย (Relief) การส่งเสริมจิตใจให้มีความรู้สึกสงบหรือผ่อนคลาย (Ease) และ/ หรือ การดูแลให้บุคคลสามารถอยู่เหนือความไม่สุขสบายต่าง ๆ ของตนเองได้โดยไม่เกิดความรู้สึก ทุกข์ทรมาน (Transcendence) จากความไม่สุขสบายภายใต้บริบททั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย (Physical context) จิตใจ-จิตวิญญาณ (Psycho-spiritual context) สังคม-วัฒนธรรม (Socio-cultural context) และสิ่งแวดล้อม (Environmental context) เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตาม ความต้องการ ย่อมส่งผลทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสุขสบายที่ตนเองได้รับเพิ่มขึ้นได้ (Enhanced comfort) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งต้องเผชิญกับ ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ดังได้กล่าวมาแล้วจำเป็นต้อง ได้รับการดูแลความสุขสบายซึ่ง Kolcaba (2003) กล่าวว่า การรับรู้ความสุขสบายในระดับมากหรือน้อยนั้นขึ้นกับปัจจัยยับยั้ง/ แรงขัดแย้งความสุขสบาย (Obstructing forces) หรือปัจจัยส่งเสริม/ แรงขับเคลื่อนความสุขสบาย (Facilitating forces) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพผู้ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างใกล้ชิดมากที่สุด จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการส่งเสริมการดูแลความสุขสบาย (Nursing intervention) ให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดเหล่านี้ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสุขสบายที่ผู้ป่วยได้รับจากการดูแลรักษาพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความไม่สุขสบาย ความสุขสบาย และปัจจัย ที่ส่งเสริมหรือยับยั้งความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า มีปัจจัย ส่งเสริมและปัจจัยยับยั้งการรับรู้ความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่น่าสนใจที่สามารถร่วมทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ ปัจจัยดังกล่าวได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นประสบการณ์ทางภาวะอารมณ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึก ตึงเครียด ตกใจ คิดกังวล และ/ หรือกลัว เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่คุกคามและ จะเป็นอันตรายหรือสร้างความไม่ปลอดภัยให้กับชีวิตของตนเอง ส่งผลให้ร่างกายมีการตื่นตัวหรือ มีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย (State anxiety) ดังเช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จัดได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ สร้างความเครียดที่สำคัญให้กับผู้ป่วยได้ และสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล มีความรู้สึกตึงเครียด ตกใจ คิดกังวล และ/ หรือกลัวมากมายเกี่ยวกับการรับรู้การวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยแพทย์ ความรุนแรงของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือตามพยาวิสภาพที่มีการลุกลาม มากขึ้น และจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและ จินตนาการเหตุการณ์การเจ็บป่วยของตนเองว่า เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและสามารถส่งผลทำให้ ตนเองกำลังจะเผชิญกับความตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจให้กับผู้ป่วย อย่างมากมาย (สมนันทน์ ทศนีย์สุวรรณ และกิตติกร นิลมานัต, 2562) สะท้อนได้จากการศึกษา ของ Peng et al. (2019) ที่ศึกษาความชุกของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีความวิตกกังวลมากถึงร้อยละ 47.2 เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกกลัวต่อ การเปลี่ยนแปลงของโรคมะเร็งที่มีการพัฒนารุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Zhu et al. (2020) ยังได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดแล้ว และมี แผนการรักษาต่อด้วยยาเคมีบำบัด (Adjuvant chemotherapy) ร้อยละ 16.3 (N = 135 ราย) เกิดความวิตกกังวลอย่างมากเนื่องจากมีความกลัวการแพร่กระจายของโรคมะเร็งและภาวะ แทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ร่วมกับผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและ ภาวะแทรกซ้อนที่เพียงพอ

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาวะแทรกซ้อนจาก การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และอาการของความวิตกกังวล (Anxiety symptoms) ถือเป็นภาวะ ไม่สุขสบายทางอารมณ์ (Emotional discomfort) (Freud cited in Andriana & Kasprabowo, 2020; Sheldon et al., 2008) สอดคล้องกับแนวคิดของ Kolcaba (2003) ที่กล่าวว่า ความกลัวถือเป็น ความไม่สุขสบายอย่างหนึ่ง (Comfort need หรือ Discomfort) และความวิตกกังวลเป็นตัวกระตุ้นที่ มีผลทางลบต่อความสุขสบาย (Negative stimuli/ Obstructing force) จึงพอจะกล่าวได้ว่า ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดย่อมมี ความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อความสุขสบายของผู้ป่วยได้ ดังการศึกษาของ Miao et al. (2022)

เกี่ยวกับผลของการพยาบาลความสบาย (Comfort care) ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (กลุ่มละ 48 ราย) พบว่ากลุ่มควบคุมมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มทดลอง ($p < .001$) แสดงว่า ความสุขสบายมีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Zarzycka et al. (2019) ที่ศึกษาความสบายทางด้านศาสนา (Religious comfort) กับความวิตกกังวลในผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็ง (มะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ มะเร็งเม็ดเลือด และมะเร็งกระเพาะอาหาร) (N = 77 ราย) พบว่าความสบายทางด้านศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.30$, $p < .01$) จึงพอสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความสบาย และน่าจะสามารถทำนายความสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Bartley et al., 2021) โดย Mishel (1981; 1988; 1990) และ Mishel and Braden (1988) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นจากการที่ตนเองไม่สามารถให้ความหมายกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยหรือการเจ็บป่วยทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังที่กำลังคุกคามชีวิตของตนเอง รวมทั้งไม่สามารถตัดสินใจหรือคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยนั้นได้ เนื่องจากสาเหตุสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลการเจ็บป่วยมีความคลุมเครือ ระบบบริการและการรักษามีความซับซ้อนและความเข้าใจยาก ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย และไม่มีความสามารถในการทำนายและการพยากรณ์โรคได้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งสามารถพบได้ตั้งแต่ในระบะเริ่มต้นของการวินิจฉัยโรคตลอดการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลหรือแม้แต่การมีชีวิตรอดภายหลังสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้ส่วนใหญ่เกิดจากลักษณะของพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่มีการลุกลามและอาการมักมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง ที่สำคัญอาการต่าง ๆ หรือภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลมาจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดยังทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับชีวิตของตนเองมากขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเวลาของการรักษามักพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความรุนแรงสูงมากกว่าในระยะอื่น ๆ (Bartley et al., 2021; มัสยา โปรดเจริญ และคณะ, 2562) ดังการศึกษาของ วิภาดา ตรงเที่ยง และคณะ (2020) ที่ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N = 85) พบเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 24.7 และมี

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับสูงเช่นกัน ($M = 159.2, SD = 5.05$) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้สร้างความเครียดและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วย (Bartley et al., 2021; Guan et al., 2021; Sajjadi et al., 2016) เช่น มีความรู้สึกกลัวการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง มีความวิตกกังวลสูง มีอาการซึมเศร้ามาก (Bartley et al., 2021) และความทุกข์ทรมานทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และชีวิตไม่มีความหมาย (Rafsanjani et al., 2017) สนับสนุนด้วย Miao et al. (2022) ที่กล่าวว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีภาวะอารมณ์ไปในทิศทางลบและมีปัญหาในการนอนหลับ ทั้งหมดนี้ถือได้ว่าเป็นความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ความเครียด (Stressful situation) ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด สนับสนุนจากคำกล่าวของ Paul et al. (2016), Sharour (2019) และ Tran et al. (2020) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมักมีความไม่สุขสบายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่มีการดำเนินความรุนแรงของโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ความไม่สุขสบายจึงเป็นได้ทั้งผลของการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งและเป็นสาเหตุของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จึงพอสรุปได้ว่า ความสุขสบายและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน่าจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

อย่างไรก็ตาม ผลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความสุขสบายและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีจำนวนจำกัดอย่างมาก โดยพบได้เพียงการศึกษาของ มัสยา โปรดเจริญ และคณะ (2562) ที่ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($N = 100$) แล้วพบว่า ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในช่วงระหว่างการรักษาโรคมะเร็งมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากที่สุด และสอดคล้องกับคำกล่าวของ Moos (cited in Mishel, 1981) ที่กล่าวว่า ความไม่สุขสบายเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังนั้นการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความสุขสบาย และความสามารถในการทำนายของทั้ง 2 ตัวแปรในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดจึงน่าสนใจทำการศึกษาต่อไป เนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความไม่สุขสบายยังเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือจากบุคคล ครอบครัว หรือเครือข่ายทางสังคม House (cited in Munoz-Laboy et al., 2014) ใน 4 ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการสนับสนุนช่วยเหลือให้ข้อมูลข่าวสารขณะที่อยู่ในสถานการณ์ความเครียด 2) ด้านเครื่องมือ (Instrumental/Tangible support) การให้บริการช่วยเหลือหรือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ 3) ด้านการประเมิน (Appraisal support) ได้การรับรู้ความสามารถของตนเองจากการประเมินโดยผู้อื่น และ 4) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยเหลือบรรเทาความรู้สึกไม่สบายทางด้านอารมณ์ สำหรับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการ/อาการแสดง หรือความไม่สบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งหรือจากผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ส่งผลในการสร้างความทุกข์ทรมานในชีวิตผู้ป่วย หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกไม่แน่นอน (Guan et al., 2021; Sharour, 2019) และยังสามารถช่วยลดความเครียด ในขณะเดียวกันการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยปกป้องภัยอันตรายร่วมกับส่งเสริมการปรับตัวต่อความเครียดทำให้บุคคลมีความสุขสบายเพิ่มมากขึ้นแม้ว่าจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด (Stressful situation) สุดท้ายนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (House et al., 1988)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สายินที วัฒนธรรม และคณะ (2559) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N = 100) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความสุขสบายมีความสัมพันธ์ทางบวกกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .337, p = .01$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงความสุขสบายที่เพิ่มขึ้นของตนเองเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามความต้องการของตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Intanin et al. (2021) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (N = 200) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .544, p < .01$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญและสัมพันธ์ต่อการรับรู้ถึงการส่งเสริมความสุขสบายให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะในบริบทของสังคม-วัฒนธรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา เกี่ยวกับความสุขสบายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่มีความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความไม่สุขสบายหรือมีการรับรู้ถึงความสุขสบายได้น้อย ซึ่งความสุขสบายถือเป็นผลลัพธ์ที่ดีทางการแพทย์ แต่กลับพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งในประเทศและต่างประเทศมีจำนวนจำกัดอย่างมาก นับได้ว่าความรู้วิชาการทางด้านความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยตรงยังขาดแคลนหรือยังไม่เพียงพอในการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ ทั้ง ๆ ที่การดูแลความสุขสบายเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของโรคและของชีวิต อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยบางฉบับที่ศึกษาพบว่า ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และ/ หรือการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่น ๆ ซึ่งมีลักษณะการเจ็บป่วยและการรักษาล้ายคลึงกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จึงพอสรุปได้ว่าตัวแปรทั้ง 3 นี้ จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสุขสบายและน่าจะมีความสามารถในการทำนายความสุขสบายร่วมกันได้ ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจในการศึกษาอำนาจของปัจจัยทั้ง 3 ในการทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อจะสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาการดูแลการปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานของการวิจัย

ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

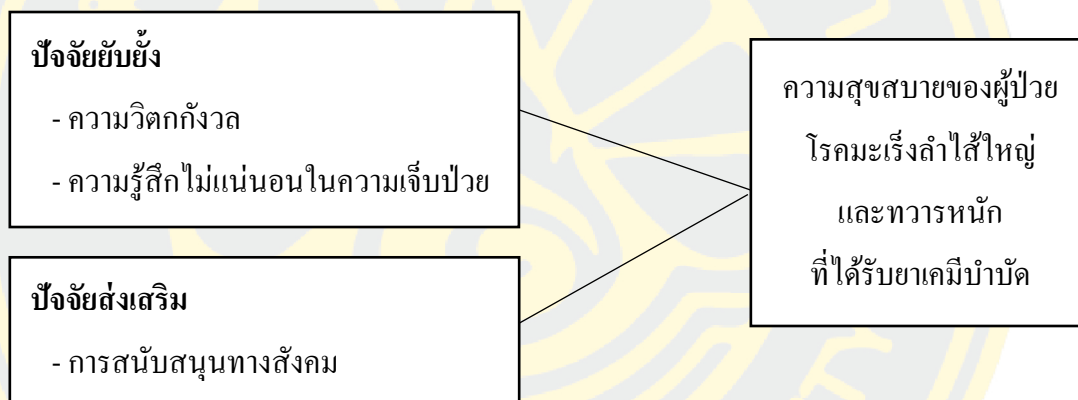
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ทฤษฎีความสบายของ Kolcaba (2003, 2010) มาเป็นกรอบการศึกษาวิจัยด้วยแนวคิดว่าบุคคลเป็นองค์รวม ประกอบด้วย 4 บริบท คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยความสบายจัดเป็นเป้าหมายและผลลัพธ์สำคัญของการดูแลรักษาพยาบาล โดยภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดจัดเป็นสถานการณ์การดูแลสุขภาพที่มีความเครียด (Stressful situation) ที่ได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบาย (Discomfort) หรืออยู่ในภาวะที่ต้องการความสบาย (Comfort needs) ซึ่งความสบายหรือความไม่สบายของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือแรงขับ (Forces) ซึ่งมีทั้งแรงขับยับยั้งความสบาย (Obstructing/ inhibiting forces) และแรงขับส่งเสริมความสบาย (Facilitating forces) ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคคลที่ให้การพยาบาลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการส่งเสริมการดูแลความสบาย (Nursing intervention) มีความตระหนักและสามารถจัดการกับปัจจัยที่เป็นตัวส่งเสริม/ แรงขับส่งเสริมความสบาย (Facilitating forces) หรือช่วยลดปัจจัยยับยั้ง/ แรงขับยับยั้งความสบาย (Obstructing forces) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลความสบาย (Comfort care) ตามความต้องการจนผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความสบายที่เพิ่มขึ้น (Enhanced comfort) ทฤษฎีความสบายของ Kolcaba (2003, 2010) จึงได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาปัจจัยทำนายความสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่มีโอกาสได้รับความไม่สบายจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้พบว่ามีปัจจัยยับยั้งความสบายหรือนำมาซึ่งความไม่สบายของผู้ป่วย ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวนมากต้องเผชิญ และมีปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมความสบาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถส่งเสริมความสุขสบายในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ และน่าจะมีความสามารถร่วมกันทำนายความสุขสบายในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงได้สนใจศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนายของปัจจัย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมต่อความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยยับยั้งและปัจจัยส่งเสริมการรับรู้ความสุขสบายของ Kolcaba (2003, 2010) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้าพักรักษาเพื่อรับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ ณ แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยมะเร็งชาย และหอผู้ป่วยมะเร็งหญิง (จำนวน 2 หอผู้ป่วย) ศูนย์มะเร็งของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 77 ราย ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563-เดือนมกราคม พ.ศ. 2564

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ตั้งแต่ส่วนของลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ Cecum ไปจนถึง Rectum) ที่มีความรุนแรงของโรคมะเร็งอยู่ในระยะ 3 หรือ 4 จากผลการตรวจชิ้นเนื้อ และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำตามสูตร 1 ใน 5 สูตร ได้แก่ ยาเคมีบำบัดสูตร Mayo, de Gramont, FOLFOX 4, FOLFOX 6, หรือ FOLFILI ขณะที่เข้าพักรักษาในแผนกผู้ป่วยในหอผู้ป่วยมะเร็งชาย และหอผู้ป่วยมะเร็งหญิง ณ ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา

ความสุขสบาย หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับยาเคมีบำบัดภายในโรงพยาบาลว่าตนเองได้รับการบรรเทาความไม่สุขสบาย มีความรู้สึกสงบสุขกาย สบายใจเกิดขึ้น หรือไม่มีความรู้สึกทุกข์ทรมานแม้ว่ากำลังต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายต่าง ๆ ในบริบท 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม โดยประเมินจากแบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วยที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Tanatwanit (2011)

ความวิตกกังวล หมายถึง เป็นประสบการณ์ความรู้สึกทางด้านอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกตึงเครียด ตกใจ คิดกังวล และกลัว อันเป็นผลมาจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะลุกลามที่คุกคามชีวิต และอาจทำให้ร่างกายเกิดการตื่นตัว ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอื่น ๆ ได้ ประเมินด้วยแบบสอบถามความวิตกกังวลฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของบุคคลที่ไม่มีความสามารถระบุความหมาย ทำความเข้าใจกับข้อมูลที่มีความคลุมเครือ ไม่เข้าใจกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง จนไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยและการรักษาในอนาคตของตนเองได้ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อนของการรักษา 3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับโรค/ ความรุนแรงของโรค และ 4) การที่ไม่สามารถพยากรณ์หรือทำนายโรคได้ โดยประเมินด้วยแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ นุชบา สมใจวงษ์ (2553)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเมื่อได้รับการสนับสนุน/ ช่วยเหลือที่ตอบสนองความต้องการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ/ เครื่องใช้ และด้านการประเมิน โดยประเมินจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ กชชุกร ห่วงนุ่ม (2550)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เอกสารที่เกี่ยวข้องและได้จากการทบทวนวรรณกรรมดังนี้

1. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

- 1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- 1.3 พยาธิสภาพการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- 1.5 การแบ่งความรุนแรงและความก้าวหน้าของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- 1.6 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- 1.7 ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด

2. ทฤษฎีความสุขสบาย

- 2.1 ทฤษฎีความสุขสบาย
- 2.2 ชนิดและบริบทความสุขสบาย
- 2.3. ความไม่สุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ

ยาเคมีบำบัด

3. ปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ

ยาเคมีบำบัด

- 3.1 ความวิตกกังวล
- 3.2 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
- 3.3 การสนับสนุนทางสังคม

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้ใหญ่เปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตผิดปกติจนไม่สามารถควบคุมได้ เริ่มตั้งแต่ลำไส้ใหญ่ส่วน Cecum, Ascending colon, Transverse colon, Descending colon, และ Sigmoid colon ไปจนกระทั่งถึงลำไส้ใหญ่ส่วนปลายหรือ Rectum (American Cancer Society, 2022; Gu & Thapa, 2020)

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก เพราะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก WHO (2022) พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวน 9,958,133 คน คิดเป็นร้อยละ 16 สำหรับสหรัฐอเมริกา มีรายงานสถิติจาก Xu et al. (2020) พบสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 27 สำหรับประเทศไทย จากรายงานของ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2564) พบว่า ประชากรไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 27 ซึ่งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบได้เป็นอันดับ 3 รองลงมาจากโรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งปอด พบได้ถึงจำนวน 1,931,590 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ของจำนวนโรคมะเร็งทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 พบถึง 935,173 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.4 รองลงมาจากโรคมะเร็งปอดในปี ค.ศ. 2020 (ASCO, 2022; World Cancer Research Fund International, 2022; WHO, 2022) จากรายงานของสถาบันวิจัยมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลก (Globocan, 2020) มีรายงานสถิติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พบในทวีปอเมริกาเหนือพบได้เป็นอันดับที่ 4 ของจำนวนโรคมะเร็งทั้งหมด จำนวน 524,289 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.5 สำหรับทวีปเอเชีย พบได้เป็นอันดับที่ 3 ของจำนวนโรคมะเร็งทั้งหมด จำนวน 2,581,300 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 และประเทศไทย พบเป็นอันดับที่ 4 ของจำนวนโรคมะเร็งทั้งหมด จำนวน 53,944 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.6 ยังมีรายงานจาก งานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (2565) รายงานข้อมูลเกี่ยวกับสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยมะเร็งชายและหอผู้ป่วยมะเร็งหญิงมากเป็นอันดับ 1 ดังนี้ 5,805, 6,017, 5,619, 5,336 และ 5,413 คิดเป็นร้อยละ 47.9, 52.4, 54.8, 55.7 และ 56.2 ตามลำดับ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Alzahrani et al., 2021) มีดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงภายในร่างกาย

1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetics) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด

1.1.1 การถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่มีดั่งเนื้อ (Familial adenomatous polyposis: FAP) เป็นความผิดปกติด้านพันธุกรรมในการยับยั้งและต่อต้านการเกิดมะเร็ง ทำให้เซลล์มีการแบ่งตัวผิดปกติ และมีรูปร่างเป็นดั่งเนื้อ (Polyp cells) ซึ่งเซลล์เหล่านี้เจริญเติบโตเป็นไปอย่างไม่หยุดยั้ง และกลายเป็นมะเร็งในที่สุด

1.1.2 การถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่มีลักษณะไม่เป็นดั่งเนื้อ (Hereditary non-Polyposis Colorectal Carcinoma: HNPCC) เป็นสาเหตุของมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่พบบ่อยมากที่สุด เกิดจากการกลายพันธุ์ของดีเอ็นเอ มีการซ่อมแซม และจับคู่ผิด (DNA mismatch repair gene family: MMR)

1.2 อายุ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นหรือบุคคลที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 90

2. ปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม

2.1 การรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย และไขมันสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ทำให้มีการขับถ่ายน้อยครั้ง มีการคั่งค้างอุจจาระในลำไส้ใหญ่เป็นเวลานาน ส่งผลให้มีแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่เพิ่มจำนวนมากขึ้น ทำปฏิกิริยาต่อ DNA ทำให้ DNA เกิดความเสียหาย เกิดการเรียงตัวของเซลล์ผิดปกติ ดังนั้นการรับประทานอาหารที่มีการใยน้อยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ เช่นเดียวกันกับการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงมีผลทำให้แบคทีเรียชนิด Anaerobe ในลำไส้เพิ่มมากขึ้น แบคทีเรียเหล่านี้เปลี่ยน Primary bile acid ซึ่งเป็น metabolite ของ Cholesterol ให้เป็น Secondary bile acid ซึ่งมีฤทธิ์ระคายเคืองต่อเยื่อบุลำไส้ใหญ่ และกระตุ้นการเพิ่มจำนวน Epithelial cell ซึ่งกระบวนการนี้ทำให้เกิดการเสียหายของ DNA หรือส่งผลทำให้เซลล์ที่เกิดขึ้นใหม่ก่อตัวเป็นเซลล์มะเร็ง ดังนั้นการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจึงทำให้มีโอกาสร้อยละสูงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้

2.2 มีประวัติเป็นโรคลำไส้อักเสบ (Inflammatory bowel disease) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง เนื่องจากผนังของลำไส้มีการอักเสบเรื้อรังทำให้ผนังลำไส้มีการหนาตัวขึ้น แต่มีขนาดและรูปร่างและการเรียงตัวเปลี่ยนไป (Dysplasia) เนื่องจากการระคายเคืองอย่างเรื้อรัง และมีการอักเสบเกิดร่วมด้วย และยีนต้านมะเร็งทำหน้าที่ไม่ได้เนื่องจากเซลล์มีการเรียงตัวผิดปกติ ทำให้ควบคุมการเจริญเติบโตไม่ได้จนกลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในที่สุด

พยาธิสภาพการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

พยาธิสภาพการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์มะเร็งที่เชื่อมผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยยีนที่เป็นส่วนหนึ่งของ DNA มีการกลายพันธุ์ (Mutation) ที่ทำให้การถ่ายทอดคำสั่งหรือการจัดเรียงรหัสเสียไป มีการกระตุ้นของยีนก่อมะเร็ง (Oncogene) และยับยั้งการทำหน้าที่ของยีนต้านมะเร็ง (Tumor suppressor gene) ทำให้มีการบกพร่องหรือสูญเสียการควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ เซลล์ที่ได้รับการควบคุมจะเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วกลายเป็นเซลล์มะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Newton et al., 2017) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเริ่มจาก Intramucosal epithelial lesions ของ Adenomatous polyps บริเวณเยื่อชั้นในสุดของเยื่อผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เมื่อมีการลุกลามไปยังเนื้อเยื่อชั้นถัดไปคือชั้น Muscularis mucosa หลังจากนั้นมีการลุกลามเข้าสู่หลอดเลือดหรือทางเดินน้ำเหลืองไปสู่ต่อมน้ำเหลือง (Regional lymph nodes) และไปยังอวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ติดกับลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และกระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ห่างไกลออกไปตามลำดับ ซึ่งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะแรก ๆ ของโรคมักไม่มีอาการแสดงให้เห็นอย่างชัดเจน แต่ก็มีอาการและอาการแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนมากขึ้นเมื่อโรคมะเร็งมีความก้าวหน้า (American Society of Clinical Oncology (ASCO), 2022; Tumwijit et al., 2022)

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อาการ (Symptoms) และอาการแสดง (Sign) ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มักไม่ค่อยแสดงอาการในระยะเริ่มต้น เนื่องจากก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก แต่มักจะแสดงอาการในระยะท้าย ๆ เนื่องจากก้อนมะเร็งมีการกดเบียดและอุดตันในลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก โดยมีลักษณะอาการต่าง ๆ ดังนี้

1. ปวดท้อง พบได้ร้อยละ 56.6 (Mello et al., 2020) พบอาการปวดท้องสัมพันธ์กับภาวะลำไส้อุดตันเนื่องจากอุจจาระไม่สามารถผ่านตำแหน่งที่ก้อนมะเร็งอุดตันไปได้ ทำให้ลำไส้มีการบีบตัวรุนแรง ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดท้อง บางรายมีอาการท้องอืด และคลื่นไส้/ อาเจียนได้ อาการปวดท้องนี้ยังเป็นผลมาจากการที่ก้อนมะเร็งมีการทะลุผ่านเนื้อเยื่อของลำไส้ใหญ่และบดกรุกเนื้อเยื่อข้างเคียงหรืออวัยวะข้างเคียง (Baltimore, 2013)

2. เหนื่อยล้า พบได้ร้อยละ 47.4 (Mello et al., 2020) เกิดจากก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ ส่งผลทำให้หลอดเลือดในลำไส้ใหญ่มีการบาดเจ็บ (Baltimore, 2013) การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นนี้ทำให้มีเลือดออกในลำไส้ใหญ่ แล้วตรวจพบเลือดปนมากับอุจจาระ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซีด (American Cancer Society, 2020; Baltimore, 2013; Rathra & Desai, 2020) การลดลงของเม็ดเลือดแดงทำให้นเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงมักมีอาการเหนื่อยล้า (Ambardekar, 2021)

3. ท้องผูก พบได้ร้อยละ 29.6 (Mello et al., 2020) พบอาการท้องผูกสัมพันธ์กับขนาดของก้อนมะเร็งในลำไส้ใหญ่ ขนาดของก้อนมะเร็งที่ใหญ่ขึ้นทำให้อุจจาระในลำไส้ใหญ่เคลื่อนผ่านไม่ได้ จึงทำให้เกิดการอุดตันในลำไส้ใหญ่ (Baltimore, 2013; Rathra & Desai, 2020)

4. ถ่ายเป็นเลือด หรือถ่ายเป็นมูกปนเลือด พบได้ร้อยละ 18 (Mello et al., 2020) เป็นผลที่เกิดจากการที่ก้อนมะเร็งในลำไส้ใหญ่มีขนาดใหญ่ ทำให้มีการบาดเจ็บของหลอดเลือดภายในลำไส้ใหญ่ เมื่อมีเลือดออกในลำไส้ใหญ่จึงพบเลือดปนมากับอุจจาระได้ (Baltimore, 2013)

5. ท้องเสีย พบได้ร้อยละ 12.6 (Mello et al., 2020) อาการท้องเสียเป็นการขับถ่ายตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปใน 24 ชั่วโมง พบในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง หรือมีประวัติลำไส้อักเสบ รวมถึงการรักษา (อาหาร น้ำ ยาฆ่าเชื้อ และยา) (Bossi et al., 2018) หรือพบได้แม้กระทั่งช่วงของการรักษา (ยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้า การฉายแสง หรือการผ่าตัด) เริ่มมีอาการตั้งแต่เริ่มให้ หรืออาจเป็นวัน/สัปดาห์ (American Cancer Society, 2020)

อาการและอาการแสดงต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงและความก้าวหน้าของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยมีการแบ่งความรุนแรงและความก้าวหน้าของโรคดังต่อไปนี้

การแบ่งความรุนแรงและความก้าวหน้าของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีการแบ่งความรุนแรงของโรคเพื่อใช้ในการวางแผนการพยากรณ์โรคและการรักษา ที่นิยมใช้ ได้แก่ Dukes (1932) และ TNM staging system ของ American Joint Committee on Cancer (2018) และการแบ่งความรุนแรงตามการเจริญเติบโตของมะเร็ง (National Comprehensive Cancer Network, 2021) ดังนี้

1. ระบบ Duke's Classification ประกอบด้วย

Dukes' A มะเร็งอยู่ที่ผนังลำไส้ใหญ่เท่านั้น

Dukes' B มะเร็งลุกลามทะลุผนังลำไส้ใหญ่

Dukes' C มะเร็งลุกลามไปถึงต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง

Dukes' D มะเร็งมีการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ

2. ระบบ Tumor node metastasis (TNM) มีรายละเอียดดังนี้

2.1 T หมายถึง ขนาดและขอบเขตก้อนมะเร็งปฐมภูมิ

Tx = ไม่สามารถประเมินได้ว่าพบก้อนมะเร็งหรือไม่พบก้อนมะเร็ง

T0 = ตรวจไม่พบก้อนมะเร็ง

Tis = ตรวจพบก้อนมะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มแรก

T1-4 = ตรวจพบก้อนมะเร็งขนาดเล็กไปถึงใหญ่

2.2 N หมายถึง การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง

Nx = ไม่สามารถประเมินได้

N0 = ไม่มีการกระจายมะเร็งไปต่อมน้ำเหลือง

N1-2 = มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองตั้งแต่น้อยไปถึงมาก

2.3 M หมายถึง การแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่น

Mx = ไม่สามารถประเมินได้

M0 = ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่น

M1 = มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่น

3. การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังสามารถแบ่งออกเป็น

5 ระยะ ตามการเจริญเติบโตของก้อนมะเร็ง และการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะอื่น ๆ (National Comprehensive Cancer Network, 2021) ดังนี้

ระยะที่ 0 เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งอยู่ในชั้นเยื่อหุ้มลำไส้ใหญ่ และทวารหนักเท่านั้น

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งลุกลามทะลุผ่านชั้นเยื่อหุ้มลำไส้ใหญ่ไปยังเนื้อเยื่อชั้นกลาง แต่ยัง ไม่ทะลุผนังของลำไส้ใหญ่

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งมีการลุกลามผ่านเนื้อเยื่อชั้นกลางของผนังลำไส้ใหญ่ และทวารหนักไปยังเยื่อช่องท้อง

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่อยู่ห่างไกลออกไป

ปัจจุบันนิยมใช้การแบ่งความรุนแรงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นระยะที่ 0 ถึง 4 ตามการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อมะเร็งจากผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนักไปยังต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะอื่น ๆ เพื่อนำไปพิจารณาเป็นแนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

แนวทางการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้นได้ระบุและอธิบายไว้ 4 แนวทาง ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 1 ของโรคมะเร็ง รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก แต่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา

2. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 2 ของโรคมะเร็ง รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก และพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

3. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 ของโรคมะเร็ง มีการพิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy ทุกราย หลังจากการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 4 ของโรคมะเร็ง มีแนวทางการรักษาดังนี้

4.1 กรณีที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นเช่น มะเร็งมีการแพร่กระจายไปที่ตับ แล้วสามารถผ่าตัดส่วนที่แพร่กระจายไปที่ตับออกได้หมด พิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy

4.2 กรณีที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นและก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มาก การผ่าตัดไม่สามารถตัดเอาก้อนของมะเร็งออกได้หมด พิจารณาให้ Neoadjuvant chemotherapy เพื่อการตอบสนองของก้อนมะเร็ง ถ้าตอบสนองดี คือก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง และสามารถควบคุมการเจริญเติบโตได้ อาจทำการผ่าตัดได้ภายหลัง

4.3 กรณีที่มะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย และไม่สามารถผ่าตัดออกได้ พิจารณาให้ Palliative chemotherapy หรือ Palliative care

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นการรักษาแบบผสมผสาน ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัดและ/ หรือการให้รังสีรักษา อาจใช้หลายวิธีร่วมกันได้ ดังนี้ (Alzahrani et al., 2021)

1. การผ่าตัด เป็นการรักษาที่นิยมใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะแรก ๆ และมีก้อนมะเร็งเฉพาะที่ เป็นการตัดลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออกให้มากที่สุด และต่อลำไส้ที่เหลือเข้ากันใหม่ สำหรับโรคมะเร็งทวารหนักแพทย์อาจพิจารณาปิดทวารหนักเดิมและทำทวารเทียมทางหน้าท้องให้กับผู้ป่วย
2. การรักษาด้วยรังสีรักษา เป็นเทคนิคการใช้เอกซเรย์พลังงานสูงเพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็ง อาจให้ก่อนการผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด ซึ่งสามารถให้รวมกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้
3. การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็งที่กระจายตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมี 3 ประเภท ดังนี้
 - 3.1 Neoadjuvant chemotherapy เป็นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นอันดับแรกก่อนการรักษาด้วยการผ่าตัด (เพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของก้อนมะเร็งและทำให้ขนาดของก้อนมะเร็งลดลง เพื่อความสะดวกและประสิทธิภาพในการผ่าตัด)
 - 3.2 Adjuvant chemotherapy เป็นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการฉายแสง (เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ภายหลังการผ่าตัด และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง)
 - 3.3 Palliative chemotherapy เป็นการรักษาแบบประคับประคองด้วยยาเคมีบำบัดใช้ในกรณีที่มะเร็งลุกลามจนไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยวิธีอื่น ซึ่งการรักษาแบบประคับประคองด้วยยาเคมีบำบัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการ และเพื่อเพิ่มระยะเวลาส่งเสริมการมีชีวิตที่คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต

ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Recio-Boiles & Cagir, 2022) มีดังนี้

1. 5- Fluorouracil (5FU) จัดอยู่ในกลุ่ม Antimetabolites เมื่อยาเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนเป็นสารออกฤทธิ์ที่อยู่ในรูปของ Nucleotide ที่มีชื่อว่า Fluorodeoxyuridine monophosphate

แล้วจับกับเอนไซม์ Thymidylate synthase ทำให้เอนไซม์หมดฤทธิ์ไป ทำให้เซลล์มะเร็งสังเคราะห์สาร Thymidine ที่จะนำมาสร้างเป็นสาย DNA ไม่ได้ และยังมี Triphosphate nucleotide ที่จะเข้าไปรวมกับ RNA ทำให้ทำหน้าที่ผิดปกติ อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยได้แก่ เยื่อปากอักเสบ เบื่ออาหาร คลื่นไส้/ อาเจียน เหนื่อยล้า เป็นต้น

2. Oxaliplatin จัดอยู่ในกลุ่ม Platinum compound ออกฤทธิ์โดยการแตกตัวเป็น Platinum จับกับ DNA ทำให้ DNA ไม่สามารถจำลอง DNA ชุดใหม่สำหรับการแบ่งตัวของเซลล์ อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดนี้ ได้แก่ อาการชาปลายมือ/ ปลายเท้า เหนื่อยล้า คลื่นไส้/ อาเจียน อาการข้างเคียงมักเกิดขณะที่ได้รับยาและมีความรุนแรงขึ้นตามรอบที่มากขึ้น

3. Leucovorin ไม่ใช่ยาต้านมะเร็งแต่ใช้เพื่อเสริมฤทธิ์ของยาต้านมะเร็งที่ชื่อว่า 5FU อาการข้างเคียงจากยา Leucovorin ไม่รุนแรงและพบการเกิดน้อย ได้แก่ เหนื่อยล้า คลื่นไส้/ อาเจียน

4. Capecitabine จัดอยู่ในกลุ่ม Antimetabolites ออกฤทธิ์ยับยั้งไม่ให้เซลล์มะเร็งมีการเติบโตและลดขนาดของเซลล์มะเร็ง เมื่อยาเข้าสู่ร่างกาย แล้วถูกดูดซึมผ่านลำไส้และผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงยา Capecitabine ให้เป็น Active 5- Fluorouracil ซึ่งเป็นตัวยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเซลล์มะเร็ง อาการข้างเคียงที่พบได้พบ ได้แก่ ความรู้สึกผิดปกติที่บริเวณมือหรือเท้าทั้งฝั่งซ้ายและขวาพร้อมกัน ผิวดอก มีอาการบวม แดง ชา ในบางรายอาจเกิดพุพองได้ มีอาการคลื่นไส้/ อาเจียน ท้องเสีย หรือเบื่ออาหาร เป็นต้น

5. Irinotecan จัดอยู่ในกลุ่ม Topoisomerase inhibitors ซึ่งออกฤทธิ์ต่อเซลล์โดยการยับยั้งเอนไซม์ Topoisomerase I เมื่อเอนไซม์ทำงานไม่ได้ มีผลทำให้เซลล์มะเร็งไม่เกิดการแบ่งตัว ไม่มีการเพิ่มจำนวนของเซลล์มะเร็ง และตายในที่สุด อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะท้องเสียรุนแรง ถ่ายเป็นน้ำจำนวนมาก มวนท้อง เหงื่อออกมาก บางรายรุนแรงถึงขั้นความดันต่ำ เกิดภาวะช็อค ปัจจุบันมีวิธีลดความรุนแรงได้โดยให้ยาหยุดถ่าย Loperamide อาการมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยา และอาการอื่น ๆ ที่พบได้ เช่น เยื่อปากอักเสบ เหนื่อยล้า คลื่นไส้/ อาเจียน

ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนใหญ่แพทย์พิจารณาให้ยาหลายชนิดร่วมกัน (Combination chemotherapy) เพราะให้ผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีกว่า เนื่องจากยามีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน ทำให้มีผลเสริมฤทธิ์ในการทำลายเซลล์มะเร็ง โดยแพทย์พิจารณาตามความเหมาะสม โดยสูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีดังนี้

สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (National Comprehensive Cancer Network, 2021; Osei-Bordom et al., 2021) มีดังนี้

ตารางที่ 1 สูตรยาเคมีบำบัด

จำนวน วัน	สูตรยาเคมีบำบัด	ทางที่ให้ยา	ความถี่/ รอบ	ระยะของ โรคมะเร็ง
1	Capecitabine	รับประทาน	ทุก 3 สัปดาห์/ 8 รอบ	ระยะ 3 หรือ 4
	- Capecitabine 2000 mg/ m ² / day			
	XELOX	หลอดเลือดดำ	ทุก 3 สัปดาห์/ 8 รอบ	ระยะ 3 หรือ 4
	- Oxaliplatin 130 mg/ m ² - Capecitabine 2000 mg/ m ² / day	และ รับประทาน		
3	de Gramont	หลอดเลือดดำ	ทุก 2 สัปดาห์/ 12 รอบ	ระยะ 3 หรือ 4
	- Leucovorin 200 mg/ m ²			
	- 5-Fluorouracil 400 mg/ m ²			
	FOLFOX 4	หลอดเลือดดำ	ทุก 2 สัปดาห์/ 12 รอบ	ระยะ 3 หรือ 4
	- Oxaliplatin 85 mg/ m ²			
	- Leucovorin 200 mg/ m ²			
	- 5-Fluorouracil 400 mg/ m ² และ 600 mg/ m ²			
	FOLFOX 6	หลอดเลือดดำ	ทุก 2 สัปดาห์/ 12 รอบ	ระยะ 3 หรือ 4
	- Oxaliplatin 85 mg/ m ²			
	- Leucovorin 400 mg/ m ²			
	- 5-Fluorouracil 400 mg/ m ² และ 2400 mg/ m ²			
	FOLFIRI	หลอดเลือดดำ	ทุก 2 สัปดาห์/ 12 รอบ	ระยะ 4
	- Irinotecan 180 mg/ m ²			
	- Leucovorin 200 mg/ m ²			
	- 5-Fluorouracil 400 mg/ m ² และ 600 mg/ m ²			

ตารางที่ 1 (ต่อ)

จำนวน วัน	สูตรยาเคมีบำบัด	ทางที่ให้ยา	ความถี่/ รอบ	ระยะของ โรคมะเร็ง
5	Mayo - Leucovorin 20 mg/ m ² - 5-Fluorouracil 375-425 mg/ m ²	หลอดเลือดดำ	ทุก 4 สัปดาห์/ 6 รอบ	ระยะ 3 หรือ 4

ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดแม้ว่ามีความสำคัญในด้านการรักษาและมีความจำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แต่ขณะเดียวกันยาเคมีบำบัดก็ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำลายเซลล์ปกติที่มีการเจริญเติบโตและแบ่งตัวเร็ว เช่น เซลล์ผม เซลล์เม็ดเลือด เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร เซลล์อวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น (Miao et al., 2022; National Cancer Institute, 2018) ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จึงเกิดอาการและอาการแสดงไม่พึงประสงค์ (Unpleasant symptoms) ต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความอ่อนเพลียและมีพลังงานไม่เพียงพอหรือร่างกายหมดพลังงานเกิดจากโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลงและรบกวนการทำกิจกรรมตามปกติของผู้ป่วย (Vardy et al., 2016) อาการเหนื่อยล้าเกิดจากผลของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงเกิดจากกลไกของยาเคมีบำบัดที่มีการทำลายเซลล์และมีของเสีย คือ กรดแลคติก ไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน ซึ่งของเสียเหล่านี้ทำให้กล้ามเนื้อหดตัวลดลง และยาเคมีบำบัดยังส่งผลกระทบต่อเซลล์เม็ดเลือดแดง จากการกดไขกระดูกจึงพบจำนวนของเม็ดเลือดแดงลดลง ตัวนำออกซิเจนในร่างกายเพื่อส่งไปยังอวัยวะต่าง ๆ ลดลงตามมา สำหรับอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากทางอ้อม เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้/ อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อปากอักเสบ ผู้ป่วยจึงรับประทานอาหารได้น้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานเข้าสู่ร่างกายไม่เพียงพอ พบอาการเหนื่อยล้าได้ตั้งแต่การเริ่มได้รับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 1 หรือ 2 (Borjeson et al., 2012) หรือประมาณวันที่ 2-3 ของการรับยาเคมีบำบัด อาการนี้จะคงอยู่ต่อ 3-7 วันภายหลังการรับยาเคมีบำบัดในแต่ละรอบ (Rohrl et al., 2019) หรือจนถึงสิ้นสุด

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Ambardekar, 2021) โดยพบมากถึงร้อยละ 47.4-85.2 (Gosselin et al., 2016; Mello et al., 2020; Rohrl et al., 2019)

2. อาการชาปลายมือ/ ปลายเท้า (Numbness/ tingling) หรือพหิวาธิสภาพส่วนปลายที่เกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัด Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy (CIPN) เป็นผลจากโลหะหนักหรือกลุ่ม Platinum ซึ่งผสมอยู่ในยาเคมีบำบัดชนิด Oxaliplatin มีผลต่อการทำลายเซลล์ประสาทส่วนปลายรับรู้ความรู้สึกใน Dorsal root ganglia ทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาบริเวณปลายมือ/ ปลายเท้า บางรายมีความรู้สึกเหมือนเข็มตำ ปวดแสบร้อน และสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับการสัมผัสเย็น มักพบในช่วงแรกอาการจะเป็น ๆ หาย ๆ แต่จะรุนแรงขึ้นตามจำนวนรอบครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด พบได้ ร้อยละ 20.6 (Mello et al., 2020) ถึง ร้อยละ 22.5 (Rohrl et al., 2019) ระยะเวลาการเกิดอาการพบได้เร็วหลังเริ่มให้ยาเคมีบำบัด (Isaacson et al., 2013) หรือพบอาการได้ระหว่างที่รับยาเคมีบำบัดหรือหลังรับยาเคมีบำบัดไปแล้ว อาการคงอยู่นานเป็นเดือนถึงปี (Zaiss et al., 2021) หรือ 3-7 วัน หลังรับยาเคมีบำบัดในแต่ละรอบ (Rocky Mountain Cancer Centers, 2022; Rohrl et al., 2019; ชลลดา รัตนธรราร, 2562)

3. อาการคลื่นไส้/ อาเจียน (Nausea/ Vomiting) เกิดจากยาเคมีบำบัดเมื่อเข้าสู่ร่างกายมีการกระตุ้นผ่าน vagal afferent fiber ในทางเดินอาหาร (peripheral pathway) มีผลทำลาย enterochromaffin cells ในเยื่อทางเดินอาหาร เกิดการปลดปล่อยสารสื่อประสาท serotonin จากนั้นจะจับกับตัวรับของสารสื่อประสาทดังกล่าวใน vagus nerve และส่งกระแสประสาทไปยัง chemoreceptor trigger zone (CTZ) และส่งต่อไปยังศูนย์ควบคุมการอาเจียน (vomiting center) ที่สมองส่วน medulla เกิดผลต่อเนื่องไปยังส่วนอื่น ๆ ได้แก่ ศูนย์ควบคุมการหลั่งน้ำลาย (salivation center) กล้ามเนื้อหน้าท้อง (abdominal muscles) ศูนย์ควบคุมการหายใจ (respiratory center) และเส้นประสาทสมอง (cranial nerves) สุดท้ายเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน จากการศึกษาของ Rohrl et al. (2019) พบอาการคลื่นไส้ ร้อยละ 28.3 และอาเจียนร้อยละ 7.5 และการศึกษาของ Mello et al. (2020) พบอาการคลื่นไส้ ร้อยละ 44.5 และอาเจียนร้อยละ 23.5 อาการคลื่นไส้/ อาเจียนสามารถเกิดขึ้นได้หลังเริ่มรับยาเคมีบำบัดตั้งแต่นาทีแรกหรือหลายชั่วโมง (เกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรก) (Isaacson et al., 2013; สุทธาร จันทะวงศ์, 2562; รั้งศิริรักษาและมะเร้งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2016) ในบางรายเกิดขึ้นได้ในวันที่ 3 หลังรับยาเคมีบำบัด (Rohrl et al., 2019)

4. เยื่อปากอักเสบ (Mucositis) เป็นผลจากยาเคมีบำบัดที่ออกฤทธิ์ต่อเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว โดยเฉพาะเซลล์เยื่อในช่องปากถูกทำลายด้วยยาเคมีบำบัด ส่งผลทำให้เยื่อใน

ช่องปากบางลง ทำให้ microorganism แทรกลงไปบนรอยแผล เกิดการติดเชื้อของเนื้อเยื่อในชั้นลึก และการหายของแผลช้าลงได้ เกิดการอักเสบและเป็นเกิดบาดแผลในช่องปาก ผู้ป่วยจะรับรู้ความไม่สบายและมักมีความไวต่อความร้อนและอาหารรสจัดทำให้มีอาการปวดแสบปวดร้อนในปาก ไม่อยากรับประทานอาหารส่งผลทำให้ได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ จากการศึกษาของ Rohrl et al. (2019) พบอาการเยื่อปากอักเสบ ร้อยละ 4.2 และการศึกษาของ Mello et al. (2020) พบอาการเยื่อปากอักเสบ ร้อยละ 2.1 อาการเยื่อปากอักเสบมักเกิดหลังจากให้ยาไปแล้วประมาณ 6 วัน (ระดับเพชร กล้าหาญ และบุษบา สมใจวงศ์, 2556) หรืออาจเกิด 2-14 วันหลังรับยาเคมีบำบัด (นิศากร ปากเมย และคณะ, 2562)

ภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมาข้างต้น เป็นอาการไม่สบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่เกิดจากการบำบัดรักษาด้วยยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วย (Kolcaba, 2003) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะมีความไม่สบายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่มีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยาเคมีบำบัด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ในช่วงเวลาการเจ็บป่วยและช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Gilbertson-White et al., 2019; Kelleher et al., 2022) ซึ่งถือเป็นสถานการณ์ความเครียด (Stressful situation) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 3-5 วันหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด (พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และคณะ, 2560; สุชาดา พุฒิเพ็ญ และคณะ, 2561) และจากการศึกษาของ Gebremedhn et al. (2018) ได้ศึกษาอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดตั้งแต่วันที่ 2 มากถึงร้อยละ 74 และเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดรอบใหม่ความรุนแรงของอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะเพิ่มขึ้น (สุชาดา พุฒิเพ็ญ และคณะ, 2561) ซึ่งส่วนใหญ่ Kelleher et al. (2022) กล่าวว่า ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความทุกข์ทรมานจากการรับรู้ภาระจากอาการ (Symptom burden)

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งและผลกระทบจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดควรได้รับการช่วยเหลือดูแล จัดการกับอาการ และดูแลความสบาย (Comfort care)

ทฤษฎีความสุขสบาย

ความสุขสบายเป็นหนึ่งในเป้าหมายที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลโดยให้การดูแลบุคคลที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นหรือเกิดความสุขสบาย และความสุขสบายยังจัดเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลอีกด้วย ซึ่ง Kolcaba (2003, 2010) ให้ความหมายของความสุขสบาย ว่าเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดอันเกิดจากการที่บุคคลมีความเข้มแข็ง เป็นผลมาจากความต้องการของบุคคลได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการความสุขสบายจนเกิดความบรรเทา สงบ และอยู่เหนือปัญหานั้น ๆ โดยจำแนกบริบทความสุขสบายออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม

ชนิดและบริบทความสุขสบาย

Kolcaba (2003, 2010) เป็นนักวิชาการที่พัฒนาทฤษฎีความสุขสบายจากการทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์แนวคิดความสุขสบายจากผลงานวิชาการต่าง ๆ รวมทั้งงานวิจัยและได้แบ่งชนิดของความสุขสบายใน 3 ระดับ ดังนี้

1. การบรรเทา (Relief) หมายถึง ประสบการณ์ของผู้ป่วยเมื่อได้รับการบรรเทาจากความไม่สุขสบาย (Discomfort) ต่าง ๆ ที่เกิดจากการเจ็บป่วย
2. การได้รับความสุข (Ease) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความสุข และสบาย จนเกิดความสุขสงบ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อจากการบรรเทา เมื่อผู้ป่วยได้รับการบรรเทาในระยะเวลาหนึ่ง จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุข
3. ภาวะเหนือตนเอง (Transcendence) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยสามารถอยู่เหนือความเจ็บป่วย ปัญหาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ของตนเองได้ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างสงบ ไม่มีความรู้สึกทุกข์ทรมาน แม้ในความเป็นจริงจะยังคงมีความไม่สุขสบายหลงเหลือหรือปรากฏอยู่

Kolcaba (2003, 2010) ยังกล่าวว่าความสุขสบายเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคล ครอบครัวได้รับการตอบสนองภายใต้บริบทความสุขสบาย 4 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical comfort) เป็นการรับรู้ของบุคคลเมื่อได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น การได้รับอาหารและน้ำ อากาศ การพักผ่อน การขับถ่าย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกายที่มีผลกระทบต่อความสุขสบาย
2. ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psycho-spiritual comfort) เป็นการตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเองที่เกิดจากภายในของบุคคลที่ทำให้เกิดความหวังในชีวิต กำลังใจ รวมถึงสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น ความเชื่อและศาสนา เป็นต้น

3. ด้านสังคม-วัฒนธรรม (Socio-cultural comfort) การที่บุคคลมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ความเป็นอยู่ในสังคม และวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังรวมถึงการได้รับความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจการได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความสำคัญต่อชีวิต

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental comfort) เป็นบริบทที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวผู้ป่วย เช่น อุณหภูมิ เสียง กลิ่น สถานที่ เป็นต้น

Kolcaba (2003, 2010) อธิบายแนวคิดของทฤษฎีความสุขสบายว่าบุคคลเป็นองค์ประกอบรวมซึ่งประกอบไปด้วยร่างกาย (Physical comfort) จิตใจ-จิตวิญญาณ (Psycho-spiritual comfort) สังคม-วัฒนธรรม (Socio-cultural comfort) และสิ่งแวดล้อม (Environmental comfort) เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปทำให้บุคคลรับรู้ถึงความไม่สุขสบาย หรือเป็นสิ่งที่ขัดขวางความสุขสบาย (Obstructing forces) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ (Health care needs) โดยพยาบาลมีหน้าที่ให้การพยาบาลเพื่อประเมินความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วย และกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Nursing interventions) หรือการส่งเสริมความสุขสบาย (Facilitating forces) ผ่านปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสุขสบายในแต่ละด้านของผู้ป่วยที่เป็นตัวแปรสอดแทรกทั้งตัวแปรที่ลดและเพิ่มความสุขสบาย (Intervening variables) ผู้ป่วยจึงจะเกิดความสุขสบายที่เพิ่มขึ้น (Enhanced comfort) เมื่อผู้ป่วยมีความสุขสบายเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการให้การดูแลพยาบาลเพื่อสร้างความสุขสบาย และได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการแสวงหาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างเต็มที่ (Health seeking behaviors) ต่อไป

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีความสุขสบายและให้ความหมายของความสุขสบายตามแนวคิดของ Kolcaba (2003, 2010) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นทันทีที่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการของบุคคลนั้น ๆ ภายใต้บริบท 4 บริบท ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยร่างกายจะมีการหลั่งสารแห่งความสุขคือ เอนโดรฟิน สำหรับด้านจิตใจส่งผลให้อารมณ์ดี มองโลกในแง่ดี ปราศจากความรู้สึกลบ ทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น มีความเชื่อมั่นในตนเองและสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ (Pasek et al., 2021) และยังส่งผลให้มีสภาวะจิตใจที่สงบ เป็นสุข ยอมรับความจริง มีความเข้มแข็ง

ในจิตใจ เมื่อมีความสมดุลของกายและจิตจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดีและประสบความผาสุกในชีวิต (Phongnopakoon et al., 2018) ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความไม่สุขสบายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่มีการดำเนินความรุนแรงของโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Paul et al., 2016; Sharour, 2019; Tran et al., 2020) สถานการณ์นี้ถือเป็นสถานการณ์ความเครียด (Stressful situation) ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในสถานการณ์นี้จะรับรู้ถึงความไม่สุขสบาย (Discomfort) ซึ่งถือเป็นแรงขัดแย้งยังความสุขสบายของผู้ป่วย (Obstructing forces) มีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความไม่สุขสบายที่เกิดในช่วงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูง ดังการศึกษาของพรพิมล เลิศพานิช และคณะ (2560) ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูงกว่าก่อนได้รับยาเคมีบำบัด และเมื่อสิ้นสุดการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยอาการที่มีความรุนแรงและพบมากที่สุดได้แก่ เหนื่อยล้า วิตกกังวล นอนหลับยาก เบื่ออาหาร และมีอาการเยื่อปากอักเสบ นอกจากการศึกษาดังกล่าว ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดรับรู้ถึงความไม่สุขสบายต่าง ๆ ดังนี้

ความไม่สุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือการดำเนินของโรคที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และจากการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาความไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานจากการอาการต่าง ๆ ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมดังนี้

1. ด้านร่างกาย ปัญหาและผลกระทบที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ อาการปวด (Kelleher et al., 2022) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากการดำเนินของโรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งนั่นเอง (ปริพนธ์ พิษยพานิชย์ และชวลิต ชยางสุ, 2564) จากการศึกษาของ Mello et al. (2020) พบอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 56.6 ซึ่งอาการปวดนี้เป็นอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานมากเป็นอันดับ 1 เกิดจากการเพิ่มของเซลล์มะเร็งมีผลทำให้มีการกดเบียดหรือกดทับเส้นประสาทจากก้อนที่มีขนาดใหญ่ ส่งผลให้เนื้อเยื่อรอบข้างได้รับบาดเจ็บจากเซลล์มะเร็ง (Zielinska et al., 2021) เมื่อเนื้อเยื่อที่เกิดพยาธิสภาพจากการบาดเจ็บจากเซลล์มะเร็งจะหลั่งสาร Bradykinin, Histamin, Serotonin, Proteases, Nerve Growth Factor (NGF) และ Tumor Necrosis Factor Alpha

(TNF- α) ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดความปวด ส่วน Substance P และ Prostaglandin เป็นสารที่ทำให้ความทนต่อความปวดลดลง มีการกระตุ้นประสาทส่วนปลายส่งกระแสประสาทไปยังไขสันหลังแล้วส่งต่อไปยังสมองเพื่อรับรู้และแปลผลเป็นความรู้สึกปวด (Russo & Sundaramurthi, 2019) และการรับรู้ความไม่สบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนอกจากการดำเนินของโรคมะเร็งแล้ว การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก็ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา ดังการศึกษาของ Rohrl et al. (2019) ที่ศึกษาอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 120 ราย พบอาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 59.2 นอนหลับยาก ร้อยละ 50 อาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 34.2 อาการชาปลายมือ/ ปลายเท้า ร้อยละ 22.5 และอาการคลื่นไส้ ร้อยละ 28.3 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mello et al. (2020) ที่ศึกษาอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 348 ราย พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ น้ำหนักตัวลดลง ร้อยละ 67.5 อาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 47.4 อาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 44.8 อาการคลื่นไส้ ร้อยละ 44.5 และนอนหลับยาก ร้อยละ 39.9 และยังมีการศึกษาของ Gosselin et al. (2016) ที่ศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งทวารหนัก จำนวน 275 ราย พบว่ามีอาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 85 และหลับยาก ร้อยละ 66 รวมถึงการศึกษาของ สุชาดา พุดิเพ็ญ และคณะ (2561) ศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบ อาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 80.6 เชื้อนปากอักเสบ ร้อยละ 77.4 อาการชาปลายมือ/ ปลายเท้า ร้อยละ 74.1 และอาการคลื่นไส้/ อาเจียน ร้อยละ 51.6 ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลด้านร่างกาย ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลภาวะสุขภาพเพื่อให้ได้รับการบรรเทาความไม่สบายหรือให้ได้รับความสุขสบายเพิ่มขึ้น

2. จิตใจ-จิตวิญญาณ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรงและเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ส่งผลต่อความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย เกิดความวิตกกังวลขึ้น ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น กระวนกระวายใจ เกิดจากความนึกคิดเกี่ยวกับเรื่องของอนาคตที่เป็นไปในทางที่ไม่ดี (Phongnopakoon et al., 2018) ทำให้มีความรู้สึกอึดอัด บีบคั้น และทำให้นอนไม่หลับ เป็นภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจที่มีผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และอาการผิดปกติที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินของโรค ร่วมกับการรักษาซึ่งได้คุกคาม

การดำเนินชีวิตและการมีชีวิตอยู่ต่อไป (สมนันทน์ ทศนีย์สุวรรณ และกิตติกร นิลมานัต, 2562; Rutherford et al., 2020) ดังการศึกษาของ Peng et al. (2019) ที่ศึกษาความชุกของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบความวิตกกังวลมากถึงร้อยละ 47.2 เกิดจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคมะเร็งและผลของการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้นได้ เนื่องจากขาดประสบการณ์และความชัดเจนในเรื่องโรคที่ตนเองเป็นตลอดจนการรักษาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การเปลี่ยนผ่านหรือเริ่มต้นของการรักษาแต่ละระยะของโรคถือเป็นสถานการณ์ใหม่และไม่คุ้นเคยมาก่อน ผู้ป่วยจึงมักเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และในระยะเวลาของการรักษาโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่สัมพันธ์กับโรคและผลข้างเคียงจากการรักษานำมาซึ่งความไม่สบาย ผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง ดังการศึกษาของ มัสยา โปรดเจริญ และคณะ (2562) ที่ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 100 ราย พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่อยู่ในระหว่างการรักษาพบระดับปานกลางร้อยละ 75 และระดับสูง ร้อยละ 16 นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังต้องพบกับวิกฤตทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และชีวิตไม่มีความหมาย (Rafsanjani et al., 2017) สำหรับผลกระทบที่มีต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยมีการศึกษาของ Rohde et al. (2017) เกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 20 ราย พบว่า ผู้ป่วยสะท้อนความต้องการค้นหาความเชื่อและศรัทธา (Faith) เพื่อเป็นตัวช่วย (Collaborator and supporter) ยึดมั่นในการดำเนินชีวิต

3. สังคม-วัฒนธรรม ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมักต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่มีความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นร่วมกับผลข้างเคียงจากการบำบัดรักษา ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยขาดงาน สูญเสียรายได้ หรือสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น (Rutherford et al., 2020) ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์/ พยาบาลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์/ พยาบาลและผู้ป่วยมีผลต่อความสบายและการปฏิบัติตนเองในการดูแลภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย ดังการศึกษาของ Obrocnikova and Majernikova (2017) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างแพทย์/ พยาบาลมีผลต่อความสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาใน

โรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยมีความรู้สึกพึงพอใจน้อยต่อระบบบริการที่แพทย์และพยาบาลให้การดูแลที่ล่าช้า และสัมพันธภาพไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลความสุขสบายอย่างที่คาดหวัง นอกจากสัมพันธภาพระหว่างแพทย์/ พยาบาลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมและให้การช่วยเหลือเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเผชิญปัญหา กับโรคเรื้อรังและปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการกำลังใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดโดยเฉพาะคนในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความพึงพอใจกับการมีชีวิตดำรงอยู่ต่อไป (นวพรชัย สิมารักษ์ และคณะ, 2561) เนื่องจากสถานะของโรคเรื้อรังที่มีความก้าวหน้ารุนแรงมากขึ้น และผลข้างเคียงจากการรักษาโรคเรื้อรังที่มาจากยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการผิดปกติ การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากครอบครัว คนใกล้ชิด และทีมสุขภาพ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมีความต้องการเพิ่มขึ้น เช่น การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจ การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ และการช่วยเหลือด้านประเพณีความเชื่อต่าง ๆ ตามความคาดหวังของผู้ป่วยแต่ละคน ดังการศึกษาของ สายนที วัฒนธรรม และคณะ (2559) พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายขึ้นได้ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจ สิ่งของ และการประเมิณนั่นเอง

4. สิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นประจำ สิ่งแวดล้อมซึ่งประกอบไปด้วยบรรยากาศของสถานที่เข้าพักรักษา แสง เสียง และอากาศ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่ไม่เพียงพอ หรือความเป็นส่วนตัวลดลงส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับความไม่สุขสบายขณะที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ดังการศึกษาของ Eijkelenboom and Bluysen (2019) พบว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ อากาศ เสียง กลิ่นมีผลต่อความสุขสบายของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล โดยเสียงที่ดังจากแพทย์และพยาบาลจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและการพูดคุยที่เสียงดังมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และไม่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tanatwanit (2011) พบว่าความไม่สุขสบายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกี่ยวกับด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ห้องน้ำที่ไม่เพียงพอต่อการใช้ เสียงดังจากการพูดคุยของผู้ป่วยคนอื่น ๆ การตะโกนจากผู้ป่วยคนอื่น ๆ หรือจากญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย หรือเสียงดังจากล้อรถเข็นที่พยาบาลใช้ทำงาน จำนวนผู้ป่วยที่มีมากทำให้ห้องพักมีความสกปรก และแสงสว่างที่ไม่เพียงพอ สิ่งเหล่านี้ผู้ป่วยรายงานถึงความไม่สุขสบายที่ได้รับจากการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น และภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความไม่สบาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายที่เพิ่มขึ้น โดยการค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบายของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาการดูแลพยาบาลในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและได้รับความสุขสบายเพิ่มขึ้นและสามารถเผชิญกับปัญหาในระหว่างที่เจ็บป่วยและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ (Miao et al., 2022; Phongnopakoon et al., 2018)

ปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดต้องเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับพยาธิสภาพที่มีความก้าวหน้าของโรคที่เพิ่มมากขึ้นและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจัดเป็นสถานการณ์ความเครียด (Stressful situation) ของผู้ป่วย นำมาซึ่งความไม่สบาย แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีรายงานประสบการณ์อาการทางด้านจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่ ความวิตกกังวลร้อยละ 47.2 (Peng et al., 2019) และพบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 75 (มัสยา โปรดเจริญ และคณะ, 2562) เป็นสาเหตุจากภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งร่วมกับผลกระทบจากการรักษา หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจส่งผลทำให้เกิดความไม่สมดุลทางด้านจิตใจ หรือทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อนตามมา ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาปัญหาทางด้านจิตสังคม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไปได้ ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

ความสุขสบายและน่าจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) คนแรกที่กล่าวถึงคือ Freud (หรือ Sigismund Schlomo Freud) (Freud Museum London, 2018) ในช่วงกลางปี ค.ศ. 1890 และให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกไม่สบายทางด้านอารมณ์ (Affective discomfort feeling) ของบุคคล และทำให้บุคคลนั้นต้องตกอยู่ในภาวะอันไม่พึงประสงค์ (Unpleasant state) จากการที่บุคคลนั้นกำลังเผชิญกับสิ่งที่เป็อันตรายหรือกำลังจะเข้าไปใกล้สิ่งที่คิดว่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง Feist (cited in Andriana & Kasprabowo, 2020) กล่าวว่า ความวิตกกังวลนี้มักเกิดจากความรู้สึกขัดแย้งระหว่างจิตไร้สำนึก (Id) อัตตา/ ตัวตนแห่งความเป็นจริง (Ego) หรือจิตส่วนที่คิดถึงศีลธรรมและจรรยาบรรณ (Super Ego) (Freud cited in Andriana & Kasprabowo, 2020) ทั้งนี้สามารถแบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่ Objective/ Realistic anxiety (--เป็นความวิตกกังวลจากสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นจริงและมีผลต่อความผาสุกของบุคคลนั้น ๆ) Neurotic anxiety (--เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากการคิดและเข้าใจว่าตนเองจะเป็นอันตรายจากเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น หรือยังไม่สามารถตัดสินใจชัดเจนว่าเหตุการณ์นั้นจะเป็นอันตรายต่อตนเอง) Moral anxiety (--เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัวว่าตนเองจะกระทำการใดที่จะขัดแย้งกับจริยธรรม ศีลธรรม หรือบรรทัดฐานทางสังคม [Super Ego]) (Andriana & Kasprabowo, 2020; Athabasca University, 2022)

นอกจาก Freud ผู้ที่ให้ความหมายของความวิตกกังวลดังกล่าวข้างต้น National Health Service (2021) ได้กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกไม่สะดวกสบาย (Unease) เช่น ความกังวล ความกลัว ที่อาจเป็นความวิตกกังวลที่สามารถเกิดขึ้นได้ในระดับความรุนแรงน้อยไป ถึงมาก สอดคล้องกับคำกล่าวของ Sheldon et al. (2008) คือ ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Distress) และตึงเครียด (Tension) หรือเป็นความไม่สบายทางด้านอารมณ์ (Emotional discomfort) ที่เกิดจากตัวกระตุ้นที่บุคคลนั้นอาจรู้จักคุ้นเคยหรือไม่รู้จักคุ้นเคยก็ได้

อย่างไรก็ตาม National Health Service (2021) ได้กล่าวถึง ความวิตกกังวล ว่าเป็น ประสบการณ์ของบุคคลที่สามารถเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ แต่ถ้าความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากเกินไปจนบุคคลไม่สามารถควบคุมอาการร่วมกับเกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนาน จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของบุคคลนั้น ๆ ได้

เช่นกัน American Psychological Association (2020) ได้ให้ความหมายความวิตกกังวล ว่าเป็น อารมณ์ที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกตึงเครียด (Feelings of tension) ความคิดกังวล (Worried thoughts) และ/ หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกิดขึ้นร่วมด้วย เช่น มีความดันโลหิตสูงขึ้น สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลหมายถึง ประสบการณ์ความรู้สึกทางด้านอารมณ์ของบุคคลที่เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยที่คุกคามและจะเป็นอันตรายหรือไม่ปลอดภัยต่อชีวิตของตนเอง จึงเกิดความรู้สึกตึงเครียด ตกใจ คิดกังวล กลัว และ/ หรือมีความตื่นตัวของร่างกาย และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอื่น ๆ ตามมา

ลักษณะของความวิตกกังวลโดยทั่วไปสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ ดังนี้ (Spielberger cited in Sheldon et al., 2008) ดังนี้

1. ความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State anxiety) หมายถึง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในเฉพาะสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่สบายหรือเกิดอันตรายต่อบุคคล แล้วทำให้บุคคลนั้นมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกไม่พอใจ ตึงเครียด ไม่สบาย กระวนกระวาย หวาดหวั่น และส่งผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติทำให้มีอาการหัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก วิงเวียนศีรษะ อาการวิตกกังวลชนิดนี้เกิดขึ้นได้ชั่วคราว ส่วนช่วงระยะเวลาและความรุนแรงของการเกิดแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตของบุคคลนั้น ๆ

2. ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) หมายถึง เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและมักเกี่ยวข้องกับแบบแผนบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล สามารถเกิดขึ้นตลอดเวลาและยาวนาน บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงในระดับสูงจะรับรู้สิ่งเร้าแปลความและประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองตามปกติของร่างกายต่อสถานการณ์/ ตัวกระตุ้นความเครียด (Stress stimuli หรือ Stressor) ช่วยให้ผู้บุคคลมีการตื่นตัว (Alertness) และพร้อมรับมือกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของร่างกายได้

บ้าง ทั้งนี้ต้องเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว (Gepp & Sherrell, 2022; American Psychiatric Association, 2021) อย่างไรก็ตาม หากความวิตกกังวลนั้นมีระดับความรุนแรงมากขึ้น ๆ จะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายจนแสดงอาการผิดปกติ (Anxiety symptoms) (Hu et al., 2022) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ปานิก เวียงชัย, 2558)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา

1.1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อเกิดความวิตกกังวลจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic nervous system ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น เป็นต้น ส่วนระบบ Parasympathetic nervous system จะมีบทบาททำให้เกิดอาการเหล่านี้กลับสู่ภาวะปกติ

1.2. แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การนอนหลับไม่ลึก ช่วงระยะเวลาอนน้อยลง ตื่นบ่อยมากขึ้น มีพฤติกรรมง่วงและรบกวนผู้อื่น เนื่องจากนอนไม่หลับ (Suni & Dimitriu, 2022)

1.3. ระบบทางเดินอาหาร พบว่า กระเพาะอาหารมีการเคลื่อนไหวลดลง เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้มีอาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น เกิดความรู้สึกหิวบ่อยลงทำให้รับประทานอาหารน้อยลง (Cantarero-Prieto & Moreno-Mencia, 2022)

1.4. ระบบภูมิคุ้มกัน มีการหลั่ง Adrenocorticotrophic hormone ไปกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันร่างกายทำงานลดลง ทำให้การตอบสนองของกระบวนการอักเสบลดลง การหายของแผลใช้เวลานานขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีต่อม Pituitary ส่วนหน้าหลั่ง Adrenocorticotrophic hormone ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอกให้หลั่ง Cortisol มากขึ้น เกิดการกั่งของโซเดียม เพิ่มการทำลายของไกลโคเจนในตับทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ต่อม Pituitary ส่วนหลังหลั่ง Antidiuretic hormone เพื่อควบคุมให้ปัสสาวะปกติ ส่วน Hypothalamus จะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเทติกไปยังต่อมหมวกไตชั้นในให้หลั่งฮอร์โมน Catecholamine เข้าสู่กระแสเลือดไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เส้นเลือดส่วนปลายมีการหดตัวทำให้มีอาการมือและเท้าซีดและเย็น

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ทำให้มีอาการตกใจง่าย กระสับกระส่าย หงุดหงิดและโมโหง่าย แล้วแสดงพฤติกรรมอารมณ์เชิงลบมากกว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำและการเรียนรู้ ทำให้มีความคิดสับสน คิดฟุ้งซ่าน การตัดสินใจไม่ดี ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย ความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง การรับรู้เชิงบวก ลดลง

Gepp and Sherrell (2022) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า หากบุคคลเผชิญกับความวิตกกังวลและมีอาการวิตกกังวลบ่อย ๆ (More frequency) ยาวนาน (Last longer time) และรุนแรงมากขึ้น (More intense) จนเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมขึ้น มีการรบกวนการทำหน้าที่ของร่างกายในการดำเนินชีวิต ถือได้ว่าบุคคลนี้มีภาวะความวิตกกังวลที่มีการปรับตัวที่ไม่ดี (Maladaptive/ pathological anxiety) หากอาการเหล่านี้เกิดขึ้นยาวนานจนมีภาวะการเจ็บป่วยจะนำมาซึ่งความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (Anxiety disorders) ซึ่ง American Psychiatric Association (2021) แบ่งความผิดปกติของความวิตกกังวลออกเป็น 6 ชนิด ดังนี้

1. Specific Phobia เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัวบางสิ่งบางอย่างหรือสถานการณ์บางอย่างที่เฉพาะเจาะจงมากกว่าปกติมากเกินไป เช่น การพูดในที่สาธารณะ กลัวการบิน หรือกลัวแมงมุม พบได้ร้อยละ 8-12
2. Social Anxiety Disorder เป็นความรู้สึกไม่สบายใจจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หรืออาจถูกปฏิเสธในการเข้าร่วมสังคม เช่น การพบปะผู้คนใหม่ ๆ การร่วมกิน/ ดื่มในที่สาธารณะ หรือการทำงานในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลชนิดนี้มักเกิดเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป พบได้ร้อยละ 7
3. Panic Disorder คือความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัวโดยไม่มีสาเหตุ และมักแสดงอาการที่รุนแรง เช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เหงื่อออก เจ็บหน้าอก รู้สึกสำลัก เวียนหัว คลื่นไส้ (หรืออาจรู้สึกไม่สบายท้อง) หนาวสั่นหรือร้อนวูบวาบ มือเท้าชา กลัวว่าตัวเองจะตาย ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วยอย่างมาก พบได้ร้อยละ 2-3
4. Agoraphobia เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัวขณะอยู่ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่ยากต่อการที่จะนำตนเองหลบหนีออกมา เกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป พบถึงร้อยละ 1-2.9
5. Generalized Anxiety Disorder เกิดจากการที่บุคคลมีความกังวลอย่างมากต่อบางสิ่งบางอย่างที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นระยะเวลานานร่วมกับมีอาการแสดงทาง

ด้านร่างกาย เช่น กระสับกระส่าย เหนื่อยง่าย มีความสนใจลดลง (Difficulty concentrating) กล้ามเนื้อมีความตึงตัวมากกว่าปกติ หรือมีปัญหาในการนอนหลับ (Anxiety and Depression Association of America, 2022) พบได้ร้อยละ 2

6. Separation Anxiety Disorder เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากบุคคลกลัวการพลัดพรากจากกัน เกิดขึ้นเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 6 เดือน พบได้น้อยที่สุดร้อยละ 0.9-1.9

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถือว่าเป็นสถานการณ์ความเครียดที่สำคัญที่สามารถสร้างความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มการวินิจฉัยโรคมะเร็งยาวนานตลอดไปจนถึงช่วงระยะเวลาการรักษาโรคมะเร็ง (Glass et al., 2022; Li & Liu, 2019; Sheldon et al., 2008) ทำให้มีอาการของความวิตกกังวล (Anxiety symptoms) ชัดเจน (Hu et al., 2022) ที่สำคัญ Sheldon et al. (2008) กล่าวว่าความวิตกกังวลที่สามารถพบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคมะเร็งคือ General anxiety disorder (GAD) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhu et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความวิตกกังวลในระดับมากหรือมีความวิตกกังวลที่ผิดปกติพบได้ร้อยละ 16.3 ดังเช่นการศึกษาของ Peng et al. (2019) ที่ศึกษาความชุกของความวิตกกังวล พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความวิตกกังวลที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยจำนวนมากถึงร้อยละ 47.2 โดยความวิตกกังวลนี้ถือได้ว่าเป็นภาวะไม่สุขสบายทางอารมณ์ (Emotional discomfort) (Freud cited in Andriana & Kasprabowo, 2020; Sheldon et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลกับความไม่สุขสบายหรือความสุขสบาย พบว่า การศึกษาในเรื่องดังกล่าวนี้โดยตรงในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีข้อจำกัด อย่างไรก็ดีพบเพียง 1 การศึกษา คือ การศึกษาของ Miao et al. (2022) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการพยาบาลความสุขสบาย (Comfort care) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (กลุ่มละ 48 ราย) พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) สรุปได้ว่า ผลของการพยาบาลความสุขสบายสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ ส่วนการศึกษาของ Zarzycka et al. (2019) ได้ศึกษาความสุขสบายทางด้านศาสนา (Religious comfort) กับความวิตกกังวลในผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็ง (มะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ มะเร็งเม็ดเลือด และมะเร็งกระเพาะอาหาร) จำนวน 77 ราย พบว่า ความสุขสบายทางด้านศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.30, p < .01$)

นอกจากนี้ Phongsopakoon et al. (2018) ได้ทบทวนวรรณกรรม (Integrative Review) เกี่ยวกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นความสุขสบายของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะมีความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psycho-spiritual discomfort) ได้แก่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้ สามารถสนับสนุนได้จากผลการศึกษาของ Sharour et al. (2020) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 260 ราย พบว่า ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ (Psychological distress [คือ Depression and anxiety]) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (Physical, emotional, functional, and social/ family well-being as well as additional concerns) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.76, p < .0001$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -1.58, p < .0001$) จากผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ความวิตกกังวลได้มีความสัมพันธ์และมีความสามารถในการทำนายความผาสุกและคุณภาพชีวิตได้

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวข้างต้นร่วมกับแนวคิดของ Kolcaba (2003) ที่กล่าวว่า ความสุขสบายมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ (Physical and psychological well-being) และความผาสุกจะนำมาซึ่งการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นความวิตกกังวลจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสุขสบายและน่าจะสามารถทำนายความสุขสบายได้ด้วยเช่นกัน

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) สามารถพบได้ในผู้ป่วยที่การเจ็บป่วยมีการคุกคามชีวิตและเกิดความทุกข์ทรมานแก่ตนเอง (Giammanco et al., 2015) ทั้งในการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง (Sajjadi et al., 2016) ซึ่ง Mishel (1981; 1988; 1990) และ Mishel and Braden (1988) ได้ให้ความหมายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นจากที่ตนเองไม่มีความสามารถในการให้ความหมายกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตทั้งการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันและเรื้อรังและสุดท้ายได้สร้างความทรมานและไม่สามารถตัดสินใจหรือพยากรณ์ผลจากการเจ็บป่วยนั้นได้ชัดเจน ทั้งนี้ Mishel (1988) ได้จำแนกความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษา และระบบบริการ (Complexity regarding the treatment and the system of care) 3) ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับ

การวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Lack of information about the diagnosis and seriousness) 4) ด้านการที่บุคคลไม่มีความสามารถในการทำนายระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability as to the course of the disease and prognosis) สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เกี่ยวกับการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ของ Guan et al. (2021) ที่ได้สรุปว่า การขาดข้อมูลหรือความรู้ที่จะนำไปช่วยในการแปลผลการเจ็บป่วยของตนเองและการรักษาที่ได้รับนั้น ได้มีผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ คล้ายกับคำกล่าว Bartley et al. (2021) และ Tarhani et al. (2020) ที่กล่าวว่า หากผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจหรือไม่มีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของบุคคลที่ไม่มีความสามารถระบุความหมาย และไม่มี ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง โรคและการรักษา จนไม่สามารถทำนายผลลัพธ์การเจ็บป่วยและการรักษาในอนาคตของตนเองได้

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ถือว่าเป็นประสบการณ์ที่สร้างความทุกข์ทรมานและสามารถทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้กับผู้ป่วย (Bartley et al., 2021) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีความล้มเหลวในการประเมิน ตัดสินใจ และให้ความหมายกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง รวมทั้งไม่สามารถคาดการณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยนี้ได้ (Tarhani et al., 2020) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งนี้สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ช่วงเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคมะเร็ง (Bartley et al., 2021) และสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดช่วงวิถีของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง (Cancer illness trajectory) ดังเช่นคำกล่าวของ มัสยา โปรคเจริญ และคณะ (2562) ที่กล่าวว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการวินิจฉัยโรคมะเร็งจนเข้าสู่กระบวนการรักษา ช่วงระยะการมีชีวิตรอดภายหลังสิ้นสุดกระบวนการรักษาทางการแพทย์ของผู้ป่วย และยังสามารถพบได้เมื่อมีการกลับเป็นซ้ำอีกครั้งของโรคมะเร็ง โดยมีสาเหตุมาจากการมีพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่ลุกลามและรุนแรงมากขึ้น (Disease progression) และจากผลข้างเคียงของการรักษาโดยเฉพาะยาเคมีบำบัด ซึ่ง Moos (cited in Mishel, 1981) สรุปสาเหตุของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไว้ว่า สามารถเกิดขึ้นได้จาก 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การมีภาวะไม่สบาย (Discomfort) การไม่มีความสามารถทำกิจกรรม (Incapacitation) ในการดำเนินชีวิต และการมีอาการต่าง ๆ จากการเจ็บป่วย (Other symptoms of the

illness) 2) ขั้นตอนการรักษาที่มีลักษณะเฉพาะสำหรับโรคมะเร็ง (Special treatment procedures) และจากผลข้างเคียงจากการรักษานั้น 3) ความไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Unfamiliarity of special medical technology environment) และ 4) ผลจากการประเมินอนาคตและความเป็นอิสระหรือไม่อิสระของชีวิตตนเอง (Assessing the future and reassessing independence) ในอนาคตจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ลักษณะและระดับความรุนแรงของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (Bartley et al., 2021) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะและระดับความรุนแรงของโรค ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยนั่นเอง (Guan et al., 2021) โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไปและในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

Guan et al. (2021) และ Sajjadi et al. (2016) ได้กล่าวว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วยได้ (Psychosocial stress) และ Bartley et al. (2021) กล่าวว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำให้ผลลัพธ์จากการดูแลรักษาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยแย่ลง เช่น ทำให้ผู้ป่วยมีความกลัวการกลับเป็นโรคมะเร็งซ้ำ มีความวิตกกังวลสูง มีอาการซึมเศร้ามาก หรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์การเจ็บป่วยใด ๆ ของตนเองได้ (Feeling of uncontrollability) และเกิดเป็นความทุกข์ทรมานในชีวิตในที่สุด ทั้งยังขัดขวางความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยที่จะเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Sajjadi et al., 2016) จนกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Guan et al., 2021) ดังการศึกษาของ มัสยา โปรดเจริญ และคณะ (2562) ที่ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 100 ราย ได้พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถพบได้ทั้งในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75) ถึงระดับมาก (ร้อยละ 16) เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความรู้และความชัดเจนเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทำให้ตนเองเจ็บป่วยและผลการรักษาที่ตนเองได้รับ ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาดา ตรงเที่ยง และคณะ (2020) ที่ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 85 ราย เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 24.7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับสูงเช่นกัน ($M = 159.2$, $SD = 5.05$) โดยเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดที่รุนแรงและมีการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับรู้ว่าโรคมะเร็งที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่นั้นสามารถคุกคามชีวิตของตนเองได้ด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้พบว่าการศึกษเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความสบายและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยตรงมีข้อจำกัด อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความไม่สบายอย่างมาก ดังเช่นการศึกษาแบบระยะยาว (Longitudinal study) ของ Paul et al. (2016) เปรียบเทียบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($N = 535$) ภายหลังการวินิจฉัยโรค 1 ปีและ 2 ปี มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17.5 ($p < .005$) ได้รายงานอาการปวดและความไม่สบายมากที่สุดโดยเพิ่มความรุนแรงของอาการปวดและระดับความไม่สบายมากขึ้นตลอดเวลา อันเนื่องมาจากการขาดความต่อเนื่องในการมารับยาและขาดความรู้ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการค้นหาวิธีจัดการควบคุมความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น และการศึกษาของ Tran et al. (2020) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health-related quality of life) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($N = 197$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคมะเร็งในระยะที่ 3 (48.2) และระยะที่ 4 (24.9) ต้องเผชิญกับความปวด/ ความไม่สบายมากที่สุดถึงร้อยละ 87 ที่สำคัญความปวด/ ความไม่สบายยังส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะวิตกกังวล/ ซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 88 ความปวด/ ความไม่สบายที่พบส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่มีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะที่ 3 (ร้อยละ 91.6) และระยะที่ 4 (ร้อยละ 91.8) สนับสนุนได้จากผลการศึกษาของ Sharour (2019) ที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่กลับเป็นซ้ำโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ($N = 10$) อายุ 45-60 ปี ($M = 53.3$, $SD = 10.32$) พบว่า โรคมะเร็งและการรักษาได้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยทำให้เกิดภาวะข้อบกพร่องด้านจิตใจ สูญเสียอำนาจในการตัดสินใจ รู้สึกถูกทอดทิ้ง ความรู้สึกไม่แน่นอน และความไม่สบายจากความเจ็บปวดอย่างมาก

นอกจากนี้เมื่อทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบการศึกษาของ มัสยา โปรดเจริญ และคณะ (2562) ที่ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (N = 100) แล้วพบว่า ความไม่สบายที่เกิดขึ้นในช่วงระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (Treatment phase) มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากที่สุด สอดคล้องกับคำกล่าวของ Moos (cited in Mishel, 1981) ที่กล่าวว่า ความไม่สบายเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้เพียงว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด และผลของการรักษาเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยโรคดังกล่าวนี้ต้องเผชิญกับความไม่สบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และความไม่สบายนี้ยังสามารถก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ จึงยังขาดผลการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ หรือความสามารถในการทำนายระหว่างความไม่สบายกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นแนวคิดที่สำคัญในระบบการดูแลสุขภาพที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการมีศักยภาพในการเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ko et al., 2013; Pasek et al., 2021) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดตัวกระตุ้นความเครียด (Stressors) (House, 1987) และลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย (House et al., 1988) ขณะเดียวกันสามารถช่วยเพิ่มความผาสุก และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ (House et al., 1988; Kapadia et al., 2020; Pasek et al., 2021)

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมได้ถูกพัฒนามาตั้งแต่ ค.ศ. 1970 และถูกนำมาใช้ในระบบการดูแลสุขภาพเมื่อปี ค.ศ. 1981 โดย House (1987) และ House (cited in Munoz-Laboy et al., 2014) (Peterson & Bredow, 2004) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ของบุคคล (Perception) เมื่อได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น (Actuality that one is cared for) หรือเครือข่ายทางสังคม (Social network) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารในภาวะที่เกิดสถานการณ์ความเครียด 2) ด้านเครื่องมือ (Instrumental/ Tangible support) เป็นการให้บริการช่วยเหลือหรือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ 3) ด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง

จากการประเมินโดยผู้อื่นซึ่งแสดงด้วยการกระทำหรือบอกกล่าวให้ล่วงรู้ และ 4) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยเหลือบรรเทาอารมณ์/ความรู้สึกที่ไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมาน

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม อีกดังนี้

Shumaker and Brownell (1984) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการแลกเปลี่ยนแหล่งสนับสนุนระหว่างผู้ให้และผู้รับ โดยมีการรับรู้ว่าการสนับสนุนนี้จะสามารถส่งเสริมความสุขของผู้รับการสนับสนุนได้

Hinson Langford et al. (1997) ให้ความหมาย เป็นการช่วยเหลือ (Assistance) และการป้องกัน (Protection) ภัยอันตรายที่กระทำแก่ผู้อื่น หรือเป็นการกระทำที่ให้อภัยและกัน

ส่วน Kim et al. (2021) ได้เป็นอีกผู้หนึ่งที่ได้อธิบายถึงบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ชนิด ได้แก่ 1) ข้อมูลข่าวสาร (Informational support) คือ การช่วยเหลือให้ข้อมูลและคำแนะนำซึ่งเป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่มีความยากลำบากในเวลานั้น ๆ 2) การช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรม (Tangible support) เป็นการช่วยเหลือและให้สิ่งของ วัสดุ อุปกรณ์ และกิจกรรมบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน และ 3) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้กำลังใจ รวมทั้งให้โอกาสในการระบายความรู้สึกต่าง ๆ ในสถานการณ์คับขัน

นอกจากนี้ยังมี Ko et al. (2013) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมที่มุ่งเน้นเฉพาะไปที่แนวคิดการสื่อสาร (Communication) คือ เป็นกระบวนการสื่อสารหรือการกระทำที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในแต่ละวัน โดยแบ่งชนิดของการช่วยเหลือออกเป็น 5 ชนิด 1) ข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง เนื้อหาข้อมูล (เช่น ความรู้ ข้อเสนอแนะ หรือข้อมูลย้อนกลับต่าง ๆ) 2) ด้านอารมณ์ (Emotional support) ให้โอกาสการแสดงออกของภาวะอารมณ์ต่าง ๆ (ร้องไห้ มีความรู้สึกและเห็นใจร่วมกัน และแสดงความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น) 3) การช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรม (Tangible support) การให้ความช่วยเหลือทางด้านวัสดุ อุปกรณ์ และบริการต่าง ๆ 4) ความมั่นใจ (Esteem support) เป็นการช่วยเหลือที่ช่วยส่งเสริมทักษะความสามารถและคุณค่าในตนเอง 5) เครือข่ายสังคม (Social network) ช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้รับการช่วยเหลือเกิดความรู้สึกผูกพันและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเครือข่ายในฐานะผู้ให้การช่วยเหลือ

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นลักษณะการช่วยเหลือที่มุ่งเน้นภาวะสุขภาพของผู้ป่วยนั้น ได้สอดคล้องกับแนวคิดของ House (cited in Peterson & Bredow, 2004) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่นหรือจากเครือข่ายในสังคม ประกอบด้วย ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอุปกรณ์ สิ่งของ/เครื่องใช้ ด้านการประเมิน และด้านอารมณ์ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังเช่น ลดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ (ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกไม่แน่นอนที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปและโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก) (Guan et al., 2021; Sharour, 2019) สามารถช่วยลดความเครียดและส่งเสริมการปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้นร่วมกับส่งเสริมให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี (House et al., 1988) ทั้งนี้ House and Kahn (cited in House, 1987) ยังได้กล่าวเพิ่มเติมว่า การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยจะสามารถช่วยลดภาวะเครียดได้แล้วยังสามารถส่งเสริมผู้ป่วยให้กลับมามีภาวะสุขภาพที่ดีได้ ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมต้องประกอบไปด้วย 1) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) 2) การมีเครือข่าย (Social network) และ 3) การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

Pasek et al. (2021) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะฟื้นฟู (N = 170) ซึ่งเคยได้รับ Combination therapy ร้อยละ 44.1 และ Chemotherapy ร้อยละ 33.5 พบว่า ชนิดของการรักษามีผลต่อชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่ต้องการ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนด้านวัสดุ/อุปกรณ์ (Instrumental support) มากกว่าความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ และ Pasek et al. (2021) ยังได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รอดชีวิตได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือส่งเสริมความสงบสุข (Calmness) ความสุขสบาย (Comfort) และช่วยแก้ปัญหา (Problem solving) จากครอบครัวและเพื่อนภายหลังการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ความช่วยเหลือนี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีมุมมองเกี่ยวกับชีวิตของตนเองไปในทางที่ดีขึ้นได้ (Positive life-meaning)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ สายนที วัฒนธรรม และคณะ (2559) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N = 100) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 23 พบว่า

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .337, p = .01$) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับโดยรวมอยู่ในระดับสูง แปลผลได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามความต้องการของตนเองผู้ป่วยจึงรับรู้ถึงความสุขสบายที่เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Intanin et al. (2021) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ($N = 200$) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .544, p < .01$)

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง อันเป็นผลมาจากการดำเนินของพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโดยเฉพาะการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ได้รับกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลกระทบอย่างมากต่อความสุขสบายของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เมื่อค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวกับการศึกษาระหว่างความสุขสบายกับความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลับพบว่า การศึกษาดังกล่าวทั้งในประเทศและต่างประเทศยังมีจำนวนจำกัดอย่างมาก ทั้ง ๆ ที่ความสุขสบาย/ ความไม่สุขสบาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหรือพบได้บ่อยมากในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังนั้น พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงควรมีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมถึงศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยยับยั้งและปัจจัยส่งเสริมความสุขสบายเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้ป่วย การศึกษาปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดนี้ จะทำให้ได้ความรู้เบื้องต้นทางการพยาบาลเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้ไปพัฒนาออกแบบการดูแลพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและจัดการกับความไม่สุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อไปได้ ตลอดจนสามารถนำความรู้ที่ได้ไปช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่มีความเป็นองค์รวมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขสบาย และปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (หรือส่วนของลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ Cecum ไปจนถึง Rectum) ที่มีความรุนแรงของโรคมะเร็งอยู่ในระยะ 3 หรือ 4 จากผลการตรวจชิ้นเนื้อ และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำสูตรใดสูตร 1 ใน 5 สูตร ได้แก่ ยาเคมีบำบัดสูตร Mayo, de Gramont, FOLFOX 4, FOLFOX 6 หรือ FOLFILI ขณะที่เข้าพักรักษาในแผนกผู้ป่วยในหอผู้ป่วยมะเร็งชายและหอผู้ป่วยมะเร็งหญิง ณ ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (หรือส่วนของลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ Cecum ไปจนถึง Rectum) ที่มีความรุนแรงของโรคมะเร็งอยู่ในระยะ 3 หรือ 4 จากผลการตรวจชิ้นเนื้อ และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำสูตรใดสูตร 1 ใน 5 สูตร ได้แก่ ยาเคมีบำบัดสูตร Mayo, de Gramont, FOLFOX 4, FOLFOX 6 หรือ FOLFILI ขณะที่เข้าพักรักษาในแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยมะเร็งชาย และหอผู้ป่วยมะเร็งหญิง ณ ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีประสบการณ์การได้รับยาเคมีบำบัดตั้งแต่รอบที่ 2 เป็นต้นไป (ในแต่ละโปรแกรมของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ได้รับตามสูตรที่ระบุตามแผนการรักษาของแพทย์ [1 ใน 5 สูตร])
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยมีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4

สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้ กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ในระดับกลางคือ .15 (Cohen, 1988) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์ ($\alpha = .05$) และกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 มีจำนวนตัวแปรในการทำนาย 3 ตัวแปร ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม จากการคำนวณได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 ราย (ภาคผนวก ง)

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจากวิธีการสุ่มด้วยการจับสลากและตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ผู้ช่วยผู้อำนวยการภารกิจด้านการพยาบาล (ด้านวิชาการ) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง หัวหน้าและรองหัวหน้าหอผู้ป่วยมะเร็งชายและหอผู้ป่วยมะเร็งหญิงเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

หลังจากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยมะเร็งชาย และหอผู้ป่วยมะเร็งหญิงในวันประชุมประจำเดือนเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการศึกษา และขอความร่วมมือในการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในวันจันทร์-วันศุกร์ ในสัปดาห์ที่ผ่านมา

2. ในเวลาเช้าประมาณ 8.00 น. ของวันที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยมะเร็งชาย และหอผู้ป่วยมะเร็งหญิง และสอบถามถึงจำนวนของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีการเจ็บป่วยอยู่ในระยะ 3 หรือ 4 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยมะเร็งชายหรือหอผู้ป่วยมะเร็งหญิงและเริ่มรับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ (ในวันที่ 1 ของการรับยาเคมีบำบัด คือวันที่ 2 ของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล) (Admission Day) ตั้งแต่รอบที่ 2 ของยาเคมีบำบัดตามสูตร 1 ใน 5 สูตรดังที่กล่าวมา พร้อมทั้งขอหมายเลข Hospital number ในรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) (4 ข้อ)

3. ผู้วิจัยได้นำหมายเลข Hospital number มาทำการสุ่มด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ได้จำนวนร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเป้าหมาย (Potential samples) ในแต่ละวัน (หมายเหตุ ไม่พิจารณาผู้ป่วยที่เคยถูกสุ่ม และได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในวันก่อนหน้าไปแล้ว)

4. จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลหัวหน้าเวรของแต่ละหอผู้ป่วยประสานกับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายที่มีหมายเลข Hospital number ตามที่สุ่มได้และขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่ออธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ในการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

4.1 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายไม่อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบ ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มด้วยวิธีการจับฉลากหมายเลข Hospital number เพิ่มทดแทนจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายที่ไม่อนุญาตดังกล่าว

4.2 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยแล้ว แต่กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายไม่ประสงค์เข้าร่วมให้ข้อมูลในการวิจัย ผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายที่สละเวลาให้เข้าพบ แล้วกล่าวลา กรณีดังกล่าวนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มและจับฉลากหมายเลข Hospital number ใหม่เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายรายนี้เช่นกัน

4.3 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และสอบถามความสนใจและเรียนเชิญกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายตามหมายเลขที่สุ่มได้เข้าร่วมให้ข้อมูลในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้การตัดสินใจเข้าร่วมขึ้นกับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายท่านนั้น

5. กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายที่มีความสนใจและยินดีสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมให้ข้อมูลในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกรายต้องลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนการเริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่ในการศึกษา

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ที่มีขนาดเตียง 1,300 เตียง) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีหอผู้ป่วยที่ให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการฉายแสง จำนวน 2 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยมะเร็งชาย 32 เตียง และหอผู้ป่วยมะเร็งหญิง 32 เตียง รวม 64 เตียง ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยดังกล่าวได้ถูกส่งมาจากแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคมะเร็ง และแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคมะเร็ง ทุกวันจันทร์-ศุกร์

ในเวลา 8.00-16.00 น. โดยแพทย์ออกตรวจทุกวันจันทร์-วันพฤหัสบดีจำนวน 7 คน และวันศุกร์จำนวน 3 คน ภายใต้นโยบายของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีแพทย์เจ้าของไข้คนเดิมตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้ในแต่ละวันได้มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยมะเร็งชายและหอผู้ป่วยมะเร็งหญิง เฉลี่ยวันละ 8 ราย (งานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2565) เพื่อรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ขั้นตอนปกติในการเข้ารับการรักษาดูแลด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตามแผนการรักษาของแพทย์ทุกรายที่มาตามนัดต้องไปรับการเจาะเลือดเพื่อตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดก่อนพบแพทย์เจ้าของไข้ที่ห้องผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาผลเลือดและสามารถรับยาเคมีบำบัดได้ แพทย์เจ้าของไข้จะมีแผนการรักษาให้ดำเนินเรื่องการเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยมะเร็งชายหรือหอผู้ป่วยมะเร็งหญิงเพื่อรับยาเคมีบำบัดในวันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล จำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลและช่วงระยะเวลาห่างของการได้รับยาเคมีบำบัดในแต่ละรอบขึ้นอยู่กับสูตรของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ดังนี้ กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดสูตร de Gramont, FOLFOX 4, FOLFOX 6 หรือ FOLFILI ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน และแพทย์เจ้าของไข้จะนัดรับยาในรอบถัดไปอีก 2 สัปดาห์ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร Mayo จะใช้เวลานอนโรงพยาบาลจำนวน 5 วัน และได้รับการนัดมารับยาเคมีบำบัดอีกรอบในสัปดาห์ที่ 5 ต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 5 ชุด ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง

ประเภทของการรักษาดูแลด้วยยาเคมีบำบัด สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ยาเคมีบำบัดที่ได้รับในครั้งนี้เป็นครั้งที่ จำนวนวันที่ได้รับการรักษาดูแลด้วยยาเคมีบำบัด ระยะห่างในการรักษาดูแลด้วยยาเคมีบำบัด

ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด ประสิทธิภาพการรักษาโรคมะเร็ง โรคประจำตัวอื่น ๆ สิ่งที่ทำให้รับรู้ถึงความสุขสบายและความไม่สุขสบาย

2. แบบสอบถามความทุกข์สบายของผู้ป่วย (ภาคผนวก ค) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม

ความทุกข์สบายของ Tanatwanit (2011) ซึ่งได้แปลย้อนกลับมาเป็นภาษาไทยจากแบบสอบถามความทุกข์สบายของ Novak et al. (2001) ที่สร้างจากทฤษฎีความทุกข์สบายของ Kolcaba (2003) แบบสอบถามประกอบไปด้วย ความทุกข์สบายทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม มีคำถามจำนวน 49 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 27 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 18, 20, 23, 25, 28, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 41, 42, 44, 46, 47, และ 49 ข้อคำถามทางลบ 22 ข้อ ได้แก่ 2, 5, 6, 12, 13, 14, 17, 19, 21, 22, 24, 26, 27, 30, 32, 34, 38, 39, 40, 43, 45, และ 48 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด 6 ระดับ

ข้อคำถามด้านบวกให้คะแนนดังนี้	ข้อคำถามด้านลบให้คะแนนดังนี้
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ระดับ 1 = 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ระดับ 1 = 6 คะแนน
ไม่เห็นด้วยมาก ระดับ 2 = 2 คะแนน	ไม่เห็นด้วยมาก ระดับ 2 = 5 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย ระดับ 3 = 3 คะแนน	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย ระดับ 3 = 4 คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย ระดับ 4 = 4 คะแนน	เห็นด้วยเล็กน้อย ระดับ 4 = 3 คะแนน
เห็นด้วยมาก ระดับ 5 = 5 คะแนน	เห็นด้วยมาก ระดับ 5 = 2 คะแนน
เห็นด้วยอย่างมาก ระดับ 6 = 6 คะแนน	เห็นด้วยอย่างมาก ระดับ 6 = 1 คะแนน

ช่วงคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมีค่า 49-249 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความสุขสบายมาก และคะแนนต่ำ หมายถึง มีความสุขสบายน้อย มีการแบ่งคะแนนตามอัตราภาคชั้น (แบ่งโดยนำค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน 49-130 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายน้อย

ช่วงคะแนน 131-212 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายปานกลาง

ช่วงคะแนน 213-249 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ Novak et al. (2001) ได้ตรวจสอบความตรงตามสภาพปัจจุบัน (Concurrent validity) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 38 ราย คือกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาครั้งที่ 1 กับการรักษาครั้งที่ 2 พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือ Hospice Comfort Questionnaire กับ Visual Analog Scales ($r = .45$ for first administration and $.48$ for second administration, $p < .001$) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ $.98$

Tanatwanit (2011) ได้แปลแบบสอบถามย้อนกลับ แล้วนำไปศึกษากับผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็งในระยะลุกลาม จำนวน 20 ราย ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยการทดสอบ Concurrent validity พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือ Comfort Questionnaire กับ Verbal Rating Scales ($r = .641, p < .01$) และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .89 ถือเป็นเครื่องมือที่ยอมรับได้

3. แบบสอบถามความวิตกกังวล (ภาคผนวก ค) ที่ถูกแปลมาจากเครื่องมือ Hospital Anxiety and Depression Scale ของ Zigmond and Snaith (1983) เป็นภาษาไทยด้วยวิธีย้อนกลับ ชื่อ แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale [Thai HADS]) โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) เครื่องมือนี้มีลักษณะเป็นแบบสอบถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามความวิตกกังวล 7 ข้อ และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ได้มีการใช้เฉพาะแบบสอบถามความวิตกกังวลเท่านั้น (7 ข้อ) คำตอบเป็นมาตรวัด 4 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามความวิตกกังวล ได้แปลผลคะแนนเป็น 4 ระดับ (Jerkovic et al., 2021; Li & Liu, 2019; Stern, 2014) ดังนี้

คะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล

คะแนน 8-10 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลน้อย

คะแนน 11-14 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนน 15-21 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก

Zigmond and Snaith (1983) ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปศึกษากับผู้ป่วยที่อยู่ในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 50 ราย เพื่อตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (Criterion-related validity) พบว่า แบบสอบถามความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .74, p < .001$) และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการหาความสอดคล้องภายในของเนื้อหาด้วยวิธีการแบ่งครึ่ง (Split-half method) พบว่า ข้อคำถามของการวัดความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .76, p < .001$)

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ได้แปลแบบสอบถามย้อนกลับ และนำไปศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลรามารับดีจำนวน 60 ราย พบว่า แบบสอบถามสามารถวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ดีเมื่อเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ โดยมีความไว (Sensitivity) เท่ากับร้อยละ 100 และความจำเพาะ (Specificity) ในการวัดความวิตกกังวลเท่ากับร้อยละ 86

และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86 ซึ่งถือเป็นเครื่องมือที่ยอมรับได้

4. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (ภาคผนวก ค) ฉบับภาษาไทยที่ ถูกแปลด้วยวิธีย้อนกลับโดย บุญบา สมใจวงษ์ (2553) จาก Mishel's Uncertainty in illness Scale Community-Form ที่พัฒนาโดย Mishel (cited in Bailey et al., 2011; Wright et al., 2009; บุญบา สมใจวงษ์, 2553) มีคำถาม 34 ข้อ และผ่านการทดสอบ Content validity จากผู้เชี่ยวชาญ ต่อมาเครื่องมือได้ผ่านการทดสอบ Convergent validity กับ Hospital Stress Events Scale จากนั้น ได้ถูกทดสอบ Construct validity และพบว่า เครื่องมือสามารถจำแนกความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่างวิธีกัน (Mishel, 1981) และได้ทดสอบ Factor analysis จัดแนวกิตได้ 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Ambiguity) ความซับซ้อนของการรักษา (Complexity) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับโรค (Lack of information) และการที่ไม่สามารถพยากรณ์หรือทำนายโรคได้ (Unpredictability) และมีการปรับแก้ข้อคำถามเหลือ 23 ข้อ ในที่สุด เป็นข้อคำถามทางลบ 17 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 และ 21 ข้อคำถามทางบวก 6 ข้อ ได้แก่ 6, 8, 19, 20, 22 และ 23 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามด้านลบให้คะแนนดังนี้		ข้อคำถามด้านบวกให้คะแนนดังนี้	
เห็นด้วยมาก	= 5 คะแนน	เห็นด้วยมาก	= 1 คะแนน
เห็นด้วย	= 4 คะแนน	เห็นด้วย	= 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	= 3 คะแนน	ไม่แน่ใจ	= 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	= 2 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	= 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเลย	= 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยเลย	= 5 คะแนน

ช่วงคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามเท่ากับ 23-115 คะแนน การแปลผลคะแนน นำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อคำถามมารวมกัน มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

ช่วงคะแนน 23-53 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย

ช่วงคะแนน 54-84 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยปานกลาง

ช่วงคะแนน 85-115 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก

บุญบา สมใจวงษ์ (2553) ได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ท่อน้ำดี จำนวน 260 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .82

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (ภาคผนวก ก) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม

การสนับสนุนทางสังคมของ กชชกร ห่วงนุ่ม (2550) ที่พัฒนาเครื่องมือมาจากแนวคิดของ House (cited in Peterson & Bredow, 2004) โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วย การสนับสนุนทาง ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ/ เครื่องใช้ ด้านการประเมิน และด้านอารมณ์ แบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	= 5 คะแนน
มาก	= 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ/ เฉย ๆ	= 3 คะแนน
เล็กน้อย	= 2 คะแนน
ไม่เลย	= 1 คะแนน

ช่วงคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามเท่ากับ 17-85 คะแนน การแปลผลคะแนน นำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อคำถามมารวมกัน มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

ช่วงคะแนน 17-39 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ช่วงคะแนน 40-62 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ช่วงคะแนน 63-85 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

กชชกร ห่วงนุ่ม (2550) ได้พัฒนาแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมขึ้นมาจากแนวคิดของ House (cited in Peterson & Bredow, 2004) โดยดัดแปลงและปรับภาษาของข้อคำถามให้สอดคล้องและมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลด้านอายุรศาสตร์ ผู้ชำนาญการพยาบาลด้านสูงอายุ และผู้ชำนาญการพยาบาลสาขาโรคมะเร็ง จำนวนค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ .90 และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 30 ราย ได้ตัดข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันออก 3 ข้อ เนื่องจากมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อน้อยกว่า .3 จึงเหลือข้อคำถาม 17 ข้อ และได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .90 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 120 คน ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .81

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือแบบสอบถามความทุกข์สบายของผู้ป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ถูกนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ และเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ จึงไม่มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

ส่วนการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความทุกข์สบายของผู้ป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามความทุกข์สบายของผู้ป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, .89, .82 และ .83 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 77 ราย วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87, .92, .89 และ .82 ตามลำดับ แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นตามมาตรฐาน (Taber, 2018; Taherdoost, 2016)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยรหัส G-HS 047/2563 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยหนังสือเลขที่ 162/2020

2. ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

2.1 ผู้วิจัยได้เข้าพบเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่อนุญาต โดยผ่านการประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าเวรประจำหอผู้ป่วยในแต่ละวัน เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย โดยมีการอธิบายพร้อมมอบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ก) ให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในบทบาทการเข้าร่วมให้ข้อมูลในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเข้าร่วม

การวิจัยในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

2.2 เมื่อผู้ป่วยตอบรับการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจแล้วจึงลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย (ภาคผนวก ข)

2.3 ขณะดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ตลอดเวลาที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และหากเกิดอาการผิดปกติหรือมีการเจ็บป่วยใด ๆ ขณะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยนั้น ๆ หรือแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลโดยเร็วที่สุด

2.4 กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ การขอยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่พึงได้รับในฐานะผู้ป่วย นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

2.5 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยได้ถูกเก็บเป็นความลับ และเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัยมีกุญแจล็อกตลอดเวลา ผู้วิจัยใช้เลขที่แทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ไม่เกี่ยวข้องจึงไม่สามารถระบุหรือเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้ ผลการวิจัยได้ถูกนำเสนอในภาพรวมและใช้เพื่อการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดจะมีการทำลายภายในระยะเวลา 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากโครงร่างการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากข้อ 1 ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ได้แก่ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ผู้ช่วยผู้อำนวยการภารกิจด้านการพยาบาล (ด้านวิชาการ) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง และหัวหน้า รวมทั้งรองหัวหน้าหอผู้ป่วยมะเร็งชายและหอผู้ป่วยมะเร็งหญิงเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์และกระบวนการ/ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตและ

ความอนุเคราะห์ในการเข้าพบพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยมะเร็งชาย และหอผู้ป่วยมะเร็งหญิง ในวันประชุมประจำเดือนเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการศึกษาวิจัยรวมทั้งขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในวันจันทร์ถึงศุกร์ ช่วงเวลา 8.00-16.00 น. เป็นระยะเวลาประมาณ 2 เดือน ตามขั้นตอนดังนี้

3.1 วันที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เวลาประมาณ 8.00 น. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยมะเร็งชาย และหอผู้ป่วยมะเร็งหญิงเพื่อสอบถามถึงจำนวนของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งขอหมายเลข Hospital number ของกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย (Potential samples) เหล่านี้

3.2 ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มหมายเลข Hospital number ของกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืนและจนได้จำนวนร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 3-4 ราย/วัน ภายหลังจากนั้นผู้วิจัยนำหมายเลข Hospital number ที่ได้จากการสุ่มไปประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยมะเร็งชาย และหอผู้ป่วยมะเร็งหญิงเพื่อประสานกับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายในเบื้องต้น เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสเข้าพบและอธิบายรายละเอียดของข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3 ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบเท่านั้น การเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายแต่ละครั้งผู้วิจัยได้ยึดหลักในการรักษาระยะห่าง (Social Distancing) ตามแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายและได้แนะนำตัวพร้อมได้มอบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้ป่วยพึงได้รับตามมาตรฐานแต่อย่างใด ขณะเดียวกันผู้วิจัยพร้อมตอบข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายจนเกิดความพึงพอใจ จากนั้นผู้วิจัยสอบถามความสนใจและความประสงค์ของกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายในการเข้าร่วมในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล กรณีที่กลุ่มตัวอย่าง

เป้าหมายมีความประสงค์และสมัครใจเข้าร่วมในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายนี้ต้องลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกรายก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4 ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้สอบถามถึงวัน และเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกให้ข้อมูลเพื่อทำการนัดหมายในการให้ข้อมูล ส่วนสถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากพยาบาลหัวหน้าตึกมะเร็งชาย และมะเร็งหญิงให้เข้าใช้ห้องประชุมย่อยของแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งมีโต๊ะรวมทั้งเก้าอี้ที่จะให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขสบายตลอดช่วงเวลาของการให้ข้อมูล

3.5 ผู้วิจัยได้มาที่หอผู้ป่วยตามวัน เวลาที่นัดหมาย และได้ศึกษาเพิ่มประวัติของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย จากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวัน เวลา และสถานที่ที่ได้นัดหมาย เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดถึงการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ สำหรับแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทุกฉบับประมาณ 30-45 นาที การตอบแบบสอบถามผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบในแบบสอบถามตามการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างทุกข้อ

3.6 ขณะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพได้มีการประเมินอาการผิดปกติเป็นระยะตลอดช่วงเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล และหากกลุ่มตัวอย่างเกิดอาการผิดปกติใด ๆ ผู้วิจัยได้มีแผนการช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยการประสานงานกับพยาบาลและแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุด (อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างทุกรายสามารถให้ข้อมูลได้โดยไม่มีอาการผิดปกติ)

กลุ่มตัวอย่างทุกรายสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลใด ๆ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่พึงได้รับในฐานะผู้ป่วย นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

3.7 ภายหลังเสร็จสิ้นขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลและอาจสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเก็บเอกสารแบบสอบถามใส่ซองสีน้ำตาลปิดผนึก ก่อนการกล่าวลา ผู้วิจัยแสดงความห่วงใยด้วยการสอบถามความต้องการการช่วยเหลือและช่วยประสานงานกับพยาบาลประจำตึกเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือและตอบสนองตามต้องการการช่วยเหลือ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างก่อนการลากลับ

3.8 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาลงบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยได้ถูกเก็บเป็นความลับ โดยมีผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล ข้อมูลที่บันทึกได้ถูกวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ ผลการวิจัยได้ถูกนำเสนอในภาพรวมและใช้เพื่อการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยภายในระยะเวลา 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ได้ถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุดมากที่สุด

2. ส่วนข้อมูลความสุขสบาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอย ได้แก่ การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบ Stepwise regression โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความทุกข์สบาย และปัจจัยทำนายความทุกข์สบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 77 ราย ปัจจัยทำนายที่ศึกษา ประกอบด้วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 เป็นระยะเวลา 2 เดือน ผลการวิจัยนำเสนอแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความทุกข์สบาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความทุกข์สบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (ตารางที่ 2) และข้อมูลการเจ็บป่วย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และค่าต่ำสุดและมากที่สุดเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($N = 77$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	54.5
หญิง	35	45.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ ($M = 62.00$ ปี, [$SD = 10.19$], $Min = 34$ ปี, $Max = 80$ ปี)		
20-40 ปี (Young adulthood)	2	2.6
41-60 ปี (Middle adulthood)	32	41.6
> 60 ปี (Late adulthood)	43	55.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.3
เรียนหนังสือ	76	98.7
ประถมศึกษา	57	75.0
มัธยมศึกษา	13	17.1
ประกาศนียบัตร	2	2.6
ปริญญาตรี	4	5.3
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-
สถานภาพสมรส		
คู่	60	77.9
โสด	8	10.4
หม้าย	7	9.1
หย่าร้าง	2	2.6
รายได้/ เดือน		
ไม่มีรายได้ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ)	7	9.1
มีรายได้	70	90.9
น้อยกว่า 15,000 บาท/ เดือน	59	84.3
15,001-21,500 บาท/ เดือน	8	11.4
21,501-28,000 บาท/ เดือน	-	-
28,001-34,500 บาท/ เดือน	1	1.4
มากกว่า 34,500 บาท/ เดือน	2	2.9

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.5 และรองลงมาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 45.5 มีอายุเฉลี่ย 62 ปี ($SD = 10.19$) โดยมีอายุต่ำสุด 34 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี ไม่มีปัญหาในด้านการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับการศึกษา ร้อยละ 98.7 โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.0 สถานภาพสมรส คือ คู่ ร้อยละ 77.9 และส่วนใหญ่มีรายได้ ร้อยละ 90.9 คือ น้อยกว่า 15,000 บาท/ เดือน มากถึง ร้อยละ 84.3 และจากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร เช่น ปลูกข้าว เป็นต้น

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($N = 77$)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
CA Rectum	25	32.5
CA Transverse Colon	22	28.6
CA Sigmoid Colon	22	28.6
CA Cecum	3	3.9
CA Descending Colon	3	3.9
CA Ascending Colon	2	2.6
ระยะของโรคมะเร็ง		
ระยะที่ 3	54	70.1
ระยะที่ 4	23	29.9
ประเภทของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด		
Adjuvant chemotherapy	63	81.8
Neoadjuvant chemotherapy	11	14.3
Palliative chemotherapy	3	3.9
สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ		
Mayo	33	42.9
FOLFOX 4	29	37.7
FOLFOX 6	13	16.9
FOLFIRI	2	2.6

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ยาเคมีบำบัดที่ได้รับในครั้งนี้เป็นครั้งที่		
2	10	13.0
3	12	15.6
4	14	18.2
5	12	15.6
6	10	13.0
7	7	9.1
8	2	2.6
9	3	3.9
10	5	6.5
11	2	2.6
จำนวนวันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (แต่ละครั้ง)		
3 วัน (FOLFOX 4, FOLFOX 6, FOLFIRI)	44	57.1
5 วัน (Mayo)	33	42.9
ระยะห่างในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด		
2 สัปดาห์ (FOLFOX 4, FOLFOX 6, FOLFIRI)	44	57.1
4 สัปดาห์ (Mayo)	33	42.9
ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด		
ไม่มี	21	27.3
มี	56	72.7
เหนื่อยล้า	32	57.1
ชาปลายมือ/ ปลายเท้า	27	48.2
คลื่นไส้/ อาเจียน	14	25.0
เจ็บปากอักเสบ	10	17.9
อื่น ๆ (เบื่ออาหาร, ท้องเสีย)	11	19.6

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประวัติการรักษาโรคมะเร็ง		
รังสีรักษา	11	14.3
เคยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่/ ทวารหนัก	66	85.7
ไม่มีทวารเทียม	45	68.2
มีทวารเทียม	21	31.8
โรคประจำตัวอื่น ๆ		
ไม่มีโรคประจำตัว	38	49.4
มีโรคประจำตัว	39	50.6
โรคความดันโลหิตสูง	28	71.8
โรคเบาหวาน	11	28.2
โรคไขมันในเลือดสูง	10	25.6
อื่น ๆ	5	6.5
สิ่งที่ทำให้รับรู้ถึงความสุขสบาย (ภาคผนวก ก)		
ด้านร่างกาย ได้แก่ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทำให้โรคสงบลง	23	29.8
ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ได้แก่ ความหวังที่จะหายจากโรคมะเร็ง	10	12.9
ด้านสังคม-วัฒนธรรม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ให้การดูแลเอาใจใส่ดี	48	62.3
ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ หอผู้ป่วยสะอาด และไม่แออัด	36	46.7
สิ่งที่ทำให้รับรู้ถึงความสุขสบาย (ภาคผนวก ข)		
ด้านร่างกาย ได้แก่ เหนื่อยล้า	30	38.9
ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ได้แก่ วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง	58	75.3
ด้านสังคม-วัฒนธรรม ได้แก่ ขาดรายได้เพราะเจ็บป่วย	10	12.9
ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การนอนโรงพยาบาล (ไม่คุ้นเคย)	28	36.4

* สิ่งที่ทำให้รับรู้ถึงความสุขสบายและสิ่งที่ทำให้รับรู้ถึงความสุขสบายตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค CA Rectum ร้อยละ 32.5 รองลงมาคือโรค CA Transverse Colon และ CA Sigmoid Colon เท่ากันคือ ร้อยละ 28.6 มีความรุนแรงของโรคมะเร็งส่วนใหญ่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 70.1 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดประเภท Adjuvant chemotherapy มากที่สุดถึงร้อยละ 81.8 ยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่เป็นสูตร Mayo ร้อยละ 42.9 รองลงมาคือ FOLFOX 4 ร้อยละ 37.7 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมารับยาเคมีบำบัดในครั้งที่ 2 ถึง 6 โดยจำนวนมากที่สุดคือครั้งที่ 4 ร้อยละ 18.2 ในเวลาประมาณ 3 วัน ร้อยละ 57.1 และระยะห่างในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 2 สัปดาห์ ร้อยละ 57.1 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด ร้อยละ 72.7 ส่วนใหญ่พบว่า มีอาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ อาการชาปลายมือ/ ปลายเท้า ร้อยละ 48.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการรักษาด้วยการผ่าตัดลำไส้ใหญ่/ ทวารหนักมากที่สุด ร้อยละ 85.7 แบบไม่เปิดทวารเทียม ร้อยละ 68.2 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.6 มากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 71.8 โรคเบาหวาน ร้อยละ 28.2 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 25.6 และอื่น ๆ (ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหอบหืด โรคไวรัสตับอักเสบบี และโรคต่อมลูกหมากโต) ร้อยละ 6.5

ส่วนผลการรับรู้ถึงสิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขสบายและมีความสุขสบายนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้มีการรับรู้ถึงความสุขสบายที่ตนเองได้รับมากที่สุด คือ ความสุขสบายด้านสังคม-วัฒนธรรม นั่นคือ รับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ดีจากเจ้าหน้าที่มากถึง ร้อยละ 62.3 รองลงมาคือ ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม จากสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่แออัด และหอผู้ป่วยสะอาด ร้อยละ 46.7 ในขณะเดียวกันทางด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทำให้โรคมะเร็งสงบ ไม่มีอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคมะเร็ง ร้อยละ 29.8 และด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างมีความหวังที่จะหายจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 12.9 ส่วนการรับรู้ถึงความไม่สุขสบายมากที่สุดเป็นด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ คือ กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ตนเองเป็นนั่นคือโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่อาจคร่าชีวิตได้ ร้อยละ 75.3 รองลงมาคือด้านร่างกาย คือ กลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้าหลังจากรับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 38.9 ในขณะเดียวกันทางด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างมีความสุขสบายจากความรู้สึกไม่คุ้นเคยกับโรงพยาบาลและได้ส่งผลทำให้นอนไม่หลับ ร้อยละ 36.4 และในด้านสังคม-วัฒนธรรม คือ การขาดรายได้ เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดรายได้ที่ควรได้รับ ร้อยละ 12.9

ส่วนที่ 2 ความสุขสบาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับความสุขสบาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้นำเสนอ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความสุขสบาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($N = 77$)

ปัจจัย	ระดับคะแนนที่เป็นไปได้	M	SD	ระดับ
ความสุขสบาย	49-249	239.6	18.06	มาก
ความวิตกกังวล	0-21	11.7	5.01	ปานกลาง
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	23-115	74.7	18.97	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	17-85	73.7	4.85	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขสบายในระดับมาก ($M = 239.6$, $SD = 18.06$) และการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ($M = 73.7$, $SD = 4.85$) ส่วนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างจัดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 74.7$, $SD = 18.97$) สำหรับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 11.7$, $SD = 5.01$) เช่นกัน (โดยมีผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความวิตกกังวล ร้อยละ 24.7 และมีความวิตกกังวล ร้อยละ 75.3)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายความสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($N = 77$)

ตัวแปรทำนาย	<i>B</i>	SE	β	<i>t</i>
ความวิตกกังวล	-.970	.401	-.269	-2.421
Intercept = 250.89, $R^2 = .072$, $F_{(1,75)} = 5.859$				

* $p < .05$

ก่อนการวิเคราะห์ใช้สถิติถดถอยพหุคูณ ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลและพบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นที่กำหนดไว้ (ภาคผนวก ข) ผลของการวิเคราะห์ พบว่าความวิตกกังวลสามารถทำนายความสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ร้อยละ 7.2 ($R^2 = .072$, $F_{(1,75)} = 5.859$, $p < .05$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด และศึกษาปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม การนำเสนอแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมี ความสุขสบายในระดับมาก ($M = 239.6$, $SD = 18.06$)
2. ปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ ความวิตกกังวล ($R^2 .072$, $F_{(1,75)} = 5.859$, $p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้ถูกอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้แก่

1. ความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. ปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความสุขสบายอยู่ในระดับมาก ($M = 239.6$, $SD = 18.06$) ทั้งนี้อธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แม้ว่าส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะที่ 3 (ร้อยละ 70.1) และระยะที่ 4 (ร้อยละ 29.9) ซึ่งโรคมะเร็งได้มีการลุกลามไป ยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง (American Joint Committee on Cancer, 2018; ASCO, 2022) และมักจะ

อาการไม่สบายที่แสดงถึงความทุกข์ทรมาน เช่น อาการที่พบบ่อยคือ อาการปวด เหนื่อยล้า ท้องผูก ถ่ายเป็นเลือด ท้องเสีย (Mello et al., 2020) แต่การศึกษากลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ไม่ต้องเผชิญกับอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานอันก่อให้เกิดความไม่สบายมากนัก นั่นหมายถึงกลุ่มตัวอย่างยังคงสามารถรับรู้ถึงความสุขสบายของตนเองในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งด้วยการผ่าตัด (ร้อยละ 85.7) ก่อนร่วมกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเสริมภายหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy) (ร้อยละ 81.8) ซึ่งเป็นการรักษาที่ช่วยลดอาการและความไม่สบายต่าง ๆ ได้ อธิบายได้ตามผลการศึกษาของ ปรีพนธ์ พิษยพานิชย์ และชวลิต ชยางศุ (2564) ที่กล่าวไว้ว่า การผ่าตัดเอาก่อนมะเร็งออก (ดังเช่น Sigmoid colectomy [ร้อยละ 33.3] Right hemicolectomy [ร้อยละ 27.2] และ Low anterior resection [ร้อยละ 27.2]) ได้ช่วยลดอาการเจ็บปวดหรือสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บปวด ซึ่งเป็นอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานอย่างมากในผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไปได้ และการตัดเอาก่อนมะเร็งออกนั้นเสมือนกับการเอาสาเหตุของการเจ็บปวดอันเกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่ก้อนมะเร็งได้ไปกดเบียดอวัยวะภายในและเส้นประสาทที่อยู่ข้างเคียงออกไปจากร่างกาย ขณะเดียวกันการรักษาดังกล่าวยังช่วยลดบรรเทาอาการอื่น ๆ ที่สร้างความทุกข์ทรมาน เช่น อาการท้องผูกที่เกิดจากการอุดตัน/ กดเบียดของก้อนมะเร็งในลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ที่สำคัญแม้ว่ายาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับนั้นจะสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพิ่มเติมได้ (ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เช่น อาการเหนื่อยล้า [ร้อยละ 57.1] และอาการชาปลายมือ/ ปลายเท้า [ร้อยละ 48.2] ดังตารางที่ 3) แต่กลับพบว่า ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากับกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม (Field notes) กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ระบุว่าตนเองมีอาการของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวที่รุนแรง ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเพียงร้อยละ 50.6 จากโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานและยังสามารถควบคุมอาการได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเป็นอย่างดี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ไม่ต้องเผชิญกับความไม่สบายหรือทุกข์ทรมานจากอาการอันเกิดจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดมากนัก ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างนี้ยังคงไว้ซึ่งการรับรู้ความสุขสบายได้ในระดับมาก ขณะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาดา พุฒิเพ็ญ และคณะ (2561) ที่ศึกษาอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้มีอาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ

80.65) และขาปลายมือ/ ปลายเท้า (ร้อยละ 74.19) มากกว่าอาการอื่น ๆ แต่อาการทั้ง 2 กลับไม่พบว่ามี ความรุนแรงหรือกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่แสดงอาการของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวนี้เลย

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนความสุขสบายที่เพิ่มมากขึ้นว่าการผ่าตัดและการได้รับ ยาเคมีบำบัดนั้นกลับได้ช่วยให้ตนเองมีความรู้สึกปลอดภัยและเกิดความหวังว่าตนเองอาจจะหาย จากโรคมะเร็งนั้น ๆ ได้ อีกทั้งตนเองมีความเชื่อว่ายาเคมีบำบัดสามารถช่วยยับยั้งหรือสามารถหยุด การเจริญของเซลล์มะเร็งได้ และยาเคมีบำบัดยังสามารถช่วยให้อาการจากโรคมะเร็งมีความสงบ มากขึ้น (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพรรษ สีมารักษ์ และคณะ (2561) ที่ศึกษา ความหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัด พบว่า ความหวังของ กลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าตนเองจะหายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ได้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึก มีคุณค่าในตนเองและมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตหรือมีชีวิตอยู่ต่อไป Kolcaba (2003) มีแนวคิดว่า ความพึงพอใจของบุคคลนั้นสามารถสะท้อนถึงความสุขสบายได้ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ยังได้รับรู้ว่าสิ่งที่สร้างความสุขสบายมากที่สุดคือ ตนเอง ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากเจ้าหน้าที่พยาบาลอย่างมาก (ร้อยละ 62.3) (ตารางที่ 3) ข้อมูลดังกล่าว สะท้อนถึงความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับเจ้าหน้าที่ด้านการพยาบาลที่สามารถสร้าง ความสุขสบายด้านสังคม-วัฒนธรรมนั่นเอง (Kolcaba, 2003) ผลการศึกษายังพบข้อมูลอีกว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานที่ภายในหอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยมี ความสะอาด และไม่รู้สึกแออัด (ร้อยละ 46.7) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสุขสบายด้าน สิ่งแวดล้อมตามแนวคิดทฤษฎีความสุขสบายได้ จึงสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้แม้จะมีอาการ เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะ 3 เป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ได้เผชิญกับ ความไม่สุขสบายจากอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ ในระดับรุนแรงดังได้อธิบายมาแล้ว จึงยังคงทำให้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความสุขสบายมากกว่าความไม่สุขสบายทั้งใน 4 บริบท ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อมและมีความสุขสบายอยู่ใน ระดับมาก ($M = 239.6, SD = 18.06$)

นอกจากนั้นในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 62 ปี ($SD = 10.19$) ซึ่งเป็นบุคคลที่ผ่านประสบการณ์ในชีวิตมามากกว่าวัยอื่น ๆ ทำให้รู้วิธี การปรับตัวกับปัญหาต่าง ๆ ได้มาก มีความเข้มแข็งและมีการมองโลกในแง่ดี (สาชนที วัฒนธรรม และคณะ, 2559) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีส่วน สำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดกำลังใจในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง และการได้

เล่าเรียนหนังสือยอมทำให้บุคคลนั้น ๆ มีการแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้ดีกว่า คนที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงพบว่า มีมากถึงร้อยละ 98.7 ได้รับการศึกษา น่าจะมีโอกาสเรียนรู้ ค้นหาวิธีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของตนเองได้ดีจนเกิด มีการรับรู้ถึงความสุขสบายที่เกิดขึ้นได้ในระดับที่มาก

นอกจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นแล้ว จากข้อมูลการศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก โดยได้รับคำแนะนำจากแพทย์/ พยาบาลในการดูแลสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด ขณะเดียวกันยังได้กำลังใจจากสมาชิก ครอบครัวและเพื่อน (ภาคผนวก จ) จนเกิดความรู้สึกสงบสุข (Calmness/ Ease) (Pasek et al., 2021) ความสุขสบายทางด้านสังคม (Social comfort) (Kolcaba, 2003) และส่งเสริมความผาสุก (Well-being) และ/ หรือคุณภาพชีวิตที่ดี (Good quality of life) (House et al., 1988)

ปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ ยาเคมีบำบัด

ความวิตกกังวล เป็นประสบการณ์ความรู้สึกทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึก ตึงเครียด ตกใจ คิดกังวล และกลัว โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาดและอาจคุกคามชีวิตดังเช่น โรคมะเร็ง สำหรับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ทั้งหมดเป็นผู้ป่วย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและจำเป็นต้องรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะที่ 3 และ 4 และพบว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 11.7, SD = 5.01$) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ด้วย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่อยู่ในระยะ ลูกกลามและไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่มีอาการ/ อาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนที่สร้างความไม่สุขสบายส่วนใหญ่เพียงแค่อารมณ์เหนื่อยล้า (57.1) และอาการชาปลายมือ/ ปลายเท้า (48.2) แต่อาการทั้ง 2 นี้เป็นอาการที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และส่วนใหญ่อาการสามารถหายได้ภายหลัง การได้รับยาเคมีบำบัดภายใน 3-7 วัน (Rocky Mountain Cancer Centers, 2022; Rohrl et al., 2019) ทำให้ไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสังเกตของ ผู้วิจัยในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) แล้วนำมาซึ่งความสุขสบายได้ (Kolcaba, 2003) ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Szczesniak and Timoszyk-Tomczak (2020) เกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การนับถือศาสนา และความพึงพอใจในชีวิต

พบว่า การมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.848, p < .001$) และมีอำนาจในการทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ในขณะที่ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสุขสบายทางศาสนา (Religious comfort) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.185, p < .001$)

นอกจากนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แต่ส่วนใหญ่เป็นการรักษาในรอบที่ 2-6 มากถึงร้อยละ 75.4 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสเรียนรู้กระบวนการและขั้นตอนของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจนเกิดความคุ้นเคยกับบรรยากาศการได้รับยาเคมีบำบัดดังกล่าว ด้วยอาการและอาการแสดงที่เป็นอยู่ชั่วคราวและมีความคุ้นเคยกับขั้นตอนการรักษาจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความกลัวต่ออาการและผลของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งความกลัวเป็นสาเหตุที่สำคัญของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (สมนันทน์ ทศนีย์สุวรรณ และกิตติกร นิลมานัต, 2562) ทั้งความกลัวและความวิตกกังวลเป็นความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

นอกจากข้อมูลเกี่ยวกับอาการ/ อาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างที่มีไม่มากนักดังได้กล่าวมาแล้ว กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความไม่สุขสบายหรือสาเหตุของความไม่สุขสบายมากที่สุดคือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่เป็นและโรคมะเร็งนี้อาจคร่าชีวิตตนเองได้ สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถคาดการณ์ถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่จะมีผลต่อชีวิตของตนเองในอนาคตอันใกล้ ลักษณะความรู้สึกดังกล่าว คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Bartley et al., 2021; Giammanco et al., 2015; Mishel, 1981; 1988; 1990; Mishel and Braden, 1988; Tarhani et al., 2020) สนับสนุนปรากฏการณ์นี้ได้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาครั้งนี้แล้วพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กัน ($r = .284, p < .05$) (ภาคผนวก ข) อย่างไรก็ตามได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีความเชื่อว่าการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดที่ตนเองได้รับนั้นจะสามารถทำให้โรคมะเร็งที่เป็นอยู่มีอาการสงบมาก (ร้อยละ 29.8) ที่สำคัญกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ได้มีความหวังที่จะหายจากโรคมะเร็ง (ร้อยละ 12.9) และสะท้อนว่าทั้งความเชื่อทางการรักษาที่ตนเองได้รับและความหวังจากการรักษาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่สร้างความสุขสบายให้กับตนเอง (ตารางที่ 3) โดย Kolcaba (2003) ถือว่า ความหวังเป็นความสุขสบายทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ นอกจากนี้ นวพรรษ สีมารักษ์ และคณะ (2561) ยังได้กล่าวอีกว่า ความหวังเป็นสิ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ

ยาเคมีบำบัดมีการปรับตัวและสามารถผ่านภาวะการเจ็บป่วยของตนเองไปได้จนทำให้เกิดความพึงพอใจและความผาสุกในชีวิต

จากคำอธิบายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแม้จะมีอาการ/ อาการแสดงจากโรคมะเร็งและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาบ้าง แต่ไม่มีความรุนแรงของอาการเหล่านี้มาก นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างยังคงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ร่วมกับความเชื่อและความหวังจากผลการรักษาที่ตนเองได้รับ ผลจากการมีอาการที่ไม่รุนแรงมากและการมีชีวิตที่อยู่กับความเชื่อและความหวังของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความสุขสบายของตนเองได้ในระดับมาก ทั้งหมดนี้จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองเพียงแคในระดับปานกลาง แต่ยังมีอำนาจในการทำนายความสุขสบายได้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลมากถึงร้อยละ 75.3 โดยส่วนใหญ่แสดง ความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรงมาก เป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 32.5 และรองลงมาในระดับปานกลางถึงร้อยละ 27.3 (ภาคผนวก ข) จึงทำให้ภาพรวมของความวิตกกังวลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างสามารถอธิบายความสุขสบายที่เกิดขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ได้

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความสุขสบายในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ ทั้งนี้อาจมีสาเหตุเพราะการสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่มาจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการให้คำแนะนำการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดกับการดูแลความสุขสบายทั่วไป (ภาคผนวก จ และตารางที่ 3) และมาจากสมาชิกในครอบครัวในด้านการชื่นชมและช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน ซึ่งแท้จริงไม่ตรงกับสิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความสุขสบายที่ตนเองต้องการ (ตารางที่ 3) สิ่งที่ต้องการนั้นได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งที่กลุ่มตัวอย่างเป็น (ภาคผนวก ฉ) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ยังไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ส่วนใหญ่กล่าวและสรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ความรู้สึกและการให้กำลังใจ (Emotional support) (Pasek et al., 2021; สายนที วัฒนธรรม และคณะ, 2559)

อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์รายละเอียดของข้อมูลเฉพาะกลุ่มที่มีความวิตกกังวล (คะแนน 8-21) (N = 58) (ภาคผนวก ข) กลับพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสุขสบายของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ได้ ทั้งนี้อาจอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มี

ความวิตกกังวล (ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก) นั้นยังคงมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สายนที วัฒนธรรม และคณะ (2559) Intanin et al. (2021) และ Pasek et al. (2021) ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด (N = 77) และแปลผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.4 ไม่มีความวิตกกังวล ซึ่งเป็นจำนวนที่อาจมีผลทำให้การวิเคราะห์และการแปลผลจากการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไม่สนับสนุนหรือสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา

ส่วนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างนั้นพบว่า สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมาจากไม่สามารถวางแผนอนาคตของตนเองได้ ข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ยังไม่มีผลชัดเจน ไม่สามารถคาดการณ์อาการที่เปลี่ยนแปลงได้ (ภาคผนวก จ) สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนได้มากที่สุด แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีอาการ/ อาการแสดง/ ภาวะแทรกซ้อนที่เปลี่ยนแปลงมากนัก ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างยังมีความเชื่อและความหวังในผลการรักษาจะทำให้ตนเองหายหรือโรคมะเร็งมีอาการสงบ และตนเองยังคงมีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำนายความสุขสบายได้

สรุปได้ว่า จากผลการศึกษาครั้งนี้มีเพียงความวิตกกังวลที่สามารถทำนายความสุขสบายของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อ การปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา การพยาบาล การบริหารการพยาบาล และการวิจัย ดังนี้

การปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวล สามารถทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ การพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องมุ่งจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นให้ได้มากที่สุดหรือหมดไป เริ่มต้นด้วยการจัดทำแบบฟอร์ม

การประเมินความวิตกกังวลที่ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับลักษณะการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อใช้ในการประเมินก่อน-ขณะ-ภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัด หรือตั้งแต่แรกเริ่มของการเข้ารับการรักษายาบาลเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแผนการดูแล การติดตาม และเปรียบเทียบผลการดูแลเป็นระยะเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมความสุขสบายและจัดการความวิตกกังวลโดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันไม่ให้ความวิตกกังวลดังกล่าวมีความรุนแรงมากขึ้นจนพัฒนากลายเป็นอาการผิดปกติ (Anxiety disorders) (Averyt & Nishimoto, 2014)

จากผลการวิเคราะห์เจาะลึกถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่มที่มีความวิตกกังวล (N = 58) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมด้วยเช่นกัน ($r = .272$, $p < .05$) (ภาคผนวก ช) ดังนั้นจึงควรมีการพิจารณาการพยาบาลที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมให้กับกลุ่มที่มีความวิตกกังวลเพื่อเป็นการส่งเสริมความสุขสบายในผู้ป่วยดังกล่าว

นอกจากนี้ควรมีการพิจารณาประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลที่เป็นแพทย์ทางเลือก เพื่อลดความวิตกกังวล ดังตัวอย่างเช่น การใช้ดนตรีบำบัด (Tanriverdi et al., 2020) ผ่านหูฟังในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อช่วยส่งเสริมความสุขสบายและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยการเบี่ยงเบนความสนใจและช่วยสร้างความสงบสุขทางจิตใจของผู้ป่วย

การศึกษาการพยาบาล

สำหรับการศึกษาการพยาบาล ควรมีการส่งเสริมและกำหนดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีความสุขสบายและการพยาบาลความสุขสบาย ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง และการจัดการกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับนักศึกษาพยาบาลทุกระดับ การศึกษาเพื่อให้มีความรู้ เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และมีสมรรถนะเพียงพอในการให้บริการความสุขสบายต่อไปในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ที่สำคัญควรมีการจัดหลักสูตรอบรมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและการพยาบาลความสุขสบาย และการจัดการกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามกระบวนการพยาบาลทั้งหลักสูตรระยะสั้นและระยะยาวเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

การบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด สนับสนุนระบบการบริการการดูแลแบบประคับประคองอย่างชัดเจน โดยมีเป้าหมายการบริการที่มุ่งเน้นความสุขสบายของผู้ป่วย รวมทั้งสร้างความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary team: IDT) แล้วกำหนดเป็นนโยบายเพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทั้งทางการแพทยการพยาบาล และวิชาชีพอื่นมีส่วนร่วมในการออกแบบการดูแลส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมสนับสนุนบุคลากรทางการพยาบาลให้มีโอกาสเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการให้การดูแลความสุขสบาย และการจัดการความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้เกิดการให้บริการการดูแลความสุขสบายที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เช่น การสนับสนุนให้งบประมาณเพื่อการอบรมทั้งภายในและภายนอกองค์กร และมีระบบการประเมินติดตามสมรรถนะผู้ให้บริการ รวมทั้งความคิดเห็นการบริการ (จากผู้รับและผู้ให้บริการ) ในประเด็นความสุขสบาย ความไม่สุขสบาย และความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง เพื่อการปรับปรุงคุณภาพการบริการ โดยเฉพาะทางด้านการบริการการพยาบาล

การวิจัย

จากผลการศึกษาที่พบว่า ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยหนึ่งเดียวที่สามารถทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงสาเหตุ ปัจจัย ลักษณะอาการ และความต้องการการดูแลช่วยเหลือที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อจะได้ทราบข้อมูลในเชิงลึกมากและเพียงพอในการจัดรูปแบบการบริการ การจัดการความวิตกกังวล ออกจากการทบทวนวรรณกรรมในการหาวิธีจัดการกับความวิตกกังวล และการส่งเสริมความสุขสบายในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งในรูปแบบการแพทย์ปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก ประเด็นเหล่านี้มีความสำคัญที่ต้องทำการศึกษาวิจัยเพื่อการประเมินผลและเป็นแนวทางนำมาปรับปรุงคุณภาพการให้บริการต่อไป

ประเด็นสำคัญ คือ ผลการศึกษาค้างนี้ไม่เป็นไปตามการทบทวนวรรณกรรม คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ จึงควรมี

การศึกษาวิจัยแบบ Triangulation แบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นการเปรียบเทียบ
ความสบาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม
ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการวินิจฉัย โรค
มะเร็งในระยะที่แตกต่างกัน และเพื่อเป็นการทดสอบผลการศึกษาให้มีความถูกต้องชัดเจนมากขึ้น
และสามารถตอบโจทย์ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการบริการและการพัฒนา
คุณภาพการดูแลที่มุ่งเน้นความสบายต่อไป



บรรณานุกรม

- กชชกร หว่างนุ้ม. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) สำหรับโรงพยาบาล. เข้าถึงได้จาก https://stopcovid.anamai.moph.go.th/attach/w774/f20211201211017_iXg45j3zxsx.pdf
- งานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2565). สถิติ 5 ปี ย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2560-2564. งานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง.
- ชลลดา รัตนธรร. (2562). ยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อพยาธิสภาพประสาทส่วนปลาย. วารสารโรคมะเร็ง, 39(1), 28-35.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 18-30.
- นวพรรษ สีมารักษ์, ศิริลักษณ์ กิจไพศาล, และณัฐนันท์พร สงวนกลิ่น. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลตำรวจ, 10(1), 61-70.
- นิศากร ปากเมย, สุนทรี ศิริพรอดุลศิลป์, และพจนา ไกรสร. (2562). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX 4 ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 34(2), 239-256.
- บุษบา สมใจวงษ์. (2553). อิทธิพลของอาการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียด ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุญบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ระดับเพชร กล้าทางถูก และบุษบา สมใจวงษ์. (2556). อุบัติการณ์ของการเกิดเชื้อราช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรที่มี 5FU หยดเข้าหลอดเลือดดำเป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ชั่วโมง. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปริพนธ์ พิษยพานิชย์ และชวลิต ชยางศุ. (2564). ปวดจากมะเร็ง (Cancer Pain) สำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และบุคคลที่สนใจ Management of Cancer Pain for Internist. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(2), 475-484.

ปานิก เวียงชัย. (2558). การตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อความเครียด. เข้าถึงได้จาก <http://biology.ipst.ac.th/?p=2767>

พรพิมล เลิศพานิช, อำภพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2560). ประสิทธิภาพการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 6(1), 45-55.

พัชรินทร์ แก้วรัตน์, วรรณ ฉายอรุณ, และวาสนี วิเศษฤทธิ์. (2560). ประสิทธิภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ขณะรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 11(1), 224-234.

มัลยา โปรดเจริญ, พิกุล นันทชัยพันธ์, และมรรยาท ณ นคร. (2562). ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. พยาบาลสาร, 46(2), 164-175.

รังสิรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2016). อาการข้างเคียงเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดและการปฏิบัติตน. เข้าถึงได้จาก <https://www.chulacancer.net/services-list-page.php?id=355>

วิภาดา ตรงเที่ยง, ยุพิน ถนัดฉิมชัย, และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 28(4), 25-37.

สมนันท ทัศนีย์สุวรรณ และกิตติกร นิลมานัต. (2562). ภาวะบีบคั้นด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 39(4), 111-120.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). สุขภาพคนไทย 2564 : COVID-19 มหันตภัยร้ายเขย่าโลก. บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

สาขานที่ วัฒนธรรม, วารี กังใจ, และชมนาด สุ่มเงิน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ
 สุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*,
 41(1), 57-64.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่
 พ.ศ. 2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*.
 บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

สุชาดา พุฒิเพ็ญ, อัมภพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2561). ความสามารถในการดูแล
 ตนเอง และการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง
 ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้. *การประชุม
 นำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาครั้งที่ 13* (น. 3204-3215). กรุงเทพฯ: บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต.

สุทธาร จันทะวงศ์. (2562). การป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด. *ศรีนครินทร์เวชสาร*,
 34(1), 115-126.

Alzahrani, S. M., Al Doghaither, H. A., & Al-Ghafari, A. B. (2021). General insight into cancer: An
 overview of colorectal cancer (Review). *Molecular and clinical oncology*, 15(6), 1-8.

Ambardekar, N. (2021). *Colorectal Cancer and Fatigue*. Retrieved from https://www.webmd.com/colorectal-cancer/colorectal_cancer_coping_with_fatigue.

American Cancer Society. (2020). *Colorectal Cancer Signs and Symptoms*. Retrieved from
<https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-and-symptoms.html>.

American Cancer Society. (2020). *Diarrhea*. Retrieved from <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/stool-or-urine-changes/diarrhea.html>.

American Cancer Society. (2022). *About colorectal cancer*. Retrieved from <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/what-is-colorectal-cancer.html>.

American Joint Committee on Cancer. (2018). *AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition*.
 Chicago, Illinois: Executive Office.

American Psychiatric Association. (2021). *What are Anxiety Disorders?*. Retrieved from
<https://psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>.

American Psychological Association. (2020). *Anxiety*. Retrieved from <https://www.apa.org/topics/anxiety/>.

- American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2022). *Colorectal Cancer: Statistics*. Retrieved from <https://www.cancer.net/cancer-types/colorectal-cancer/statistics>.
- Andriana, W. M., & Kasprabowo, T. (2020). Anxiety and defense mechanism of the main character in "The black cat" short story. *Dinamika Bahasa Danbudaya*, 15(2), 95-103.
- Athabasca University. (2022). *Anxiety (Freud)*. Retrieved from https://psych.athabascau.ca/html/History/demo_glossary.cgi?mode=history&term_id=1168&color_id=3.
- Averyt, J. C., & Nishimoto, P. W. (2014). Psychosocial issues in colorectal cancer survivorship: the top ten questions patients may not be asking. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 5(5), 395-400.
- Bailey, D. E., Wallace, M., Latini, D. M., Hegarty, J., Carroll, P. R., Klein, E. A., & Albertsen, P. C. (2011). Measuring illness uncertainty in men undergoing active surveillance for prostate cancer. *Applied nursing research*, 24(4), 193–199.
- Baltimore. (2013). *Sporadic (Nonhereditary) Colorectal Cancer: Introduction*. Retrieved from https://www.hopkinsmedicine.org/gastroenterology_hepatology/_docs/_pdfs/small_large_intestine/sporadic_nonhereditary_colorectal_cancer.pdf.
- Bartley, N., Napier, C. E., Butt, Z., Schlub, T. E., Best, M. C., Biesecker, B. B., ... Butow, P. (2021). Cancer patient experience of uncertainty while waiting for genome sequencing results. *Frontiers in Psychology*, 22, 1-15.
- Borjeson, S., Starkhammar, H., Unosson, M., & Bertero, C. (2012). Common symptoms and distress experienced among patients with colorectal cancer: a qualitative part of mixed method design. *The Open Nursing Journal*, 6, 100-107.
- Bossi, P., Antonuzzo, A., Cherny, N. I., Rosengarten, O., Pernot, S., Trippa, F., ... Ripamonti, C. (2018). Diarrhoea in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 29(Suppl 4), iv126–iv142.
- Cantarero-Prieto, D., & Moreno-Mencia, P. (2022). The effects of gastrointestinal disturbances on the onset of depression and anxiety. *PloS one*, 17(1), 1-12.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum Associate Publishers.

- Dukes, C. E. (1932). The classification of cancer of the rectum. *The Journal of Pathology and Bacteriology*, 35(3), 323-332.
- Eijkelenboom, A., & Bluysen, P. M. (2019). Comfort and health of patients and staff, related to the physical environment of different departments in hospitals: a literature review. *Intelligent Buildings International*, 1-19.
- Freud Museum London. (2018). *What did Freud say about Anxiety?*. Retrieved from <https://www.freud.org.uk/education/resources/what-did-freud-say-about-anxiety/>.
- Gebremedhn, E. G., Shortland, P. J., & Mahns, D. A. (2018). The incidence of acute oxaliplatin-induced neuropathy and its impact on treatment in the first cycle: a systematic review. *BMC Cancer*, 18(1), 410.
- Gepp, K., & Sherrell, Z. (2022). *What to know about pathological anxiety*. Retrieved from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/pathological-anxiety-definition-causes-and-symptoms>.
- Giammanco, M. D., Gitto, L., Braberis, N., & Santoro, D. (2015). Adaptation of the Mishel uncertainty of illness scale (MUIS) for chronic patients in Italy. *Journal of Evaluation in Clinical practice*, 21, 649-655.
- Gilbertson-White, S., Perkhounkova, Y., Saeidzadeh, S., Hein, M., Dahl, R., & Simons-Burnett, A. (2019). Understanding symptom burden in patients with advanced cancer living in rural areas. *Oncology nursing forum*, 46(4), 428-441.
- Glass, A., Monroe, M., & Davies, C. (2022). The Effect of a Multidisciplinary Stoma Team on Anxiety and Distress in Patients Undergoing Colorectal Stoma Surgery. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*, 13(7), 212-215.
- Globocan. (2020). *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2020*. Retrieved from https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf (iarc.fr).
- Gosselin, T. K., Beck, S., Abbott, D. H., Grambow, S. C., Provenzale, D., Berry, P., . . . Malin, J. L. (2016). The Symptom Experience in Rectal Cancer Survivors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(5), 709-718.

- Gu, M., & Thapa, S. (2020). Colorectal cancer in the United States and a review of its heterogeneity among Asian American subgroups. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 16(4), 193-200.
- Guan, T., Qanir, Y., & Song, L. (2021). Systematic review of illness uncertainty management interventions for cancer patients and their family caregivers. *Supportive care in cancer*, 29(8), 4623–4640.
- Hinson Langford, C. P., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of advanced nursing*, 25(1), 95–100.
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 293-318.
- Hu, B., Yin, X., Du, C., Zhu, H., Gao, Z., Zhu, X., & Wang, J. (2022). Influencing factors of treatment and prognosis perceptions among advanced cancer patients: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 30, 1209-1220.
- Intanin, J., Tanatwanit, Y., & Kunsongkeit, W. (2021). Selected factors related to comfort of advanced cancer patients. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 16(2), 130-138.
- Isaacson, E. A. C., Maxson, P. M., Brueggen, C. M. & Johnson, C. J. (2013). Caring for the patients with colorectal cancer: a follow-up. *Academy of Medical-Surgical Nurses*, 22(6), 6-13.
- Jerkovic, A., Prorokovic, A., Matijaca, M., Vuko, J., Poljicanin, A., Mastelic, A., ...
Vidakovic, M. R. (2021). Psychometric Properties of the HADS Measure of Anxiety and Depression Among Multiple Sclerosis Patients in Croatia. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-10.
- Kapadia, M. R., Veenstra, C. M., Davis, R. E., Hawley, S. T., & Morris, A. M. (2020). Unmet Emotional Support Needs Among Diverse Patients with Colorectal Cancer. *The American surgeon*, 86(6), 695–702.

Kelleher, S. A., Fisher, H. M., Winger, J. G., Miller, S. N., Amaden, G. H., Somers, T. J., ...

Keefe, F. J. (2022). Virtual reality for improving pain and pain-related symptoms in patients with advanced stage colorectal cancer: A pilot trial to test feasibility and acceptability. *Palliative & supportive care*, 20(4), 471–481.

Kim, J., Kim, J., Williams Jr, R. D., & Han, A. (2021). The Association of Social Support and Leisure Time Physical Activity With Mental Health Among Individuals With Cancer. *American journal of health promotion*, 35(3), 362–368.

Ko, H. C., Wang, L. L., & Xu, Y. T. (2013). Understanding the different types of social support offered by audience to A-list diary-like and informative bloggers. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 16(3), 194–199.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.

Kolcaba, K. (2010). *Comfort theory*. Retrieved from <https://www.thecomfortline.com/philosophical-perspectives>.

Li, J., & Liu, X. (2019). Incremental patient care program decreases anxiety, reduces depression and improves the quality of life in patients with colorectal cancer receiving adjuvant chemotherapy. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 18, 2789-2797.

Mello, M., Moura, S. F., Muzi, C. D., & Guimaraes, R. M. (2020). Clinical evaluation and pattern of symptoms in colorectal cancer patients. *Arquivos de gastroenterologia*, 57(2), 131–136.

Miao, J., Liu, M., Ma, J., & Wang, H. (2022). Effectiveness of Comfort Nursing Combined with Continuous Nursing on Patients with Colorectal Cancer Chemotherapy. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2022, 1-6.

Mishel, M. H. (1981). The measurement of the uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30(5), 258-263.

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.

Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.

Mishel, M. H., & Braden, C. O. (1988). Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 37(2), 98-127.

- Munoz-Laboy, M., Severson, N., Perry, A., & Guilamo-Ramos, V. (2014). Differential impact of types of social support in the mental health of formerly incarcerated Latino men. *American journal of men's health*, 8(3), 226–239.
- National Cancer Institute. (2018). *Possible Side Effects*. Retrieved from <https://training.seer.cancer.gov/treatment/chemotherapy/sideeffects.html>
- National Comprehensive Cancer Network. (2021). *NCCN Guidelines for Patients: Colon Cancer*. Retrieved from <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/colon-patient.pdf>.
- National Health Service. (2021). *Overview-Generalised anxiety disorder in adults*. Retrieved from <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/generalised-anxiety-disorder/overview/>.
- Newton, S., Hickey, M., & Brant, J. M. . (2017). *Mosby's Oncology Nursing Advisor: A Comprehensive Guide to Clinical Practice* (2nd ed.). Elsevier Inc.
- Novak, B., Kolcaba, K., Steiner, R., & Dowd, T. (2001). Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 18(3), 170-180.
- Obrocnikova, A., & Majernikova, L. (2017). Patient satisfaction with health care in an oncology setting. *Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*, 15, 20-24.
- Osei-Bordom, D. C., Kamarajah, S., & Christou, N. (2021). Colorectal Cancer, Liver Metastases and Biotherapies. *Biomedicines*, 9(8), 2-18.
- Pasek, M., Suchocka, L., & Gasior, K. (2021). Model of Social Support for Patients Treated for Cancer. *Cancers*, 13(19), 1-20.
- Paul, C. L., Cameron, E., Doran, C., Hill, D., Macrae, F., Carey, M., & Sanson-Fisher, R. W. (2016). Experiences of colorectal cancer patients im the 2-years post-diagnosis and patient factors predicting poor outcome. *Support Care Cancer*, 24, 4921-4928.
- Peng, Y. N., Huang, M. L., & Kao, C. H. (2019). Prevalence of Depression and Anxiety in Colorectal Cancer Patients: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 411.
- Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2004). *Middle range theories application nursing research*. Lippincott Williams & Wilkins.

- Phongnopakoon, P., Kongvattananon, P., & Somprasert, C. (2018). Nursing Outcomes of Patient's Comfort during Neoplastic Chemotherapy: An Integrative Review. *The Bangkok Medical Journal*, 14(2), 115-120.
- Rafsanjani, T. H., Arab, M., Ravari, A., Miri, S., & Safarpour, H. (2017). A study on the effects of spiritual group therapy on hope and the mental and spiritual health of patients with colorectal cancer. *Progress in Palliative Care*, 25(4), 171-176.
- Rathra, B. & Desai, S. (2020). Colorectal cancer: Etiology, pathogenesis and current treatment. *Journal of Innovations in Pharmaceutical and Biological Sciences*, 7(4), 20-24.
- Recio-Boiles, A., & Cagir, B. (2022). *Colon Cancer*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470380/?report=printable>
- Rocky Mountain Cancer Centers. (2022). *Managing Side Effects From Colorectal Cancer Treatment*. Retrieved from <https://www.rockymountaincancercenters.com/colorectal-cancer/managing-side-effects-from-colorectal-cancer-treatment?>
- Rohde, G., Kersten, C., Vistad, I., & Mesel, T. (2017). Spiritual Well-being in Patients With Metastatic Colorectal Cancer Receiving Noncurative Chemotherapy: A Qualitative Study. *Cancer nursing*, 40(3), 209–216.
- Rohrl, K., Guren, M. G., Smastuen, M. C., & Rustoen, T. (2019). Symptoms during chemotherapy in colorectal cancer patients. *Supportive care in cancer*, 27(8), 3007–3017.
- Russo, M. M., & Sundaramurthi, T. (2019). An Overview of Cancer Pain: Epidemiology and Pathophysiology. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(3), 223-228.
- Rutherford, C., Muller, F., Faiz, N., King, M. T., & White, K. (2020). Patient-reported outcomes and experiences from the perspective of colorectal cancer survivors: meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of patient-reported outcomes*, 4(1), 1-19.
- Sajjadi, M., Brant, J. M., Bahri, N., Abbaszadeh, A., & Rassouli, M. (2016). Uncertainty in illness in Iranian patients with cancer and its related factors: A cross-sectional study. *Austin Palliative Care*, 1(1), 1002.
- Sharour, L. A. (2019). Lived experience of Jordanian colorectal cancer patients with recurrence: an interpretative phenomenological analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 24(7), 827-835.

- Sharour, L. A., Omari, O. A., Salameh, A. B., & Yehia, D. (2020). Health-related quality of life among patients with colorectal cancer. *Journal of research in nursing*, 25(2), 114–125.
- Sheldon, L. K., Swanson, S., Dolce, A., Marsh, K., & Summers, J. (2008). Putting evidence into practice: evidence-based interventions for anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(5), 789-797.
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issue*, 40(4), 11-36.
- Stern, A. F. (2014). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Occupation Medicine*, 64, 393-394.
- Suni, E., & Dimitriu, A. (2022). *Anxiety and Sleep*. Retrieved from <https://www.sleepfoundation.org/mental-health/anxiety-and-sleep#:~:text=Anxiety%20is%20frequently%20connected%20to,involving%20insomnia%20and%20anxiety%20disorders>.
- Szczesniak, M., & Timoszyk-Tomczak, C. (2020). Religious Struggle and Life Satisfaction Among Adult Christians: Self-esteem as a Mediator. *Journal of Religion and Health*, 59, 2833-2856.
- Taber, K. S. (2018). The use of cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research Science Education*, 48, 1273-1296.
- Taherdoost, H. (2016). Validity and reliability of the research instrument; How to test the validation of a questionnaire/ survey in a research. *International Journal of Academic Research in Management*, 5(3), 28-36.
- Tanatwanit, Y. (2011). *Comfort as Experienced by Thai Older Patients with Advanced Cancer*. Retrieved from <https://cuislandora.wrlc.org/islandora/object/etd%3A105>.
- Tanriverdi, O., Karaoglu, T., & Aydemir, N. F. (2020). 1855P Music therapy can reduce both anxiety and chemotherapy-related nausea and vomiting in patients with early stage colorectal cancer treated with adjuvant infusion chemotherapy: A controlled, randomized study (PEGASUS study). *Annals of Oncology*, 31, S1061-S1062.
- Tarhani, M., Goudarz, F., Hasanvand, S., Ebrahimzadeh, F., & Rassouli, M. (2020). Uncertainty, anxiety, depression and the quality of life in patients with cancer. *Oncology and Radiotherapy*, 1(46), 20-27.

- Tran, B. T., Pham, N. H., Nguyen, T. X., Choi, K. S., Sohn, D. K., Kim, S. Y., ... Oh, J. K. (2020). Measurement of Health-Related Quality of Life Among Colorectal Cancer Patients Using the Vietnamese Value Set of the EQ-5D-5L. *Patient preference and adherence*, 14, 2427–2437.
- Tumwijit, S., Jitpanya, C., & Thanasilp, S. (2022). Predictors of Pre-hospital Delay among People with Colorectal Cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(3), 446–460.
- Vardy, J. L., Dhillon, H. M., Pond, G. R., Renton, C., Dodd, A., Zhang, H., ... Tannock, I. F. (2016). Fatigue in people with localized colorectal cancer who do and do not receive chemotherapy: a longitudinal prospective study. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 27(9), 1761–1767.
- World Cancer Research Fund International (2022) *Colorectal cancer statistics*. Retrieved from <https://www.wcrf.org/cancer-trends/colorectal-cancer-statistics/>.
- World Health Organization [WHO]. (2022). *World Health Statistic 2022*. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/20-05-2022-world-health-statistics-2022>.
- Wright, L. J., Afari, N., & Zautra, A. (2009). The illness uncertainty concept: a review. *Current pain and headache reports*, 13(2), 133–138.
- Xu, J., Murphy, S. L., Kochanek, K. D., & Arias, E. (2020). Mortality in the United States, 2018. *National Center for Health Statistics Data Brief*, 335, 1–7.
- Zaiss, M., Uhlig, J., Zahn, M. O., Decker, T., Lehmann, H. C., Harde, J ... Marschner, N. (2021). Improving chemotherapy-induced peripheral neuropathy in patients with breast or colon cancer after end of (neo)adjuvant therapy: results from the observational study STEFANO. *Oncology and Research Treatment*, 44, 613–621.
- Zarzycka, B., Sliwak, J., Krok, D., & Ciszek, P. (2019). Religious comfort and anxiety in women with cancer: The mediating role of hope and moderating role of religious struggle. *Psycho-oncology*, 28(9), 1829–1835.
- Zhu, L., Tong, Y. X., Xu, X. S., Xiao, A. T., Zhang, Y. J., & Zhang, S. (2020). High level of unmet needs and anxiety are associated with delayed initiation of adjuvant chemotherapy for colorectal cancer patients. *Supportive care in cancer*, 28(11), 5299–5306.

Zielinska, A., Wlodarczyk, M., Makaro, A., Salaga, M., & Fichna, J. (2021). Management of pain in colorectal cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 157, 103122.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scand*, 67(6), 361-370.







ภาคผนวก ก
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 047/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวนิสาชล ไชยหมั่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กำลังศึกษาในระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ข้าพเจ้าใคร่ขอเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขสบาย และปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขสบาย ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ ศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

เนื่องจากท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติในเบื้องต้นที่สอดคล้องกับการศึกษานี้ จึงได้รับการติดต่อเพื่อเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้ท่านทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา และเปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถามในสิ่งที่ท่านสงสัย เพื่อเป็นข้อมูลให้ท่านตัดสินใจว่ามีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ รวมทั้งผู้วิจัยขออนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของท่าน

เมื่อท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติ คือ ท่านต้องลงชื่อเพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการสอบถามและตอบแบบสอบถามตามการตัดสินใจของท่านเท่านั้น จำนวน 5 ฉบับ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที ในระหว่างตอบแบบสอบถาม ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ ในการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลใดๆ ต่อการดูแลรักษาของท่าน และหากเกิด

อาการผิดปกติระหว่างการตอบแบบสอบถาม เช่น มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน เหนื่อยหอบ เหนื่อยล้า หรือท่านรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะให้ท่านยุติการตอบแบบสอบถามทันทีและให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายของท่านในเบื้องต้น พร้อมทั้งประสานงานกับพยาบาลเจ้าของไข้ ในขณะนั้นทันทีเพื่อให้ท่านได้รับการรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำผลการศึกษาไปใช้เฉพาะในทางวิชาการและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อของท่าน โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน แต่อย่างใด ข้อมูลและเอกสารจะถูกเก็บไว้ในตู้ที่ใส่กุญแจ และจะถูกทำลายภายหลังการตีพิมพ์ เผยแพร่ผลงานไปแล้ว 1 ปี

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ที่ นางสาวนิสาชล ไชยเหม่ง หมายเลขโทรศัพท์ 0885845794 หรือ e-mail address: nisachon.chai61@gmail.com ได้ตลอดเวลา หรือติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนังวนิชย์ e-mail address: ytanat@hotmail.com และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620

เมื่อท่านได้พิจารณาเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ท่านได้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

นางสาวนิสาชล ไชยเหม่ง
ผู้วิจัย



ภาคผนวก ข
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ก่อนจะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการศึกษา อย่างละเอียดจนข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดี และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยในงานวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังข้อมูลใดๆ จนข้าพเจ้าพอใจ และข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยเป็นภาพรวมในการสรุปผลการศึกษาเท่านั้น

ข้าพเจ้ามีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่าน/ฟังข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ศึกษา

(นางสาวนิสาชล ไชยเหม่ง)



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุปี
3. ระดับการศึกษา
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ ประกาศนียบัตร
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ
☐ อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่
5. รายได้/เดือน
☐ ไม่มีรายได้ ☐ น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน
☐ 15,001 – 21,500 บาท/เดือน ☐ 21,501 – 28,000 บาท/เดือน
☐ 28,001 – 34,500 บาท/เดือน ☐ มากกว่า 34,500 บาท/เดือน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. ระยะของโรคมะเร็ง
 - () ระยะที่ 3 โรคมะเร็งมีการลุกลามไปต่อมน้ำเหลือง
 - () ระยะที่ 4 โรคมะเร็งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น
3. ประเภทของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
 - () Adjuvant chemotherapy () Neoadjuvant chemotherapy
 - () Palliative chemotherapy
4. สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ
 - () Mayo () FOLFOX 4
 - () FOLFOX 6 () FOLFIRI
 - () de Gramont
5. ยาเคมีบำบัดที่ได้รับในครั้งนี้เป็นครั้งที่.....
6. จำนวนวันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
 - () 3 วัน () 5 วัน
7. ระยะห่างในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
 - () 2 สัปดาห์ () 4 สัปดาห์
8. ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด
 - () ไม่มี
 - () มี
 - () เหนื่อยล้า
 - () ชาปลายมือ/ปลายเท้า
 - () คลื่นไส้/อาเจียน
 - () เชื้อราปากอักเสบ
 - () อื่นๆ ได้แก่

9. ประวัติการรักษาโรคมะเร็ง

- () ผ่าตัด () ไม่มีทวารเทียม () มีทวารเทียม
 () ยาเคมีบำบัด
 () รังสีรักษา

10. โรคประจำตัวอื่นๆ

- () ไม่มีโรคประจำตัว
 () มีโรคประจำตัว ระบุ.....

11. สิ่งที่ทำให้รับรู้ถึงความสุขสบายและความไม่สุขสบาย

ความสุขสบาย	ความไม่สุขสบาย
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

2. แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับการรับรู้ หรือความรู้สึกของท่านในขณะนี้เกี่ยวกับ
ความสุขสบายที่ท่านได้รับการรักษาพยาบาลในขณะนี้ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ป่วย

ท่านสามารถแสดงความคิดเห็น ตามแบบสัณฐานข้างล่างนี้ ซึ่งได้แบ่งระดับความคิดเห็น
ออกเป็น 6 ระดับได้แก่

ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก

ระดับ 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย

ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย

ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมาก

ระดับ 6 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก

ความสุขสบายของผู้ป่วย	ความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	อย่าง มาก	มาก	เล็กน้อย	เล็กน้อย	มาก	อย่าง มาก
	1	2	3	4	5	6
1. ขณะนี้ร่างกายของฉันทันมือการผ่อนคลาย						
2. ฉันทันมือการหายใจลำบาก						
3. ฉันทันมือเป็นส่วนตัวอย่างเพียงพอ						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
48. สภาวะจิตใจของบุคคลที่ฉันรักมีส่วนทำให้ฉัน รู้สึกแย่หรือมีอาการเลวลง						
49. สภาพอุณหภูมิภายในห้องนี้พอดีและเหมาะสม						

3. แบบสอบถามความวิตกกังวล

คำชี้แจง เมื่อท่านพึงข้อความต่อไปนี้แล้ว ขอให้ท่านตอบคำถามที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด

	คะแนน
1. ฉันรู้สึกตึงเครียด	
() เป็นส่วนใหญ่	3
() บ่อยครั้ง	2
() เป็นบางครั้ง	1
() ไม่มีเลย	0
2. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น	
() มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย	3
() มี แต่ไม่มากนัก	2
() มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ	1
() ไม่มีเลย	0
3.	
4.	
5.	
6. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับอยู่นิ่งๆ ไม่ได้	
() เป็นมากที่สุด	3
() ค่อนข้างมาก	2
() ไม่มากนัก	1
() ไม่มีเลย	0
7. ฉันรู้สึกพวพหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน	
() บ่อยมาก	3
() ค่อนข้างบ่อย	2
() ไม่บ่อยนัก	1
() ไม่มีเลย	0

4. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

คำชี้แจง เมื่อท่านฟังข้อความต่อไปนี้แล้ว โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในระยะ 7 วันที่ผ่านมา

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านตัดสินใจไม่ได้ว่ารู้สึกอย่างไรกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน

ไม่เห็นด้วยเลย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย	ไม่ ตัดสินใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยเลย
1. ฉันไม่รู้ว่ฉันมีความผิดปกติอะไร					
2. ฉันมีคำถามมากมายแต่หาคำตอบไม่ได้					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
22. ฉันได้รับการวินิจฉัยความรุนแรงของโรคที่แน่นอนแล้ว					
23. หมอและพยาบาล ใช้ภาษาต่างๆ กับฉัน ดังนั้นฉันจึงสามารถเข้าใจในสิ่งที่พวกเขาพูด					

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง เมื่อท่านฟังข้อความต่อไปนี้แล้ว กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

มากที่สุด	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้ทุกประการ ร้อยละ 76-100
มาก	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้มากร้อยละ 51-75 แต่อาจมีข้อขัดแย้งเพียงเล็กน้อย
ไม่แน่ใจ/เฉยๆ	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนบ้าง ไม่ได้รับบ้าง ร้อยละ 26-50 และมีข้อขัดแย้งเป็นจำนวนมาก
เล็กน้อย	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เพียงเล็กน้อย ร้อยละ 10-20 และมีข้อขัดแย้งเป็นจำนวนมาก
ไม่เลย	หมายถึง ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เลย ร้อยละ 0

การสนับสนุนทางสังคม	ความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ไม่แน่ใจ/ เฉยๆ	เล็กน้อย	ไม่เลย
1. ฉันได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด					
2. เมื่อมีปัญหาฉันสามารถปรึกษาหารือ ระบายความคับข้องใจได้					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
16. มีคนยอมรับฟังความคิดเห็น หรือรับคำแนะนำ					
17. คนใกล้ชิดชื่นชม และพอใจในการปฏิบัติตัวของฉัน					



วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 โดยมีวิธีการประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ในระดับกลาง เท่ากับ .15 (Cohen, 1988) ซึ่งเป็นค่าของขนาดอิทธิพลที่ยอมรับได้ในการวิจัยทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์ในการศึกษาทางการแพทย์ส่วนใหญ่

2. กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80

3. กำหนดค่าความเชื่อมั่น ที่ 95 เปอร์เซนต์ ($\alpha = .05$)

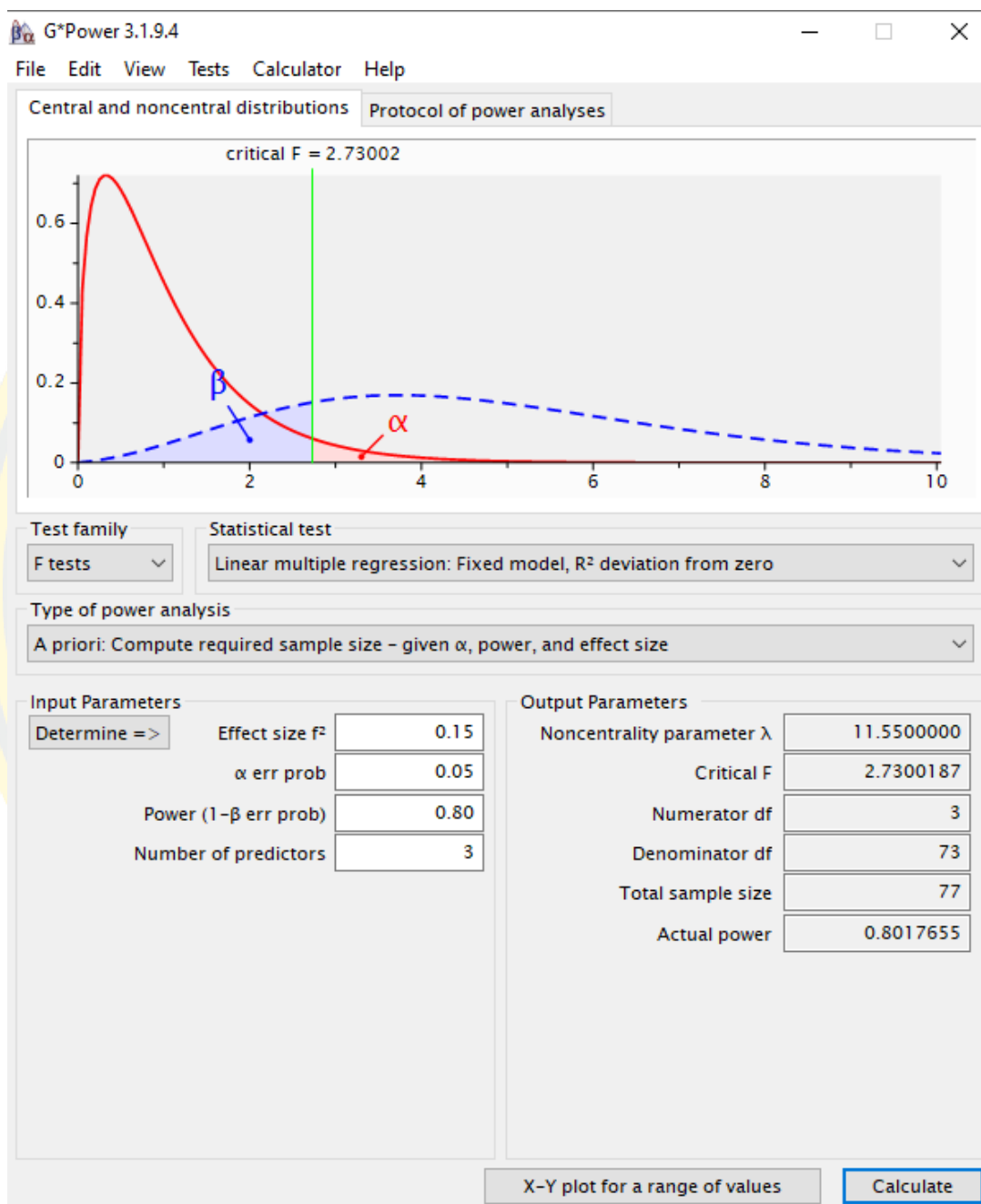
4. มีตัวแปรต้นในการทำนาย 3 ตัวแปร ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม

5. เลือกกลุ่มการทดสอบจากโปรแกรม F test

6. เลือกประเภทการทดสอบ Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero

7. ป้อนข้อมูลตามข้อ 1-4 แล้วคลิกที่ Calculate จึงคำนวณค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 77 ราย

ผลการวิเคราะห์การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4





ภาคผนวก จ
แบบรายงานการพิจารณาจริยธรรม



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในงานวิจัย โทร. ๒๖๒๐

ที่ ฮว ๘๑๐๐/ ๐๘๒๖๓

วันที่ ๒๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่นี้สัถระดับบัณฑิตศึกษาในหน่วยงานของท่าน ได้ยื่นเอกสารคำร้องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) รหัสโครงการวิจัย G-HS 047/2563 โครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยมี นางสาวนิศาชล ไชยแหม่ง เป็นหัวหน้าโครงการวิจัยนั้น

บัดนี้ โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม ในฐานะผู้ประสานงาน จึงขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๑ ฉบับ (หมายเลขใบรับรองที่ ๐๔๐/๒๕๖๓) มายังท่านเพื่อแจ้งนี้สัถระดับบัณฑิตศึกษาที่มีรายชื่อข้างต้น นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งให้นิสิตรระดับบัณฑิตศึกษาทราบ จะขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวิธ แจ่มเยี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม

สำนักงาน: ชั้น 7 อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลมหาสารคาม 49 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.มหาสารคาม 30000

Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board (MNRH IRB)

Office: 7th floor, Chalermphrakiet Building, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, 49 Chang Phueak Rd.,
Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, 30000 THAILAND Tel. +66 44 235917 Email mnrhirb@hotmail.co.th

เลขที่ใบรับรอง 162/2020

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

- โครงการวิจัยเรื่อง :** ปัจจัยทำนายความสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
- ผู้วิจัยหลัก :** นางสาวนิตยา ชัยแพ่ง
- หน่วยงานที่สังกัด :** นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลมหาสารคาม)

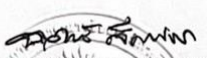
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้ผ่านการรับรองในแง่จริยธรรม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และหลักเกณฑ์การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP) โดยให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือไม่คาดคิด
4. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
5. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
6. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

รับรองวันที่ : 12 พฤศจิกายน 2563

หมดอายุวันที่ : 11 พฤศจิกายน 2564


 (นายนิพัทธ์ สิมขจร)
 ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

 (นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)
 ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาสารคาม



ค่าเฉลี่ยรายข้อแบบสอบถามความสับสนของผู้ป่วย

ข้อคำถามความสับสนของผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ยรายข้อ
21. ห้องนี้ทำให้ฉันรู้สึกหวาดกลัว	5.48
30. บรรยากาศในห้องนี้ทำให้ฉันรู้สึกซึมเศร้า	5.36
40. ฉันรู้สึกว่าฉันไม่ได้รับการช่วยเหลือใดๆ	5.36
43. ฉันรู้สึกว่าฉันถูกทอดทิ้งและ โดดเดี่ยว	5.36
47. เมื่อคิดย้อนไปในอดีตที่ผ่านมา ฉันคิดว่าฉันมีชีวิตที่ดี	5.36
23. ฉันมีคนที่ทำให้มีความสำคัญ และเอื้ออาทรต่อความรู้สึกของฉัน	5.35
39. ฉันต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่มากกว่าที่ฉันได้รับในขณะนี้	5.35
10. ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นที่รักของทุกๆ คน	5.31
19. ฉันมีอาการคลื่นไส้/อาเจียน	5.30
35. ฉันมีความเชื่อและศรัทธาอย่างแรงกล้าต่อสิ่งที่ฉันเคารพนับถือ	5.26
26. ฉันต้องการพบแพทย์ที่ดูแลฉันบ่อยมากขึ้นกว่าที่ฉันได้รับขณะนี้	5.25
41. ฉันคิดว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้คุ้มครองและให้กำลังใจฉัน	5.19
6. ฉันมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัวของฉัน	5.14
37. เพื่อนๆของฉันให้กำลังใจฉันโดยส่งบัตรแสดงความคิดถึงหรือโทรศัพท์พูดคุยกับฉัน	5.13
5. ฉันรู้สึกมีกำลังใจในช่องท้อง ซึ่งทำให้ฉันมีอาการแน่นอึดอัดไม่สบาย	5.12
45. ฉันรู้สึกซึมเศร้า	5.06
46. ฉันได้ค้นพบความหมายในชีวิตของฉัน (หรือฉันรู้สึกว่าชีวิตฉันมีความหมาย)	5.05
20. ฉันมีความสามารถที่จะพูดคุยสนทนากับบุคคลที่ฉันรักได้	5.03
49. สภาพอุณหภูมิภายในห้องนี้พอดีและเหมาะสม	5.03
38. ฉันรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสถานที่แห่งนี้ (ในห้องพัก/โรงพยาบาล)	5.03
48. สภาวะจิตใจของบุคคลที่ฉันรักมีส่วนทำให้ฉันรู้สึกแย่หรือมีอาการเลวลง	4.99
27. ปากและผิวหนังของฉันมีอาการแห้งมาก	4.99

ข้อความถามความสบายของผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ยรายข้อ
7. ความเชื่อของฉันช่วยให้ฉันมีความสุขทางใจ	4.99
8. พยาบาลที่ดูแลฉันได้สนับสนุนและให้กำลังใจฉัน	4.99
9. ฉันรู้สึกว่าการมีชีวิตของฉันมีคุณค่าในขณะนี้	4.99
28. ฉันมีความสุขพอใจกับสัมผัสกับสภาพส่วนตัวของฉันที่มีอยู่	4.96
31. ฉันกำลังมีความสุขสบายด้านร่างกายในขณะนี้	4.96
32. แก้อ้อและเตียงทำให้ฉันบาดเจ็บ (เช่น ปวดเมื่อย แผลกดทับ และความไม่สบายอื่นๆ)	4.96
42. ห้องที่ฉันอยู่มีบรรยากาศสดชื่น ไม่มีกลิ่นเหม็นใดๆ	4.96
34. ฉันคิดกังวลอยู่กับความไม่สบายของฉันตลอดเวลา	4.95
44. ฉันสามารถบอกผู้ที่เกี่ยวข้องว่า อะไรเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ฉันต้องการ	4.88
4. ฉันได้รับการฟังจากบุคคลอื่นเมื่อฉันต้องการ	4.84
12. ฉันมีความยากลำบากในการพักผ่อน (ไม่สามารถพักผ่อนได้ตามปกติ)	4.84
3. ฉันมีความเป็นส่วนตัวอย่างเพียงพอ	4.83
36. ฉันมีความรู้สึกที่ดีเพียงพอที่จะทำบางสิ่งบางอย่างสำหรับตัวฉันเอง	4.83
11. ฉันมีความสุขพอใจกับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวฉัน	4.78
22. ฉันมีความหวาดกลัวในสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น	4.77
24. ฉันเคยมีประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ฉันรู้สึกไม่สบาย	4.75
13. ฉันคิดว่าไม่มีใครเข้าใจฉัน	4.73
14. ความเจ็บปวดของฉันรุนแรงเกินกว่าที่ฉันจะอดทน	4.73
25. ฉันชอบให้ห้องนี้มีความเงียบสงบ	4.70
2. ฉันมีอาการหายใจลำบาก	4.64
15. ฉันรู้สึกมีความสุข	4.62
17. ฉันกำลังมีความรู้สึกผิด	4.61
29. ฉันเข้าใจ ยอมรับ และสามารถปรับตัวกับความเจ็บปวดด้านร่างกายที่เกิดขึ้น	4.34
1. ขณะนี้ร่างกายของฉันมีอาการผ่อนคลาย	4.25
33. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในที่นี้เป็นแรงกระตุ้นช่วยทำให้ฉันเกิดความรู้สึกดีๆ	4.17

ข้อความคำถามความสบายของผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ยรายข้อ
16. นั้นสามารถนอนหลับได้สนิทและเพียงพอ	3.19
18. นอนชอบอยู่ที่นี่	2.81

หมายเหตุ

ลักษณะตัวเอียงเป็นข้อความคะแนนกลับ
 การแบ่งระดับคะแนนของค่าเฉลี่ยรายข้อของความสบายมี 3 ระดับดังนี้
 คะแนน 1-2.66 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายน้อย
 คะแนน 2.67-4.33 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายปานกลาง
 คะแนน 4.34-6 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายมาก

ค่าเฉลี่ยรายข้อแบบสอบถามความวิตกกังวล

ข้อคำถามความวิตกกังวล	ค่าเฉลี่ยรายข้อ
3. ฉันมีความคิดวิตกกังวล	1.99
2. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น	1.95
1. ฉันรู้สึกตึงเครียด	1.86
6. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับอยู่นิ่งๆไม่ได้	1.71
5. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง	1.58
4. ฉันสามารถทำตัวตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย	1.36
7. ฉันรู้สึกพวหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน	1.21

หมายเหตุ

ลักษณะตัวเอียงเป็นข้อคำถามคะแนนกลับ

ค่าเฉลี่ยรายข้อแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ข้อคำถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	ค่าเฉลี่ยรายข้อ
12. ฉันไม่สามารถวางแผนอนาคตได้ เพราะความเจ็บป่วยของฉันคาดเดาอะไรไม่ได้	3.57
8. ฉันเข้าใจคำอธิบายที่ได้รับทุกอย่าง	3.49
9. สิ่งที่หมอบอกฉันนั้น สามารถตีความได้หลายอย่าง	3.49
19. ฉันแน่ใจว่า หมอจะตรวจหาความผิดปกติอื่นๆ ของฉันไม่พบ	3.39
7. อาการของฉันเปลี่ยนแปลงไปมาอย่างคาดเดาไม่ได้ตลอดเวลา	3.38
6. ฉันรู้จุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการรักษาแต่ละครั้ง	3.36
11. เป็นการยากที่จะคิดว่าการรักษาที่ฉันได้รับอยู่นี้ช่วยฉันได้จริง	3.34
18. จากการรักษาทำให้สิ่งที่ฉันทำได้และทำไม่ได้ เปลี่ยนไปเปลี่ยนมา	3.30
4. ฉันไม่รู้ว่าจะเจ็บปวดมากแค่ไหน	3.27
21. หมอไม่ได้บอกการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนให้ฉันรู้	3.26
13. ความเจ็บป่วยของฉันเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาอยู่เสมอ บางวันก็ดีบางวันก็ไม่ดี	3.25
20. การรักษาที่ฉันได้รับอยู่นี้เป็นที่รู้กันว่า น่าจะได้ผล	3.25
1. ฉันไม่รู้ว่าฉันมีความผิดปกติอะไร	3.23
2. ฉันมีคำถามมากมายแต่หาคำตอบไม่ได้	3.21
10. การรักษาของฉันซับซ้อนเกินกว่าที่ฉันจะเข้าใจ	3.19
15. ฉันไม่รู้แน่ชัดว่าต่อไปอะไรจะเกิดขึ้นกับฉัน	3.19
16. ผลการตรวจหลายอย่างของฉันไม่ตรงกัน	3.19
23. หมอและพยาบาล ใช้ภาษาต่างๆ กับฉัน ดังนั้นฉันจึงสามารถเข้าใจในสิ่งที่พวกเขาพูด	3.19
5. คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของฉันที่หมอ/พยาบาลบอกทำให้ฉันรู้สึกคลุมเครือ	3.17
17. การรักษาที่ฉันได้รับอยู่นี้ยังบอกไม่ได้ว่าจะได้ผล	3.09
14. ฉันได้รับความคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของฉัน	3.00
3. ฉันไม่แน่ใจว่า ความเจ็บป่วยของฉันจะดีขึ้นหรือแย่ลง	2.94
22. ฉันได้รับการวินิจฉัยความรุนแรงของโรคที่แน่นอนแล้ว	2.90

หมายเหตุ

ลักษณะตัวเอียงเป็นข้อคำถามคะแนนกลับ

การแบ่งระดับคะแนนของค่าเฉลี่ยรายชื่อของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมี
3 ระดับดังนี้

คะแนน 1-1.23 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย

คะแนน 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยปานกลาง

คะแนน 3.68-5 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก



ค่าเฉลี่ยรายข้อแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ยรายข้อ
5. ฉันได้รับคำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด	4.75
17. คนใกล้ชิดชื่นชม และพอใจในการปฏิบัติตัวของฉัน	4.66
11. คนในครอบครัวแบ่งเบาภาระงานบ้านเมื่อฉันเจ็บป่วย	4.60
4. ฉันได้รับคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาลในการดูแลสุขภาพ	4.58
14. คนใกล้ชิดสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ	4.45
13. มีคนคอยให้ความสนใจ จัดโอกาสให้พักผ่อนหย่อนใจ	4.42
1. ฉันได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด	4.38
3. คนใกล้ชิดพูดคุยเป็นเพื่อน	4.36
12. คนใกล้ชิดคอยช่วยเหลือเอื้ออาทรจัดหาสิ่งที่ชอบมาให้	4.35
2. เมื่อมีปัญหาฉันสามารถปรับทุกข์ ระบายความคับข้องใจได้	4.29
6. ฉันได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับโรคที่เป็น	4.29
15. เมื่อฉันมีอาการหนักหืด คนใกล้ชิดคอยเตือนสติ	4.29
16. มีคนยอมรับฟังความคิดเห็น หรือรับคำแนะนำ	4.29
10. เมื่อฉันไปพบแพทย์ไม่ได้ บุคคลใกล้ชิดไปพบแพทย์แทน	4.06
7. ฉันได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด	4.04
9. เมื่อฉันมีปัญหาการเงิน บุคคลใกล้ชิดช่วยเหลือได้	4.03
8. ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้ป่วยคนอื่นๆ	3.88

หมายเหตุ

การแบ่งระดับคะแนนของค่าเฉลี่ยรายข้อของการสนับสนุนทางสังคม 3 ระดับดังนี้

คะแนน 1-2.33 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

คะแนน 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนน 3.68-5 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก



ภาคผนวก ข

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ ความสัมพันธ์ของตัวแปร
และการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

1. ตัวแปรอยู่ในมาตราอัตราภาคชั้น (Interval) หรือมาตราอัตราส่วน (Ratio)
2. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากประชากร (N = 77)
3. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการกระจายแบบปกติ

การทดสอบข้อมูลว่ามีการกระจายแบบปกติหรือไม่ สามารถตั้งสมมติฐาน ดังนี้

H_0 = ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ

H_1 = ข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ

โดยสามารถทดสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov test ของตัวแปรแต่ละตัว ได้ผลการทดสอบ ดังนี้

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ความสุขสบาย	.091	77	.187	.971	77	.073
ความวิตกกังวล	.093	77	.095	.983	77	.381
ความรู้สึกละอาย	.092	77	.164	.973	77	.095
การสนับสนุนทางสังคม	.100	77	.053	.984	77	.425

a. Lilliefors Significance Correction

จากตาราง พบว่า ค่า *P-value* (Sig) ของตัวแปรความสุขสบาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกละอาย ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov เท่ากับ .187, .095, .164 และ .053 ตามลำดับ ซึ่งมีความมากกว่า .05 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ข้อมูลของตัวแปรทั้งหมดมีการกระจายข้อมูลแบบปกติ

4. มีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity)

Homoscedasticity หมายถึงที่ระดับค่า ๆ หนึ่งของตัวแปรที่ 1 จะมีการกระจายของอีกตัวแปรหนึ่งเท่ากัน หรือมีความแปรปรวนเท่ากัน

5. ตัวแปรต้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองมาก พิจารณาจากค่า Variance inflation factor (VIF) ได้เท่ากับ 1 หมายถึง ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กัน

6. ค่าความคาดเคลื่อน ต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือไม่มี Autocorrelation สามารถทำการทดสอบโดยหาค่าสถิติ Durbin-Watson ซึ่งสามารถทำไปพร้อมๆกับการวิเคราะห์สมการถดถอย จากการวิเคราะห์สมการถดถอยพบค่าสถิติ Durbin-Watson เท่ากับ 1.639



การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร

การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่างความสุขสบาย ความวิตกกังวล
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ได้ผลการทดสอบดังนี้

		ความสุข สบาย	ความวิตก กังวล	ความรู้สึก ไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย	การสนับสนุน ทางสังคม
ความสุขสบาย	Pearson Correlation	1	-.269*	-.089	-.152
	Sig. (2-tailed)		.018	.439	.188
	N	77	77	77	77
ความวิตกกังวล	Pearson Correlation	-.269*	1	.284*	-.147
	Sig. (2-tailed)	.018		.012	.201
	N	77	77	77	77
ความรู้สึกไม่ แน่นอนใน ความเจ็บป่วย	Pearson Correlation	-.089	.284*	1	-.145
	Sig. (2-tailed)	.439	.012		.209
	N	77	77	77	77
การสนับสนุน ทางสังคม	Pearson Correlation	-.152	-.147	-.145	1
	Sig. (2-tailed)	.188	.201	.209	
	N	77	77	77	77

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่างความสุขสบาย ความวิตกกังวล
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า
ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($r = -.269, p < .05$) และสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนใน
ความเจ็บป่วย ($r = -.284, p < .05$)

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ของตัวแปรระหว่างความสุขสบาย กับความวิตกกังวล ได้ผลการทดสอบดังนี้

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.269 ^a	.072	.060	17.512	.072	5.859	1	75	.018	1.639

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	250.885	5.082		49.365	.000		
	ความวิตกกังวล	-.970	.401	-.269	-2.421	.018	1.000	1.000

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) พบว่า ความวิตกกังวลมีอำนาจในการทำนายความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ ร้อยละ 7.2 ($p < .05$)



ภาคผนวก ข

ตารางวิเคราะห์ระดับความวิตกกังวล การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร
และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวล

ตารางวิเคราะห์ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง

ความวิตกกังวล	คะแนน (คะแนนเต็ม 21)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	<i>M</i>	<i>SD</i>
ไม่มีความวิตกกังวล	0-7	19	24.7	5.0	2.45
มีความวิตกกังวล	-	58	75.3	13.8	3.46
ระดับน้อย	8-10	12	15.6	9.3	0.75
ระดับปานกลาง	11-14	21	27.3	12.7	1.20
ระดับมาก	15-21	25	32.5	17.0	2.13

ตารางวิเคราะห์ร้อยละเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวล (N =58)

มีความวิตกกังวล	คะแนน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	<i>M</i>	<i>SD</i>
ระดับน้อย	8-10	12	20.7	9.3	0.75
ระดับปานกลาง	11-14	21	36.2	12.7	1.20
ระดับมาก	15-21	25	43.1	17.0	2.13

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความวิตกกังวล

		ความสุขสบาย	ความวิตกกังวล	ความรู้สึกไม่แน่นอน	การสนับสนุนทางสังคม
ความสุขสบาย	Pearson Correlation	1	-.365**	-.037	-.272*
	Sig. (2-tailed)		.005	.782	.039
	N	58	58	58	58
ความวิตกกังวล	Pearson Correlation	-.365**	1	.168	-.036
	Sig. (2-tailed)	.005		.207	.787
	N	58	58	58	58
ความรู้สึกไม่แน่นอน	Pearson Correlation	-.037	.168	1	-.072
	Sig. (2-tailed)	.782	.207		.590
	N	58	58	58	58
การสนับสนุนทางสังคม	Pearson Correlation	-.272*	-.036	-.072	1
	Sig. (2-tailed)	.039	.787	.590	
	N	58	58	58	58

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวล ระหว่างความสุขสบาย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าความสุขสบายมีความสัมพันธ์ทางลบความวิตกกังวลกับของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($r = -.365, p < .01$) และยังมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ($r = -.272, p < .05$)

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวล

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.365 ^a	.133	.118	17.594	.133	8.613	1	56	.005	
2	.463 ^b	.215	.186	16.898	.081	5.705	1	55	.020	1.496

a. Predictors: (Constant), ความวิตกกังวล

b. Predictors: (Constant), ความวิตกกังวล, การสนับสนุนทางสังคม

c. Dependent Variable: ความสุขสบาย

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	265.709	9.612		27.644	.000		
	ความวิตกกังวล	-1.978	.674	-.365	-2.935	.005	1.000	1.000
2	(Constant)	351.107	36.927		9.508	.000		
	ความวิตกกังวล	-2.034	.648	-.375	-3.140	.003	.999	1.001
	การสนับสนุนทางสังคม	-1.154	.483	-.286	-2.388	.020	.999	1.001

a. Dependent Variable: ความสุขสบาย



ภาคผนวก ฅ

สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความสุขสบายและความไม่สุขสบาย

สิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความสุขสบายและความไม่สุขสบาย

สิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความสุขสบาย

บริบท	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย		
- การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทำให้โรคสงบลง	23	29.9
- ขับถ่ายปกติหลังผ่าตัด	1	1.3
รวม	24	31.2
ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ		
- ความหวังที่จะหายจากโรคมะเร็ง	10	13.0
- รู้สึกปลอดภัย	3	3.9
รวม	13	16.9
ด้านสังคม-วัฒนธรรม		
- เจ้าหน้าที่ให้การดูแลเอาใจใส่ดี	48	62.3
รวม	48	62.3
ด้านสิ่งแวดล้อม		
- หอผู้ป่วยสะอาด และไม่แออัด	36	46.8
- อุปกรณ์ทางการแพทย์ทันสมัย	1	1.3
- อาหาร รพ. อร่อย	1	1.3
รวม	38	49.4

สิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความไม่สุขสบาย

บริบท	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย		
- เหนื่อยล้า	30	39.0
- ปวดท้อง	11	14.2
- ท้องอืด	2	2.6
- เบื่ออาหาร	2	2.6
- มีมูกไหลออกจากทวารหนัก	1	1.3
- ท้องผูก	1	1.3
- ชามือ	1	1.3
รวม	48	62.3
ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ		
- วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง	58	75.3
- เบื่อหน่าย (นัดไว)	41	53.2
- กลัวตาย	2	2.6
- อยากกลับบ้าน	2	2.6
- หงุดหงิดใจ (อยู่ร่วมกับผู้อื่น)	1	1.3
- คิดมาก (เป็นภาระให้กับครอบครัว)	1	1.3
- คิดถึงบุคคลอันเป็นที่รัก (หลาน)	1	1.3
รวม	106	137.6
ด้านสังคม-วัฒนธรรม		
- ขาดรายได้เพราะเจ็บป่วย	10	12.9
รวม	10	12.9
ด้านสิ่งแวดล้อม		
- การนอนโรงพยาบาล (ไม่คุ้นเคย)	28	36.4
- กลิ่นเหม็นในหอผู้ป่วย (กลิ่นที่มาจากทวารเทียม)	1	1.3
รวม	29	37.7