



ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

อารีรัตน์ ลัดลอย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย



อารีรัตน์ ถัดลอย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

THE EFFECT OF CARING NURSING CARE APPLYING SWANSON'S THEORY ON
WELL-BEING OF THE OLDER ADULTS WITH COLORECTAL CANCER RECEIVING
LATE CHEMOTHERAPY



AREERAT LADLOY

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

2025

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ อารีรัตน์ ลัดลอย ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา พิบูลย์)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเยี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

63920138: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดช่วงท้าย, การดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน, ความผาสุก

อริรัตน์ ถัดลอย : ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย. (THE EFFECT OF CARING NURSING CARE APPLYING SWANSON'S THEORY ON WELL-BEING OF THE OLDER ADULTS WITH COLORECTAL CANCER RECEIVING LATE CHEMOTHERAPY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พรชัย จุลเมตต์, Ph.D., นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, Ph.D. ปี พ.ศ. 2568.

ความผาสุกมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย เนื่องจากผลกระทบจากการรักษาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียวในรอบที่ 6 – 12 จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 ราย กลุ่มควบคุม 27 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัดที่ 6, 7, 8, 9 ระยะที่ 2 การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด (ทุก 2 สัปดาห์/รอบ รวม 4 รอบ แต่ละรอบใช้เวลา 3 วัน กิจกรรมทั้งหมด 16 ครั้ง) และระยะที่ 3 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ ใช้เวลาทั้งสิ้น 9 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง 2) การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาของผู้ป่วย 3) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ 4) การช่วยเหลือกิจกรรมผู้ป่วย และ 5) การส่งเสริมความสามารถผู้ป่วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ Independent t – test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะเวลาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{6,32} = 6.32, p < .001$) และผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{3,2} = 3.95, p < .05$)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประยุกต์ใช้การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายเพื่อให้ความผาสุก

63920138: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)
KEYWORDS: OLDER ADULTS WITH COLORECTAL CANCER/ LATE CHEMOTHERAPY/
SWANSON 'S CARING/ WELL-BEING

AREERAT LADLOY : THE EFFECT OF CARING NURSING CARE APPLYING SWANSON'S
THEORY ON WELL-BEING OF THE OLDER ADULTS WITH COLORECTAL CANCER RECEIVING LATE
CHEMOTHERAPY. ADVISORY COMMITTEE: PORNCHAI JULLAMATE, Ph.D. NAIYANA
PIPHATVANITCHA, Ph.D. 2025.

Well-being is extremely important for older adults with colorectal cancer receiving late chemotherapy, due to the multifaceted impacts of treatment including physical, psychological, emotional, social, economic, and spiritual effects. This quasi - experimental study utilized a two group pretest-posttest design and aimed to examine the effect of Swanson's Caring Theory based nursing care on the well-being of older adults with colorectal cancer receiving late chemotherapy. The sample consisted of 54 older adults, both male and female, diagnosed with colorectal cancer and receiving chemotherapy alone in cycles 6 – 12. Participants were randomly assigned using simple random sampling (drawing lots) into an experimental group (n = 27) and a control group (n = 27). The experimental group received nursing care based on Swanson's Caring Theory, developed by the researcher, divided into three phases: Phase 1: Nursing care before the 6th, 7th, 8th, and 9th chemotherapy cycles. Phase 2: Nursing care during chemotherapy administration (every two weeks for 4 cycles, each cycle lasting 3 days, totaling 16 sessions). Phase 3: Nursing care after completion of the 4 chemotherapy cycles. The entire intervention lasted 9 weeks and incorporated five components of caring: 1) Knowing 2) Maintaining belief 3) Being with 4) Doing for and 5) Enabling. The control group received standard nursing care. Instruments used for data collection included a personal information interview form, a clinical data form, and a well-being questionnaire specifically designed for patients with colorectal cancer, which had a reliability coefficient of .80. Data were analyzed using frequency distributions, percentages, means, standard deviations, and the independent t-test.

Research Findings: older adults with colorectal cancer receiving late chemotherapy in the experimental group had a significantly higher mean well-being score after the intervention compared to before the intervention, with statistical significance at the .001 level ($t_{26} = 6.32, p < .001$). Furthermore, the post-intervention mean well-being score of the experimental group was significantly higher than that of the control group at the .05 level ($t_{52} = 3.95, p < .05$).

Recommendations: Based on the findings, it is recommended that nurses should apply Swanson's Caring Nursing Model in the care of older adults with colorectal cancer receiving late chemotherapy to enhance their well-being.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ และข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นอย่างสูงที่ได้ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาในระดับปริญญาโท ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในการศึกษาค้นคว้าและพัฒนางานวิจัยฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วง

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์ที่เสนอแนะ แก้ไข ให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความคิดเห็นและเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หัวหน้าหอผู้ป่วยใน พยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือและคอยช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยอย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยมะเร็งชั้น 6 และพยาบาลในหอผู้ป่วยที่คอยช่วยเหลือและให้ข้อมูลต่างๆที่เอื้อในการดำเนินการวิจัยอย่างดียิ่ง

ความสำเร็จในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในงานวิทยานิพนธ์นี้จนสำเร็จไปได้ด้วยดีทั้งบุคคลที่ได้กล่าวมาแล้วและยังไม่ได้กล่าวถึง คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่ให้การสนับสนุน ความช่วยเหลือ ความห่วงใยและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาตลอด

อารีรัตน์ ลัดลอย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.....	10
ผลกระทบของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากการได้รับยาเคมีบำบัดต่อผู้สูงอายุ.....	29
แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก	32
แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร	36
การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของสเวนสันในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย	39

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	51
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
บทที่ 4 ผลการวิจัย	67
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	76
สรุปผลการวิจัย	76
อภิปรายผลการวิจัย	78
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	87
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	88
บรรณานุกรม	89
ภาคผนวก	100
ภาคผนวก ก	101
ภาคผนวก ข	103
ภาคผนวก ค	109
ภาคผนวก ง.....	118
ภาคผนวก จ	120
ภาคผนวก ฉ	128
ภาคผนวก ช	131

ภาคผนวก ซ135

ประวัติย่อของผู้วิจัย141



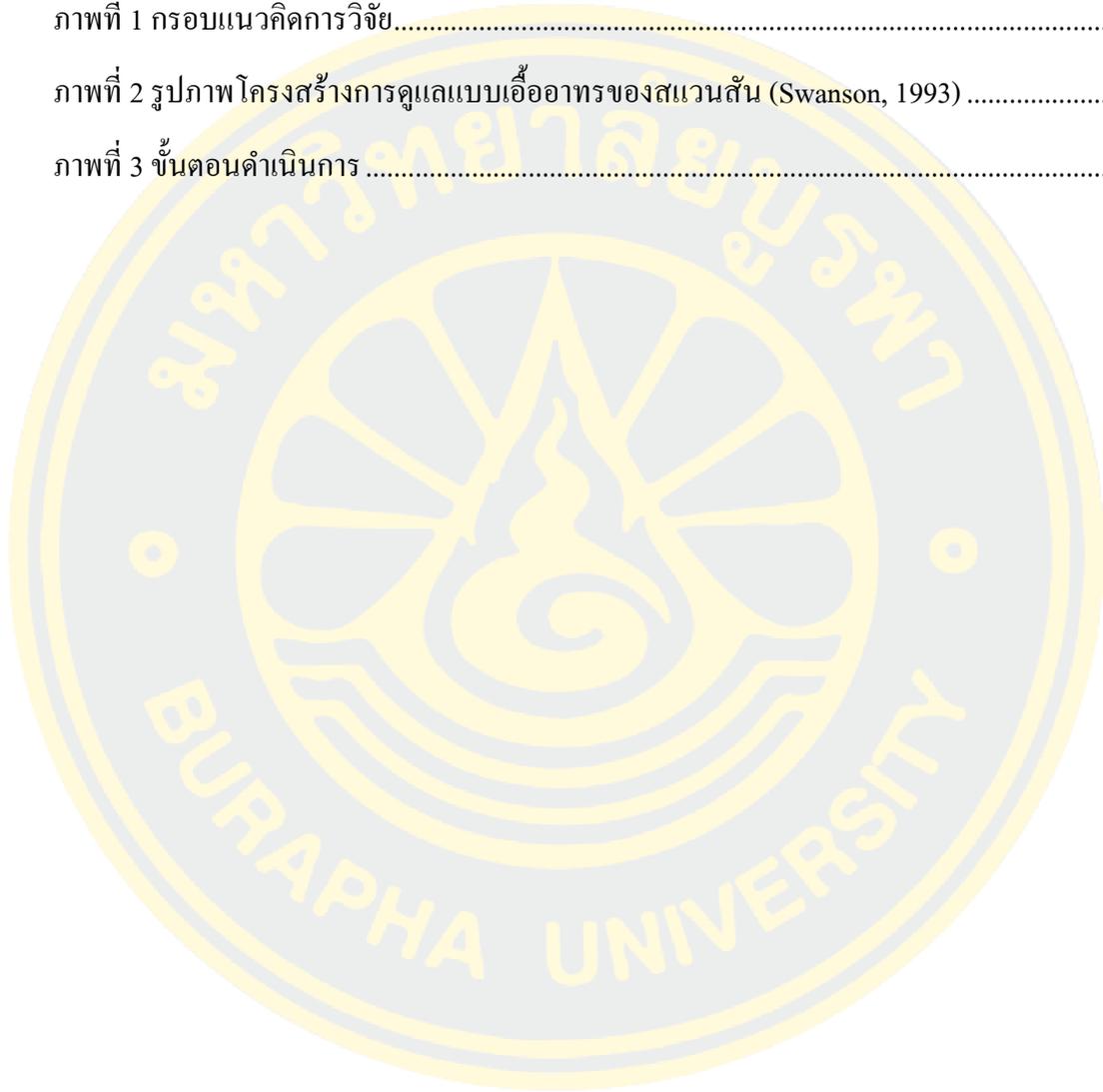
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่ (American Cancer Society, 2024)	17
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าโคสแควร์ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 54)	68
ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	72
ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง (N=27)	73
ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (N = 27) และกลุ่มควบคุม (N = 27)	74
ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (N = 27) และกลุ่มควบคุม (N = 27)	75

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
ภาพที่ 2 รูปภาพโครงสร้างการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสัน (Swanson, 1993)	38
ภาพที่ 3 ขั้นตอนดำเนินการ	65



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากเป็นอันดับสามและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของมะเร็งทั่วโลก จากสถิติในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่จำนวนกว่า 1.9 ล้านราย ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุมากถึง 1.4 ล้านราย เสียชีวิตจำนวน 723,985 ราย และพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับสองรองลงมาจากระบาด (Global Cancer Observatory, 2022) สำหรับในประเทศไทยพบการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่เป็นอันดับหนึ่ง จำนวน 474 ราย เป็นผู้สูงอายุจำนวน 266 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.11 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และจากสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 308, 330 และ 351 ราย เป็นผู้สูงอายุจำนวน 161, 155, 190 รายตามลำดับ โดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 51.11 ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่มากขึ้น และอายุเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยการเกิดอุบัติการณ์การเกิดโรคและมีการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นด้วย (Martin et al., 2019)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้ได้ผลดีต้องเป็นการรักษาแบบสหสาขาวิชา ซึ่งประกอบด้วย การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัดและการให้รังสีรักษา โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย (วิษณุ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ สุกรโยธิน, อาคมชัย วีระวัฒน์ และวีรุติ อิ่มสำราญ, 2564) ยาเคมีบำบัดเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาโรคมะเร็งเพื่อทำลายหรือควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งให้มีขนาดเล็กลง พร้อมทั้งควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งไม่ให้โตขึ้น อย่างไรก็ตามยาเคมีบำบัดไม่ได้มีผลเฉพาะต่อเซลล์มะเร็งเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อเซลล์ปกติที่มีการเจริญเติบโตหรือแบ่งตัวเร็ว เช่น เซลล์ในไขกระดูก ทางเดินอาหารและรูขุมขน ทำให้เกิดอาการข้างเคียงหลากหลาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ อ่อนเพลีย ผอมร่าง ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและมีไข้ร่วมด้วย (จิตพงศ์ วาทโยธา, 2565) โดยทั่วไปการให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะดำเนินการเป็นรอบ โดยระยะห่างของแต่ละรอบขึ้นอยู่กับชนิดของยาที่ใช้ สูตรการรักษาและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ยาเคมีบำบัดมีหลายสูตรซึ่งมีประสิทธิภาพและผลข้างเคียงแตกต่างกันออกไป ความรุนแรงของผลข้างเคียงขึ้นอยู่กับชนิดของยา ปริมาณยาและระยะเวลาในการรักษา (National Comprehensive Cancer Network, 2021)

โดยหลักการผู้สูงอายุสามารถได้รับการรักษาโรคมะเร็งได้เช่นเดียวกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า อย่างไรก็ตามลักษณะทางชีวภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย เช่น การทำงานของอวัยวะที่ลดลง ได้แก่ ไต ตับและไขกระดูก ตลอดจนความเสี่ยงด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด ความบกพร่องทางสติปัญญา การมีโรคร่วมหลายโรคและการใช้ยาหลายชนิด ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความไวต่อพิษจากยาเคมีบำบัดสูงขึ้น (Nitsche, Stoss, & Friess, 2017) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุกับผู้ป่วยวัยหนุ่มสาว พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดพิษจากการรักษาสูงกว่าหลายเท่า เนื่องจากมีภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ภาวะสร้างเม็ดเลือดลดลงและมีลักษณะความเปราะบางทางร่างกาย ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดผลข้างเคียงรุนแรงจากยาเคมีบำบัด การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย ทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ลดลง อีกทั้งความล่าช้าในการรักษา การลดขนาดยาหรือการหยุดให้ยาเคมีบำบัด อาจส่งผลให้โอกาสรอดชีวิตในระยะยาวลดลง (Bhatt, 2019)

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะลุกลาม มักใช้สูตรยาเคมีบำบัดร่วมกับยามุ่งเป้า เช่น สูตรFOLFOX หรือ สูตรFOLFIRI ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา บรรเทาอาการและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kang & Yoo, 2018) อย่างไรก็ตามยาเคมีบำบัดสูตรดังกล่าว โดยเฉพาะยา Oxaliplatin และยา Irinotecan มีฤทธิ์กดการทำงานของไขกระดูกทำให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำอย่างต่อเนื่อง โดยมักพบภาวะดังกล่าวในรอบที่ 10 ของการให้ยาและมักเกิดร่วมกับภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและโลหิตจาง ส่งผลให้ต้องเลื่อนรอบการรักษาหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการควบคุมโรค (Kilpatrick et al., 2021) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับยา Oxaliplatin ต่อเนื่องมักมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะปลายประสาทอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในรอบการรักษาที่ 6 เป็นต้นไป อาการประกอบด้วยความรู้สึก ชา เจ็บ หรือแสบร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้าโดยมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามจำนวนรอบของการให้ยาและสามารถดำเนินไปจนถึงระยะเรื้อรัง (Beijers et al., 2015) อาการปลายประสาทอักเสบจากยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX มักเริ่มชัดเจนขึ้นในรอบที่ 2 และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นในรอบที่ 3 ถึง 12 โดยส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การมีส่วนร่วมในสังคมและนำไปสู่ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Pachman et al., 2015) อีกหนึ่งประเด็น คือผลกระทบทางเศรษฐกิจ จากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น การขาดรายได้จากการหยุดงานหรือค่าเดินทาง ล้วนส่งผลให้เกิดภาระทางการเงินที่เพิ่มขึ้น (Sav, McMillan, & Akosile, 2021) และผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมักมีความผาสุกทางจิตใจที่น้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป

เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลข้างเคียงจากการรักษา ร่วมกับการเสื่อมของร่างกายตามวัย ขาดการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในภาพรวม (วรรณฤดี เชาว์อัยชัย, ดินจง โปธิบาล และ โรจณี จินตนาวัฒน์, 2562) นอกจากนี้ อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดยังส่งผลโดยตรงต่อความผาสุกทางกายและเมื่อไม่สามารถจัดการกับอาการเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมก็จะส่งผลกระทบต่อความผาสุกด้านจิตใจและสังคมตามมา (Omran, Mohamad, & Simpson, 2012)

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานอย่างมากจากอาการข้างเคียงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความอ่อนเพลีย ปวดขา เบื่ออาหาร อารมณ์แปรปรวน และความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหรือการเสียชีวิต อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวังและโดดเดี่ยว (Ferrell et al., 1991) การเน้นความผาสุกช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแม้ในช่วงเวลาที่โรคอยู่ในระยะรุนแรงหรือระยะท้าย (WHO, 2020) ผู้สูงอายุที่ได้รับยาเคมีบำบัดอาจพบอาการเหนื่อยล้า ปวดและซึมเศร้า ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Hagerty et al., 2005) การดูแลความผาสุกจึงช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวกับอารมณ์ ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมความหวังในการดำรงชีวิต (Swanson, 1993) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ความเชื่อทางศาสนาและการปฏิบัติจิตวิญญาณสามารถช่วยเสริมสร้างความหวัง ความเข้มแข็งทางใจและความหมายของชีวิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความผาสุกในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง การส่งเสริมความผาสุกจึงไม่ควรเน้นเพียงด้านกายเท่านั้น แต่ควรพิจารณาทั้งมิติของจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณควบคู่กันด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการสนับสนุนและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (Koenig, 2012) การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณจะช่วยลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มความสุขในชีวิตของผู้ป่วย (Ferrell & Coyle, 2008) ด้วยเหตุนี้การเน้นความผาสุกในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายจึงเป็นสิ่งจำเป็น และมีผลโดยตรงต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (WHO, 2020) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการดูแลแบบครอบคลุมและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีชีวิตที่มีความหมายแม้ในช่วงเวลาที่ท้าทายที่สุด (Swanson, 1993)

ความผาสุก (Well-being) เป็นคำที่มีความเป็นนามธรรมสูง มีความหมายเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิต หรือความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นคำที่มีความหมายด้านบวกและเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ผู้ที่มีความผาสุกจะเป็นผู้ที่มีความสุข

มีความยินดีและมีความพึงพอใจกับชีวิต (กนกวรรณ กาญจนนิกร, จินห์จู่ชา ชัยเสนา ดาลาส และ ษัตติศา แนบเกสร, 2560) ความผาสุกประกอบด้วยหลายมิติ ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงในการเกิดโรค และการบาดเจ็บ รวมทั้งส่งเสริมระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Hobbs, 2016) ความผาสุกด้านจิตใจ คือ ความรู้สึกพึงพอใจและความสุขในชีวิต ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกด้านจิตใจจะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ช่วยเหลือตนเอง มีจิตใจแจ่มใส รู้สึกมีคุณค่าและดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย (Ryff & Keyes, 1995 อ้างถึงใน วรรตถันันท์ ชุษณะ โชติ, จินห์จู่ชา ชัยเสนา ดาลาส และภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, 2561) ความผาสุกด้านสังคม หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับชุมชนและการได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมจากสังคม (Keyes, 1998) ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ คือความเชื่อและศรัทธาที่นำไปสู่ความสงบสุขภายใน ความเข้มแข็งและมั่นคงในตนเอง รวมทั้งความภาคภูมิใจในชีวิต ความผาสุกด้านนี้เป็นแหล่งพลังสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข (Chow, 2005, อ้างถึงใน พรพิมล ชัยสา, พิกุล พรพิบูลย์ และสุदारัตน์ สิทธิสมบัติ, 2019) การส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดจึงควรพิจารณาอย่างรอบด้าน ทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผ่านแนวทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลที่เอื้ออาทร เข้าอกเข้าใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในชีวิตอย่างแท้จริง

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความหวัง และการมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกด้านจิตใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังนั้นพยาบาลควรวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมความผาสุกด้านจิตใจและสนับสนุนการดูแลแบบองค์รวม (วรรณฤดี เชาว์อัยชัย, ลินจง โปธิบาล และโรจน์ จินตนาวัฒน์, 2562) และผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดที่ได้รับ การสนับสนุนทางสังคมจากทีมดูแลสุขภาพ ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้ลดอาการอาการคลื่นไส้อาเจียนและเพิ่มความผาสุกในทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Sarwar et al., 2020; Kim & Son, 2021) ผลกระทบจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อความผาสุกทั้ง 5 มิติ ทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายมีความไม่ผาสุก จึงต้องการการดูแล เอาใจใส่และสนับสนุนเพื่อช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ การดูแลอย่างเอื้ออาทรตามแนวคิดของสแวนสัน (Swanson, 1993) ซึ่งเน้นความสัมพันธ์ที่มีความห่วงใย ให้เกียรติและเอาใจใส่ผู้ป่วย ถือเป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมในการพัฒนาแนวทางการดูแล ซึ่งการดูแลอย่างเอื้ออาทรประกอบด้วย 5 กระบวนการ ได้แก่ การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง และความศรัทธา (Maintaining belief) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (Knowing) การเฝ้าดูผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ (Doing for) และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ

(Enabling) ซึ่งส่งผลต่อความไว้วางใจในการให้ความร่วมมือ ความนับถือ ความเห็นอกเห็นใจส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี ดังนั้น แนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแกนสันจึงมีความสำคัญและควรนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายเพื่อส่งเสริมความผาสุก

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันในผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็ง ซึ่งพบว่าช่วยเพิ่มความผาสุกของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญหลายงานวิจัย ได้แก่การศึกษาของปภาวรินทร์ สุวรรณเพชร และคณะ (2557) ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เป็นเวลา 7 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกสูงกว่าก่อนรับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของพิชญภา พิชะยะ และคณะ (2566) ในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด เป็นเวลา 10 วัน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกสูงกว่าก่อนรับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของกรรทอง แสงสว่าง และคณะ (2564) ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นเวลา 9 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามงานวิจัยของกรรทอง แสงสว่าง และคณะ (2564) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 2-5 ในขณะที่ยาเคมีบำบัดบางสูตรต้องให้ถึง 12 รอบ จากประสบการณ์การทำงานมากกว่า 20 ปีของผู้วิจัยที่ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดและจากการศึกษานำร่อง (Pilot study) ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4, FOLFOX6, FOLFIRI โดยแบ่งกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 2 - 5 จำนวน 10 ราย และกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 6-12 จำนวน 10 ราย พบว่ากลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 6-12 มีอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดรุนแรงกว่า เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ชาปลายมือปลายเท้า ท้องเสีย เม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดงต่ำ รวมถึงมีผลกระทบทางจิตใจ เช่น วิตกกังวล ท้อแท้ หดหวัง และจากการทำแบบประเมินความผาสุกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (The Functional Assessment of Cancer Therapy – Colorectal: FACT-C) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 6-12 น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 2 - 5

ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีและเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะ จึงมีความสนใจศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในช่วง

ทำย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างครบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความผาสุกเพิ่มขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงทำยที่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันมีความผาสุกสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันหรือไม่
2. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงทำยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันมีความผาสุกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงทำย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงทำยในระยะก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน
2. เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงทำยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงทำย ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน มีความผาสุกในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
2. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงทำย ที่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันมีความผาสุกในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน (Swanson, 1993) มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกิจกรรมในการวางแผนให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (Knowing) พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในประสบการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญจากการได้รับยาเคมีบำบัด ประเมินอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าพยาบาลเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เข้าใจความแตกต่างแต่ละบุคคล ไม่เปรียบเทียบกับบุคคลอื่น 2) การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาของผู้ป่วย (Maintaining Belief) พยาบาลค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาของผู้ป่วย หรือสิ่งที่ทำแล้วผู้ป่วยเกิดความหวัง การมองโลกในแง่ดี มีพลังใจที่จะผ่านพ้นความทุกข์ทรมานจากการได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย และพยาบาลสนับสนุนให้ความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธานั้นยังคงอยู่ 3) การเฝ้าดูดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) แสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณพยาบาลให้การดูแล ห่วงใย อยู่เคียงข้างผู้ป่วย แบ่งปันความรู้สึกไม่ว่าจะสุขหรือทุกข์ พร้อมรับฟังความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ไม่ให้รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระพยาบาล 4) การช่วยเหลือกิจกรรมผู้ป่วย (Doing for) การเฝ้าระวังอันตรายจากยาเคมีบำบัด ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยมาตรฐานวิชาชีพ โดยตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วย คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้ป่วย 5) การส่งเสริมความสามารถผู้ป่วย (Enabling) พยาบาลส่งเสริมและพัฒนาความสามารถผู้ป่วย โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์การได้รับยาเคมีบำบัดที่ผ่านมา สนับสนุนด้านจิตใจ และให้คำแนะนำโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การดูแลก่อนได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6,7,8,9 ศึกษาประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษาและซักถามเพื่อค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธา ประเมินอาการการได้รับยาเคมีบำบัดที่ผ่านมา ประเมินปัญหาความต้องการการช่วยเหลือและวางแผนการพยาบาล ระยะที่ 2 การดูแลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด เฝ้าดูแลระวังการเกิดอาการข้างเคียงระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด อยู่เป็นเพื่อน รับฟัง ให้กำลังใจในสถานการณ์ทั้งสุขและทุกข์ สนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านได้ 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามอาการประเมินอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด รับฟังและให้คำปรึกษาช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย และระยะที่ 3 การดูแลหลังได้รับยาเคมีครบ 4 รอบ เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้รับยาเคมีบำบัดครบ ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ไม่มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมทำให้เกิดความผาสุก

การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของแสวนสันในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

ประกอบด้วย กิจกรรม 5 ด้าน ดังนี้

1. การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง
2. การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาของผู้ป่วย
3. การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ
4. การช่วยเหลือกิจกรรมผู้ป่วย
5. การส่งเสริมความสามารถผู้ป่วย

การดูแลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การดูแลก่อนได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6,7,8,9

ระยะที่ 2 การดูแลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด

ระยะที่ 3 การดูแลหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ

ความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ
ยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิด 2 กลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two - group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของแสวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยให้ยาเคมีบำบัดอย่างเดี่ยวดั้งแต่รอบที่ 6 -12 ทุก 2 สัปดาห์ รวม 4 รอบ แต่ละรอบใช้เวลา 3 วัน รวมเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568

นิยามศัพท์เฉพาะ

การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของแสวนสัน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่มีความห่วงใย เอาใจใส่ร่วมทุกข์ร่วมสุข ช่วยเหลือและสนับสนุนตามความต้องการ ดำรงไว้ซึ่งความมีสุขภาพกายและใจที่ดี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีของแสวนสัน (Swanson, 1993) ประกอบไปด้วยการดูแล 5 กิจกรรม ดังนี้ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาของ

ผู้ป่วย การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ การช่วยเหลือกิจกรรมผู้ป่วยและการส่งเสริมความสามารถผู้ป่วย โดยแบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การดูแลก่อนได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6,7,8,9 ระยะที่ 2 การดูแลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด ในรอบที่ 6-9, รอบที่ 7-10, รอบที่ 8-11, รอบที่ 9-12 ตามรอบยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งหมด 4 รอบ และระยะที่ 3 การดูแลหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ โดยดำเนินการเป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 9 สัปดาห์

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะแพร่กระจายของโรคทั้งเพศชายและเพศหญิง มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยให้ยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4, FOLFOX6, FOLFIRI รอบที่ 6 - 12 และไม่มีการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย รวมทั้งไม่มีทวารเทียม

ความผาสุก หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัวและการปฏิบัติกิจกรรม โดยประเมินจากแบบประเมินความผาสุกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (The Functional Assessment of Cancer Therapy - Colorectal: FACT - C Thailand version 4) ผู้วิจัยนำมาจากกรอบแนวคิดของเซลลาและคณะ (Cella et al., 1993) ฉบับภาษาไทยแปลโดยสุวรรณี สิริเลิศระกุล และคณะ (2543)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยครอบคลุมในหัวข้อต่างๆดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.1 ความหมายของ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.2 ระบาดวิทยาของ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.3 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ
 - 1.4 การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุกับ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.5 อาการและอาการแสดง
 - 1.6 การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. ผลกระทบของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากการได้รับยาเคมีบำบัดต่อ

ผู้สูงอายุ

3. แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก
 - 3.1 ความหมายของความผาสุก
 - 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร

หนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

4. แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร

5. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของสแกนสันในการพยาบาลผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคที่มีลักษณะการดำเนินโรคซับซ้อน โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้จนพัฒนาเป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งสามารถลุกลามหรือแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ การรักษาทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้การดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ จึงนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งจะประกอบด้วย ความหมาย ระบาดวิทยาของโรค สาเหตุ และปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงตามวัยใน ผู้สูงอายุกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาการและอาการแสดง การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนัก ดังต่อไปนี้

ความหมาย

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หมายถึง มะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่แบ่งตัว ต่อเนื่อง ไม่สามารถควบคุมได้ เป็นเซลล์ของเนื้อเยื่อลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยปกติเยื่อบุลำไส้ (Epithelial) ประกอบด้วยเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว รวมทั้งยังมีเซลล์ชั้นมาทดแทนทุก 4 - 8 วัน ซึ่งการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดจากการได้รับสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) จะทำให้เซลล์เยื่อบุลำไส้ (Epithelial) มีการเปลี่ยนแปลง แบ่งตัวและการเจริญเติบโตผิดปกติ เป็นความผิดปกติในระยะก่อนเป็นมะเร็ง เรียกว่า ระยะ Dysplasia ต่อมากลายเป็นติ่งเนื้อเล็กๆที่เรียกว่าโพลิป (Polyp) จากนั้นโพลิปจะพัฒนาเป็นเซลล์มะเร็งได้อย่างช้าๆเป็นระยะเวลาประมาณ 5-10 ปี โดย มะเร็งลำไส้ใหญ่แบ่งออกเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วน โคลอนและมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

1. Sporadic CRC ไม่มีประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว พบร้อยละ 70 - 85 ของ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด โดยมากพบในอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 80 เริ่มจาก ติ่งเนื้อในลำไส้ชนิด Adenomatous polyps มาก่อน มีส่วนน้อยที่เป็น Non-polypoidal (Flat หรือ Depressed) Lesions และเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งลำไส้ (De novo cancers) ซึ่งการเกิดมะเร็งใน ลักษณะนี้พบมากขึ้นในคนเอเชีย

2. Familial CRC มีประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว ความผิดปกติอาจจะเกิด เนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรมหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน พบประมาณร้อยละ 20 - 25 ของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด

3. Hereditary CRC Syndrome พบประมาณร้อยละ 5 - 10 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทั้งหมด ซึ่งมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ได้แก่

3.1 Familial Polyposis (FAP)

Familial Adenomatous Polyposis (FAP) ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ Autosomal dominant ในลำไส้ใหญ่มี Adenomatous polyps หลายร้อยหรือหลายพันตั้งแต่อายุน้อย อายุเฉลี่ย ของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ 39 ปี

Other Polyposis Syndromes ได้แก่ Hamartomatous syndromes, Peutz-Jeghers syndrome และ Juvenile polyposis

3.2 Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer (HNPCC) ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ Autosomal dominant พบบ่อยกว่า FAP อายุเฉลี่ยของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ 45 ปีและมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งชนิดอื่น เช่น Endometrial cancer, Ovarian cancer และ Urinary tract cancer

ระบาดวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ทั่วโลกพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่จำนวน 1.8 ล้านราย และเสียชีวิต 935,000 ราย โดยคาดว่า การเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้น 60% ถึง 71.5% ภายในปี ค.ศ. 2035 (Araghi et al., 2018) ในเอเชียพบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 957,896 ราย และเสียชีวิต 461,422 ราย ในสหรัฐอเมริกาพบว่า 90% ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้รับการวินิจฉัยหลังอายุ 50 ปี โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหลังอายุ 40 ปี ในประเทศเกาหลี อุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 35 - 64 ปี เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป ในประเทศจีน ญี่ปุ่นและฮ่องกง พบว่าอุบัติการณ์และการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุเฉลี่ยของประชากร (Martin et al., 2019) สำหรับในประเทศไทย จากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 474 ราย เป็นผู้สูงอายุ 266 ราย คิดเป็น ร้อยละ 56.11 ของผู้ป่วยทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2566)

สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ

สาเหตุและปัจจัยของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่มีปัจจัยหลายอย่างเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (Non - modifiable risk factor)

1.1 อายุ ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยและร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีรายงานผลการศึกษาดังกล่าวถึงปัจจัยและกลไกต่างๆที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเกิดมะเร็งในวัยสูงอายุ พบว่าการเปลี่ยนแปลงการสะสมการกลายพันธุ์ของยีน (Gene) เป็นผลของเซลล์หรือเนื้อเยื่อต่างๆมีความสามารถในการจดจำเซลล์ลดลงเนื่องจากการสูญเสียกระบวนการควบคุมการเกิดเซลล์มะเร็งในผู้สูงอายุ (Behrens et al., 2014 อ้างถึงใน กชชุกร หว่างนุ่น, 2559)

1.2 พันธุกรรม ประวัติมะเร็งในครอบครัว ถ้าบุคคลในครอบครัว ญาติสายตรงตามลำดับแรก ได้แก่ พ่อ แม่ พี่น้อง มีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่าคนทั่วไป ผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1 ใน 3 มีสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งอื่น ๆ มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น และหากญาติสายตรงได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเมื่ออายุน้อยกว่า 60 ปี จะมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น โรคทางพันธุกรรมที่มีตั้งเนื้ออกที่กลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ (American Cancer Society, 2021)

Peutz - Jeghers Syndrome (PJS) โรคนี้อาจมีติ่งเนื้อพิเศษที่เรียก hamartomas ในทางเดินอาหารจะมีความเสี่ยงสูงเช่นเดียวกับมะเร็งอื่นๆ

MUTYH - associated polyposis (MAP) โรคนี้อาจมีการพัฒนาดังเนื้อในลำไส้จำนวนมากจนกลายเป็นมะเร็งและยังเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งอื่นๆของทางเดินอาหารและมะเร็งไทรอยด์ โรคนี้อาจเกิดจากการกลายพันธุ์ในยีน MUTYH และมักเป็นมะเร็งตั้งแต่อายุยังน้อย

โรคทางกรรมพันธุ์กรรมบางชนิด เช่น Hereditary nonpolyposis colon cancer (HNPCC หรือ Lynch syndrome) เป็นโรคกรรมพันธุ์ของ Autosomal dominant inheritance เกิดจากการกลายพันธุ์ 1 ใน 4 ยีนของระบบซ่อม DNA ไม่ตรงกันและเพิ่มความเสี่ยงอย่างเห็นได้ชัด มีความชุก 1 ใน 500 และทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2 - 3 เปอร์เซ็นต์

1.3 ผู้ที่เคยเป็นลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease) หากมีอาการลำไส้อักเสบ บวม เป็นแผล หรือโรคโครห์น (Crohn's disease) ลำไส้อักเสบเป็นเวลานาน หากไม่ได้รับการรักษามักพัฒนาเป็นเซลล์มะเร็งได้ตลอด

1.4 ประวัติมีติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากขึ้น โดยเฉพาะติ่งเนื้อที่มีขนาดใหญ่และจำนวนมากแม้ว่าจะตัดออกหมดแต่มีแนวโน้มจะเป็นชนิดใหม่ในส่วนอื่นๆของลำไส้

2. ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factor)

2.1 อาหาร อาหารที่มีเนื้อแดง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัวและเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ฮอทดอก และเนื้อ จากการศึกษาพบว่าผู้ที่รับประทานเนื้อแดงและเนื้อแปรรูป มีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้และทวารหนักสูงและเป็นปัจจัยที่เชื่อถือได้ (Pan et al., 2017) การปรุงเนื้อสัตว์ที่อุณหภูมิสูงมาก เช่น การทอดย่าง จะสร้างสารเคมีที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

2.2 น้ำหนักเกิน การมีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนมีความเชื่อมโยงอย่างชัดเจนกับความเสี่ยงโดยรวมที่เพิ่มขึ้นของโรคมะเร็ง จากการศึกษาของ American Cancer Society น้ำหนักตัวที่เกินเป็นสาเหตุของโรคมะเร็ง 11% ในผู้หญิง และประมาณ 5% ของมะเร็งในผู้ชายในสหรัฐอเมริกาและอีกประมาณ 7% เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด (American Cancer Society, 2020)

2.4 การสูบบุหรี่ บุหรี่มีสารก่อมะเร็งหลายชนิด และสารก่อมะเร็งเหล่านี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง DNA ที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อลำไส้และทวารหนัก เมื่อมีการสัมผัสสารเหล่านี้ผ่านการไหลเวียนหรือสัมผัสโดยตรง สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังและกระตุ้นการเพิ่มจำนวน และยับยั้งการตายของเซลล์มะเร็งลำไส้ใหญ่ (Akter et al., 2020)

2.5 คีโมแอลกอฮอล์ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความเชื่อมโยงกับการดื่มแอลกอฮอล์ โดยแอลกอฮอล์กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงของโครโมโซมของเซลล์ลำไส้ใหญ่ทำให้

กลายเป็นเซลล์มะเร็งได้ ผู้ที่ดื่มสุรานั้นมากกว่า 3 แก้วต่อวันมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 (American cancer society, 2020)

2.6 ความเครียด เมื่อร่างกายเกิดความเครียดสะสมจะมีการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลิน (Adrenaline) ออกมา เป็นผลให้เซลล์มะเร็งเจริญเติบโตและแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว (Sloan, 2020 อ้างถึงใน ปิยาภรณ์ อินทพลัญ และกนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, 2563)

การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความเสื่อมสภาพเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เมื่อเวลาผ่านไปมีการใช้งานมากและทำงานมานาน มีการเปลี่ยนแปลงโมเลกุลและโครงสร้างของเซลล์ การทำงานของภูมิคุ้มกันลดลง ซึ่งความเสื่อมสภาพเกิดขึ้นตั้งแต่ไขเริ่มปฏิสนธิและผลจากความเครียด การบาดเจ็บ การติดเชื้อ ภาวะทุพโภชนาการ ความผิดปกติของการเผาผลาญถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงหลายชนิดรวมทั้งมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทฤษฎีการสะสมการกลายพันธุ์ของยีนอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับมะเร็งเป็นกระบวนการความเสื่อมสภาพระดับเซลล์และระดับโมเลกุล การอักเสบเพิ่มความเสียหายการเกิดมะเร็งและนำไปสู่การกลายพันธุ์เริ่มต้นของยีน การแพร่กระจายของมะเร็งและกดภูมิคุ้มกันทำให้ภูมิคุ้มกันมะเร็งลดลง (Yue et al., 2020)

ทฤษฎีอนุมูลอิสระแห่งความชรา (Free Radical Theory of Aging) อธิบายว่า ความเสื่อมถอยของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้นเป็นผลจากการสะสมของความเสียหายระดับเซลล์และโมเลกุลที่เกิดจากอนุมูลอิสระ โดยเฉพาะอนุมูลออกซิเจน (Reactive Oxygen Species: ROS) ซึ่งเกิดจากกระบวนการเผาผลาญพลังงานในไมโทคอนเดรีย ROS เหล่านี้สามารถทำลายโครงสร้างภายในเซลล์ เช่น DNA ไขมันและโปรตีน ส่งผลให้เซลล์เสื่อมประสิทธิภาพและกลายพันธุ์ การกลายพันธุ์ของ DNA เป็นกลไกสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็ง รวมถึง มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal Cancer: CRC) โดย ROS สามารถเหนี่ยวนำให้เกิดการกลายพันธุ์ของยีนจำพวก tumor suppressor genes และ oncogenes ซึ่งนำไปสู่การแบ่งตัวผิดปกติของเซลล์เยื่อบุลำไส้ใหญ่จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการสะสมความเสียหายเนื่องจากเป็นบริเวณที่มีการแบ่งตัวของเซลล์อย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุ กลไกการป้องกันความเสียหายจาก ROS เช่น ระบบแอนติออกซิแดนท์ และการซ่อมแซม DNA จะลดประสิทธิภาพลงตามอายุ ทำให้ความเสียหายจาก ROS สะสมมากขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง นอกจากนี้ แม้ ROS จะมีบทบาทในการส่งสัญญาณและกระตุ้นการซ่อมแซมเซลล์เมื่ออยู่ในระดับต่ำ (ปรากฏการณ์ mitohormesis) แต่เมื่อ ROS สะสมในระดับสูงเกินควบคุมจะกลายเป็นปัจจัยก่อโรคที่สำคัญ โดยเฉพาะในการเหนี่ยวนำให้เกิดการอักเสบเรื้อรัง (chronic inflammation) ซึ่งเป็นภาวะที่เอื้อต่อการเกิดและลุกลามของมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Ziada et al., 2020)

กลไกของ Immunosenescence หรือการเสื่อมถอยของระบบภูมิคุ้มกันตามวัย พบว่าระบบภูมิคุ้มกันของผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพลดลงในหลายด้าน เช่น

- การตอบสนองของเซลล์ T และเซลล์ B ลดลง
- การผลิตแอนติบอดีมีคุณภาพต่ำลง
- ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอทำให้เซลล์ผิดปกติหรือเซลล์มะเร็งไม่ถูกทำลายได้ดี
- ภาวะ inflammaging (การอักเสบเรื้อรังในระดับต่ำ) ที่เพิ่มขึ้นส่งเสริมการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง

ผลจากการเสื่อมถอยของระบบภูมิคุ้มกันนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่อยู่เบื้องหลังทำไมผู้สูงอายุจึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดและการลุกลามของโรคมะเร็ง (Pawelec, 2017)

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาจเป็นได้ตั้งแต่ไม่มีอาการใดๆจนถึงมีอาการหลายอย่างขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาดและลักษณะอื่นทางกายภาพของก้อนมะเร็งและการลุกลามเข้าสู่อวัยวะอื่น ลักษณะที่เด่น คือ อาการเหล่านี้มักเริ่มทีละน้อย เป็นไปอย่างต่อเนื่องและรุนแรงขึ้นตามลำดับ ซึ่งใช้เวลานานในผู้ป่วยคนเดียวอาจมีอาการหลายอย่างร่วมกันได้ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ (สุวรรณณี สิริเลิศระกุล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์, ประไพ อธิยประยูร และเมี้ยนมนา จิระจรัส, 2555)

1. ถ่ายเป็นเลือด เป็นผลจากก้อนมะเร็งแตกเป็นแผลและมีเลือดออก เลือดที่ออกมานี้อาจจะปนหรือไม่ปนกับเนื้ออุจจาระก็ได้ เป็นได้ทั้งเลือดสีคล้ำ ดำแดง หรือแดงสด มักจะออกครั้งละไม่มากจะมีมูกปนหรือไม่ปนก็ได้ ผู้ที่เป็นมะเร็งใกล้ทวารหนักมักจะถ่ายเป็นเลือดสีแดงและมีอาการปวดเบ่ง ปวดถ่ายหรือถ่ายไม่สุดร่วมด้วย ผู้ที่ก้อนมะเร็งอยู่ลึกเลยตำแหน่งปากทวารขึ้นไปมากมักจะถ่ายเป็นเลือดแดงดำหรือดำคล้ำ บางรายเลือดออกน้อยจนมองไม่เห็นแต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบเลือดในอุจจาระ

2. ถ่ายอุจจาระผิดปกติ เช่น ถ่ายอุจจาระก้อนเล็กลง อุจจาระเป็นแท่งดินสอดหรือลักษณะแบนแบบรีบบิ้น จำนวนอุจจาระที่ถ่ายน้อยลง ความถี่การถ่ายอุจจาระลดลงหรือเพิ่มขึ้น หรือถ่ายท้องผูกสลับท้องเสีย อาการเหล่านี้เป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งที่ทำให้ลำไส้ตีบ

3. แน่นท้อง ปวดท้อง ท้องอืด อาการจะทุเลาเมื่อได้ถ่ายอุจจาระหรือผายลม อาการเหล่านี้จะพบได้เมื่อลำไส้ตีบลงมากและเมื่อตีบตันสนิทอาการเหล่านี้จะรุนแรงมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์อย่างรีบด่วน

4. อ่อนเพลีย ผอมลง เมื่ออาหาร มักจะพบในผู้ที่มะเร็งกระจายหรือลุกลามไปมากแล้ว ผู้ที่เสียเลือดอย่างเรื้อรังจากก้อนมะเร็งจนทำให้เกิดภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรงก็มีการอ่อนเพลียได้เช่นกัน

5. คลำได้ก้อนในช่องท้อง ก้อนที่ผู้ป่วยคลำได้อาจเป็นก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือก้อนมะเร็งที่กระจายไปยังอวัยวะในช่องท้อง อาการทั้งหมดดังกล่าวมานี้มิได้จำเพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือทวารหนักเท่านั้น ยังมีโรคอื่นๆที่อาจมีอาการเหล่านี้ได้เช่นกัน

บางรายมะเร็งลามไปที่ตับมีอาการดีซ่าน หรือบางรายหายใจลำบากเนื่องจากมะเร็งลุกลามไปที่ปอด อาการเหล่านี้หลายอย่างอาจเกิดจากภาวะอื่นๆที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น การติดเชื้อ ริดสีดวงหรือลำไส้แปรปรวน (American Cancer Society, 2020) ในระยะที่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งจะลุกลามไปเนื้อเยื่ออื่นๆ หรืออวัยวะใกล้เคียง รวมถึงการแพร่กระจายเข้าสู่ระบบหลอดเลือดและน้ำเหลืองแล้วกระจายไปตามระบบไหลเวียนเลือดต่างๆส่วนใหญ่กระจายไปสู่อวัยวะ เช่น ตับ (liver) พบได้ร้อยละ 70 รองลงมาคือ ปอด (lung) ร้อยละ 30 - 40 เยื่อช่องท้อง (peritoneal) ร้อยละ 20 และกระดูก (bone) ร้อยละ 12 นอกจากนี้ยังสามารถกระจายไปในระบบประสาท (nervous system) (Riihi maki et al., 2016 อ้างถึงใน วีรวัฒน์ ทางธรรม, สุจิรา พึ่งเฟื่อง, ผ่องพรรณ ภาโว, สมศรี ทิพย์ประสพโชค และสารนิติ บุญประสพ, 2020)

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การพยากรณ์โรคที่สำคัญ คือ ระยะของโรคที่เป็น (Surgical - pathological Staging) ซึ่งมีอยู่หลายระบบ ระบบที่นิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบันคือ Dukes' Classification และ TNM Classification (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2566)

1. Basic Dukes' System ประกอบด้วย

Dukes' A มะเร็งอยู่ที่ผนังลำไส้เท่านั้น

Dukes' B มะเร็งลุกลามทะลุผนังลำไส้ใหญ่

Dukes' C มะเร็งลุกลามไปถึงต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง

Dukes' D มะเร็งมีการแพร่กระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่ไปสู่อวัยวะอื่นๆ

2. ระบบการแบ่งระยะที่ใช้บ่อยที่สุดสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ

ระบบ American Joint Committee on Cancer (AJCC) ดังนี้ (American Cancer Society, 2024)

1. ขอบเขต (ขนาด) ของเนื้องอก (T) มะเร็งเติบโตเข้าไปในผนังลำไส้หรือทวารหนักได้ไกลแค่ไหน

2. การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในบริเวณใกล้เคียง (N) มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงหรือไม่

3. การแพร่กระจาย (metastasis) ไปยังตำแหน่งที่ห่างไกล (M) มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ห่างไกล เช่น ตับ ปอด เป็นต้น

ตารางที่ 1 การแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่ (American Cancer Society, 2024)

AJCC Stage	Stage grouping	Stage description
0	Tis N0 M0	มะเร็งอยู่ในระยะเริ่มต้นที่สุด ระยะนี้เรียกอีกชื่อหนึ่งว่า มะเร็งในสถานที่ (carcinoma in situ) หรือ มะเร็งในชั้นเยื่อ (intramucosal carcinoma) (Tis) ยังไม่ได้เจริญเติบโตออกไปนอกชั้นในสุด (muscularis mucosa) ของลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก
I	T1 or T2 N0 M0	มะเร็งได้เจริญเติบโตผ่านชั้นกล้ามเนื้อเยื่อ (muscularis mucosa) ไปยังชั้นใต้เยื่อ (submucosa) (T1) และอาจได้เจริญเติบโตไปยังชั้นกล้ามเนื้อของผนังลำไส้ (muscularis propria) (T2) แต่มันยังไม่ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (N0) หรือไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย (M0)
IIA	T3 N0 M0	มะเร็งได้เจริญเติบโตไปยังชั้นนอกสุดของลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก แต่ยังไม่สามารถเจาะผ่านชั้นเหล่านั้นได้ (T3) ยังไม่ได้ไปถึงอวัยวะใกล้เคียง และยังไม่ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (N0) หรือไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย (M0)
IIB	T4a N0 M0	มะเร็งได้เจริญเติบโตผ่านผนังของลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก แต่ยังไม่เติบโตไปยังเนื้อเยื่อหรืออวัยวะใกล้เคียงอื่นๆ (T4a) ยังไม่ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (N0) หรือไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย (M0)
IIC	T4b N0 M0	มะเร็งได้เจริญเติบโตผ่านผนังของลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก และได้ยึดติดหรือเจริญเติบโตไปยังเนื้อเยื่อหรืออวัยวะใกล้เคียงอื่นๆ (T4b) ยังไม่ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (N0) หรือไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย (M0)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

AJCC Stage	Stage grouping	Stage description
IIIA	T1 or T2 N1/N1c M0	มะเร็งได้เจริญเติบโตผ่านชั้นกล้ามเนื้อเยื่อ (muscularis mucosa) ไปยังชั้นใต้เยื่อ (submucosa) (T1) และอาจได้เจริญเติบโตไปยังชั้นกล้ามเนื้อของผนังลำไส้ (muscularis propria) (T2) ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง 1 ถึง 3 ต่อมน (N1) หรือ ไปยังพื้นที่ของไขมัน ใกล้กับต่อมน้ำเหลืองแต่ไม่ใช่ตัวต่อมน้ำเหลืองเอง (N1c) แต่ยังไม่ได้แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย (M0)
	หรือ	
	T1 N2a M0	มะเร็งได้เจริญเติบโตผ่านชั้นกล้ามเนื้อเยื่อ (muscularis mucosa) ไปยังชั้นใต้เยื่อ (submucosa) (T1) ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง 4 ถึง 6 ต่อมน (N2a) แต่ยังไม่ได้แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย (M0)
IIIB	T3 or T4a N1/N1c M0	มะเร็งได้เจริญเติบโตไปยังชั้นนอกสุดของลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก (T3) หรือ ผ่านผนังของลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก (รวมถึงเยื่อช่องท้องภายใน) (T4a) แต่ยังไม่ไปถึงอวัยวะใกล้เคียง ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง 1 ถึง 3 ต่อมน (N1a หรือ N1b) หรือ ไปยังพื้นที่ของไขมัน ใกล้กับต่อมน้ำเหลืองแต่ไม่ใช่ตัวต่อมน้ำเหลืองเอง (N1c) แต่ยังไม่ได้แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย (M0)
	หรือ	
	T2 or T3 N2a M0	มะเร็งได้เจริญเติบโตไปยังชั้นกล้ามเนื้อของผนังลำไส้ (muscularis propria) (T2) หรือไปยังชั้นนอกสุดของลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก (T3) ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง 4 ถึง 6 ต่อมน (N2a) แต่ยังไม่ได้แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย (M0)
	หรือ	
	T1 or T2 N2b M0	มะเร็งได้เจริญเติบโตผ่านชั้นกล้ามเนื้อเยื่อ (muscularis mucosa) ไปยังชั้นใต้เยื่อ (submucosa) (T1) และอาจได้เจริญเติบโตไปยังชั้นกล้ามเนื้อของผนังลำไส้ (muscularis propria) (T2) ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง 7 ต่อมนหรือมากกว่า (N2b) แต่ยังไม่ได้แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย (M0)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

AJCC Stage	Stage grouping	Stage description
IIIC	T4a N2a M0	มะเร็งได้เจริญเติบโตผ่านผนังของลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก (รวมถึงเยื่อช่องท้องภายใน) แต่ยังไม่ไปถึงอวัยวะใกล้เคียง (T4a) ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง 4 ถึง 6 ต่อมน (N2a) แต่ยังไม่ได้แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย (M0)
	หรือ	
	T3 or T4a N2b M0	มะเร็งได้เจริญเติบโตไปยังชั้นนอกสุดของลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก (T3) หรือผ่านผนังของลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก (รวมถึงเยื่อช่องท้องภายใน) (T4a) แต่ยังไม่ไปถึงอวัยวะใกล้เคียง ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง 7 ต่อมนหรือมากกว่า (N2b) แต่ยังไม่ได้แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย (M0)
	หรือ	
	T4b N1 or N2 M0	มะเร็งได้เจริญเติบโตผ่านผนังของลำไส้ใหญ่หรือทวารหนักและได้ยึดติดหรือเจริญเติบโตไปยังเนื้อเยื่อหรืออวัยวะใกล้เคียงอื่นๆ (T4b) ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงอย่างน้อย 1 ต่อมนหรือไปยังพื้นที่ของไขมันใกล้เคียงกับต่อมน้ำเหลือง (N1 หรือ N2) แต่ยังไม่ได้แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย (M0)
IVA	Any T Any N M1a	มะเร็งอาจหรืออาจจะไม่ได้เจริญเติบโตผ่านผนังของลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก (Any T) อาจจะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (Any N) หรือไม่ก็ได้ แต่ได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะห่างไกล 1 ชั้น (เช่น ตับหรือปอด) หรือกลุ่มต่อมน้ำเหลืองห่างไกล แต่ยังไม่ไปยังส่วนห่างไกลของเยื่อช่องท้อง (เยื่อต่อมท้อง) (M1a)
IVB	Any T Any N M1b	มะเร็งอาจหรืออาจจะไม่ได้เจริญเติบโตผ่านผนังของลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก (Any T) อาจจะไม่ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (Any N) หรือแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง และได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะห่างไกลมากกว่าหนึ่งชั้น (เช่น ตับหรือปอด) หรือกลุ่มต่อมน้ำเหลืองห่างไกล แต่ยังไม่ไปยังส่วนห่างไกลของเยื่อช่องท้อง (เยื่อต่อมท้อง) (M1b)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

AJCC Stage	Stage grouping	Stage description
IVC	Any T Any N M1c	มะเร็งอาจหรืออาจจะไม่ได้เจริญเติบโตผ่านผนังของลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก (Any T) อาจแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (Any N) หรือไม่แพร่กระจาย และได้แพร่กระจายไปยังส่วนห่างไกลของเยื่อช่องท้อง (เยื่อต่อมท้อง) และอาจหรืออาจจะไม่ได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะห่างไกลหรือกลุ่มต่อมน้ำเหลืองห่างไกล (M1c)

หมวดหมู่เพิ่มเติมที่ไม่ได้ระบุในตารางข้างต้นมีดังนี้:

- TX: ไม่สามารถประเมินมะเร็งหลักได้เนื่องจากขาดข้อมูล
- T0: ไม่มีหลักฐานของมะเร็งหลัก
- NX: ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองในบริเวณที่เกี่ยวข้องได้เนื่องจากขาดข้อมูล

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้ได้ผลดีต้องเป็นการรักษาแบบสหสาขาวิชา ประกอบด้วย การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัดและการให้รังสีรักษา โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย (วิษณุ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ ศุภกร โยธิน, อาคม ชัยวิระวัฒน์ และวีรวุฒิ อิ่มสำราญ, 2564) ดังนี้

การรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery)

จุดมุ่งหมายหลักเพื่อเอาก้อนมะเร็งออกจากร่างกาย โดยการผ่าตัดเอาลำไส้ที่เป็นมะเร็งออกพร้อมต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียง หลังจากนั้นแพทย์จะทำการต่อลำไส้ที่เหลือเข้าด้วยกันใหม่ ถ้ายังไม่สามารถต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกัน อาจเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนังหน้าท้องเพื่อขับถ่ายอุจจาระเป็นการชั่วคราวหรือถาวร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วยและก้อนมะเร็งมีการลุกลามไปมากน้อยแค่ไหน การเปิดลำไส้ออกทางผนังหน้าท้องเป็นการเปลี่ยนทิศทางการเดินทางของทางเดินอาหารที่ถูกขับถ่ายออกจากร่างกาย การเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้องนี้เรียกว่า ทวารเทียม (colostomy) (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2561)

การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy/ Radiation)

การให้รังสีรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่จะให้รังสีเฉพาะบริเวณรอยโรคเดิมและ/หรือตำแหน่งที่อาจมีรอยโรคเหลืออยู่เท่านั้น (Local field irradiation) ไม่นิยมให้รังสีคลุมบริเวณต่อมน้ำเหลืองเฉพาะที่

ร่วมไปด้วย การกำหนดขอบเขตการฉายรังสี ทำได้โดยใช้ภาพจาก CT abdomen ก่อนการผ่าตัด และ/หรือ Surgical clip ซึ่งศัลยแพทย์ได้วางไว้ในตำแหน่งที่ยังมีหรืออาจมีโรคเหลืออยู่ ขอบเขตการฉายรังสีตำแหน่งที่มี Surgical clip และเพิ่มขอบเขตโดยรอบอีก 3 - 5 เซนติเมตร ใช้เครื่องฉายรังสี Linear accelerator หรือ cobalt -60 unit วิธีการฉายรังสี Conventional Radiation หรือ 3D - Conformal Radiation หรือ Intensity modulated radiation therapy (IMRT) ปริมาณรังสี 1.8 - 2 Gy/ครั้ง, วันละ 1 ครั้ง, สัปดาห์ละ 5 วัน ปริมาณรังสีรวม 45 - 50 Gy/ 25 - 28 ครั้ง (1.8 - 2.0 Gy/ครั้ง, 5 ครั้ง/สัปดาห์) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

การรักษาด้วยยาภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy)

การรักษาที่ออกฤทธิ์ที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้เม็ดเลือดขาวให้มีความสามารถมากขึ้น มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะไปทำลายสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย เช่น เซลล์มะเร็ง ยาไม่ได้ออกฤทธิ์ไปทำลายเซลล์มะเร็งโดยตรง ยากลุ่มภูมิคุ้มกันบำบัดเหล่านี้จะไปเสริมประสิทธิภาพของเม็ดเลือดขาว เช่น T-cell lymphocyte, NK cell ให้ตรวจจับและทำลายเซลล์มะเร็ง ประเด็นที่สำคัญอีกอย่างของยากลุ่มนี้ คือ ผลข้างเคียงไม่มากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทนยาได้ดี (สุคปริดา ชัยนิธิกรณ, 2565)

การรักษาด้วยยามุ่งเป้า (Targeted therapy)

เป็นการรักษาใหม่เพื่อยับยั้งมะเร็งโดยตรงเป้าหมาย ได้แก่

1. กลุ่มยายับยั้งกระบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่ (anti-angiogenesis) ได้แก่ bevacizumab, aflibercept, ramucirumab และ regorafenib เป็นยากลุ่มหลักที่สามารถพิจารณาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจาย โดยพิจารณาให้ยา bevacizumab, aflibercept หรือ ramucirumab ร่วมกับยาเคมีบำบัดโดยยา bevacizumab สามารถพิจารณาให้ร่วมกับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX, CapeOx หรือ FOLFIRI แต่ยา aflibercept และ ramucirumab สามารถพิจารณาให้ร่วมกับสูตรยา FOLFIRI เท่านั้น ส่วนยา regorafenib ใช้เป็นยาเดี่ยว (monotherapy) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจายที่โรคลุกลามเพิ่มขึ้น หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด fluorouracil, oxaliplatin, irinotecan และ anti-EGFR (กรณี RAS wild type) ไปแล้วโดยพบว่ายา regorafenib สามารถเพิ่มระยะเวลาการรอดชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก

2. ยายับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง (Anti-epidermal growth factor receptor) ได้แก่ ยา cetuximab และ panitumumab เป็นยากลุ่มหลักที่สามารถพิจารณาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจายได้ การเลือกผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาด้วยยา anti-EGFR จำเป็นต้องมีการตรวจการกลายพันธุ์ของยีนชนิด RAS wild type โดยแนะนำให้ตรวจการกลายพันธุ์ของยีน KRAS exon 2,3,4 และ NRAS exon 2, 3, 4 หรือที่เรียกว่า extended RAS analysis ในผู้ป่วยทุกรายเนื่องจากข้อมูลจากการศึกษาในชั้นเนื้อตัวอย่างของผู้ป่วยในการวิจัยคลินิกของทั้งยา cetuximab และ panitumumab

พบว่า การตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน RAS ดังกล่าวสามารถแยกผู้ป่วยที่ได้และไม่ได้รับประโยชน์จากยา anti-EGFR (Douillard et al., 2013 อ้างถึงใน ฉันทนา บุญใจ, 2567)

สำหรับอาการข้างเคียงที่สามารถพบได้บ่อยจากยามุ่งเป้า มีดังนี้

1. ยับยั้งกระบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เลือดออกง่าย แผลแยกไม่ติด ภาวะอาหารและลำไส้ทะลุ การมีโปรตีนในปัสสาวะ เป็นต้น
2. ยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง เช่น ท้องเสีย ผื่น ผิวแห้ง ลอก ผิวไวต่อแสงแดด เป็นต้น

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)

ยาเคมีบำบัด (chemotherapeutic agents) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการทำลายเซลล์มะเร็ง โดยมีคุณสมบัติในการยับยั้งการเจริญเติบโตหรือหยุดการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง โดยกลไกที่สำคัญคือ ยับยั้งการสร้างโปรตีน (inhibition of protein synthesis) และยับยั้งการแบ่งตัวในวงจรชีวิตของเซลล์มะเร็ง (Inhibition of cell-cycle) ในปัจจุบันยาเคมีบำบัดถูกใช้เป็นการรักษาหลักหรือถูกใช้เป็นการรักษา ร่วมกับการผ่าตัด การฉายรังสีและรวมไปถึงการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน (immunotherapy) เพื่อให้ บรรลุวัตถุประสงค์ในการรักษา คือ การรักษาให้หายขาด (cure) การควบคุมโรค (control) หรือการรักษาแบบประคับประคอง (palliation) ยาต้านมะเร็งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ ที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่น เซลล์ของเยื่อทางเดินอาหาร ผมและเซลล์ไขกระดูก ในทางปฏิบัติมีการใช้ เซลล์ไขกระดูกในการชดเชยความเพียงพอและเหมาะสมของขนาดยาเคมีบำบัดเนื่องจากผลในการกดไขกระดูกอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (สุภัทร์ สุบงกช และคณะ, 2560)

การให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

การรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัดในมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้นควรพิจารณาให้ในผู้ป่วยระยะที่ 3 ทุกคนและผู้ป่วยระยะที่ 2 ที่มีความเสี่ยงโรคกลับเป็นซ้ำสูงโดยควรเริ่มภายใน 4 - 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด กลุ่มยาเคมีบำบัดที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ มี 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มอัลคิลเลตติ้งเอเจนต์ (Alkylating agent) ได้แก่ Oxaliplatin
2. กลุ่มแอนติเมตาบอไลต์ (Antimetabolites) ได้แก่ 5-FU, Leucovorin และ Xeloda
3. กลุ่มTopoisomerase inhibitor ได้แก่ Irinotecan

ข้อแนะนำในการรักษา มีดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 1 ไม่แนะนำให้ยาเคมีบำบัดเสริมหลังการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 2 ให้ยาเคมีบำบัดเสริมหลังการผ่าตัด (adjuvant chemotherapy) ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ยาเคมีบำบัดเสริมที่แนะนำ

ได้แก่ 5-FU/ leucovorin, tegafur + uracil/leucovorin หรือ capecitabine แต่ทั้งนี้การเฝ้าระวังโรค (surveillance) เพียงอย่างเดียวโดยไม่ให้ยาเคมีบำบัดถือเป็นทางเลือกการรักษาที่ทำได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

3. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3 แนะนำให้ยาเคมีบำบัดเสริมหลังการผ่าตัด โดยยาเคมีบำบัดเสริมที่แนะนำให้ใช้ ได้แก่ FOLFOX4, mFOLFOX6, FLOX, CapeOx, capecitabine หรือ 5FU/ LV โดยการให้ยาออกซาลิพลาทิน (oxaliplatin) ร่วมด้วย สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีพแบบปลอดโรคกลับเป็นซ้ำและการรอดชีพรวมเมื่อเปรียบเทียบกับการให้ยา fluoropyrimidine เพียงอย่างเดียว

4. ระยะเวลาการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3 สามารถพิจารณาให้ยา 3 หรือ 6 เดือนในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำต่ำ (T1-3 และ N1) สามารถพิจารณาให้ยาสูตร แคพออก (CapeOx) 3 เดือนหรือยาสูตรอื่นเป็นเวลา 6 เดือน แต่ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำสูง (T4 หรือ N2) ควรพิจารณาให้ยาเป็นเวลา 6 เดือน อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงสะสมระดับรุนแรง โดยเฉพาะอาการข้างเคียงต่อเส้นประสาทสามารถพิจารณาให้ยา 3 - 6 เดือนได้ สำหรับยาสูตร FOLFOX-4, mFOLFOX-6, FLOX, capecitabine และ 5FU/leucovorin ควรให้ยาเป็นเวลา 6 เดือน ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปีได้ประโยชน์จากการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดไม่ต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า แพทย์สามารถพิจารณาให้ยา 5 FU/LV หรือ capecitabine (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ประไพ เริงทวี, 2564)

ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในปัจจุบันแพทย์จะพิจารณาการรักษาตามระยะของโรคและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย มีดังนี้

1. สูตรลิโวโล/ไฟว์เอฟยู (LV/5FU) คือ ยาโพลีนิคแอซิดหรือลิโวโลโวริน (Folic acid, leucovorin) และไฟว์เอฟยู (5FU, 5Fluorouracil) ได้แก่

1.1 สูตรลิโวโล/ไฟว์เอฟยู 1 (LV/5FU1) เป็นยาฉีด 5 วันติดต่อกันต่อ 1 ชุดการรักษา ทุก 28 วัน ให้ทั้งหมด 6 ชุด เป็นเวลา 6 เดือน

1.2 สูตรลิโวโล/ไฟว์เอฟยู 2 (LV/5FU2 De Gramont) คือ ยาโพลีนิคแอซิดและไฟว์เอฟยู สูตรนี้ให้ 2 วัน ติดต่อกันทุก 2 สัปดาห์ ทั้งหมด 12 ชุด

2. สูตรฟอล์ฟอกซ์ (FOLFOX) ประกอบด้วยยาฉีด 3 ชนิด คือ ยาโพลีนิคแอซิด ไฟว์เอฟยู และออกซาลิพลาทิน (Oxaliplatin) สูตรนี้ให้ทุก 2 สัปดาห์ ต่อ 1 ชุดการรักษา ทั้งหมด 12 ชุด

3. สูตรฟอล์ฟิรี (FOLFIRI) ประกอบด้วยยาฉีด 3 ชนิด คือ อิริโนทีแคน (Irinotecan) โพลีนิคแอซิด และไฟว์เอฟยู ให้ทุก 2 สัปดาห์ ต่อ 1 ชุดการรักษา ทั้งหมด 12 ชุด หรือจนกว่าโรคจะสงบ

4. สูตรเคปไซทาบิน (Capecitabine) เป็นยาเม็ดชนิดรับประทาน มีขนาด 500 มิลลิกรัม และ 150 มิลลิกรัมรับประทาน เข้า เย็น ติดต่อกัน 14 วัน พัก 1 สัปดาห์ ต่อ 1 ชุดรักษา รวม 8 ชุดหรือ 6 เดือน

5. สูตรซีล็อก/แคฟพอก (XELOX / CAPOX) ประกอบด้วยยา 2 ชนิด คือ ยาเม็ดเคปไซทาบิน และยาฉีดออกซาลิพลาติน โดยให้ยานี้ในวันแรกและยาเคปไซทาบินรับประทาน 14 วัน พัก 1 สัปดาห์ ต่อ 1 ชุดการรักษา ทั้งหมด 6 ชุด

6. สูตรยามุ่งเป้า (Targeted therapy) ปัจจุบันมียาฉีด 3 ชนิด คือ ยาบีวาซิซูแมบ (Bevacizumab) ชื่อการค้าว่า อวาสติน (Avastin) ยาซิทูซิแมบ (Cetuximab) ชื่อการค้าว่า เออร์บิทัก (Erbix) และยาพานิทูแมบ (Panitumumab) ชื่อการค้าว่า เวคติบิก (Vectibix) วิธีการให้ยา ดังนี้

6.1 ยาบีวาซิซูแมบ ให้คู่กับยาเคมีบำบัดสูตรฟอล์ฟอกซ์หรือสูตรฟอล์ฟิริ ทุก 2 สัปดาห์

6.2 ยาบีวาซิซูแมบ ให้คู่กับยาเคมีบำบัดสูตรซีล็อก/แคฟพอก ทุก 3 สัปดาห์

6.3 ยาซิทูซิแมบ ฉีดทุก 1 สัปดาห์ ให้คู่กับยาเคมีบำบัดสูตรฟอล์ฟอกซ์ หรือสูตรฟอล์ฟิริทุก 3 สัปดาห์

6.4 ยาพานิทูแมบ ให้คู่กับยาเคมีบำบัดสูตรฟอล์ฟอกซ์หรือฟอล์ฟิริทุก 2 สัปดาห์ ข้อควรระวังพิเศษของยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดที่ใช้รักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีดังนี้ (ประไพ เริงทวี, 2564)

1. ยาไฟว์ เอฟ ยู (5 - FU) อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บปาก แผลในปาก ท้องเสีย ผื่นคัน เล็บมือ เล็บเท้าคล้ำ หลอดเลือดที่เคี้ยวให้ชาดำเป็นลายกึ่งไม้ตามลักษณะของหลอดเลือด ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อยาแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายมีอาการข้างเคียงเพียงเล็กน้อยในขณะที่ผู้ป่วยบางรายมีอาการข้างเคียงมาก

2. ยาออกซาลิพลาติน (Oxaliplatin) ยานี้มีผลทำลายต่อระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้ชาหรือสูญเสียความรู้สึกบริเวณปลายมือ ปลายเท้า หรือมีอาการปวดร่วมด้วย อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างให้ยาหรือหลังจากได้รับยาถ้าผู้ป่วยได้สัมผัสกับความเย็น เช่น ดื่มน้ำเย็น อยู่ในห้องแอร์ เย็นๆ จับตู้เย็น

อาการข้างเคียงต่อไปนี้เป็นอาการที่พบได้ไม่บ่อยแต่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการรักษาด้วยยาออกซาลิพลาติน คือ มีความรู้สึกเหมือนหายใจได้ไม่เต็มที่ กลืนอาหาร หรือพูดลำบาก รู้สึกตึงบริเวณขากรรไกร รู้สึกแน่นหน้าอก อาการเหล่านี้จะไม่เป็นอันตรายแต่อาการจะแย่ลงถ้ามีการสัมผัสกับอากาศเย็น อาการเหล่านี้จะหายไปหลังหยุดยา 4 - 6 สัปดาห์

ปฏิกิริยาภูมิไวต่อร่างกาย (hypersensitivity reaction)

เป็นอาการที่เกิดขึ้นขณะได้รับยาออกซาลิฟลาติน ได้แก่ ผื่นแดงตามตัว ใบหน้าร้อน ฝ่ามือบวม คันทั่วตัว อาจมีอาการไอ หายใจลำบาก เหนื่อย แน่นหน้าอก หรือมีอาการทางตา น้ำตาไหล มองเห็นไม่ชัด ถ้ามีอาการขณะบริหารยาต้องแจ้งพยาบาลทราบทันทีที่จะได้ช่วยเหลือได้

3. ยาเคพไซทาบิน (Capecitabine) เป็นยาเคมีบำบัดชนิดเม็ดรับประทานโดยการกลืนเม็ด ยาพร้อมน้ำเปล่า 30 นาทีหลังรับประทานอาหารวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็นห่างกัน 12 ชั่วโมง

อาการข้างเคียงของยาเคพไซทาบินที่อาจพบได้บ่อย คือ

คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เจ็บปากเจ็บคอ และอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า (hand-foot syndrome) ซึ่งอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้าสามารถแบ่งระดับ ความรุนแรงได้ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ผิวแห้ง สีผิวคล้ำลง หรือบวมแดง แต่ไม่มีอาการปวด

ระดับที่ 2 อาการเหมือนระดับที่ 1 และมีอาการปวดหรือเจ็บๆ คัน คล้ายถูกเข็มตำ

ระดับที่ 3 ผิวหนังอักเสบ เป็นแผลและไม่สามารถทำงานได้

4. ยาอิริโนทีแคน (Irinotecan) เป็นยาผสมในสารละลายน้ำเกลือหยดเข้าเส้นเลือด ผลข้างเคียงที่พบบ่อยทำให้เกิดอาการท้องเสีย ผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดนี้แพทย์อาจสั่งยาแก้ท้องเสียชื่อ ยาโลเพอราไมด์ (Loperamide hydrochloride) ชื่อการค้า คือ อิม โมเดียม (Imodium) ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ไปด้วย ถ้าหากมีอาการท้องเสีย ให้รับประทานยาทันทีครั้งละ 2 แคปซูล หลังจากนั้นครั้งละ 1 แคปซูล ทุก 2 ชั่วโมงจนกระทั่งหยุดท้องเสียเป็นเวลา 12 ชั่วโมง ห้ามรับประทานเกิน 14 เม็ดต่อวัน หาก รับประทานยาครบแล้วอาการไม่ดีขึ้นให้ไปโรงพยาบาล

ข้อควรระวังของยามุ่งเป้า (Targeted therapy) มีดังนี้ (ประไพ เสงษ์ทวี, 2564)

1. ยาปีวาซิซูแมบ ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ภาวะลิ้มเลือดออก ตัน เลือดออกง่าย แผลแยกไม่ติด ดังนั้นควรสังเกตอาการต่างๆ เช่น อาการปวดท้องเกิดจากแผลในกระเพาะอาหาร หรืออาการปวดท้องรุนแรงฉับพลันจากลำไส้ทะลุหรือมีเลือดออกผิดปกติตามอวัยวะต่างๆ เช่น เลือดกำเดาไหล ไอหรืออาเจียนมีเลือดปน ปัสสาวะมีเลือดปน ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ อาการปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบซึ่งเป็นอาการความดันโลหิตสูงรุนแรง บวมที่แขนและขา หายใจลำบากนอนราบไม่ได้ ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติหงุดหงิด ระวังอุบัติเหตุของมีคมเพื่อป้องกันการเกิดบาดแผล หลังผ่าตัดใหม่ๆไม่ควรให้ยาชนิดนี้ต้องรอให้แผลหายดีก่อน

2. ยาซิทูซิแมบและยาพานิทูแมบผลข้างเคียงจะเหมือนกัน ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ ท้องเสีย และมีผื่น ผิวแห้ง ลอก ผิวหนังไวต่อแสงแดดทำให้เกิดไหม้ดำได้ ผื่นลักษณะคล้ายสิวมักเกิด

บริเวณหน้า ทรวงอก ด้านบนและหลังหรืออาจเกิดที่บริเวณอื่นๆของร่างกายร่วมกับการอักเสบ ผิว
แห้ง จึงทำให้เกิดอาการคัน อาการต่างๆจะหายไปประมาณ 2 เดือนหลังสิ้นสุดการรักษา

อาการข้างเคียงอื่นๆ

เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีฤทธิ์ทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็ว ได้แก่
ไขกระดูก ระบบทางเดินอาหาร รากผม ขน ฯลฯ ซึ่งอาการข้างเคียงจะเกิดขึ้นชั่วคราวและจะหายไป
เมื่อสิ้นสุดการรักษา ผลข้างเคียงนอกจากจะขึ้นอยู่กับชนิดของยา ยังขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของ
ผู้ป่วยด้วย กล่าวคือ ยาชนิดเดียวกันบางคนอาจมีอาการข้างเคียงมาก ในขณะที่บางคนไม่มีอาการแพ้อะ
ไรเลยเนื่องจากร่างกายแข็งแรงและเซลล์ปกติฟื้นตัวเร็ว ถ้ามีอาการไม่สุขสบายจากฤทธิ์ข้างเคียง
ของยาควรปรึกษาแพทย์ พยาบาลเพื่อหาวิธีการแก้ไข

1. เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ

ยาต้านมะเร็งส่วนมากมีผลต่อการทำงานของไขกระดูก ไขกระดูกเป็นอวัยวะที่สร้างเม็ด
เลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด ซึ่งเม็ดเลือดและเกล็ดเลือดนี้มีบทบาทสำคัญต่อการทำงาน
ของร่างกาย จะพบว่าเม็ดเลือดทั้ง 3 ชนิด อาจลดลงหลังได้รับยาเคมีบำบัดขึ้นกับชนิดของเม็ดเลือด

2. ยาเคมีบำบัดมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร

2.1 คลื่นไส้และอาเจียน

ยาเคมีบำบัดบางชนิดทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน เนื่องจากฤทธิ์ของยาระคาย
เคืองเยื่อกระเพาะอาหารและศูนย์ควบคุมการอาเจียนภายในสมอง ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับ
ชนิด และปริมาณของยาเคมีบำบัดแต่ละชนิด

2.2 เบื่ออาหาร

เป็นอาการที่พบบ่อยเมื่อรับยาเคมีบำบัด ไม่อยากรับประทานอาหารและน้ำทำให้
ร่างกายอ่อนเพลียและขาดสารอาหารซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษา

2.3 ท้องเสีย

ยาเคมีบำบัดบางชนิดทำลายเซลล์เยื่อผิวผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทำให้
ท้องเสีย ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำหรืออุจจาระเหลวมากขึ้นกว่าเดิมเป็นเหตุให้ร่างกายขาดน้ำ กลืนแระ เกิด
อาการอ่อนเพลีย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

บทบาทหน้าที่พยาบาล คือ การสนับสนุนผู้ป่วยในการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อรักษา
สุขภาพ รวมถึงการสื่อสารและการฟังอย่างกระตือรือร้นในการสนทนา เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจและ
บอกอาการตั้งแต่แรก การสนับสนุนทางการพยาบาลอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การดูแล
รายบุคคลควรประเมินตามเวลาจริงและซ้ำๆระหว่างให้ยาเคมีบำบัด (Drott et al., 2018)

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (ปิยาภรณ์ อินทพลัญ และกนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, 2020)

1. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักก่อนได้รับยาเคมีบำบัด บทบาทพยาบาลควรประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่

1.1 พยาบาลควรตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยก่อนให้ยาเคมีบำบัด การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ โรคที่ได้รับการวินิจฉัยล่าสุด ประวัติการรักษาโรค ประวัติการแพ้และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ผ่านมา แผนการรักษา อาการข้างเคียง ทักษะคิด ความเชื่อ ความหวังต่อการรักษาและการปฏิบัติตนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการรักษา

1.2 การประเมินสัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง พื้นที่ผิวของร่างกาย (body surface area: BSA) อายุและผลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count) การทำงานของไต (Creatinine) การทำงานของตับ (liver function test) และสารอิเล็กโทรไลต์ (electrolytes) ก่อนได้รับยาเคมีบำบัดและพยาบาลควรยืนยันกับผู้เชี่ยวชาญ หากผลทางห้องปฏิบัติการไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยค่าปกติของ CBC ประกอบด้วยค่า Hemoglobin คูปริมาณเม็ดเลือดแดงควรมีค่าตั้งแต่ 14 g/dL (เพศชายปกติ 13-18 g/dL, เพศหญิงปกติ 12-16 g/dL) ค่า White Blood Cell คูปริมาณเม็ดเลือดขาวควรมีค่า 4,000 - 10,000 $cell/mm^3$ ร่วมกับพิจารณา Absolute Neutrophil Count ควรมีค่ามากกว่า 1,500 $cell/mm^3$ (ค่าปกติ 2,500 - 8,000 mm^3) และค่า Platelets คูปริมาณเกล็ดเลือด ควรมีค่า 140,000 - 400,000 mm^3 (ค่าปกติ 145,000 - 450,000 mm^3) ทั้งนี้ แพทย์จะประเมินตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

1.3 การประเมินสมรรถนะทางกายผู้ป่วย (Performance status) ใช้ประเมินสมรรถภาพการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน หากผู้ป่วยมีสมรรถนะทางกายไม่ดี ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทนต่อการรักษาและผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมิน ได้แก่ Karnofsky Scale ในผู้ใหญ่ไม่ต่ำกว่า 60% หรือ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance ไม่ควรเกิน 2

1.4 ผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต้องให้ความยินยอมก่อนได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Inform consent)

1.5 การประเมินด้านจิตใจ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งร้ายใหม่มักจะได้รับผลกระทบต่อจิตใจทันทีที่ทราบผลวินิจฉัยและบางรายอาจเกิดความรู้สึกท้อแท้ระหว่างรักษา พยาบาลควรประเมินความพร้อมด้านจิตใจและให้ข้อมูลที่จำเพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ชี้หลักความเอื้ออาทร โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก หาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน แนะนำวิธีปรับความคิดยอมรับการ

เจ็บป่วย การอยู่กับโรคมะเร็งอย่างเป็นมิตรเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและให้โอกาสตนเองเข้ารับการรักษา

2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด ประเมินเพื่อวางแผน การจัดการกับอาการรบกวนและป้องกันอาการแทรกซ้อนระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ (โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

2.1 การตรวจสอบความถูกต้องของยาให้ตรงกับคำสั่งการรักษา จะต้องกระทำโดยพยาบาลวิชาชีพสองคนที่ได้รับการฝึกอบรมและมีทักษะที่เหมาะสม การบริหารยาชนิดหลักถูกต้องคน (Correct patient) ถูกยา (Correct drug) ถูกขนาด (Correct dose) ถูกทาง (Correct route) และถูกเวลา (Correct time)

2.2 ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลบริหารยาเคมีบำบัด

2.3 การคำนวณอัตราการให้ยาเคมีบำบัดทางเครื่องกำหนดจำนวนหยด (Infusion pumps) พยาบาลจะต้องกระทำอย่างถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดตรงตามแผนการรักษา

2.4 เฝ้าระวังและให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ ภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity reactions) หากผู้ป่วยมีอาการคัน ผื่นแดง แดงหน้าอก หายใจติดขัด ความดันโลหิตต่ำ ให้รีบแจ้งพยาบาลและภาวะรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือด (extravasation) หากผู้ป่วยมีอาการปวด แสบ ร้อน บวม บริเวณที่ได้รับยาให้รีบแจ้งพยาบาลเพื่อหยุดยาเคมีบำบัด ควรระมัดระวังการเคลื่อนไหวมือข้างที่ได้รับยาเคมีบำบัด อีกทั้งพยาบาลต้องสามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนได้ทันที

จากการศึกษาปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions) ที่เกี่ยวข้องกับยาออกซาลิพลาตินและปัจจัยทำนายพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีออกซาลิพลาตินทุกรายมีปฏิกิริยาภูมิไวเกินระดับเล็กน้อยทุกราย ดังนั้นพยาบาลที่อยู่หน่วยเคมีบำบัดต้องสังเกตและระมัดระวังอาการแพ้ยาในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด และแจ้งอาการกับแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องทุกครั้ง ให้ความรู้ แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตและรายงานอาการแทรกซ้อนอื่นๆขณะใช้ชีวิตประจำวันด้วย (Kashiwagi & Kakinohana, 2015)

2.5 พยาบาลหมั่นเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยแสดงความห่วงใยด้วยความเป็นมิตร ไม่แสดงความรำคาญในการให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หมั่นสอบถามอาการของผู้ป่วย หากมีอาการปวดเส้นบริเวณที่ได้รับยาควรประคบอุ่นและเปลี่ยนให้เมื่อคลายอุ่น เจ็บจากยาหรือเปลี่ยนตำแหน่งเส้นเลือดเพื่อบรรเทาอาการ เนื่องจากในระหว่างโปรแกรมการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดช่วงหลังเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายของผู้ป่วยจะได้รับยาสะสมมากขึ้นอาจมีอาการเจ็บปวดบริเวณเส้นเลือดมากขึ้นขณะได้รับยา

หลังจากผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดแต่ละครั้งจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้พร้อมรับยาเคมีบำบัดในครั้งต่อไปต้องเน้นย้ำจนมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้พร้อมให้เบอร์ติดต่อกลับมาที่หอผู้ป่วย หรืออาจให้เบอร์ส่วนตัวเพื่อให้คำปรึกษาและตอบข้อซักถามที่ผู้ป่วยกังวลใจนอกเวลาราชการอันจะเป็นที่พึงใจให้แก่ผู้ป่วย

3. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีครบแต่ละรอบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้เมื่อกลับบ้านและได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา (โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

3.1 ประเมินความต้องการ ปัญหาของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อวางแผนการจำหน่าย

3.2 ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

3.3 วางแผนการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การขับถ่ายและการผ่อนคลายความเครียด

3.4 วางแผนการจัดการอาการรบกวนและป้องกันอาการแทรกซ้อน

3.5 วางแผนบำบัดฟื้นฟูจิตใจ

ผลกระทบของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากการได้รับยาเคมีบำบัดต่อผู้สูงอายุ

เคมีบำบัดมีบทบาทสำคัญในการรักษา ปัจจุบันสามารถรักษาโรคให้หายขาด ควบคุมโรค ให้หยุดเจริญเติบโตชั่วคราวและบรรเทาอาการ ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น เป้าหมายของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด คือ การกำจัดเซลล์มะเร็งโดยไม่ทำอันตรายต่อเซลล์ปกติแต่ปัจจุบันยังไม่มียาที่ได้ผลเช่นนั้น ดังนั้น การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจึงหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นไม่ได้ ทั้งนี้ ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับชนิดของยา ปริมาณของยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงจะรุนแรงขึ้นเมื่อได้รับยาในครั้งต่อไป ตามปริมาณยาที่สะสมสูงขึ้น (เพชรไพลิน ชัยชาญ และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2563) นอกจากนี้เกิดผลกระทบทางกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคมครอบครัวและเศรษฐกิจด้วย (สมพร บรรณานถ, กิจจา อ่วมแก้ว และสืบตระกูล ตันตลานุกุล, 2020)

ผลกระทบด้านร่างกาย

แม้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะที่ 2 และ 3 ด้วยยาเคมีบำบัดจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต โดยพบว่าอัตราการรอดชีวิตโดยรวมใน 5 ปีอยู่ที่ 80% และ 60%

ตามลำดับ แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุกลับพบผลกระทบทางร่างกายที่มีความรุนแรงและต่อเนื่องมากกว่า โดยสามารถแยกได้ดังนี้ (Gloria & Cheng, 2019)

1. อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดสูตร XELOX ศึกษาในผู้ป่วยอายุเกิน 70 ปีที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร XELOX พบอาการข้างเคียง ได้แก่

- ถ่ายอุจจาระเหลว (22%)
- อาการอ่อนเพลีย (16%)
- คลื่นไส้อาเจียน (14%)
- ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (6%)
- ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (6%)

โดยมีรายงานการเสียชีวิตจากภาวะถ่ายอุจจาระเหลวร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด สะท้อนถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ

2. ภาวะปลายประสาทอักเสบ (Peripheral Neuropathy)

จากงานวิจัยของ เพชรไพฑูริ์ ชัยชาญ และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2563) พบว่า

• ผู้ป่วยที่ได้รับยาออกซาลิพลาติน (ในสูตร FOLFOX) ตั้งแต่รอบที่ 6 ขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะปลายประสาทอักเสบเฉียบพลัน

• อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ชาตามปลายมือปลายเท้า รู้สึกเหมือนเข็มทิ่ม เป็นตะคริว มีอาการคันยิบๆ และมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ใช้มือ เช่น เขียนหนังสือ หยิบของเล็กๆ หรือติดกระดุม อาการจะรุนแรงขึ้นเมื่อจำนวนรอบการให้ยาและขนาดยาสะสมเพิ่มขึ้น และการให้ยาเคมีสูตร FOLFOX4 ในช่วง 26 สัปดาห์ ส่งผลต่อการทำลายเส้นใยประสาทและการเดินของผู้ป่วยอย่างชัดเจน (Wang et al., 2015; Negarandeh et al., 2020)

3. ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia)

Kim (2015) ศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 2 จำนวน 3,357 ราย ที่มีอายุมากกว่า 67 ปี พบว่า

- แม้การให้ยาเคมีสูตร 5FU/LV ไม่ลดอัตราการรอดชีวิต แต่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำมากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่อายุน้อยกว่า
- ความเสี่ยงนี้เกิดจากความสามารถในการช้ยาและฟื้นตัวจากผลข้างเคียงของร่างกายที่ลดลงตามวัย

4. คุณภาพการนอนหลับที่ถูกรบกวน

รัชชยา มหาสิริมงคล (2560) ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร FOLFOX4 พบว่า ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุด คือ อาการเหน็บชาตามปลายมือปลายเท้า (53.1%) รองลงมา คือ

อาการปวดขาจากพยาธิสภาพของโรค (34.4%) ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับและความสามารถในการพักผ่อนฟื้นตัวของผู้ป่วย

ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก นอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายแล้ว ยังมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญในด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ดังนี้

1. ด้านความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดในระยะยาวมักมีภาวะขาดตามปลายประสาทเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับความวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยพบว่า

- ผู้ป่วยมักมีอาการเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นจากการขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย
- มีปัญหาการนอนหลับ เคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงจากความกลัวการหกล้ม
- เชื่อว่ากิจกรรมที่มากเกินไปจะทำให้อาการชารุนแรงขึ้น (Bonhof et al., 2019)

นอกจากนี้ ความวิตกกังวลยังส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยอีกด้วย โดยกระตุ้นให้เกิดการอหิวาเสบ การใช้พลังงานในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร ซึ่งนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ (ภัทริกา ปัญญา, จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช และนพดล โสภารัตน์ไพศาล, 2559)

2. ด้านภาพลักษณ์และอารมณ์

การผ่าตัดทำทวารเทียม (Colostomy) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์และอารมณ์ของผู้ป่วยอย่างชัดเจน โดย ชลยา อัดถาอภินันท์ และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2560) พบว่า

- ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกทางจิตใจ
- มีอารมณ์แปรปรวนและความรู้สึกไม่มั่นคงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ตนเอง
- ส่งผลกระทบต่อการใช้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการเข้าสังคมลดลงอย่างเห็นได้ชัด

3. ด้านการสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยจนตลอดกระบวนการรักษาโดยเฉพาะในช่วง 6–24 เดือนแรกหลังวินิจฉัย จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าในหลายมิติ ได้แก่

- ด้านร่างกาย จิตใจ และการปรับตัวทางสังคม
- ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า (Havilan et al., 2017)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

จากการศึกษาพบว่า มีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาหรือการตามนัดหมายที่โรงพยาบาล และจากการที่ต้องมารักษาตัวทำให้ไม่ทำงาน ขาดรายได้และไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคม ครอบครัว และการบริการของรัฐ ทำให้ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับสถานะทางการเงินเพิ่มขึ้น เกิดผลกระทบต่อชีวิตตนเองและครอบครัว (Ceilleachair et al., 2012)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทำให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกายจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ยิ่งให้ในระยะเวลานานยิ่งสะสมความเป็นพิษมากขึ้น เกิดผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ด้านสังคมมีการแยกตัวจากสังคมเนื่องจากอาการที่เปลี่ยนแปลงไป ขาดการสนับสนุนทางสังคมและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เกิดผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวหรือคนใกล้ชิดทำให้ความผาสุกลดลง

แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก

ความหมาย

ความผาสุก (Well - being) เป็นคำที่มีความเป็นนามธรรมสูง มีความหมายเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตหรือความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นคำที่มีความหมายด้านบวกและเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ผู้ที่มีความผาสุกจะเป็นผู้ที่มีความสุข มีความยินดีและมีความพึงพอใจกับชีวิต (Graney, 1975 อ้างถึงใน กนกวรรณ กาญจนนิกร, 2560)

ความผาสุกตามแนวคิดของ Bradley (2017) คือ ความรู้สึกและเจตคติของบุคคลต่อสถานการณ์นั้น ซึ่งมีความรู้สึกทั้งด้านบวกและความรู้สึกด้านลบ ถ้ามีความรู้สึกด้านบวกมากจะทำให้เกิดความผาสุก ในทางกลับกันถ้ามีความรู้สึกด้านลบความผาสุกก็ลดลง

Campbell (2016) ให้ความหมายความผาสุกว่า มีความเกี่ยวข้องกับทัศนคติและอารมณ์ที่บุคคลนั้นตอบสนองหรือรับรู้กับสิ่งที่ไม่ดีกับตนเอง

เกิดศิริ หงส์ไทย (2564) ความผาสุกมีความหมายใกล้เคียงกับคุณภาพชีวิต คือ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีความสุขภาวะที่ดี มีความสุขทางใจและชีวิตมีความหมาย แนวคิดความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต จึงมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือเมื่อบุคคลมีความพึงพอใจในชีวิตมากย่อมมีความผาสุกมากตามไปด้วย

เซลลา (Cella, 1993) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีความพึงพอใจเกี่ยวกับความผาสุกด้านร่างกาย ด้านจิตใจ/อารมณ์ ด้านสังคม/ครอบครัวและความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากโรคและการรักษา แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well - being) การรับรู้และสังเกตการทำงานของร่างกาย หรือความผิดปกติของร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า อาการเจ็บป่วย ผลข้างเคียงของการรักษา

2. ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional well - being) เป็นความรู้สึกที่สามารถทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของบุคคลในชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การอาบน้ำ การแต่งตัว ความรับผิดชอบทั้งในบ้านและนอกบ้าน เพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน

3. ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ (Emotional well - being) เป็นภาวะอารมณ์ 2 ขั้ว ซึ่งสะท้อนถึงผลกระทบทางบวก (ความเป็นอยู่ดี) เช่นเดียวกับผลทางลบ (ความทุกข์) โดยปกติผู้ป่วยมะเร็งจะแสดงความทุกข์ทางอารมณ์เพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยจิตบำบัดผู้ป่วยนอก

4. ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (Social well - being) การรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน การปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วย

ความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ แม้อยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะในช่วงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงและความทุกข์ทรมาน ความผาสุกจึงไม่ใช่เพียงการไม่มีอาการของโรคเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสามารถในการปรับตัวทางจิตใจ การมีความหวัง การมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความหมาย

แบบประเมินความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

The functional Assessment of Cancer Therapy – Colorectal (FACT - C) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งอยู่ในกลุ่มเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโรคเรื้อรัง The functional Assessment of Chronic illness Therapy (FACIT) Measurement ที่พัฒนาขึ้นโดย เซลลาและคณะ (Cella et al., 1993) ตามกรอบแนวคิดคำจำกัดความคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1978 cited in cella, Nowinski, 2002 อ้างถึงใน นวพรรษ สีมารักษ์, 2561) ซึ่งเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต FACT - C เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยในระยะ 7 วันที่ผ่านมา คำตอบแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ข้อความเชิงบวก มากที่สุด = 4 ค่อนข้างมาก = 3 ปานกลาง = 2 เล็กน้อย = 1 ไม่เลย = 0

ข้อความเชิงลบ มากที่สุด = 0 ค่อนข้างมาก = 1 ปานกลาง = 2 เล็กน้อย = 3 ไม่เลย = 4

ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. คำถามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไป แบบประเมิน The functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT - G) ซึ่งเป็นข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 มิติตามแนวคิดของเซลลาและคณะ (Cella et al., 1993) คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจและความผาสุกด้านกิจกรรม

1.1 ความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามความรู้สึกเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกี่ยวกับการรักษา เช่น ความรู้สึกหมดเรี่ยวแรง มีอาการคลื่นไส้ สภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้ทำให้มีปัญหาในการดูแลรักษาต่างๆ ในครอบครัว อาการปวด ความรำคาญจากผลข้างเคียงของการรักษา ความรู้สึกไม่สุขสบายต้องใช้เวลาพักอยู่บนเตียง

1.2 ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามความรู้สึกที่เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน เช่น ความใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อน การได้รับกำลังใจจากครอบครัว การดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนๆ การยอมรับความเจ็บป่วยจากครอบครัว การใกล้ชิดสนิทสนมกับครอบครัว ใกล้ชิดกับคู่ครอง ความพอใจในชีวิตทางเพศ

1.3 ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือการปรับตัว ความผันแปรของความรู้สึกสนุกสนานไปจนถึงความซึมเศร้า เช่น ความรู้สึกเศร้าใจ ความพอใจในการปรับตัวกับความเจ็บป่วย ความรู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย ความกระวนกระวายใจ กังวลเกี่ยวกับความตาย กลัวว่าอาการจะแย่ลง

1.4 ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่พื้นฐาน เช่น การทำงานทั่วไป (รวมถึงงานบ้าน) ความพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน การยอมรับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ ความรู้สึกสนุกสนานกับสิ่งที่เคยทำ ความรู้สึกสนุกสนานยังเหมือนเดิม การนอนหลับสนิท ความพึงพอใจคุณภาพชีวิตในขณะนี้

2. ข้อคำถามประเมินความผาสุกด้านอื่นๆ เฉพาะผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 9 ข้อ เช่น อาการปวดท้อง น้ำหนักลด การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ การย่อยอาหารได้ดี อาการท้องเสีย ความรู้สึกอยากรับประทานอาหารเป็นปกติ ความพอใจเกี่ยวกับรูปลักษณ์ทางกาย (รูปร่างหน้าตา) และการดูแลทวารเทียมเป็นเรื่องยุ่งยาก รู้สึกอายนที่มีถุงใส่อุจจาระทางหน้าท้อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความผาสุกของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าปัจจัยหลายประการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความผาสุกของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากการรักษา ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง

การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความผาสุกทางจิตใจของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ลดความเครียด ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีและส่งเสริมผลการรักษาโดยรวม (วรรณฤดี เชาว์อวยชัย และคณะ, 2562; Haviland et al., 2017)

2. ความหวัง (Hope)

ความหวังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในระดับสูง ผู้ป่วยที่มีความหวังจะสามารถปรับตัวต่อการรักษาได้ดี มีทัศนคติเชิงบวก และสามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี (วรรณฤดี เชาว์อวยชัย และคณะ, 2562)

3. การมองโลกในแง่ดี (Optimism)

การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองที่ดีต่ออนาคตและสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วรรณฤดี เชาว์อวยชัย และคณะ, 2562)

4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณและความมุ่งมั่นในอนาคต

ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ เช่น ความเชื่อทางศาสนา ความศรัทธาและเป้าหมายชีวิต มีบทบาทในการส่งเสริมความผาสุก โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะท้าย ความมุ่งมั่นในอนาคตช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังใจและแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต (Werdani, 2022)

5. คุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความผาสุก การลดผลข้างเคียงและการดูแลแบบองค์รวมจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมความผาสุกของผู้ป่วย (Chagani et al., 2017)

ดังนั้นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ การสนับสนุนจากครอบครัว สังคม ความหวัง การมองโลกในแง่ดี ความมุ่งมั่นในอนาคตและการได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ซึ่งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีผลกระทบกับชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลควรให้

ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการดูแลด้วยความห่วงใย ใส่ใจความรู้สึกผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง แสดงความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจในความต้องการ การสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ด้วย ผู้ป่วยจะรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้นเมื่อได้รับการดูแลที่เอาใจใส่ห่วงใยในขณะที่เผชิญกับการเจ็บป่วยหรือความยากลำบากในชีวิต

แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร

การดูแลแบบเอื้ออาทร (Caring) ถือเป็นหัวใจหรือแกนกลางที่สำคัญของการพยาบาล หรือสำนึกในการดูแลที่พยาบาลทุกคนต้องมีและนักทฤษฎีทางการพยาบาลหลายท่านได้ ทำการศึกษาและบูรณาการแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาทางการพยาบาล ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และยังมีการสะท้อนถึงความสำคัญของการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ การ รักษาดูแลผู้ป่วยต้องเป็นการดูแลที่ให้คุณค่าและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (อังคณา จงเจริญ, 2563)

สิวลี ศิริไล (2542) ให้ความสำคัญการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับ คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่เข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกัน มีการใส่ใจอารมณ์ ความรู้สึก ให้ ความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ป่วย อาจแสดงออกทางคำพูด การสัมผัส กิริยาท่าทาง ตลอดจนสีหน้าแววตาของพยาบาลที่แสดงต่อผู้ป่วย

จินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร (2556) การดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรเป็นคุณธรรม จริยธรรม ซึ่งความเอื้ออาทรจะสะท้อนให้เห็นถึงความรัก ความมีน้ำใจและการช่วยเหลือเกื้อกูลกันของเพื่อน มนุษย์ ทำให้เกิดมิตรภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย สัมผัสที่นิ่มนวล วาจาที่สุภาพไพเราะ จริงใจ และให้เกียรติจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่นใจ ปลอดภัย เชื่อถือ ไว้วางใจในการ รักษาพยาบาลและมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บเพื่อการฟื้นหายจากโรคและฟื้นฟูสภาพให้ ปกติ

Leininger (1988) การดูแลแบบความเอื้ออาทรเป็นการปฏิบัติกิจกรรม ช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุน อำนวยความสะดวกให้กับบุคคลที่ต้องการเพื่อคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตที่ผาสุก

Watson (2007) การดูแลแบบเอื้ออาทรมุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโดย พยาบาลสามารถเข้าถึงประสบการณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ เป็นรากฐานของการดูแลและเป็นศิลปะ ของพยาบาล

Swanson (1993) การพยาบาลเป็นรูปแบบการดูแลความผาสุกของผู้อื่น ดังคำกล่าวของ คาร์เปอร์ (Parper, 1978 cited in Swanson 1993) ที่บันทึกไว้ว่ารูปแบบการพยาบาลแบบเอื้ออาทร เกิดจากความรู้เชิงประจักษ์จากการพยาบาล วิทยาศาสตร์ จริยธรรม บุคคลและความรู้ด้าน

สุนทรียศาสตร์จากมนุษย์ ประสบการณ์ด้านคลินิกของแต่ละบุคคล คุณค่าทางสังคมและความคาดหวัง

การพยาบาลแบบเอื้ออาทร (Caring Nursing) คือ การดูแลที่ให้คุณค่าและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยมุ่งเน้นความเข้าใจในความรู้สึก อารมณ์และความต้องการของผู้ป่วย ไม่ใช่เพียงการดูแลทางกาย แต่รวมถึงการเยียวยาทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ พยาบาลแสดงความเอื้ออาทรผ่านการสื่อสารที่อ่อนโยน การรับฟังอย่างตั้งใจ การสัมผัสที่อบอุ่นและการอยู่เคียงข้างในช่วงเวลาที่ยากลำบาก เป็นการเชื่อมโยงระหว่างความรู้ทางวิชาชีพกับความเมตตาและความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มีคุณค่าและสามารถเผชิญกับโรคได้อย่างเข้มแข็งและมีความหวัง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน (Swanson, 1993) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเพื่อให้เกิดความผาสุก

สแวนสันได้พัฒนาทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรอย่างต่อเนื่อง (Swanson, 1993) ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับการเกิดปรากฏการณ์ 4 ด้านของพยาบาล ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล ดังนี้

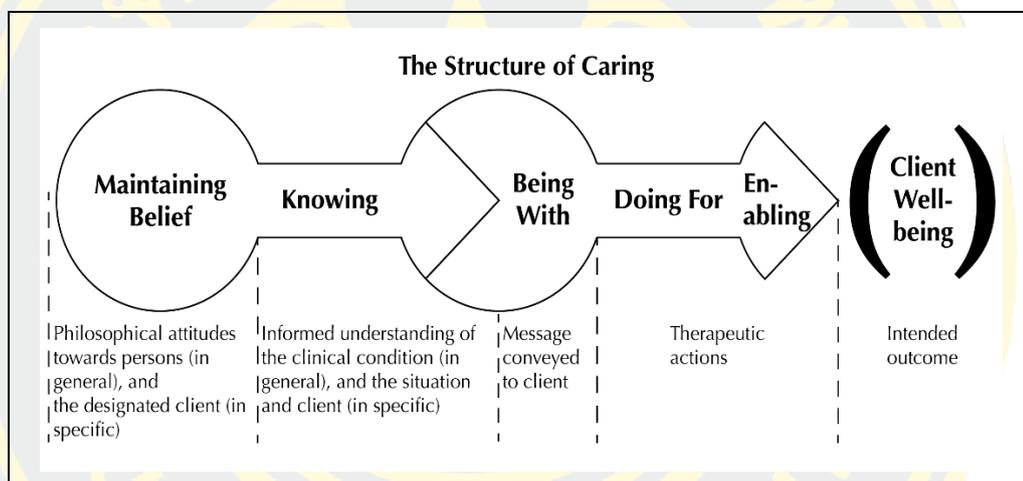
บุคคล (Personal) หมายถึง พยาบาลมองบุคคลคนหนึ่งมีการแสดงออกทางความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ของแต่ละคน ได้รับอิทธิพลมาจากพันธุกรรม การรับรู้ทางจิตวิญญาณและบุคคลมีความสามารถและเติบโต พยายามเชื่อมต่อกับผู้อื่น บุคคลถูกหล่อหลอมด้วยสภาพแวดล้อมที่มีอยู่พลังด้านบวกหรืออิสระในการเลือกและความสามารถในการตัดสินใจว่าจะทำอะไรเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ต้องตัดสินใจ

สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง สิ่งที่อยู่รอบตัวผู้ป่วย ได้แก่ วัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจ สังคม จิตวิญญาณ พยาบาลต้องตรวจสอบอิทธิพลสิ่งแวดล้อมที่มีต่อบุคคลนั้น พิจารณาถึงความต้องการ ข้อจำกัด

สุขภาพ (Health) ประสบการณ์ความผาสุก เป็นการดำเนินชีวิตที่เต็มไปด้วยความหมาย ประสบการณ์ที่มีความสมบูรณ์ก่อให้เกิดความรู้สึกรวมกลุ่มและมีอิสระในการแสดงออกในแง่มุมของการรวมตัวกันทำให้เราเป็นมนุษย์ มีจิตวิญญาณ ความรู้สึก สติปัญญา ความคิดสร้างสรรค์ ลักษณะความสัมพันธ์ ความเป็นหญิงเป็นชายและเรื่องเพศ เป็นต้น การฟื้นฟูความผาสุกรวมถึงการเจ็บปวดภายใน การสร้างความหมายใหม่ ความรู้สึกที่สมบูรณ์ขึ้นใหม่ สุขภาพ การเจ็บป่วยตามคำจำกัดความดังกล่าว สิ่งเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากค่านิยมทางสังคม แนวคิดทางการเมือง บรรทัดฐานทางวัฒนธรรมและสภาพเศรษฐกิจ

การพยาบาล (Nursing) การพยาบาลเป็นรูปแบบการดูแลที่ช่วยให้บุคคลเกิดความผาสุก เป็นการใช้ความรู้ด้านการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม ความเป็นบุคคล ประสบการณ์ คุณค่าของบุคคล และสังคม ความคาดหวัง ซึ่งพยาบาลและผู้ป่วยมีข้อผูกพันระหว่างกันของการดูแล ดำรงไว้ซึ่งเกียรติของมนุษย์และเพิ่มความผาสุก

การดูแลแบบเอื้ออาทร เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ (Maintaining belief) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธา (Knowing) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (Being with) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Doing for) การช่วยเหลือทำกิจกรรม (Enabling) การสนับสนุนผู้ป่วยให้มีความสามารถ



ภาพที่ 2 รูปภาพ โครงสร้างการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสัน (Swanson, 1993)

การดูแลแบบเอื้ออาทรตามแนวคิดของสเวนสัน (Swanson, 1993) ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ดังนี้

1. การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (Knowing) พยาบาลทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและพยายามค้นหาความหมาย ความเชื่อ ความหวัง หรือความศรัทธาของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ โดยที่พยาบาลเข้าใจขณะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ไม่นำผู้ป่วยไปเปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิมของพยาบาล ให้การดูแล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล มีการประเมินปัญหาอย่างละเอียดและครอบคลุม ยอมรับว่าแบบแผนแต่ละคนไม่เหมือนกัน ทุกคนมีความคิด ความเชื่อเป็นของตนเอง เข้าใจความเป็นบุคคลที่แท้จริง พยาบาลมุ่งมั่นที่จะค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

2. การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธา (Maintaining belief) เป็นรากฐานของการดูแล พยาบาลสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดูแลของพยาบาลจะช่วยทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาและทัศนคติที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลยังคงดำรงไว้ และช่วยให้ผู้ป่วยก้าวผ่านสถานการณ์ที่มีปัญหาในปัจจุบันและสามารถเผชิญสถานการณ์ในอนาคตได้อย่างมีความหมาย

3. การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) พยาบาลสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลห่วงใย และอยู่เคียงข้างเสมอ เข้าถึงได้ง่าย พร้อมทั้งจะแบ่งปันความรู้สึกโดยการให้เวลาหรือใช้เวลากับผู้ป่วยอย่างคุ้มค่าถึงแม้ว่าระยะเวลานั้นจะสั้นก็ตาม โดยทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลอยู่เป็นเพื่อนและตั้งใจฟัง ร่วมรับรู้อารมณ์ และแบ่งปันความรู้สึกไม่ว่าจะสุขหรือทุกข์ก็ตาม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกว่าเป็นภาระของพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าพยาบาลไม่ได้อยู่ด้วยก็ตามแต่ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าพยาบาลยังมีความห่วงใยและยังคงคอยช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา

4. การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆให้ (Doing for) พยาบาลช่วยทำกิจกรรมต่างๆครอบคลุมในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย ความคาดหวังปกป้องคุ้มครองเพื่อให้เกิดความสุขสบาย ไม่เกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อน โดยที่การกระทำของพยาบาลประกอบไปด้วยทักษะและความเชี่ยวชาญอย่างเต็มกำลังความสามารถ ในขณะที่เดียวกันพยาบาลก็มีความเคารพคุณค่า ความมีศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเสมอ

5. การสนับสนุนให้มีความสามารถ (Enabling) หมายถึง พยาบาลให้ข้อมูลอธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วย เสนอทางเลือกโดยผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มศักยภาพ โดยพยาบาลให้ผู้ป่วยได้ลงมือทำในสิ่งที่เหมาะสมอย่างมีจุดมุ่งหมายชัดเจน ปรึกษาปรึกษาอารมณ์โดยให้ผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกที่แท้จริง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาทางเลือกและวิธีปฏิบัติต่อสถานการณ์ต่างๆเพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยที่มีอยู่ให้เพิ่มพูนขึ้น นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นจริงและเป็นไปในทางสร้างสรรค์เป็นระยะๆอย่างสม่ำเสมอ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของสแวนสันในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้สรุปวิเคราะห์การนำไปใช้ในงานวิจัยได้ ดังนี้

1. มีการศึกษาการรับรู้การได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทรของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (อังคณา จงเจริญ, 2563) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความหมายของ

การได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทร ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการแสดงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และอธิบายข้อมูลอย่างเหมาะสมในช่วงการตัดสินใจและติดตามการรักษา 2) การปฏิบัติของพยาบาลที่สะท้อนถึงความเอื้ออาทร เช่น การมีความรู้ความเชี่ยวชาญ การสื่อสารด้วยท่าทีเมตตา และการเข้าใจบริบทเฉพาะของผู้ป่วย 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้การดูแล ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ 4) ความคาดหวังในการได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทร โดยผู้ป่วยต้องการได้รับความรู้ คำแนะนำและการติดตามอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของความสัมพันธ์ที่มีความเมตตาและการดูแลแบบองค์รวม

ผลการศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวมและความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ที่ตั้งอยู่บนฐานของความเมตตา ความเข้าใจ และการยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบในทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson โดยเฉพาะด้าน Knowing, Being with และ Maintaining belief ที่เน้นการรู้จักผู้ป่วยในบุคคลคนหนึ่งที่มีคุณค่า การอยู่เคียงข้างอยู่เสมอและการรักษาความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์ดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่า การพยาบาลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยไม่ได้ได้เกิดจากการให้บริการเท่านั้น แต่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งจะถูกนำมาประยุกต์ในงานวิจัยนี้ เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงท้าย

2. พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเพาะอย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎีของ Swanson โดยใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian (ละมิตร์ ปีกขาว, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และกาญจนา หัตถรังสี, 2563) ได้ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา การพัฒนา และทดลองใช้รูปแบบ และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยใช้สื่อการสอน เช่น คู่มือ วิดีโอทัศน์และแผ่นพับ ประเมินผลด้วยแบบวัดความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ความพึงพอใจและอัตราการติดเชื่อ

ผลการวิจัยพบว่าหลังใช้รูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยและพยาบาลมีระดับความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และไม่มีผู้ป่วยรายใดติดเชื่อหลังผ่าตัด รูปแบบนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง (การอบรมและแนวทางปฏิบัติ) กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎี Swanson (knowing, maintaining belief, being with, doing for, enabling) และผลลัพธ์ความพึงพอใจ อัตราการติดเชื่อ แสดงให้เห็นว่าแนวทางการพยาบาลตามทฤษฎี Swanson มีประสิทธิภาพและสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในโรงพยาบาลทั่วไป และส่งผลดีทั้งต่อผู้รับบริการและบุคลากร โดยเฉพาะในด้านของการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การลดภาวะแทรกซ้อน และการสร้างความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล นอกจากนี้ ยังแสดงให้เห็นถึง

ความสำคัญของการบูรณาการระหว่างกรอบแนวคิดทางทฤษฎี (Swanson) กับกรอบการประเมินผลทางคลินิก (Donabedian) ซึ่งช่วยเสริมความเข้มแข็งของกระบวนการดูแลแบบองค์รวม

จากการวิเคราะห์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่า การออกแบบกิจกรรมพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งมิติของจิตใจและร่างกายตามทฤษฎี Swanson ไม่เพียงแต่ส่งเสริมประสบการณ์ที่ดีของผู้ป่วย แต่ยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงพัก ซึ่งต้องการการดูแลที่ให้ความสำคัญกับความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา และการดำรงชีวิตอย่างมีความหมาย

3. โปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของ Swanson ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, วัลภา สบายยิ่ง, นิรนาท แสนสา และจินดามาศ โกศลชื่น วิจิตร, 2561) โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงวันจำหน่าย พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและมีการรับรู้การดูแลเอื้ออาทรในระดับสูงทั้ง 5 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าการนำโปรแกรมการดูแลเอื้ออาทรไปประยุกต์ใช้สามารถลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในกระบวนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษานี้พบว่า การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันสามารถออกแบบเป็นโปรแกรมการดูแลที่นำไปใช้ได้จริงในทางคลินิก ซึ่งมีผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านอารมณ์และจิตใจ อีกทั้งยังช่วยลดความวิตกกังวลช่วงก่อนและหลังการผ่าตัด ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงเป็นการสนับสนุนการนำทฤษฎีของ Swanson มาใช้ในการวางแผนการพยาบาล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำหลักการและผลลัพธ์ดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงพัก เพื่อส่งเสริมความผาสุก

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันมาใช้เป็นกรอบในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงพัก โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่ส่งเสริมคุณค่า ความหวัง และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความผาสุกในช่วงเวลาที่ยากลำบากของชีวิต ทั้งนี้ การพยาบาลที่สอดคล้องกับทฤษฎีของสเวนสัน ยังช่วยสร้างความไว้วางใจและความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลอย่างแท้จริง

งานวิจัยที่ได้นำทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งและโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา (ปภาวรินทร์ สุวรรณเพชร และคณะ, 2557) ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันต่อการทำกิจวัตรประจำวันและความผาสุกในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (อัญชุลี ไชยวงศ์น้อย และคณะ, 2557) ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด (กรองทอง แสงสว่าง, 2564) และผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด (พิชญภา พิษะยะ และคณะ, 2566) โดยระยะเวลาการดำเนินการทดลองอยู่ในช่วง 5-9 สัปดาห์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมและประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ในการส่งเสริมความผาสุกของผู้สูงอายุดังกล่าว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทรในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย มีการดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนให้ยาเคมีบำบัดในรอบที่ 6, 7, 8, 9 ระยะที่ 2 การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด (รอบที่ 6-12) และระยะที่ 3 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลา สถานที่ดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและเหตุผลเชิงทฤษฎี ซึ่งการเข้าร่วมแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายจะมีการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ใช้กระบวนการพยาบาลและองค์ประกอบการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันมาใช้เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ (Knowing) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (Maintaining belief) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธา (Being with) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Doing for) การช่วยเหลือทำกิจกรรมและ (Enabling) การสนับสนุนผู้ป่วยให้มีความสามารถ โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 3 ระยะ รวมใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 9 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 6, 7, 8, 9 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมประกอบด้วย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (The Functional Assessment of Cancer Therapy - Colorectal: FACT - C Thailand version 4) ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้ความเคารพ คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ศึกษาประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและในปัจจุบัน ประเมินความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวขณะรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Knowing) ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาหรือสิ่งที่มีความหมายในชีวิตของผู้สูงอายุ (Maintaining belief)

โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และมอบคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ซึ่งภายในคู่มือประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด การจัดการอาการและอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ (Enabling)

ระยะที่ 2 การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด (สัปดาห์ที่ 1-7) นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ประกอบด้วยประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยให้การพยาบาลตามรอบของยาเคมีบำบัดที่ผู้สูงอายุได้รับ (รอบที่ 6-9, รอบที่ 7-10, รอบที่ 8-11, รอบที่ 9-12) 2 สัปดาห์/ 1 รอบ การให้ยาเคมีบำบัดแต่ละรอบผู้สูงอายุจะใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลครั้งละ 3 วัน โดยมีกิจกรรมดังนี้

(สัปดาห์ที่ 1-2) ประเมินผลกระทบจากยาเคมีบำบัดช่วงท้ายที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและนำมาวิเคราะห์ปัญหา ประเมินระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด (Knowing) ผู้วิจัยบริหารยาเคมีบำบัดให้กับผู้สูงอายุทุกวัน ให้คำแนะนำและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด (Doing for) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้วางแผนการดูแลตนเองที่เหมาะสมและป้องกันอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น (Enabling) ให้เบอร์โทรศัพท์ หรือไลน์ เพื่อให้สามารถติดต่อกับผู้วิจัยเมื่อไม่ได้อยู่ด้วย สามารถติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลา (Being with) และนัดหมายครั้งต่อไป

(สัปดาห์ที่ 3-4) ผู้วิจัยเป็นผู้บริหารยาเคมีบำบัดให้กับผู้สูงอายุทุกวัน สังเกตและติดตามประเมินอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น บันทึก ประเมินผลการพยาบาล ปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนแผนตามอาการของผู้สูงอายุ (Doing for) สอบถามความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา หรือสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ส่งเสริม สนับสนุนให้ทำกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ ความศรัทธาโดยไม่ขัดกับแผนการรักษา (Maintaining belief) เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยต่างๆด้วยความเต็มใจ (Being with) วางแผนการพยาบาลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

(สัปดาห์ที่ 5-6) ประเมินระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด โดยประเมินทุกครั้งที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหา (Knowing) ส่งเสริม สนับสนุนให้ทำกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ ความศรัทธาโดยไม่ขัดกับแผนการรักษา (Maintaining belief) ให้ข้อมูลผู้สูงอายุกับพยาบาลที่อยู่ประจำหอผู้ป่วยที่นอนรักษาอยู่ทุกครั้ง

เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้วิจัยไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุ (Being with) บันทึกข้อมูล ปัญหา ความต้องการการดูแลและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลครั้งต่อไป

(สัปดาห์ที่ 7) ประเมินระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด โดยประเมิน ทุกครั้งที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้ผู้สูงอายุได้สอบถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ อุปสรรคในการรักษาเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหา (Knowing) ให้คำปรึกษาตามที่ผู้สูงอายุต้องการ วางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพและประเมินผลหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง (Doing for) สนับสนุนให้ทำกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ ความศรัทธาโดยไม่ขัดกับแผนการรักษา (Maintaining belief) และพูดคุยให้กำลังใจในการมารับยาเคมีบำบัดต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ (สัปดาห์ที่ 8) ผู้วิจัยสรุปการ รักษาที่ผ่านมารวมทั้งกล่าวยกย่อง ชมเชยผู้สูงอายุแม้จะอยู่ช่วงท้ายของการรักษาแต่ก็สามารถผ่าน มาได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยมาพบผู้สูงอายุในสัปดาห์ที่ 9 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (The Functional Assessment of Cancer Therapy - Colorectal: FACT - C Thai version 4) ชุดเดิมครั้งที่ 2 ในวันที่มา ตามนัด

แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย พัฒนาโดยการนำทฤษฎีการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวน สัน (Swanson, 1993) เป็นกรอบแนวคิดมาพัฒนาประยุกต์ใช้ในรูปแบบการพยาบาลแบบเอื้ออาทร ของสแวนสันในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ใน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน คือ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (Knowing) การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธา (Maintaining belief) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่ เสมอ (Being with) การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ให้ (Doing for) และการสนับสนุนให้มี ความสามารถ (Enabling) การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการให้การดูแลด้วยหัวใจของความเมตตา ความเข้าใจ และความใส่ใจ ไม่เพียงแต่ดูแลด้านร่างกายเท่านั้น แต่รวมถึงด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณด้วย โดยเน้นความสัมพันธ์ที่ศิระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มี กระบวนการพยาบาลที่ดูแลต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง มี ความรู้สึกลึกภาคภูมิใจส่งผลให้มีความผาสุกมากยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง (Two group pretest - posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะแพร่กระจายของโรค ที่เข้ามารับบริการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยการให้ยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียวตั้งแต่รอบที่ 6 - 12 เป็นระยะเวลาทุก 2 สัปดาห์ รวม 4 รอบ แต่ละรอบใช้เวลา 3 วัน ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีและโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะแพร่กระจายของโรคที่เข้ามารับ การรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยให้ยาเคมีบำบัดตั้งแต่รอบที่ 6 - 12 ทุก 2 สัปดาห์ รวม 4 รอบ ตามรอบยา เคมีบำบัดที่ได้รับ (รอบที่ 6-9, รอบที่ 7-10, รอบที่ 8-11, รอบที่ 9-12) แต่ละรอบใช้เวลา 3 วัน รวม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 30 ราย และ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 30 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างเดียวนในรอบที่ 6, 7, 8, 9
3. มีความสามารถในการสื่อสาร อ่านภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคลตามปกติ ผ่านเกณฑ์การ ประเมินจากการใช้แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six item cognitive impairment test [6CIT]) ของ ศตวรรษ อุตศาสตร์ และคณะ (2561) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินของ Brook and Bullock (1991) โดยมีผลลัพธ์คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนนถือว่าไม่มีความผิดปกติของการรับรู้

5. มีที่อยู่ชัดเจนและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

6. ไม่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทั้ง 16 ครั้ง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.4 (Faul et al., 2009) โดยตั้งค่า Test - Family เป็น t - test ตั้งค่า Statistical Test เป็น Mean: Difference between two independent mean (two groups) ตั้งค่า tail เป็น one กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) สำหรับการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลผู้วิจัยได้ศึกษา งานวิจัยของกรรทอง แสงสว่าง (2564) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อ ความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นงานวิจัยกึ่ง ทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.17 และ 0.43 คะแนน กลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.28 และ 0.39 ตามลำดับ โดยนำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.706 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 0.80 แล้วนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ ทั้งหมด 52 คน แต่เนื่องจากงานวิจัยเชิงทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลองเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 10 (กรรทอง แสงสว่าง และคณะ, 2564) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อ ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัยเป็นร้อยละ 10 โดยใช้สูตร (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2556)

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนการตกรสำรวจ หรือสัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม

$$n_{adj} = \frac{52}{(1-0.1)} = 58$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 58 ราย อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่ม ตัวอย่างระหว่างการวิจัย และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเท่ากันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ซึ่งเหมาะสมต่อการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 ราย โดย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีและผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ทำหนังสือเพื่อขออนุญาตศึกษาข้อมูลประวัติและขออนุญาตเข้าทำการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยพร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยมะเร็งชั้น 6 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรีเพื่อคัดเลือกรายชื่อผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการนัดหมายให้มารับยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียวรอบที่ 6, 7, 8, 9 ก่อนทำการทดลอง
3. เมื่อได้รายชื่อประชากรซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6, 7, 8, 9 แล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้สูงอายุในวันที่มารับยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และหอผู้ป่วยมะเร็ง ชั้น 6 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
4. ทำการคัดกรองตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยผู้วิจัยทำการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้าจนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มทดลองและจำนวน 30 คน ในกลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือนที่หอผู้ป่วยมะเร็งชั้น 6 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือนที่หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
5. หลังจากได้กลุ่มควบคุม ได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุมโดยรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรีทุกสัปดาห์ถัดไปผู้วิจัยจะดำเนินการเช่นนี้จนกระทั่งได้กลุ่มควบคุมครบจำนวน 30 ราย
6. หลังจากนั้นกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 2-3 ราย โดยผู้วิจัยให้การพยาบาลตามแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน สำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย หลังจากดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งใช้เวลา 3 วัน ในการพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีระยะเวลาทุก 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะดำเนินการเช่นนี้จนกระทั่งกลุ่มทดลองครบจำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้

(Six item cognitive impairment test [6CIT]) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six item cognitive impairment test [6CIT]) ของ ศตวรรษ อุดรศาสตร์, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วิจิตร (2561) คัดแปลงมาจากแบบประเมินของ Brook and Bullock (1991) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ทำการแปลเครื่องมือตามขั้นตอนของ Sperber, Devellis, & Boehlecke (1994 cited in Sperber, 2004) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของการแปลภาษารายข้อ ทั้งด้านความใกล้เคียงของภาษาและความใกล้เคียงของการตีความ พบว่า ทุกข้อได้ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 3.00 คะแนน ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Sperber, 2004) เครื่องมือนี้จึงถือว่ามี ความเที่ยงตรงของการแปลภาษาซึ่งแบบทดสอบนี้ใช้เพื่อคัดกรองความผิดปกติทางการรับรู้เบื้องต้น โดยภาพรวมจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามี ความไวของแบบทดสอบ (Sensitivity) 90% ความจำเพาะเจาะจงของเครื่องมือ (Specificity) ร้อยละ 100 และการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย มีความไวของเครื่องมือร้อยละ 78 ความจำเพาะเจาะจง ร้อยละ 100 (Jefferies & Gale, 2013)

ผู้วิจัยจึงนำแบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ดังกล่าวมาใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 7 ข้อ

คะแนนรวมของแบบทดสอบ 7 ข้อ อยู่ระหว่าง 0 - 28 คะแนน โดยแปลผลลัพธ์คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Brooke, & Bullock, 1999 อ้างถึงใน ศตวรรษ อุดรศาสตร์ และคณะ, 2561)

0 - 7 คะแนน หมายถึง การรับรู้ปกติ

8 - 9 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติทางการรับรู้เล็กน้อย

10 - 28 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติทางการรับรู้มาก

หากผลคะแนนรวมมากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ใน ให้รับทราบเพื่อดำเนินการส่งปรึกษาแพทย์ต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา สิทธิในการรักษา ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวและ โรคประจำตัว

ตอนที่ 2 ตำแหน่งของลำไส้ที่เป็นมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับการรักษาและรอบของยาเคมีบำบัด

2.2 แบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก The Functional Assessment of Cancer Therapy - Colorectal: FACT - C Thailand version 4 ที่พัฒนาโดย เซลลาและคณะ (Cella et al., 1993) วัดความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม /ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และความผาสุกด้านอื่นๆ เป็นเครื่องมือเผยแพร่ในเว็บไซด์ FACIT.org ซึ่งผู้วิจัยทำการขออนุญาตในการนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้และได้รับอนุญาตเรียบร้อยแล้ว โดย FACT - C เป็นแบบสอบถามฉบับภาษาไทย แปลโดย สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และคณะ (2543) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตที่เฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและมีผู้นำไปใช้วัดคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างกว้างขวาง มีความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นสูง สำหรับในประเทศไทยมีการนำมาใช้ในงานวิจัยที่มีกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ ค่าความเชื่อมั่น .70 - .75 (ประกายดาว สุทธิ, สุวิมล กิมปี, สุพร ดนัยคุชฎีกุล และเชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์, 2558; มัชฌิภา ประชากิจ และพิมภา สุตรา, 2555) .90 (กรรทอง แสงสว่าง, 2563) ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตัดข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม (ostomy) จำนวน 2 ข้อ จึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ จากเดิม 36 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 27 คำถามและคำถามเฉพาะ โรคอีก 7 ข้อ ได้แก่

ความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 1- 7

ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 8 - 14

ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 15 - 20

ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 21 – 27

ความผาสุกด้านอื่นๆเป็นข้อคำถามเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 28 – 34

ข้อคำถามในแต่ละข้อถามว่าตรงกับสถานการณ์ของท่านในช่วง 7 วันที่ผ่านมาหรือไม่อย่างไร ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก มีจำนวน 19 ข้อ ได้แก่ ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 8 - 14 ความผาสุกด้านปฏิบัติกิจกรรมต่างๆจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21 - 27 ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ได้แก่ ข้อ 16 และความผาสุกด้านอื่น ๆ ได้แก่ ข้อ 30, 31, 33, 34

มีความรู้สึกมากที่สุด	ได้	4 คะแนน
มีความรู้สึกค่อนข้างมาก	ได้	3 คะแนน
มีความรู้สึกปานกลาง	ได้	2 คะแนน
มีความรู้สึกเล็กน้อย	ได้	1 คะแนน
ไม่มีความรู้สึกเลย	ได้	0 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ มีจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 - 7 ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 15, 17, 18, 19, 20 และความผาสุกด้านอื่นๆ ได้แก่ ข้อ 28, 29 32

มีความรู้สึกมากที่สุด	ได้	0 คะแนน
มีความรู้สึกค่อนข้างมาก	ได้	1 คะแนน
มีความรู้สึกปานกลาง	ได้	2 คะแนน
มีความรู้สึกเล็กน้อย	ได้	3 คะแนน
ไม่มีความรู้สึกเลย	ได้	4 คะแนน

แบบวัดความผาสุกเป็นการประเมินระดับความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 34 ข้อ คำตอบแต่ละข้อแบ่งเป็นค่าคะแนน 0 - 4 คะแนน หลังจากได้คำตอบนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน การแปลผลคะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนและคะแนนสูงสุดเท่ากับ 136 คะแนน คะแนนยิ่งสูงหมายถึง ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความผาสุกในระดับสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า จากนั้นนำมาประเมินคะแนนเฉลี่ยความผาสุกโดยรวมและแยกเป็นรายด้าน โดยคิดเป็นคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านที่เป็น ไปได้อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.33 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.00 คะแนนเฉลี่ยยิ่งสูง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีความผาสุกในระดับสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า ซึ่งการวิจัยครั้งนี้แบ่งการประเมินความผาสุกเป็น 3 ระดับ (อุษณีย์ ทับทอง, 2552) มีรายละเอียด ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0.00 – 1.33	การประเมินความผาสุกอยู่ในระดับต่ำ
1.34 – 2.67	การประเมินความผาสุกอยู่ในระดับปานกลาง
2.68 – 4.00	การประเมินความผาสุกอยู่ในระดับสูง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้คือ แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย และคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงท้าย มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน (Swanson, 1993) มาเป็นกรอบแนวคิดในการประยุกต์ใช้ เป็นรูปแบบในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรมคือ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (Knowing) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาของผู้ป่วย (Maintaining belief) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) การช่วยทำกิจกรรมต่างๆ (Doing for) และการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) การดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันเป็นการดูแลแบบองค์รวม มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยการใช่กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินการ 3 ระยะของการรักษา คือ ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6, 7, 8, 9 ระยะที่ 2 การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดและระยะที่ 3 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้ง 5 ด้าน ดังกล่าว โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลา สถานที่ดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เหตุผลเชิงทฤษฎีและการประเมินผล ซึ่งการเข้าร่วมแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายจะมีการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 3 ระยะ รวมเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 9 สัปดาห์

3.2 คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาคำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล รายละเอียดของเนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด การจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและช่องทางติดต่อผู้วิจัยเมื่อต้องการคำแนะนำหรือต้องการความช่วยเหลือ คู่มือนี้อยู่ในแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุก่อนได้รับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 6, 7, 8, 9 เพื่อสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และการตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย และคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายไปตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคมะเร็งและยาเคมีบำบัด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ โรคมะเร็งและมีประสบการณ์ในการใช้ทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสัน 2 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒินำไปให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ผู้วิจัยนำคะแนนมาคำนวณหาค่า IOC โดยกำหนดค่า IOC ที่ยอมรับได้ คือ 0.8 เมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมีค่า IOC ผ่านเกณฑ์ทุกข้อเท่ากับ 0.85 และคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมีค่า IOC ผ่านเกณฑ์ทุกข้อเท่ากับ 0.86 แล้วนำแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 รายในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายมีความเข้าใจในแผนการพยาบาลที่ใช้เป็นอย่างดี

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไปทดลอง (try out) กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ดังกล่าวในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ด้วยการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ได้ค่าความเชื่อมั่น .80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้จึงนำไปใช้ในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 รหัสโครงการวิจัย G-HS 076/2566 ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล

มะเร็งชลบุรี เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2567 รหัสโครงการวิจัย 004/2567 และผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2567 รหัสโครงการวิจัย 036/67

2. เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำ ตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้ทราบ อธิบายให้เข้าใจถึงการศึกษาครั้งนี้ ระยะเวลาของการวิจัยและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษาและการบริการที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ระหว่างการศึกษาหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบเวลาที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาและการบริการที่ได้รับด้วยเช่นกัน ข้อมูล ต่างๆของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับโดยใช้เลขที่ของแบบสัมภาษณ์เป็นรหัสแทน ไม่มีการ เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้นและเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยผู้วิจัยจึงให้ลง นามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการ และขั้นตอนการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวก่อนเริ่มดำเนินการวิจัยในการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย โดยศึกษาค้นคว้าหาความรู้จากตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาเรียนรู้ทฤษฎีการดูแลแบบ เอื้ออาทรของสแวนสันอย่างละเอียดเพื่อเข้าใจในกระบวนการการดูแล หลังจากเค้าโครงร่าง วิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัย เสนอขอพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี คณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรีเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอ ผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และหอผู้ป่วยมะเร็งชั้น 6 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขอ อนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญหญิง หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยพิเศษ พยาบาลประจำ หน่วยงานดังกล่าวโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี หัวหน้าหอผู้ป่วยมะเร็งชั้น 6 และพยาบาลประจำ หน่วยงานดังกล่าวโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะเวลาในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยซึ่งได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกัน โดยในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือนเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมและในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 เก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็นรายบุคคล มีขั้นตอนการปฏิบัติแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง (Pre - test) ระยะดำเนินการทดลองและระยะหลังการทดลอง (Post - test) ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 9 สัปดาห์ ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักก่อนได้รับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 6, 7, 8, 9 เป็นรายบุคคลที่ห่อผู้ป่วยสามัญหญิง ห่อผู้ป่วยสามัญชาย ห่อผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาการวิจัยแล้ว จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ระยะเวลา 30 นาที ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการรักษาโดยละเอียด ทำแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักครั้งที่ 1 (Pre - test)

ระยะดำเนินการทดลอง (ครั้งที่ 1 – 15 สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน)

ใช้เวลารวม 8 สัปดาห์ ระยะเวลา 3 วัน/รอบ ทุก 2 สัปดาห์ รวม 4 รอบ ผู้วิจัยดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในกิจกรรมประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6, 7, 8, 9

(ครั้งที่ 1) ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นรายบุคคล ณ หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี มีรายละเอียดดังนี้

1. ก่อนที่ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้สูงอายุ ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุอย่างละเอียด ทั้งข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดในแต่ละรอบที่ผ่านมาและค้นหาข้อมูลโรคมะเร็งของแต่ละบุคคล

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นรายบุคคลสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุด้วยความเคารพ สุภาพ นุ่มนวล ท่าทีที่เป็นมิตร แสดงความจริงใจ

3. ให้เกียรติและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ แนะนำตัว พูดคุยซักถามทั่วไป ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจก่อนได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย (Knowing)

4. ซักถามเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา ความหวัง สิ่งที่มีความหมายในชีวิตเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและเกิดพลังใจในการรักษา ผู้วิจัยใช้ทักษะการฟังรวมทั้งสังเกตท่าทาง การแสดงออกประกอบกับคำบอกเล่าทำให้เข้าใจความรู้สึกอย่างแท้จริง (Maintaining belief)

5. ผู้วิจัยใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุ รับฟังปัญหา มีความเห็นอกเห็นใจ รับรู้อารมณ์ แบ่งปันความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ แลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาที่ผ่านมา พร้อมทั้งตอบข้อสงสัยด้วยความเต็มใจ ให้เบอร์โทรศัพท์หรือไลน์กับผู้สูงอายุเมื่อต้องการปรึกษาสามารถสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่คิดว่าเป็นการรบกวน (Being with)

6. ช่วยเหลือกิจกรรมในสิ่งที่คุณสูงอายุไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเองด้วยความเอาใจใส่ กระตือรือร้น เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ให้การพยาบาลอย่างเต็มศักยภาพ วิเคราะห์ ทบทวนปัญหาเพื่อนำมาวางแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรครั้งต่อไป (Doing for)

7. ผู้วิจัยให้ข้อมูล ส่งเสริมความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติตนเองได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายแก่ผู้สูงอายุ ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหามือมีอุปสรรคในการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ผู้สูงอายุสงสัยทั้งเรื่องเกี่ยวกับการรักษาหรือด้านอื่นๆ (Enabling)

8. บันทึกข้อมูล ความเชื่อ ความหวังและปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องของผู้สูงอายุ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาล ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อช่วยดูแลแก้ไข ปัญหา

9. ผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และป้องกันอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งภายในคู่มือประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (Enabling)

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด การจัดการอาการและอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์

ระยะที่ 2 การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด

(ครั้งที่ 2 - 15) ผู้วิจัยให้การพยาบาลตามรอบของยาเคมีบำบัดที่ผู้สูงอายุได้รับจนครบ 4 รอบของการให้ยาเคมีบำบัดทุก 2 สัปดาห์และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือไลน์เมื่อกลับบ้านได้ 1 สัปดาห์ (จำนวน 3 ครั้ง) มีรายละเอียดดังนี้

การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6

1. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลประจำหอผู้ป่วย สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ประเมินภาวะสุขภาพจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความพร้อมก่อนรับยาเคมีบำบัด รวบรวมข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาล
2. เมื่อเข้าพบผู้สูงอายุแสดงความเคารพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี
3. พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ อุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในการรักษาหรือผลกระทบจากการรักษาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ โดยผู้วิจัยยอมรับในความแตกต่างของแต่ละบุคคล ประเมินระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด (Knowing)
4. ผู้วิจัย ส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธา ตามศาสนาโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา เช่น การสวดมนต์ สวดภาวนา การทำบุญ ถวายพวงมาลัยกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ การฟังเทศน์ธรรมะ เป็นต้น เพื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความหวังและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม (Maintaining belief)
5. ผู้วิจัยใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุอย่างค้ำค่า รับรู้อารมณ์ แบ่งปันประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ผู้วิจัยเข้าใจในสถานการณ์ของผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไม่ได้เป็นภาระของผู้วิจัย (Being with)
6. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับยาเคมีบำบัดและเฝ้าระวัง ป้องกันอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เช่น อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เยื่อช่องปากอักเสบ ชาปลายมือปลายเท้า ดูแลให้พักผ่อน ไม่มีสิ่งรบกวน รวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุและวิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแผนการพยาบาลครั้งต่อไป (Doing for)
7. ทบทวนความรู้ ความเข้าใจในสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่กับผู้สูงอายุ เพื่อสามารถปรับแผนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์และเตรียมตัวมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยได้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูล (Enabling)
8. บันทึกข้อมูล ความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธา ปัญหาที่พบ ความต้องการของผู้สูงอายุ จากการศึกษาประวัติและการสอบถาม นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนให้การพยาบาลหรือปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุ

การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 7

1. ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงพักกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุในขณะที่

ผู้วิจัยไม่ได้อยู่ดูแล ประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อนำข้อมูลไปวางแผนทางการพยาบาล และประเมินความพร้อมก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุ กล่าวทักทาย แสดงความเคารพ พูดยาสุขภาพนุ่มนวล คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี

3. ผู้วิจัยเข้าใจประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ อุปสรรคที่ต้องเผชิญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล เข้าใจในความแตกต่างของแต่ละบุคคลและประเมินระดับความรุนแรงอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงอาการไม่พึงประสงค์ตามเกณฑ์ของ NCI (National Cancer Institute, CTCAE version 4.0) (Knowing)

4. ผู้วิจัยเข้าใจเกี่ยวกับความคาดหวัง ความเชื่อ ความศรัทธาของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย สนับสนุนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการเกี่ยวกับศาสนาของแต่ละบุคคลหรือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการ (Maintaining belief)

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สอบถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา สถานการณ์และอุปสรรคในการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งตอบข้อสงสัยด้วยความเต็มใจ สัมผัสด้วยความอ่อนโยน พุดคุยให้กำลังใจ แสดงให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณวิจัยมีความห่วงใย เอาใจใส่และอยู่เคียงข้างตลอดเวลา (Being with)

6. ให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคมและเฟื่อระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Doing for)

7. นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุกับ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายรายบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการแก้ปัญหาอย่างมีคุณภาพ

8. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดแก่ผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุทบทวนการปฏิบัติตนย้อนกลับตามอาการข้างเคียงที่พบ ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมยินดีเมื่อผู้สูงอายุตอบได้ถูกต้อง (Enabling)

การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 8

1. ผู้วิจัยสอบถามพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อทราบถึงปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ ขณะที่ผู้วิจัยไม่ได้อยู่ดูแล ติดตามผลตรวจร่างกายต่างๆของผู้สูงอายุ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแผนการพยาบาลและประเมินความพร้อมในการรับยาเคมีบำบัด

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุ ทักทายด้วยความเคารพ สุภาพนุ่มนวล ทำที่เป็นมิตรคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี

3. ชักถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัญหาต่างๆที่ต้องเผชิญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สรุปรูปปัญหาให้ตรงกันกับผู้สูงอายุเพื่อวางแผนการแก้ปัญหา ประเมินระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด (Knowing)

4. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา ตามกิจกรรมทางศาสนาจาก ข้อมูลที่ได้และอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาตามแนวปฏิบัติของแต่ละบุคคล เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ สวดภาวนา ทำสมาธิ ตามวิถีทางศาสนาหรือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุ ต้องการโดยไม่ขัดกับแผนการรักษา (Maintaining belief)

5. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก รับฟังปัญหา แสดงให้เห็นว่าผู้วิจัยมีความห่วงใย เข้าใจความรู้สึก ลดความวิตกกังวลและซึมเศร้า สัมผัสผู้สูงอายุด้วยความอ่อนโยน พักหน้ารับรู้ บางครั้ง (Being with)

6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด เป็นระเบียบ แสงสว่างเพียงพอ มีความสุขสบายไม่มี สิ่งรบกวนการพักผ่อน

7. ผู้วิจัยดูแลให้ยาเคมีบำบัดแก่ผู้สูงอายุ เฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นขณะรับยา เคมีบำบัดเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกเกิดความมั่นใจในการ ได้รับการดูแลที่ดี เฝ้าระวังภาวะ Neurotoxicity, Hypersensitivity, Extravasation, อาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ท้องเสีย ซีด เม็ดเลือดขาวต่ำอย่างเต็ม ศักยภาพและส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อ ได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Doing for)

8. ผู้วิจัยร่วมกันวางแผนกับผู้สูงอายุ ในการป้องกันอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่อาจ เกิดขึ้น เช่น อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาการชาปลายมือปลายเท้า เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ พัฒนาทักษะการดูแลตนเองมากขึ้น ผู้วิจัยกล่าวยกย่องชมเชยเมื่อผู้สูงอายุทำได้ (Enabling)

การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 9

ก่อนเข้าพบผู้สูงอายุผู้วิจัยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้สูงอายุกับพยาบาลประจำ หอผู้ป่วยในระหว่างที่ผู้วิจัยไม่ได้อยู่ดูแลเพื่อประเมินความพร้อมก่อนให้ยาเคมีบำบัด

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุ แสดงความเคารพ กล่าวทักทาย คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพเชิงบวก เกิดความไว้วางใจ สื่อสารระหว่างกันด้วยความเข้าใจ

2. ผู้วิจัยให้เกียรติในความเป็นผู้สูงอายุโดยมีกิริยาอ่อนน้อม พุดจาไพเราะ ไม่ยื่นค้ำศีรษะ ผู้สูงอายุและประเมินระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด (Knowing)

3. ให้เวลาผู้สูงอายุในการคิดไตร่ตรอง ได้เล่าปัญหาในการดำเนินชีวิตหรือผลกระทบ จากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยฟังอย่างตั้งใจเพื่อค้นหาความเข้าใจโดยผู้วิจัยไม่ขัดจังหวะการ

เล่า เข้าใจในความทุกข์ เห็นอกเห็นใจและแสดงให้เห็นว่าผู้วิจัยรับรู้ความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกนึก
คิดของผู้สูงอายุ (Being with)

4. ตรวจสอบความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละรายก่อนเสมอและให้การช่วยเหลือในการ
กระทำกิจกรรมต่างๆตามความต้องการของผู้สูงอายุ

5. ให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธาและคอย
สนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความต้องการ เช่น สวดมนต์ ไหว้
พระ อธิษฐาน ทำสมาธิ เป็นต้น หรือกิจกรรมอื่นๆที่ผู้สูงอายุต้องการ (Maintaining belief)

6. ผู้วิจัยแสดงความกระตือรือร้นในการช่วยเหลือ เต็มใจและเอาใจใส่ผู้สูงอายุด้วยความ
มีเมตตา กรุณา คุณแลด้านจิตใจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นใจ ผ่อนคลายความวิตกกังวล (Being with)

7. ผู้วิจัยดูแลเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เช่น ภาวะ Neurotoxicity,
Hypersensitivity, Extravasation ขณะได้รับยาเคมีบำบัดอย่างเต็มความรู้ความสามารถ (Doing for)

8. ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบเตียงให้สะอาด ปลอดภัย มีแสงสว่างเพียงพอ จัดทำนอนให้เหมาะสม
กับการพักผ่อนโดยไม่ต้องร้องขอ (Doing for)

9. รวบรวมข้อมูล ปัญหา ความต้องการการดูแลที่ได้จากการซักประวัติผู้สูงอายุ นำข้อมูล
มาวางแผนการพยาบาล ทบทวนและปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ
ของผู้สูงอายุ (Doing for)

10. กำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ชัดเจนกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจาก
ผู้สูงอายุให้ผู้ดูแลมาช่วยดูแลและวางแผนการดูแล โดยมุ่งเน้นที่ความผาสุกของผู้สูงอายุตลอดระยะ
การรักษา (Enabling)

การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 10

1. ผู้วิจัยสอบถามข้อมูล ปัญหา หรือความต้องการของผู้สูงอายุจากพยาบาลประจำ
หอผู้ป่วยในระหว่างที่ผู้วิจัยไม่ได้อยู่ดูแล ติดตามผลตรวจร่างกายต่างๆ เพื่อประเมินความพร้อม
ก่อนให้ยาเคมีบำบัดและวางแผนการพยาบาล

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุ แสดงความเคารพ กล่าวทักทาย ให้เกียรติในความเป็นผู้สูงอายุ
คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพเชิงบวก เกิดความไว้วางใจสื่อสารกันด้วยความเข้าใจ

3. ผู้วิจัยทบทวนเหตุการณ์และกิจกรรมที่ทำในครั้งที่แล้วเพื่อให้ความเข้าใจตรงกัน
สอบถามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ประเมินระดับความรุนแรงอาการข้างเคียง
จากยาเคมีบำบัด (Knowing)

4. อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา ความหวังโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาและให้แสดงความรู้สึกต่อความเชื่อนั้น สนับสนุนการทำกิจกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธาของแต่ละบุคคลหรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องการ (Maintaining belief)

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก ตอบสนองต่อการแสดงออกทางอารมณ์ ความวิตกกังวลที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ด้วยความเอาใจใส่ไม่ว่าจะเป็นคำพูด น้ำเสียง สีหน้า แววตา หรืออากัปกิริยาต่างๆ อยู่เคียงข้างผู้สูงอายุโดยไม่มีท่าทีเบียดเบียน (Being with)

6. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อป้องกันอาการข้างเคียง บันทึกปัญหา หรือความต้องการการดูแลเพื่อนำมาปรับแผนการพยาบาลเมื่อสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงทุกครั้ง (Doing for)

7. ผู้วิจัยให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาตามที่ผู้สูงอายุต้องการ ตลอดจนการทบทวนการดูแลตนเองระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สนับสนุนส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Enabling)

8. รวบรวมข้อมูล ปัญหา ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเพื่อนำมาวิเคราะห์และวางแผนให้การพยาบาลครั้งต่อไป ทบทวนแผนการดูแลและปรับแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุ

การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 11

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุกล่าวทักทาย พุดจาไพละ มีความอ่อนน้อม ชักถามปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการให้ช่วยเหลือ ประเมินระดับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงอาการไม่พึงประสงค์ตามเกณฑ์ของ NCI (National Cancer Institute, CTCAE version 4.0) (Knowing)

2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือการรักษาที่อาจเปลี่ยนแปลงไป ให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจในการเลือกการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับตนเองและให้ความร่วมมือในการรักษา

3. ผู้วิจัยจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา และให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นต่อความเชื่อ ความศรัทธานั้น สนับสนุนให้ปฏิบัติกิจกรรมตามศาสนาหรือสิ่งที่คุณสูงอายุต้องการ เช่น ใ้บาศธ สวดมนต์ ไหว้พระ ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การสวดภาวนา เป็นต้นหรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องการ (Maintaining belief)

4. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึก หรือความวิตกกังวลที่มีอยู่ เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย สังเกตกิริยา ท่าทาง น้ำเสียง แววตา ที่สื่อออกมาอย่างตั้งใจและเข้าใจกับเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ

อยู่ ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลแนวทางแก้ไขปัญหา พุดคุยปลอบโยน ให้กำลังใจ สัมผัสด้วยความ
อ่อนโยน (Being with)

5. ผู้วิจัยประเมินความเข้าใจที่มีอยู่เดิม ความต้องการการดูแล ให้ความกระจ่างในสิ่งที่
ผู้สูงอายุรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มั่นใจ แก้ไขข้อมูลที่ผู้สูงอายุเข้าใจคลาดเคลื่อน ให้ข้อมูลที่ตรงกันกับ
ผู้วิจัยตลอดเวลาที่ให้การพยาบาล ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อป้องกันอาการแทรก
ซ้อนจากยาเคมีบำบัดและปรับแผนการพยาบาลตามสถานการณ์ของผู้สูงอายุ (Doing for)

6. ทบทวนการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมีบำบัดและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางอย่าง
ที่ผู้สูงอายุยังแก้ไขไม่ได้หรือต้องการความช่วยเหลือ พัฒนาทักษะการดูแลตนเองโดยให้ผู้สูงอายุ
ทบทวนกลับไปให้ฟัง กล่าวชื่นชม ยินดีและให้กำลังใจเพื่อให้ปฏิบัติดียิ่งขึ้นต่อไป (Enabling)

7. รวบรวมข้อมูล ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ ที่ได้จากการสอบถามและผลตรวจ
ร่างกายต่างๆ เพื่อทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของ
ผู้สูงอายุเพื่อวางแผนให้การพยาบาลครั้งต่อไป

การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 12

1. ผู้วิจัยสอบถามอาการ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกับพยาบาลประจำหอ
ผู้ป่วยขณะที่ผู้วิจัยไม่ได้อยู่ดูแล ผลการตรวจร่างกายต่างๆ เพื่อประเมินความพร้อมก่อนให้ยาเคมี
บำบัด

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุกล่าวทักทายด้วยคำพูดที่ไพเราะ สุภาพและทำที่เป็นมิตรให้
ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็น ปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆด้วยความเข้าใจและเต็มใจเพื่อค้นหาปัญหา
ภายในใจ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดเพื่อวางแผนการดูแล
(Knowing)

3. สนับสนุนและส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาเพื่อ
แสดงให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าผู้วิจัยเข้าใจความรู้สึกที่ผู้สูงอายุได้สื่อถึงความหวัง ความศรัทธา
ถึงศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือที่เป็นที่พึ่งทางจิตใจ โดยจัดสถานที่สิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับการทำกิจกรรม
(Maintaining belief)

4. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก รับฟังปัญหาอย่างเข้าใจและเต็มใจร่วมรับรู้ความรู้สึกกับ
ผู้สูงอายุ โดยการสัมผัสมือ พักหน้า แสดงให้เห็นว่าผู้วิจัยเข้าใจความรู้สึกผู้สูงอายุ แสดงออกถึง
ความยินดีให้การช่วยเหลือไม่ให้รู้สึกว่าเป็นภาระของผู้วิจัย (Being with)

5. ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย
ตามมาตรฐานวิชาชีพ ระวังหรือรื้อนในการดูแล เฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ
ได้รับยาเคมีบำบัด (Doing for)

6. ส่งเสริม สนับสนุน ให้คำปรึกษาผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ได้พัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้ เพื่อลดอาการข้างเคียงและพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุ (Enabling)

7. ผู้วิจัยกล่าวชมเชย ยินดีกับผู้สูงอายุที่สามารถได้รับยาเคมีบำบัดจนครบตามแผนการรักษา เนื่องจากมีความตั้งใจ อดทนและสามารถดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัดได้เป็นอย่างดี เป็นคนที่มีจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถฝ่าฟันอุปสรรค สถานการณ์ที่ต้องแก้ปัญหาอยู่ตลอดเวลา และขอให้มีความสุขที่แข็งแรงต่อไป (Enabling)

การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด (ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1)

หลังได้รับยาเคมีบำบัดครบในแต่ละรอบ ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมติดตามหลังกลับบ้านไป 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 10 - 15 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ทักทายด้วยคำพูดไพเราะ สุภาพ ให้เกียรติผู้สูงอายุ สอบถามอาการและปัญหาที่พบเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รับฟังปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา (Knowing)

2. ผู้วิจัยรับฟังปัญหาที่ผู้สูงอายุเล่าให้ฟัง ให้ระบายความรู้สึก พุดคุยให้กำลังใจ (Being with)

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลหรือตอบคำถามตามปัญหาที่ผู้สูงอายุสงสัยหรือต้องการคำปรึกษาและปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมตามสถานการณ์ผู้สูงอายุ (Doing for)

4. ผู้วิจัยสนับสนุน ส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องหลังได้รับยาเคมีบำบัดและย้าให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาหรืออาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ (Enabling)

การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด (ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2)

หลังได้รับยาเคมีบำบัดครบในแต่ละรอบ ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมติดตามหลังกลับบ้านไป 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 10 - 15 นาที โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ทักทายด้วยคำพูดไพเราะ สุภาพ ให้เกียรติผู้สูงอายุ

2. สอบถามอาการเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวบรวมข้อมูล ปัญหาเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล (Knowing)

3. รับฟังปัญหา อารมณ์ ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ใช้ทักษะการฟังจากน้ำเสียง จังหวะการพูด ผู้วิจัยพุดคุยแสดงถึงความห่วงใยเอาใจใส่ (Being with)

4. ผู้วิจัยสอบถามอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการข้างเคียงและการแก้ไขปัญหา ให้คำปรึกษาตามที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ (Doing for)

5. ทบทวนการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดให้กับผู้สูงอายุและให้คำแนะนำผู้สูงอายุเมื่อต้องการคำปรึกษา (Enabling)

การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด (ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3)

หลังได้รับยาเคมีบำบัดครบในแต่ละรอบ ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมติดตามหลังกลับบ้านไป 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 10 - 15 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิ์ ทักทายผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายด้วยคำพูดสุภาพ อ่อนโยน เป็นมิตร
2. ชักถามอาการหลังได้รับยาเคมีบำบัด ประเมินปัญหาจากคำบอกเล่า (Knowing)
3. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อลดความวิตกกังวล ผู้วิจัยรับฟังด้วยความตั้งใจให้ความช่วยเหลือ เข้าใจปัญหาและพร้อมอยู่เคียงข้างเสมอและไม่มีความรู้สึกว่าผู้สูงอายุเป็นภาระ (Being with)
4. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ทบทวนแผนการพยาบาลหรือปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุ (Doing for)
5. กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับปัญหา อุปสรรคจากการรักษาที่ทำให้มีอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ผลกระทบด้านอื่นๆที่เกิดขึ้นตลอดเวลาของการรักษา และขอให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติได้ต่อเนื่อง (Enabling)

ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ (ครั้งที่ 16)

การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามผู้สูงอายุเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 10 - 15 นาที กิจกรรมประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยแสดงความเคารพ กล่าวทักทาย สอบถามอาการ สรุปความก้าวหน้าในการรักษา กล่าวชมเชยว่ามีจิตใจที่เข้มแข็ง มีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติตนขณะได้รับยาเคมีบำบัดได้เป็นอย่างดีและมีทักษะในการดูแลตนเองจึงทำให้การรักษาผ่านพ้นไปได้ด้วยดี
2. ผู้วิจัยสนับสนุน ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และขอให้ปฏิบัติต่อไปตลอดการรักษา

3. หากยังมีปัญหาหรือข้อสงสัย ผู้สูงอายุสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้เสมอ

ระยะหลังการทดลอง

ภายหลังผู้สูงอายุรับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ สัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยพิเศษ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักชุดเดิม ครั้งที่ 2 (Post-test) หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้และยุติสัมพันธภาพ

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็นรายบุคคล ขั้นตอนการดำเนินการมี 3 ระยะ คือ ระยะก่อนดำเนินการ (Pre - test) ระยะดำเนินการให้ยาเคมีบำบัดและระยะหลังดำเนินการ (Post - test) ใช้เวลาเก็บข้อมูล 9 สัปดาห์ ดังนี้

ระยะก่อนดำเนินการ

ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายบุคคล ณ หอผู้ป่วยมะเร็งชั้น 6 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยแล้วจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ทำแบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักครั้งที่ 1 (Pre - test) โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามแผนการดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

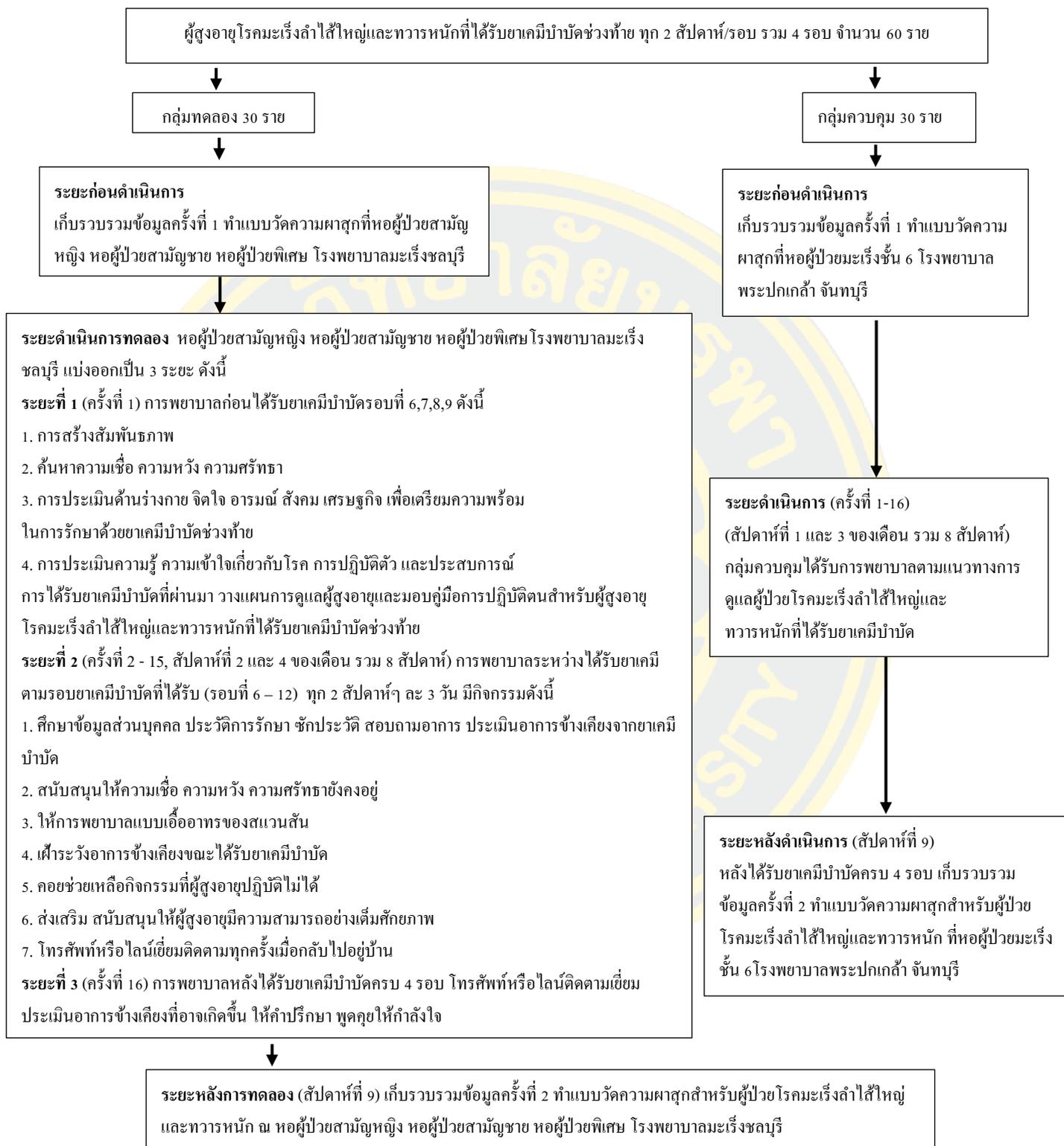
ระยะดำเนินการให้ยาเคมีบำบัด (ครั้งที่ 1)

(สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน รวม 8 สัปดาห์)

การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงและการป้องกันอาการข้างเคียงขณะได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งจะได้รับยาเคมีบำบัดทุก 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน รวมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ณ หอผู้ป่วยมะเร็งชั้น 6 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มีการนัดหมายรายบุคคลเพื่อวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักครั้งที่ 2 หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบในสัปดาห์ที่ 9

ระยะหลังดำเนินการ (ครั้งที่ 2)

หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดครบในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักชุดเดิม ครั้งที่ 2 (Post- test) ในวันมาตรวจตามนัดที่หอผู้ป่วยมะเร็ง ชั้น 6 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ คำแนะนำ และมอบคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่วงท้าย ตอบปัญหาข้อสงสัยเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง กล่าวขอบคุณที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้และยุติสัมพันธภาพ การดำเนินการวิจัยสามารถสรุปได้ดังภาพ



ภาพที่ 3 ขั้นตอนดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามกำหนดและตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติไคสแควร์

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน สำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการบำบัดช่วงท้าย โดยใช้สถิติ Dependent t - test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการบำบัดช่วงท้ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ดังนี้
ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Dependent t – test

- 1) กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มประชากร (Randomness)
- 2) ข้อมูลทั้ง 2 ชุด ไม่เป็นอิสระต่อกัน
- 3) ระดับการวัดของตัวแปรอยู่ในระดับ Interval scale หรือ Ratio scale
- 4) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบ โคนึงปกติ (Normal distribution)

ผู้วิจัยทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบค่า p value > .05

ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Independent t – test

- 1) กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มประชากร (Randomness)
- 2) ข้อมูลทั้ง 2 ชุดเป็นอิสระต่อกัน
- 3) ระดับการวัดของตัวแปรอยู่ในระดับ Interval scale หรือ Ratio scale
- 4) ความแปรปรวนของข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน

ผู้วิจัยทดสอบด้วย Levene's test พบค่า p value > .05

- 5) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบ โคนึงปกติ (Normal distribution)

ผู้วิจัยทดสอบชุดข้อมูลกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบค่า p value > .05

ผู้วิจัยทดสอบชุดข้อมูลกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบค่า p value > .05

(ผลการทดสอบดังภาคผนวก ฉ)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของ
สแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย
โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่
ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

การวิจัยครั้งนี้เมื่อเริ่มต้นการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30
ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย เมื่อสิ้นสุดการวิจัยเหลือกลุ่มตัวอย่าง 54 ราย (กลุ่มทดลอง 27 ราย กลุ่มควบคุม
27 ราย) เนื่องจากระหว่างการเข้าร่วมวิจัยผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมี
บำบัดช่วงท้ายมีอาการแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดและ โรคมะเร็งแพร่กระจาย ทำให้ต้องเปลี่ยน
แผนการรักษา โดยในกลุ่มทดลอง 3 ราย รายที่ 1 มีอาการติดเชื้อ ท้องเสียรุนแรง ต้องเลื่อนให้ยาเคมี
บำบัดในรอบนั้น รายที่ 2 มีไข้ ติดเชื้อในกระแสเลือด น้ำหนักลด ต้องเลื่อนให้ยาเคมีบำบัด ไม่มีกำหนด
และรายที่ 3 โรคมะเร็งแพร่กระจายไปทั่วร่างกายต้องเปลี่ยนการรักษาเป็นแบบประคับประคอง ใน
กลุ่มควบคุม 3 ราย รายที่ 1 และรายที่ 2 มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) อ่อนเพลีย ต้องเลื่อนให้
ยาเคมีบำบัดออกไป รายที่ 3 มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะทำให้ต้องเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัด
ออกไปเช่นกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา
ศาสนา สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ตำแหน่งลำไส้ที่เป็น ระยะของโรค สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ

รอบยาเคมีบำบัด โดยหาค่าความถี่ ร้อยละและทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - square test) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าไคสแควร์ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 54)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N=27)		กลุ่มควบคุม (N=27)		χ^2	p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.29	.58
ชาย	13	48.1	15	55.6		
หญิง	14	51.9	12	44.4		
อายุ (Mean \pmSD)	(65.67 \pm 6.42)		(69.19 \pm 7.51)		3.00	.83
60 – 69 ปี	21	77.78	15	55.56		
70 – 79 ปี	4	14.81	9	33.33		
80 ปี ขึ้นไป	2	7.41	3	11.11		
สถานภาพ					.91	.34
โสด	3	11.11	1	3.7		
คู่	19	70.37	18	66.7		
หม้าย	4	14.82	4	14.8		
หย่า	1	3.70	4	14.8		
ระดับการศึกษา					1.96	.16
ประถมศึกษา	18	66.7	22	81.5		
มัธยมศึกษา	2	7.4	2	7.4		
อนุปริญญา	1	3.7	1	3.7		
ปริญญาตรี	5	18.5	2	7.4		
ปริญญาโท	1	3.7	0	0		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p - value
	(N=27)		(N=27)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ศาสนา					0.00	1.00
พุทธ	26	96.3	26	96.3		
คริสต์	1	3.7	1	3.7		
สิทธิการรักษา					.42	.51
เบิกจ่ายตรง	4	14.8	4	14.8		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	20	74.1	22	81.5		
ประกันสังคม	3	11.1	1	3.7		
โรคประจำตัว					0.35	.55
มีโรคประจำตัว	20	74.1	18	66.7		
ไม่มีโรคประจำตัว	7	25.9	9	33.3		
โรคร่วม					.70	.40
มี 1 โรค	10	37.04	6	22.22		
มี 2 โรค	8	29.63	9	33.33		
มี 3 โรค	1	3.70	2	7.41		
มีมากกว่า 3 โรค	1	3.70	1	3.71		
ไม่มีโรคร่วม	7	25.93	9	33.33		
ระยะของโรค					.08	.77
Stage 2	1	3.7	3	11.1		
Stage 3	16	59.3	15	55.6		
Stage 4	10	37	9	33.3		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N=27)		กลุ่มควบคุม (N=27)		χ^2	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ตำแหน่งลำไส้ที่เป็น					
Sigmoid colon	12	44.45	10	37.04		
Rectosigmoid colon	5	18.52	5	18.52		
Rectum	3	11.11	6	22.22		
Ascending colon	1	3.70	1	3.70		
Descending colon	6	22.22	4	14.82		
Caecum	0	0	1	3.70		
สูตรยาเคมีบำบัด					3.67	.15
FOLFOX4	12	44.45	7	25.93		
FOLFOX6	9	33.33	16	59.26		
FOLFIRI	6	22.22	4	14.81		
รอบยา					.42	.51
6	12	44.45	13	48.15		
7	8	29.63	9	33.33		
8	4	14.81	3	11.11		
9	3	11.11	2	7.41		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายในกลุ่มทดลองจำนวน 27 ราย เป็นเพศชาย (48.1) เพศหญิง (ร้อยละ 51.9) มีอายุเฉลี่ย 65.67 ปี (SD 6.42) มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 (ร้อยละ 77.78) อายุช่วง 70 - 79 ปี (ร้อยละ 14.81) และอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 7.41) ตามลำดับ มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 11.11) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 70.37) สถานภาพหม้าย (ร้อยละ 14.82) และสถานภาพหย่า (ร้อยละ 3.70) ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 66.7) มัธยมศึกษา (ร้อยละ 7.4) อนุปริญญา (ร้อยละ 3.7) ปริญญาตรี (ร้อยละ 18.5) และปริญญาโท (ร้อยละ 3.7) ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.3) และนับถือศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 3.7) สิทธิในการรักษาเบิกจ่ายตรง (ร้อยละ 14.8) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(ร้อยละ 74.1) และประกันสังคม (ร้อยละ 11.1) ตามลำดับ มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 74.1) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 25.9) มีโรคร่วม 1 โรค (ร้อยละ 37.04) มีโรคร่วม 2 โรค (ร้อยละ 29.63) มีโรคร่วม 3 โรค (ร้อยละ 3.70) มีโรคร่วมมากกว่า 3 โรค (ร้อยละ 3.70) และไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 25.93) ตามลำดับ ระยะของโรค Stage 2 (ร้อยละ 3.7) Stage 3 (ร้อยละ 59.3) และ Stage 4 (ร้อยละ 37) ตามลำดับ ตำแหน่งของลำไส้ที่เป็นคือ Sigmoid colon (ร้อยละ 44.45) Rectosigmoid colon (ร้อยละ 18.52) Rectum (ร้อยละ 11.11) Ascending colon (ร้อยละ 3.70) และ Descending colon (ร้อยละ 22.22) ตามลำดับ สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้คือ FOLFOX4 (ร้อยละ 44.45) FOLFOX6 (ร้อยละ 33.33) และ FOLFIRI (ร้อยละ 22.22) ตามลำดับ รอบยาเคมีบำบัดที่ได้รับเริ่มต้นรอบยาที่ 6 (ร้อยละ 44.45) รอบยาที่ 7 (ร้อยละ 29.63) รอบยาที่ 8 (ร้อยละ 14.81) และรอบยาที่ 9 (ร้อยละ 11.11) ตามลำดับ

สำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายในกลุ่มควบคุม จำนวน 27 ราย เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.6) เพศหญิง (ร้อยละ 44.4) มีอายุเฉลี่ย 69.19 ปี (SD 7.51) อายุอยู่ในช่วง 60 – 69 (ร้อยละ 55.56) อายุช่วง 70 - 79 ปี (ร้อยละ 33.33) และอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 11.11) ตามลำดับ มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 3.7) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 66.7) สถานภาพหม้าย (ร้อยละ 14.8) และสถานภาพหย่า (ร้อยละ 14.8) ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 81.5) มัธยมศึกษา (ร้อยละ 7.4) อนุปริญญา (ร้อยละ 3.7) และปริญญาตรี (ร้อยละ 7.4) ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.3) และนับถือศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 3.7) สิทธิในการรักษาเบิกจ่ายตรง (ร้อยละ 14.8) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 81.5) และประกันสังคม (ร้อยละ 3.7) ตามลำดับ มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.7) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 33.3) มีโรคร่วม 1 โรค (ร้อยละ 22.22) มีโรคร่วม 2 โรค (ร้อยละ 33.33) มีโรคร่วม 3 โรค (ร้อยละ 7.41) มีโรคร่วมมากกว่า 3 โรค (ร้อยละ 3.71) และไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 33.33) ตามลำดับ ระยะของโรค Stage 2 (ร้อยละ 11.1) Stage 3 (ร้อยละ 55.6) และ Stage 4 (ร้อยละ 33.3) ตามลำดับ ตำแหน่งลำไส้ที่เป็น คือ Sigmoid colon (ร้อยละ 37.04) Rectosigmoid colon (ร้อยละ 18.52) Rectum (ร้อยละ 22.22) Ascending colon (ร้อยละ 3.70) Descending colon (ร้อยละ 14.82) และ Caecum (ร้อยละ 3.70) ตามลำดับ สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ คือ FOLFOX4 (ร้อยละ 25.93) FOLFOX6 (ร้อยละ 59.26) และ FOLFIRI (ร้อยละ 14.81) ตามลำดับ รอบยาเคมีบำบัดที่ได้รับเริ่มต้นรอบยาที่ 6 (ร้อยละ 48.15) รอบยาที่ 7 (ร้อยละ 33.33) รอบยาที่ 8 (ร้อยละ 11.11) และรอบยาที่ 9 (ร้อยละ 7.41) ตามลำดับ

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์

(Chi-square test) พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความพึงพอใจ	ระยะ	กลุ่มทดลอง (N=27)			กลุ่มควบคุม (N=27)		
		Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านร่างกาย	ก่อนการทดลอง	3.37	0.38	สูง	3.29	0.66	สูง
	หลังการทดลอง	3.52	0.31	สูง	3.18	0.55	สูง
ด้านสังคม/ ครอบครัว	ก่อนการทดลอง	2.69	0.57	สูง	2.70	0.87	สูง
	หลังการทดลอง	3.05	0.52	สูง	2.73	0.73	สูง
ด้านอารมณ์/จิตใจ	ก่อนการทดลอง	3.52	0.28	สูง	3.25	0.46	สูง
	หลังการทดลอง	3.66	0.21	สูง	3.24	0.44	สูง
ด้านการปฏิบัติ กิจกรรม	ก่อนการทดลอง	2.01	0.66	ปานกลาง	1.81	0.77	ปานกลาง
	หลังการทดลอง	2.15	0.63	ปานกลาง	1.82	0.68	ปานกลาง
ด้านอื่น ๆ	ก่อนการทดลอง	2.65	0.33	ปานกลาง	2.54	0.50	ปานกลาง
	หลังการทดลอง	2.75	0.29	สูง	2.50	0.52	ปานกลาง
ภาพรวมความพึงพอใจ	ก่อนการทดลอง	2.85	0.30	สูง	2.68	0.46	สูง
	หลังการทดลอง	3.03	0.26	สูง	2.66	0.35	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทั้งภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.85 ($SD = 0.30$) ความพึงพอใจด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 3.37 ($SD = 0.38$) ความพึงพอใจด้านสังคม/ครอบครัวอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.69 ($SD = 0.57$) ความพึงพอใจด้านอารมณ์/จิตใจอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 3.52 ($SD = 0.28$) ความพึงพอใจด้านปฏิบัติกิจกรรมอยู่

ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.01 ($SD = 0.66$) และความผาสุกด้านอื่นๆอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.65 ($SD = 0.33$) ตามลำดับ ในระยะหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยทั้งภาพรวมความผาสุกอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 3.03 ($SD = 0.26$) ความผาสุกด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 3.52 ($SD = 0.31$) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัวอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 3.05 ($SD = 0.52$) ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 3.66 ($SD = 0.21$) ความผาสุกด้านปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.15 ($SD = 0.63$) และความผาสุกด้านอื่นๆอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.75 ($SD = 0.29$) ตามลำดับ

สำหรับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทั้งภาพรวมอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.68 ($SD = 0.46$) ความผาสุกด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 3.29 ($SD = 0.66$) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัวอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.70 ($SD = 0.87$) ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 3.25 ($SD = 0.46$) ด้านผาสุกด้านปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 1.81 ($SD = 0.77$) และความผาสุกด้านอื่นๆอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.54 ($SD = 0.50$) ตามลำดับ ในระยะหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยทั้งภาพรวมความผาสุกอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.66 ($SD = 0.35$) ความผาสุกด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 3.18 ($SD = 0.55$) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัวอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.73 ($SD = 0.73$) ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 3.24 ($SD = 0.44$) ความผาสุกด้านปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 1.82 ($SD = 0.68$) และความผาสุกด้านอื่นๆอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.50 ($SD = 0.52$) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงทำยในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงทำยในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง (N=27)

คะแนนเฉลี่ยความผาสุกของ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่วงทำยในกลุ่มทดลอง	ระยะ	Mean	SD	t	df	P - value
ภาพรวมความผาสุก	ก่อนการทดลอง	2.85	0.30	6.32	26	.001
	หลังการทดลอง	3.03	0.26			

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมความพึงพอใจ ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{26} = 6.32, p < .001$)

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายในระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังรายละเอียดในตารางที่ 5 และตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($N = 27$) และกลุ่มควบคุม ($N = 27$)

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย	Mean	SD	Mean difference	t	df	P – value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.85	0.30	0.149	1.400	44.454	.168
กลุ่มควบคุม	2.68	0.46				

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t_{44.454} = 1.400, p > .05$)

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (N = 27) และกลุ่มควบคุม (N = 27)

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจใน ภาพรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยา เคมีบำบัดช่วงท้าย	Mean	SD	Mean difference	t	df	P – value
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.03	0.26	0.34	3.95	52	.001
กลุ่มควบคุม	2.66	0.35				

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{52} = 3.95, p < .05$)

สรุปจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างเดียว จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ภายหลังการวิจัยคงเหลือกลุ่มละ 27 ราย รวมทั้งหมด 54 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลาก โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันด้านระยะของโรค สูตρυา และจำนวนรอบยาเคมีบำบัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วยและแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Independent t-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 51.9) อายุเฉลี่ย 65.67 ปี ขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 55.6) และมีอายุเฉลี่ย 69.19 ปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี (ร้อยละ 77.78) ขณะที่กลุ่มควบคุมในช่วงอายุเดียวกันมีจำนวนน้อยกว่า (ร้อยละ 55.56) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.37) และการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 66.7) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.7) และการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 81.5) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.3) สิทธิในการรักษาที่พบมากที่สุดคือสิทธิบัตรทองในทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 74.1) และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 81.5) กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 74.1) และไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 25.93) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.7) และไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 33.3) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ระยะของโรค Stage 3 (ร้อยละ 59.3) และกลุ่มควบคุมก็มีผู้ป่วย Stage 3 มากเช่นกัน (ร้อยละ 55.6) ตำแหน่งของมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ Sigmoid colon

(ร้อยละ 44.45) ขณะที่กลุ่มควบคุม (ร้อยละ 37.04) ผู้รักษาเคมีบำบัดที่ใช้ในกลุ่มทดลองมากที่สุดคือ FOLFOX4 (ร้อยละ 44.45) ในขณะที่กลุ่มควบคุมใช้ FOLFOX6 มากที่สุด (ร้อยละ 59.26) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มได้รับยาเคมีบำบัดเริ่มต้นในรอบที่ 6 และรอบที่ 7

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi – square test) พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. จากการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทร พบว่ากลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมความผาสุกอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.85 (SD = 0.30) ความผาสุกด้านร่างกายเท่ากับ 3.37 (SD = 0.38) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัวเท่ากับ 2.69 (SD = 0.57) ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจเท่ากับ 3.52 (SD = 0.28) ความผาสุกด้านปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.01 (SD = 0.66) และความผาสุกด้านอื่นๆอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.65 (SD = 0.33) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมความผาสุกเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้านเท่ากับ 3.03 (SD = 0.26) ความผาสุกด้านร่างกายเท่ากับ 3.52 (SD = 0.31) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัวเท่ากับ 3.05 (SD = 0.52) ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจเท่ากับ 3.66 (SD = 0.21) ความผาสุกด้านปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางแต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเท่ากับ 2.15 (SD = 0.63) และความผาสุกด้านอื่นๆ เท่ากับ 2.75 (SD = 0.29)

สำหรับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมความผาสุกในระดับสูง เท่ากับ 2.68 (SD = 0.46) ความผาสุกด้านร่างกายเท่ากับ 3.29 (SD = 0.66) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัวเท่ากับ 2.70 (SD = 0.87) ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจเท่ากับ 3.25 (SD = 0.46) ความผาสุกด้านปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 1.81 (SD = 0.77) และความผาสุกด้านอื่นๆอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.54 (SD = 0.50) หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมความผาสุกลดลงเล็กน้อยเท่ากับ 2.66 (SD = 0.35) ความผาสุกด้านร่างกายเท่ากับ 3.18 (SD = 0.55) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัวเท่ากับ 2.73 (SD = 0.73) ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ 3.24 (SD = 0.44) ความผาสุกด้านปฏิบัติกิจกรรมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญเท่ากับ 1.82 (SD = 0.68) และความผาสุกด้านอื่นๆแนวโน้มลดลงเท่ากับ 2.50 (SD = 0.52)

สรุปผลเปรียบเทียบกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้าน สังคม/ครอบครัว และด้านอารมณ์/จิตใจ ซึ่งแสดงถึงผลเชิงบวกจากการพยาบาลแบบเอื้ออาทร ของสแกนสัน กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญ โดย บางด้านมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจลดลงเล็กน้อยหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาพรวมความพึงพอใจ ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างเห็นได้ชัด

3. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการยาเคมีบำบัดช่วงท้ายที่ได้รับการ พยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{26} = 6.32, p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1

4. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการยาเคมีบำบัดช่วงท้ายที่ได้รับการ พยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{52} = 3.95, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการยาเคมีบำบัดช่วงท้ายที่ได้รับการ พยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนได้รับการ พยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานข้อที่ 1 และผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการยาเคมีบำบัดช่วงท้ายที่ ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่ง เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่าแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน สำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการยาเคมีบำบัดช่วงท้ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6,7,8,9 ระยะที่ 2 ระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด และระยะที่ 3 หลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ ในแต่ละระยะของการ พยาบาลได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน (Swanson, 1993) เพื่อเป็น แนวทางในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) Knowing การรู้จักผู้ป่วย ในฐานะบุคคลหนึ่ง 2) Maintaining belief การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาของผู้ป่วย 3) Being with การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ 4) Doing for การช่วยเหลือกิจกรรมผู้ป่วย และ 5) Enabling การส่งเสริมความสามารถผู้ป่วย ในแต่ละระยะของการดูแลมีดังนี้

1. การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (Knowing)

จากการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลก่อนที่ผู้สูงอายุจะได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า การสร้างสัมพันธภาพที่แสดงออกถึงความเคารพ ความสุภาพและทำที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างความไว้วางใจและความรู้สึกที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่เอื้อต่อการส่งเสริมความผาสุกอย่างชัดเจน โดยเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย ได้รับความเข้าใจและได้รับความไว้วางใจจากพยาบาลจะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลได้ การประเมินความพร้อมในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงการซักถามเกี่ยวกับประสบการณ์ ความเชื่อ และความคาดหวังของผู้สูงอายุแต่ละราย ช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการเฉพาะบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมด้านการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (Knowing) ตามทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันที่เน้นการเข้าใจในผู้สูงอายุแต่ละบุคคลที่แท้จริง การเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการดูแลที่เคารพ ในความเป็นตัวของตัวเอง ส่งเสริมความหวัง ความเข้มแข็งทางใจและการยอมรับในสถานการณ์เจ็บป่วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความผาสุกทั้งในมิติของร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้น การประยุกต์ใช้กิจกรรมด้านการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่งก่อนการได้รับยาเคมีบำบัดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจึงมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความผาสุกโดยรวม ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับการรักษาได้อย่างมีพลังใจและมีความสุข

การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาของผู้ป่วย (Maintaining belief)

ก่อนการให้ยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ดำเนินการพยาบาล โดยคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการสร้างศรัทธาและเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้สูงอายุในการเผชิญโรคมะเร็งและการรักษาที่กำลังจะเกิดขึ้น การให้กำลังใจด้วยถ้อยคำที่อ่อนโยน เช่น “ถึงแม้การรักษาจะมีผลข้างเคียง แต่ท่านก็ผ่านมาได้ทุกครั้ง” หรือ “ท่านทำดีที่สุดแล้วในแต่ละวัน แค่นี้ก็เยี่ยมมากแล้วค่ะ” มีส่วนสำคัญในการสร้างความรู้สึกมั่นคงภายในจิตใจของผู้สูงอายุ กิจกรรมนี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ตนยังสามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง แม้ต้องเผชิญกับการรักษาที่ยุ่งยากหรืออาจมีผลข้างเคียง การรับรู้ว่าการพยาบาลไม่เพียงดูแลด้านร่างกาย แต่ยังมีเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มพลังใจ ลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความผาสุก ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมในช่วงนี้ช่วยลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างความหวัง ทำให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมทางใจมากขึ้นก่อนเข้าสู่กระบวนการให้ยาเคมีบำบัด

การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with)

ก่อนการให้ยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการเฝ้าดูแลผู้สูงอายุอยู่เสมออย่างแท้จริง โดยเน้นการรับฟังความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบของผู้สูงอายุอย่างใส่ใจ พร้อมแสดงท่าทีที่อบอุ่น เช่น การสบตา พยักหน้าและการอยู่เคียงข้างอย่างไม่ทอดทิ้ง ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้เผชิญความเจ็บป่วยและความกลัวเพียงลำพัง การมีพยาบาลอยู่เคียงข้างด้วยความเอาใจใส่เช่นนี้ ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย มั่นใจ และเกิดแรงใจในการรับมือกับกระบวนการรักษาที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้การให้ผู้สูงอายุสามารถติดต่อสอบถามหรือปรึกษาได้อย่างต่อเนื่อง แม้ยังไม่เริ่มการรักษา เป็นการสร้างความต่อเนื่องของความหวังและความอบอุ่นใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางจิตใจที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการเผชิญกับการให้ยาเคมีบำบัดต่อไป

การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ให้ (Doing for)

การช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างเต็มใจโดยไม่รอให้ร้องขอ ไม่ว่าจะเป็นการจัดเตรียมสิ่งแวดลอมให้เหมาะสม การให้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อคลายความกังวล การเตรียมความพร้อมทางกายและใจ รวมถึงการจัดการด้านความสะดวกสบายในระหว่างการเตรียมรับยาเคมีบำบัด เช่น การประเมินสัญญาณชีพ การดูแลเรื่องอาหาร น้ำดื่ม ความสะอาดร่างกาย และการให้การสนับสนุนด้านจิตใจ การได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบาย ปลอดภัย และได้รับความใส่ใจ ส่งผลต่อการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา เสริมสร้างความมั่นใจในการเผชิญกับกระบวนการรักษา และช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนมีคุณค่าและไม่ถูกทอดทิ้ง ซึ่งส่งผลดีต่อภาพรวมของความสุขก่อนการได้รับยาเคมีบำบัด

การส่งเสริมความสามารถผู้ป่วย (Enabling)

การที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดช่วงพักอย่างครอบคลุม ทั้งในด้านแนวทางการรักษา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการกับอาการแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในสถานการณ์ของตนเองมากขึ้น สามารถเตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลและความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการรักษา การมอบคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงพัก ช่วยให้สามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเอง เข้าใจขั้นตอนและแนวทางการดูแล ส่งผลให้มั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น สามารถเผชิญสถานการณ์ที่ยากลำบากด้วยตนเอง ผลการดูแลที่มุ่งเสริมพลังในระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัดนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Zhao, Tong & Yang (2022) ที่พบว่าทรัพยากรทางจิตวิทยาเชิงบวก เช่น ความรู้ ความหวัง และความมั่นใจในตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความสุขโดยรวม

2. การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด

การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (Knowing)

การเข้าพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอด้วยความเคารพและสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการยอมรับและเข้าใจในฐานะบุคคลหนึ่ง ทำให้ลดความรู้สึกวิตกกังวลในช่วงที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ความมั่นคงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นช่วยเสริมสร้างความผาสุกด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ การสอบถามและประเมินอาการข้างเคียง รวมทั้งความต้องการช่วยเหลือทั้งด้านกายและใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ไม่ใช่เพียงแค่การรักษาโรคเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการสนับสนุนด้านความรู้สึกละและความหวังที่มีความหมายต่อการมีชีวิตอยู่ การค้นหาความหวัง ความเชื่อ และความศรัทธาของผู้สูงอายุช่วยเติมเต็มพลังใจและความเข้มแข็งในจิตใจ ทำให้สามารถเผชิญกับความท้าทายของการรักษาได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีความหมาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกที่ดีขึ้นทั้งในด้านจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัวตลอดช่วงเวลาการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาของผู้ป่วย (Maintaining belief)

ระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึกละเกี่ยวกับความเชื่อ ความหวัง และความศรัทธาที่มีอยู่ พร้อมเห็นคุณค่าทางจิตวิญญาณโดยอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมทางศาสนา หรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อและความศรัทธาของผู้สูงอายุ โดยไม่ขัดกับแผนการรักษา ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนให้ความเชื่อและความศรัทธายังคงดำรงอยู่และเสริมสร้างพลังใจ จากการสอบถามพบว่า ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ อธิษฐานขอพร ใส่บาตรตอนเช้า เพื่ออุทิศส่วนกุศลและขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาคริสต์จะสวดภาวนาขอพรจากพระเจ้า ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีมุมมองด้านบวก มองโลกในแง่ดี และมีความหวังในการดำเนินชีวิต ส่งเสริมความเชื่อมั่นและแรงจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยมีพลังใจในการเผชิญกับความท้าทาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่ต้องรับการรักษาที่ยุ่ยากและซับซ้อน นอกจากนี้ งานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รอดชีวิตจากโรค ใช้วิธีการปรับตัวด้วยการแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์ รวมทั้งการยอมรับความยากลำบากและความไม่แน่นอนด้วยทัศนคติที่เข้มแข็งและมองโลกในแง่ดี ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างความผาสุก (Gonzalez-Herrera et al., 2023)

การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with)

ระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุ รับฟังปัญหาและเข้าใจความรู้สึก อย่างลึกซึ้ง โดยรับรู้อารมณ์ทั้งด้านบวกและลบอย่างเต็มที่ พร้อมแสดงความกระตือรือร้นและเต็มใจให้บริการ เอาใจใส่และตอบสนองทันทีเมื่อได้รับการร้องขอ ผู้วิจัยชวนพูดคุยทั้งเรื่องราวที่มีความสุขและความทุกข์ รวมถึงแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอุ่นใจและผ่อนคลายความวิตกกังวลในช่วงที่ต้องเผชิญกับการรักษาที่ทำทนาย ทักษะการฟังที่ครอบคลุมทั้งการรับฟังคำพูดและสังเกตท่าทางประกอบคำบอกเล่า เช่น การสัมผัสมือ พักหน้าและการตอบรับอย่างเหมาะสม ไม่แสดงสีหน้าเบื่อหน่ายหรือปฏิเสธความรู้สึกของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองได้รับการเข้าใจและได้รับการยอมรับอย่างแท้จริง พร้อมให้เวลาผู้สูงอายุได้คิดไตร่ตรองและเล่าปัญหาของตนเองอย่างเต็มที่ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความรู้สึกว่ามีคนคอยเป็นห่วงและให้คำปรึกษาดูแลด้านจิตใจอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้โทรศัพท์เยี่ยมผู้สูงอายุทุกครั้งหลังจากกลับบ้าน ได้ 1 สัปดาห์ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีใจและมั่นใจว่ามีคนคอยห่วงใย เอาใจใส่ สอบถามและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง สิ่งนี้ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าและแรงจูงใจในการรักษาต่อเนื่อง การดูแลที่เน้นการอยู่เคียงข้างผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่และการสร้างความสัมพันธ์ไว้วางใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมความผาสุกด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Swanson, 1991; Smith & Liehr, 2018)

การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ให้ (Doing for)

ระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในกิจกรรมต่างๆ อย่างเต็มใจ โดยไม่รอให้ร้องขอ ไม่ว่าจะเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัยและเอื้อต่อการพักผ่อน รวมถึงการบริหารยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพ พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ท้องเสีย ภาวะซีด เม็ดเลือดขาวต่ำและเกล็ดเลือดต่ำ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและปรับแผนการดูแลอย่างเหมาะสมกับแต่ละบุคคล นอกจากนี้ เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีความกังวลจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้วิจัยได้ประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายและค่าเดินทาง ซึ่งช่วยลดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้สูงอายุลงอย่างชัดเจน ผู้วิจัยทำในสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ในช่วงเวลาของความเปราะบาง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ทางกายและใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลด้วยความห่วงใยและเคารพศักดิ์ศรีส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย สบายใจ ไม่โดดเดี่ยวและได้รับการดูแลอย่างมีคุณค่า ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความผาสุกแบบองค์รวมในช่วงเวลาของการรักษาโรคมะเร็งที่มีความซับซ้อน

การส่งเสริมความสามารถผู้ป่วย (Enabling)

ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองและเผชิญกับปัญหาต่างๆผ่านกระบวนการไตร่ตรองและเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยใช้คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงทำร่วมกับทำให้คำปรึกษาและข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสามารถเลือกวิถีดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการวางแผนการดูแล กำหนดเป้าหมายร่วมกันและส่งเสริมการป้องกันอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย หรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาหารต้องห้าม โดยเฉพาะความเชื่อที่ว่าอาหารบางชนิด เช่น เนื้อสัตว์ ปลาบางชนิด อาจเร่งการแพร่กระจายของมะเร็ง ซึ่งนำไปสู่การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูล โภชนาการที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกรับประทานอาหารได้อย่างมั่นใจและมีความสุขมากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังกล่าวชื่นชม ยินดี และให้กำลังใจผู้สูงอายุที่สามารถรับยาเคมีบำบัด ได้ครบตามแผนการรักษา ช่วยเสริมแรงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เสริมพลัง สนับสนุน และสร้างศักยภาพในการเผชิญกับสถานการณ์ของตนเองอย่างมีความหวังและความเข้มแข็ง อันเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมความผาสุกอย่างยั่งยืน และยังคงคล้องกับงานวิจัยของ ทิพวรรณ เทียมแสน และคณะ (2567) ซึ่งพบว่า การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ

3. การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ

การพยาบาลหลังจากที่ผู้สูงอายุได้รับยาเคมีบำบัดครบทั้ง 4 รอบ ผู้วิจัยได้แสดงความยินดีและกล่าวชมเชยผู้สูงอายุที่สามารถผ่านพ้นกระบวนการรักษาอันยากลำบากมาได้ แม้ว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจและเกิดปัญหาต่างๆที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ผู้สูงอายุก็สามารถเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคเหล่านั้นได้ด้วยความเข้มแข็ง อดทน และมีจิตใจที่มุ่งมั่น ไม่ย่อท้อ ซึ่งสะท้อนถึงความผาสุกภายในที่ได้รับการหล่อเลี้ยงจากการดูแลที่มีความเอื้ออาทร การเสริมแรงทางบวกของกระบวนการพยาบาลนี้ เป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพลังใจในการดำเนินการรักษาต่อเนื่องตามแผนที่วางไว้ โดยผู้วิจัยได้ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถติดต่อสอบถามหรือขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลาผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่โดดเดี่ยว ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการบันทึกทางการพยาบาล ผู้สูงอายุได้มีคำพูดแสดงความรู้สึกที่มีต่อผู้วิจัยที่ให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทร ดังนี้

“ข้าขอขอบคุณพยาบาลอารีรัตน์มากเลยคะ ไม่คิดว่าจะมีพยาบาลที่มากคอยดูแล ตลอดเวลาที่มาร.พ.ขนาดนี้ ปกติแล้วข้าจะไม่ค่อยได้คุยปรึกษาหรือสอบถามปัญหาเท่าไรเพราะ เกรงใจพยาบาลเห็นเขางานยุ่ง แต่คุณพยาบาลอารีรัตน์มาคุยด้วยแล้วรู้สึกมีพลังใจในการมารักษา และมีความรู้มากขึ้น ข้าอยากให้มีพยาบาลแบบนี้เยอะๆ”

“ลุงรู้สึกดีใจ อบอุ่นใจที่คุณพยาบาลอารีรัตน์มาดูแล พุดคุยให้กำลังใจตลอดเวลาที่มา รักษา ขอขอบคุณทุกสิ่งทุกอย่างที่คอยช่วยเหลือกันมา แม้ว่าจะไม่เจอกันอีกแต่ลุงจะไม่ลืม”

“ขอบคุณคุณพยาบาลอารีรัตน์ที่เปรียบเสมือนญาติคนหนึ่งที่เคยห่วงใย เอาใจใส่ ดูแล ไม่ว่าข้ามีปัญหาไม่สบายใจอะไรปรึกษาคุณพยาบาลได้หมดทุกเรื่อง ตลอดเวลาที่พยาบาลดูแล ข้ามี กำลังใจและพยายามดูแลตนเองได้ดีมากยิ่งขึ้น ไม่ย่อท้อกับการรักษาและไม่ยอมแพ้กับโรคมะเร็งที่เป็นอยู่ ขอให้คุณพยาบาลอารีรัตน์มีความสุขก้าวหน้าในอาชีพสุขภาพแข็งแรงเป็นกำลังใจให้คุณ ป่วยตลอดไป”

ผู้วิจัยให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทร โดยยึดมั่นว่าผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกัน เป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและสามารถพัฒนาได้ การดูแลจึงมุ่งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีผ่านการพูดจาสุภาพ การสัมผัสที่อ่อนโยนและการให้เกียรติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นใจ ไร้กังวล และให้ความร่วมมือในการรักษา การพยาบาลเช่นนี้ช่วยตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความ ผาสุกแบบองค์รวม สอดคล้องกับแนวคิดของสเวนสัน และผลการศึกษาของ Rohita & Nurkholik (2024) ที่พบว่าพฤติกรรมดูแลของพยาบาลส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจนี้สัมพันธ์กับระดับความผาสุกของผู้ป่วยอย่างชัดเจน พฤติกรรมดูแลที่แสดง ถึงความใส่ใจ เคารพสิทธิและเข้าใจในค่านิยมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น การดูแลอย่างละเอียด รอบคอบ การรักษาความลับและการให้การดูแลอย่างทันที่ ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการสร้าง ความรู้สึกปลอดภัย มั่นใจและมีพลังใจในการฟื้นตัว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่วงท้าย ซึ่งต้องเผชิญทั้งผลข้างเคียงทางกายและทางใจ พฤติกรรมดูแลที่เอื้ออาทรจึงเป็นหัวใจ ของการส่งเสริมความผาสุกอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ ผลการวิจัยของผู้วิจัยยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Amalina, Rachmawaty, Ilkafah, & Erfina, (2019) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแล ของพยาบาลตามทฤษฎีของสเวนสันในโรงพยาบาลของประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ผู้ป่วยมองว่า ทักษะด้านการสื่อสารของพยาบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญของพฤติกรรมดูแลที่ส่งผลต่อความ ไร้กังวลและความพึงพอใจในการได้รับบริการ พฤติกรรมดูแลตามมิติของการคงไว้ซึ่งความ เชื่อ ความหวัง ความศรัทธาของผู้ป่วย (Maintaining belief) ในทฤษฎีของสเวนสันมีบทบาทอย่าง

มากในการส่งเสริมความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล และยังช่วยลดผลกระทบเชิงลบ เช่น ความวิตกกังวล ความโกรธและความไม่พอใจของผู้ป่วย ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยของผู้วิจัยที่พบว่า ความผาสุกของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทร โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมที่ส่งเสริมการสื่อสาร รับฟังความต้องการ ความหวังและการแสดงออกถึงความใส่ใจที่แท้จริงจากพยาบาล ซึ่งผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าได้รับการยอมรับ (Amalina et al., 2019) ยังชี้ให้เห็นถึงความคาดหวังของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบองค์รวม ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินการพยาบาลของผู้วิจัยที่ใช้การประเมินแบบองค์รวมเป็นฐานในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลตลอด 8 สัปดาห์ เพื่อสร้างความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นและความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล จากการเชื่อมโยงข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ว่า การพยาบาลแบบเอื้ออาทรที่ยึดตามหลักการของ Swanson, 1993 มีศักยภาพในการส่งเสริมความผาสุกแบบองค์รวม ผ่านการสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ การสื่อสารที่ลึกซึ้งและการเคารพต่อคุณค่าของความเป็นมนุษย์ในแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของผู้วิจัยและของ Amalina, Rachmawaty, Ilkafah, & Erfina (2019)

ในการศึกษาของประเทศไทย พบว่าการพยาบาลแบบเอื้ออาทรตามทฤษฎีของสแวนสันสามารถส่งเสริมความผาสุกของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ (พิชญภา ปิชะยะ และคณะ, 2566) โดยแผนการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และการติดตามหลังผ่าตัด ซึ่งแต่ละระยะมีการประยุกต์ใช้กิจกรรม 5 ด้านของทฤษฎีสแวนสัน คือ Knowing, Maintaining Belief, Being with, Doing for และ Enabling ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผาสุกในทุกมิติทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรองทอง แสงสว่าง และคณะ (2564) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบเอื้ออาทรมีคะแนนความผาสุกหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันช่วยส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษานี้พบว่า การพยาบาลแบบเอื้ออาทรตามแนวคิดของสแวนสันส่งผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย โดยผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนความผาสุกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การดูแลที่มีความเอื้ออาทรและต่อเนื่องสามารถช่วยส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันเป็นกรอบแนวคิด

ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแล จุดเด่นของทฤษฎีนี้คือการส่งเสริมความหวัง ความมั่นใจและการเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย อันเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สอดคล้องกับความผาสุกที่ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การนำแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1. Maintaining Belief (การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธา)

ผู้วิจัยแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้สูงอายุที่จะเผชิญความทุกข์ทรมานจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ด้วยการให้กำลังใจ พูดถึงความเข้มแข็งและชี้ให้เห็นความสำเร็จที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและเกิดความผาสุกทางจิตใจ

2. Knowing (การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง)

การรู้จักผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้งทั้งในแง่ร่างกาย ความคิด ความรู้สึกและความแตกต่างแต่ละบุคคล ทำให้การดูแลมีความเฉพาะตัวและตอบสนองความต้องการได้ตรงจุด ซึ่งช่วยเพิ่มความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ

3. Being with (การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ)

การอยู่เคียงข้าง พูดคุย รับฟังและใส่ใจอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าไม่ได้เผชิญความทุกข์เพียงลำพัง การได้รับการรับฟังและความเอาใจใส่จากพยาบาลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่สร้างความผาสุกด้านจิตใจและสังคม

4. Doing for (การช่วยเหลือกิจกรรมของผู้ป่วย)

การช่วยเหลือผู้สูงอายุในกิจวัตรที่ทำเองไม่ได้ เช่น การจัดการอาการข้างเคียง การเตรียมร่างกายก่อนให้ยา หรือการดูแลหลังการให้ยาเคมีบำบัด เป็นการลดความทุกข์ทางกายและเพิ่มความผาสุกด้านร่างกาย

5. Enabling (การส่งเสริมความสามารถผู้ป่วย)

ผู้วิจัยให้ความรู้ด้านการดูแลตนเอง การวางแผนร่วมกับครอบครัวและการเชื่อมโยงกับแหล่งสนับสนุน ทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ทำให้รู้สึกมีคุณค่า นำไปสู่ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม

ผลการวิจัยที่ได้จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Lillykutty & Samson (2018) และ Al Yasin (2023) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีของสเวนสันเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความผาสุกของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

สรุปได้ว่า การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน เป็นการพยาบาลที่เข้าใจถึงผู้สูงอายุ ในทุกมิติอย่างมีความหมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การสร้าง สัมพันธภาพที่เปี่ยมด้วยความเข้าใจ การยอมรับและความเคารพในศักดิ์ศรี ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ รับรู้ถึงปลอดภัย มีความมั่นใจ มีพลังในการเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ทำให้ ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ รู้สึกมีคุณค่าและเกิดความผาสุก

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลสามารถนำรูปแบบการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันไปใช้ในการดูแล ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย
2. จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมี บำบัดช่วงท้าย

ด้านบริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมสนับสนุนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็ง อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
2. ผู้บริหารการพยาบาลส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลให้มีการพยาบาลแบบเอื้ออาทร ของสแกนสันด้วยการออกแบบระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ด้านการศึกษา

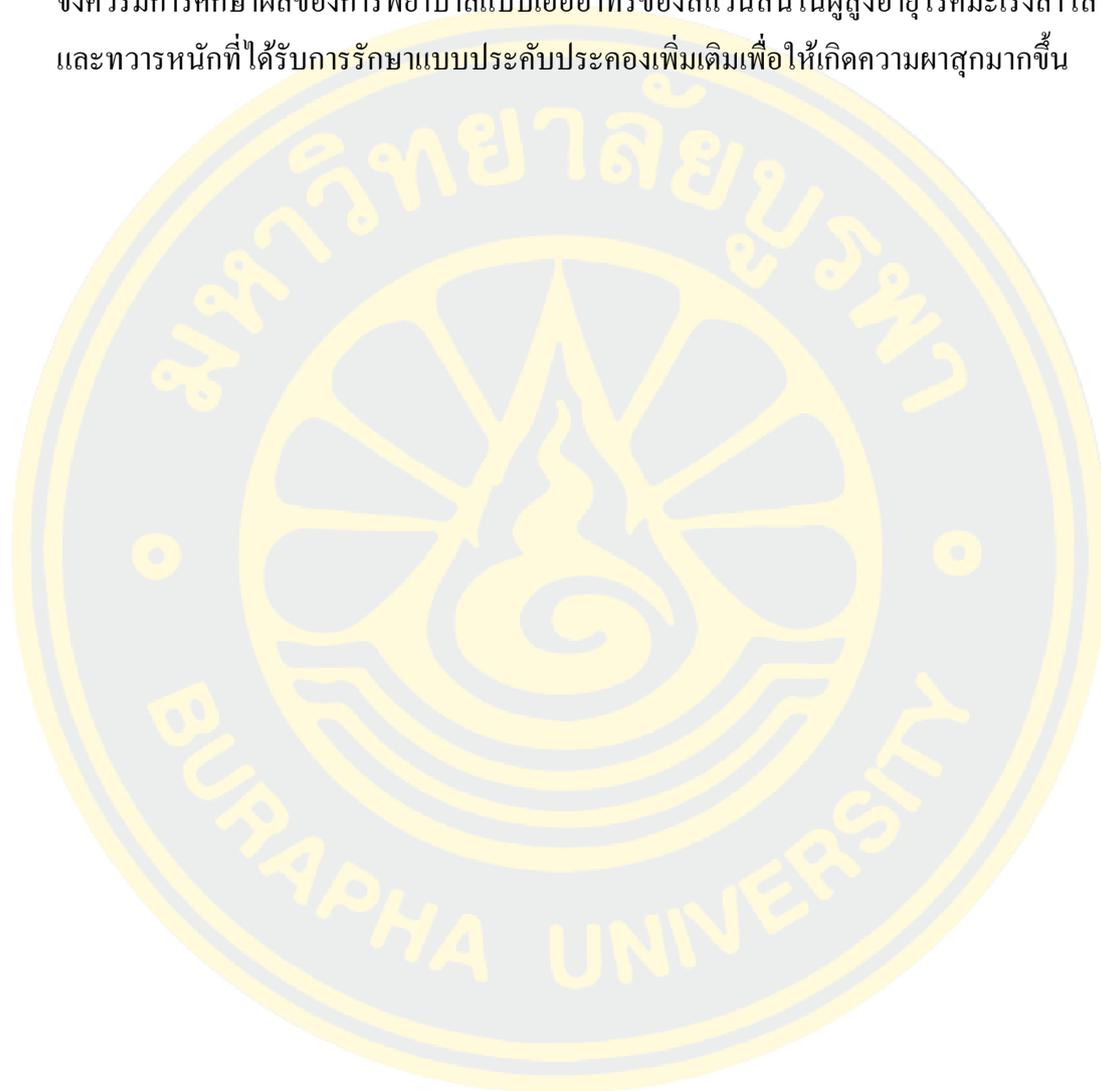
คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำแนวคิดการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันไปเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาได้นำแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ด้านการวิจัย

สามารถนำการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันไปเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย กลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆเพื่อเพิ่มความผาสุก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 6-12 ซึ่งผู้ป่วยบางรายให้การรักษาแบบประคับประคองร่วมด้วย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความผาสุกมากขึ้น



บรรณานุกรม

- กนกวรรณ กาญจนนิกร, จินห์จู้ชา ซัยเสนา ดาลลาส และชนัดดา แนบเกษร. (2561). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยงานศิลปะต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 36(1): 23-31.
- กชชุกร หว่างนุ่น. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 3(1), 51-63.
- เก็ดศิริ พงษ์ไทย. (2564). การวิเคราะห์หัตถ์โน้ตสนึ้นความพึงพอใจตามมุมมองในผู้สูงอายุ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(4), 44-59.
- กรองทอง แสงสว่าง, พรชัย จุลเมตต์, นัยนา พิพัฒน์วิไลชชา. (2564). ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อความพึงพอใจในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 8 มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 (หน้า 755-756). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- จินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร. (2556). การดูแลอย่างเอื้ออาทร: หัวใจสำคัญของการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 29(2), 134-141.
- ฉันทนา บุญใจ. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีสูตร XELOX เกิดภาวะภูมิไวเกินระดับรุนแรง: กรณีศึกษา (รายงานวิจัย). โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, กรมการแพทย์.
- ชลยา อัดถาภินันท์, พีรพนธ์ ลือบุญชัชชัย. (2560). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. *Chula*, 61(3), 387-400.
- ชิตพงศ์ วาทยไธธา. (2565). การพัฒนาระบบบริการงานบริการด้านยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(3), 82-97.
- ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, วัลภา สบายยิ่ง, นรินาถ แสนสา, จินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร. (2561). โมเดลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(1), 16-31.
- นวพรรษ สีมาร์กษ, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, ณัฐนันท์พร สงวนกลิ่น. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 61-70.

- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนไออินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- ประกายดาว สุทธิ, สุวิมล กิมปี, สุพร ดนัยคุชฎีกุล, และเชิดศักดิ์ ไอรมนิรัตน์. (2558). ความสัมพันธ์ของประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มอาการกับคุณภาพชีวิตและกลวิธีจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัด. *วารสารนเรศวรพะเยา*, 8(2), 107-112.
- ประไพ เจริญทวี. (2564). *รู้ทันมะเร็งลำไส้ใหญ่และยาเคมีบำบัด*. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยาภรณ์ อินทผลัญญ, กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย*, 13(2), 98-113.
- พิชญภา พิชะยะ, ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม, สาศกร พรพจน์ชนมาศ. (2566). ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 33(3), 39-51.
- เพชรไพลิน ชัยชาญ, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2562). ประสบการณ์อาการทางระบบประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่ได้รับการเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 24-32.
- พรพิมล ชัยสา, พิภูล พรพิบูลย์, สุธาร์ตน์ สิทธิสมบัติ. (2019). ผลของการส่งเสริมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *พยาบาลสาร*, 46(3), 49-57.
- ภัทริกา ปัญญา, จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, นพดล โสภารัตนาไพศาล. (2016). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการยาเคมีบำบัด. *Journal of Nursing Science*, 3(1), 66-76.
- มันทิกา ประชากิจ และพิมพ์ภา สุตรา. (2555). ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักในครอบครัว. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 101-112.
- โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). งานทะเบียนมะเร็ง
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. เข้าถึงได้จาก <https://ccc.in.th/apps/registry/index.php/ผลงานวิชาการ/hospital-base>

รัชชยา มหาสิริมงคล. (2560). *คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2561). *มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. Retrieved from <https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/27C00.pdf>

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2566). ยาเคมีบำบัดสูตร FLOX รู้จักยา รักษา มะเร็ง. *Chulacancer*. <https://www.chulacancer.net/cancer-drugs-view.php?id=495&keyname=Knowcancerdrugs>

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. เข้าถึงจาก <http://www.uboncancer.go.th>

ละมิตร์ ปีกขาว, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, กาญจนา หัตถังยี. (2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทร ตามทฤษฎีสแตวสัน โรงพยาบาลปทุมธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(5), 864-875.

วรรตถันนัท ชูชนะ โชติ, จินห์จุกา ชัยเสนา ดาลลาส, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2561). ปัจจัยปกป้องที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. *วารสารทหารบก*, 19(พิเศษ), มกราคม – เมษายน 2561

วิญญู ปานจันทร์, เสาวคนธ์ สุภกรโยธิน, อาคม ชัยวีระวัฒน์, วีรวิทย์ อิมสำราญ. (2564). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง*. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โหมยิตการพิมพ์.

วันเพ็ญ บุญประเสริฐ, อารี ชิวเกษมสุข, วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล. (2556). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงคำ. ใน *การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มสธ. ครั้งที่ 3*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

วีรวัฒน์ ทางธรรม, สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง, ผ่องพรรณ ภาโว, สมศรี ทิพย์ประสบโชค, สารนิตติ บุญประสพ. (2020). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะแพร่กระจาย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(2), 471-478.

วรรณฤติ เขาว้อยชัย, ดินจง โปธิบาล, โรจน์ จินตนาวัฒน์. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านจิตใจในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, 46(พิเศษ), 13-22.

ศตวรรษ อุตสาหกรรม, พรชัย จุลเมตต์, นัยนา พิพัฒน์วิชชา. (2561). ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์. ใน *การประชุมสัมมนาวิชาการ และนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “ราชธานี ครั้งที่ 3”* (หน้า 451-461). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ทะเบียนมะเร็งระดับ*

โรงพยาบาล พ.ศ. 2565. <https://nci.go.th>

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2566). *ทะเบียนมะเร็งระดับ โรงพยาบาล พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2564). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง*. กรุงเทพฯ: โสสิตการพิมพ์.

สิวลี ศิริไล. (2542). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุคปรีดา ชัยนิชกรณ. (2022). *การรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่*.

<https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/colon-cancertreatment>

สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, แม้นมมา จิระจรัส, วรชัย รัตนธรรษ, สมจิต หนูเจริญกุล, เอกภพ สิริชัยนันท์ และธนา นิลชัยโกวิท. (2543). การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิต Functional assessment of cancer therapy (FACT) ที่แปลเป็นภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งปอด. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 4(1), 61-77.

สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวดีกษณ์ วงศ์จรโรจคิด, ประไพ อริยประยูร, แม้นมมา จิระจรัส. (2555).

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภัสร์ สุปงกช, วรรณญา ครอบแก้ว, นภาพรณ อุดมผล, นภาพรณ ล้ออิสระตระกูล, เพ็ญพร พรรณา.

(2560). *คู่มือมาตรฐานการทำงานเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา*.

กรุงเทพมหานคร: บริษัทนิเวศธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.

สมพร บรรณานถ, กิจจา อ่วมแก้ว, สืบตระกูล ตันตลานุกุล. (2020). การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพื้นที่จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 32(2), 123-134.

อังคณา จงเจริญ. (2563). การรับรู้การได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทรของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(2), 411-421.

อัญชุลี ไชยวงศ์น้อย, พรชัย จุลเมตต์, วารี กังใจ. (2557). ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อการทำกิจวัตรประจำวันและความผาสุกในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. ใน *การประชุมสัมมนาวิชาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ครั้งที่ 7 ประชุมสัมมนาวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มศรีอยุธยา ครั้งที่ 4 “หัวข้อการวิจัยท้องถิ่นมุ่งสู่ประชาคมอาเซียน” และประชุมวิชาการราชนครินทร์ วิชาการและวิจัย ครั้งที่ 7* (หน้า 283–287). ชลบุรี: โรงแรมชลจันทร์ พัทยา รีสอร์ท.

อรุณ จิรวัดน์กุล. (2556). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

อุษณีย์ ทับทอง, สุวีพร ธนศิลป์. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 22(พิเศษ).

Akter, S., Islam, Z., Mizoue, T., Sawada, N., Ihira, H., Tsugane, S., & Inoue, M. (2020). Smoking and colorectal cancer: A pooled analysis of 10 population-based cohort studies in Japan. *International Journal of Cancer*. <https://doi.org/10.1002/ijc.33248>

Al Yasin, A. M. (2023). Theory critique of Kristen Swanson’s Theory of Caring. *Open Journal of Nursing*, 13(8), 603–610. <https://doi.org/10.4236/ojn.2023.138035>

Amalina, S. F., Rachmawaty, R., Ilkafah, I., & Erfina, E. (2019). Patient experiences of nurse caring behaviors based on Swanson's theory in Indonesian hospital. *Enfermería Clínica*, 29(Suppl 2), 606–610. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.07.113>

American Cancer Society. (2021). *Colorectal cancer facts & figures 2020–2022*. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figure-2020-2022.pdf>

American Cancer Society. (2024). *Colorectal cancer: Early detection, diagnosis, and staging*. <https://www.cancer.org>

American Society of Clinical Oncology. (2020). *Colorectal cancer: Risk factors and prevention*. <https://www.cancer.net/cancer-types/colorectal-cancer/risk-factors-and-prevention>

Araghi, M., Soerjomataram, I., Jenkins, M., Brierley, J., Morris, E., & Amole, C. (2018). Global trend in colorectal cancer mortality: Projections to the year 2035. *International Journal of Cancer*, 143(5), 997–1008. <https://doi.org/10.1002/ijc.31302>

- Behrens, A., Deursen, J. M., Rudolph, K. L., & Schumacher, B. (2014). Impact of genomic damage and ageing on stem cell function. *Nature Cell Biology*, *16*(3), 201–207.
<https://doi.org/10.1038/ncb2928>
- Beijers, A. J. M., Mols, F., Tjan-Heijnen, V. C. G., Faber, C. G., Van de Poll-Franse, L. V., & Vreugdenhil, G. (2015). Peripheral neuropathy in colorectal cancer survivors: The influence of oxaliplatin administration. Results from the population-based PROFILES registry. *Acta Oncologica*, *54*(4), 463–469.
<https://doi.org/10.3109/0284186X.2014.986780>
- Bhatt, V. R. (2019). Cancer in older adults: Understanding cause and effects of chemotherapy-related toxicities. *Future Oncology*. <https://doi.org/10.2217/fo-2019-0159>
- Bonhof, C., Poll-Franse, L., Vissers, P., Wasowicz, D., Wegdam, J., Revesz, D., & Mols, F. (2019). Anxiety and depression mediate the association between chemotherapy-induced peripheral neuropathy and fatigue: Results from the population-based PROFILE registry. *European Journal of Cancer*, *28*, 1926–1933. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.06.025>
- Bradley, B. (2014). Objective theories of well-being. In B. Eggleston & D. Miller (Eds.), *The Cambridge companion to utilitarianism* (pp. 220–238). Cambridge University Press.
- Braun, M. S., & Seymour, M. T. (2015). Balancing the efficacy and toxicity of chemotherapy in colorectal cancer. *Therapeutic Advances in Medical Oncology*, *3*(1), 43–52.
<https://doi.org/10.1177/1758834014567472>
- Brook, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *14*(11), 936–940.
- Campbell, S. M. (2016). *Routledge handbook of philosophy of well-being* (pp. 402–414). University of Pennsylvania.
- Cavusoglu, F., Avi, I., & Cal, A. (2020). Colorectal cancer patients' experiences with cancer life and medical care. *Cukurova Medical Journal*, *45*(4), 1418–1457.
- Ceilleachair, A., Costello, L., Finn, C., Timmons, A., Fitzpatrick, P., Kapur, K., Staines, A., & Sharp, L. (2012). Inter-relationships between the economic and emotional consequences of colorectal cancer for patients and their families: A qualitative study. *BMC Gastroenterology*, *12*, 62. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-12-62>

- Chagani, P., Parpio, Y., Gul, R., & Jabbar, A. A. (2017). Quality of life and its determinants in adult cancer patients undergoing chemotherapy. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(2), 140–146.
- Chow, K. R. (2005). Life's quest for spiritual well-being: A holistic and gerontological nurse perspective [Electronic version]. *Imprint*. Retrieved April 23, 2014, from http://www.nсна.org/portals/0/skins/nsna/pdf/imprint_septoct05_geriatric_chow.pdf
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., & Eckberg, K. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570–579.
- Douillard, J. Y., Oliner, K. S., Siena, S., Tabernero, J., Burkes, R., Barugel, M., Humblet, Y., & Patterson, D. P. (2013). Panitumumab-FOLFOX4 treatment and RAS mutations in colorectal cancer. *The New England Journal of Medicine*, 369(11), 1023-1034. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1305275>
- Feliu, J., Sulud, A., Escudero, P., Lopez-Gomez, P., Bolanos, M., Galin, A., & Gonzalez-Baron, M. (2006). XEROX (Capecitabine plus Oxaliplatin) as first-line treatment for elderly patients over 70 years of age with advanced colorectal cancer. *British Journal of Cancer*, 94, 969–975. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6603037>
- Ferrell, B. R., Grant, M., Padilla, G., Vemuri, S., & Rhiner, M. (1991). The experience of pain and perceptions of quality of life: Validation of a conceptual model. *The Hospice Journal*, 13(1–2), 27–49. https://doi.org/10.1300/J011v13n01_04
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2008). *The nature of suffering and the goals of nursing*. Oxford University Press.
- Global Cancer Observatory. (2022). *Cancer today*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today>
- González-Herrera, A., Pujol-Ribera, E., Esteva, M., Ruiz-Marcos, L., & March, S. (2023). Colorectal cancer: A qualitative study of coping strategies used by survivors, with associated social determinants. *Archives of Public Health*, 81(111), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01096-7>
- Graney, M. J. (1975). Happiness and social participation in aging. *Journal of Gerontology*, 30(6), 701-706.

- Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. M., Lobb, E. A., Pendlebury, S. C., Leighl, N. B., & Tattersall, M. H. N. (2005). Cancer patient preferences for communication of prognosis in the metastatic setting. *Journal of Clinical Oncology*, *23*(31), 7310–7319. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.02.5322>
- Haviland, J., Sodergren, S., Calman, L., Cornor, J., Din, A., Fenlon, D., Grmnett, C., & Foster, C. (2017). Social support following diagnosis and treatment for colorectal cancer and associations with health-related quality of life: Result from the UK ColoEctal Welling (CREW) cohort study. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.4556>
- Hobbs, G. (2016). *Wellbeing: A theoretical and empirical study*. Retrieved from <https://e-space.mmu.ac.uk/>
- Jefferies, K., & Gale, T. M. (2013). *6-CIT: Six-item cognitive impairment test*. London: Springer.
- Kang, Y. K., & Yoo, C. (2018). Advances in the treatment of metastatic colorectal cancer: From chemotherapy to targeted therapy. *World Journal of Gastroenterology*, *24*(6), 902–911. <https://doi.org/10.3748/wjg.v24.i6.902>
- Kashiwagi, Y., & Kakinohana, S. (2015). A retrospective analysis of oxaliplatin-related hypersensitivity reaction in colorectal cancer patients and predictive factors. *Oncology research*, *42*(3), 27–32.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, *61*(2), 121–140.
- Kilpatrick, K., Shaw, J., Jaramillo, R., Toler, A., Eisen, M., Sangare, L. A., & Soff, G. (2021). Occurrence and management of thrombocytopenia in metastatic colorectal cancer patients receiving chemotherapy: A secondary analysis of data from prospective clinical trials. *Journal Pre-proof*. <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2020.10.004>
- Kim, H., & Son, H. (2021). Moderating effect of posttraumatic growth on the relationship between social support and quality of life in colorectal cancer patients with ostomies. *Cancer Nursing*, *43*(3), 251–258. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000703>
- Kim, J. H. (2015). Chemotherapy for colorectal cancer in the elderly. *World Journal of Gastroenterology*, *21*(17), 5158–5166. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i17.5158>
- Koenig, H. G. (2012). *Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications*. ISRN Psychiatry, 2012, Article ID 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>

- Leininger, M. (1988). *Caring: An essential human need: Proceedings of the three national caring conference*. Wayne State University Press.
- Lillykuty, M. J., & Samson, R. (2018). Insights from Kristen M Swanson's Theory of Caring. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 8(1), 173–177.
<https://doi.org/10.5958/2349-2996.2018.00036.8>
- Martins, H., Domingues, T., & Caldeiva, S. (2019). Spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy in an outpatient setting: A cross-sectional study. *Journal of Holistic Nursing*, 37(1), 1–10.
- National Comprehensive Cancer Network. (2021). *NCCN guideline for patients: Colon cancer*. Retrieved from <https://www.nccn.org/patients/guidelines>
- Negarandeh, R., Salehifar, E., Saghafi, F., Jalali, H., Janabaei, G., Javad, M., & Nosrati, A. (2020). Evaluation of adverse effects of chemotherapy regimens of 5-fluoropyrimidines derivatives and their association with *DPYD* polymorphisms in colorectal cancer patients. *BMC Cancer*, 20, Article 578. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-06904-3>
- Nitsche, U., Stoss, C., & Friess, H. (2017). Effect of adjuvant chemotherapy on elderly colorectal cancer patients: Lack of evidence. *Gastrointestinal Tumors*, 4(1), 1–6.
<https://doi.org/10.1159/000479318>
- Omran, S., Mohamad, A., & Simpson, J. (2012). Symptom distress of Jordanian patients with cancer receiving chemotherapy. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 125–132.
- Pachman, D. R., Qin, R., Seisler, D. K., et al. (2015). Clinical course of oxaliplatin-induced neuropathy: Results from the randomized phase III trial N08CB (alliance). *Journal of Clinical Oncology*, 33(30), 3416–3422. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.61.2361>
- Pan, P., Yu, J., & Wang, L. (2017). Colon cancer: What we eat. *Surgical Oncology Clinics of North America*, 27(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.soc.2017.11.002>
- Pawelec, G. (2017). Immunosenescence and cancer. *Biogerontology*, 18(4), 717–721.
<https://doi.org/10.1007/s10522-017-9716-4>
- Riihimäki, M., Hemminki, A., Sundquist, J., & Hemminki, K. (2016). Patterns of metastasis in colon and rectal cancer. *Scientific Reports*, 6, 29765. <https://doi.org/10.1038/srep29765>

- Rohita, T., & Nurkholik, D. (2024). Nurse caring with the Swanson Theory approach and patient satisfaction in class 3 inpatient room. *Healthcare in Low-resource Settings, 12*(1).
<https://doi.org/10.4081/hls.2024.11870>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719–727.
- Sarwar, M., Ramos, R., Elahi, R., Yousaf, M., Badar, F., & Baka, M. A. (2020). Perceived well-being, social support, and self-management behavior among women experiencing chemotherapy-related nausea and vomiting in a tertiary hospital in Lahore, Pakistan. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 7*(2), 209–217.
https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_60_19
- Sav, A., McMillan, S., & Akosile, A. (2021). Burden of treatment among elderly patients with cancer: A scoping review. *Healthcare, 9*(6), 612.
<https://doi.org/10.3390/healthcare9060612>
- Sloan, E. (2020). *Cancer & neural-immune regulation* [Internet]. Monash University.
<https://www.monash.edu/pharm/research/areas/drug-discovery/labs/cancer-neural-immune-regulation>
- Smith, M. C., & Liehr, P. R. (2018). *Middle Range Theory for Nursing* (4th ed.). Springer Publishing Company.
- Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology, 126*, 124–128.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research, 40*(3), 161–166.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *The Journal of Nursing Scholarship, 25*(4), 352–357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00265.x>
- Wang, W. S., Shai, Q., Dougherty, P. M., Eng, C., Mendoza, T. R., Williams, L. A., & Cleeland, C. (2015). Prechemotherapy touch sensation deficits predict oxaliplatin-induced neuropathy in patients with colorectal cancer. *Oncology, 88*(6), 327–334.
<https://doi.org/10.1159/000443377>

- Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practice. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 8(3), 87–93. <https://doi.org/10.1097/00128488-200607000-00007>
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/Caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 16(1), 129–135.
- Werdani, Y. D. W. (2022). Spiritual well-being and optimism as contributing factors that influence the subjective well-being of cancer patients. *Indonesian Journal of Cancer*, 16(1), 16–21. <https://doi.org/10.33371/ijoc.v16i1.819>
- Wiman, E., & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 422–429. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00889.x>
- World Health Organization. (2020). *Title of the report or document*. https://www.who.int/URL_of_the_report Yue, T., Chen, S., Zhu, J., Guo, S., Huang, Z., Wang, L., et al. (2020). The aging-related risk signature in colorectal cancer. *Aging*, 13(5), 7330-7349. <https://doi.org/10.18632/aging.103303>
- Zhao, X., Tong, S., & Yang, Y. (2022). The correlation between quality of life and positive psychological resources in cancer patients: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 883157. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.883157>
- Ziada, A. S., Smith, M.-S. R., & Côté, H. C. F. (2020). Updating the Free Radical Theory of Aging. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, 8, 575645. <https://doi.org/10.3389/fcell.2020.575645>



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- | | |
|---|--|
| 1. นายแพทย์สิทธิ สุขอวยชัย | นายแพทย์เฉพาะทางสาขา
อายุรกรรมมะเร็ง |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา นันทมิตรโสภาส | อาจารย์พยาบาลสาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา วิเสโส | อาจารย์พยาบาลสาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. ดร.พิชญภา พิชะยะ | พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
ภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี |
| 5. พว. กรองทอง แสงสว่าง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
งานพยาบาลผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์
เฉลิมพระเกียรติ |



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

ลำไ้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT) มีจำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย มีจำนวน 13 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไ้ใหญ่และทวารหนัก มีจำนวน 34 ข้อ

ชุดที่ 1 แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)

ลำดับที่.....

แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้
Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)

วันที่ประเมิน :.....
ผู้ประเมิน :.....

คำถาม	ระดับคะแนน	คะแนน
1. ปีนี้ปีอะไร		
2. เดือนนี้เดือนอะไร		
3. ข้อที่ 3 ให้ผู้ทดสอบจำที่อยู่ โดยประกอบไปด้วย 5 ส่วน ได้แก่ บ้านเลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อนำไปถามในข้อสุดท้ายคือข้อที่ 7 โดยไม่นำมาคิดคะแนน		
4. เวลานี้เวลาอะไร		
5. นับเลขถอยหลัง 20 ถึง 1		
6. พุดเดือนถอยหลังใน 1 ปี		
7. ถามผู้ป่วยกลับในหัวข้อ 3 ในการจำที่อยู่ประกอบไปด้วย 5 ส่วน เช่น 56 ถ.ผดุงวิถี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม		
คะแนนรวม	0-28	/28

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

ลำดับที่.....

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. สถานภาพ
() โสด () คู่ () หย่า () หม้าย
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
() อื่น ๆ.....
5. ศาสนา
() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม
() อื่น ๆ ระบุ.....
6. สิทธิในการรักษา
() ประกันสุขภาพถ้วนหน้า () ประกันสังคม () เบิกจ่ายตรง
() ประกันชีวิต () ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง
7. ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
8. โรคประจำตัว
() เบาหวาน () ความดันโลหิตสูง () โรคหัวใจ
() ไขมันในเลือดสูง () อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยได้มาจากงานเวชระเบียน

9. ตำแหน่งของลำไส้ที่เป็น
() Caecum () Ascending colon () Transverse colon
() Descending colon () Splenic flexure () Hepatic flexure
() Sigmoid colon () Rectosigmoid colon () Rectum
10. ระยะของโรคที่เป็น
() Stage 2 () Stage 3 () Stage 4
11. ประวัติการผ่าตัด.....
12. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร BMI =
13. สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ
Regimen.....รอบที่.....

ชุดที่ 3 แบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ลำดับที่.....

คำชี้แจง ข้อความด้านล่างนี้ คือสิ่งที่คุณป่วยโรคเดียวกันกับท่านกล่าวว่ามีผลสำคัญ ขอให้ท่านพิจารณาว่าแต่ละข้อตรงกับสถานการณ์ของท่านในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไร

ข้อความ	ไม่เลย (0)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	ค่อนข้างมาก (3)	มากที่สุด (4)
ความผาสุกด้านร่างกาย					
1. ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง					
2. ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว					
8. ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อน ๆ					
9. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจากครอบครัว					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
ความผาสุกด้านอารมณ์/ จิตใจ					
15. ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ					
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจกับวิธีที่ข้าพเจ้าปรับตัวกับเจ็บป่วยของตนเอง					
17.					
18.					
19.					
20.					

ข้อความ	ไม่เลย (0)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	ค่อนข้างมาก (3)	มากที่สุด (4)
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม					
21. ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน)					
22. ข้าพเจ้าพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน (รวมถึงงานบ้าน)					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
ด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม					
28. ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้หรือปวดเกร็งบริเวณช่องท้อง					
29. ข้าพเจ้ามีน้ำหนักรลดลง					
30.					
31.					
32.					
33.					
34.					



ภาคผนวก ค

แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

แผนการพยาบาลแบบเอ้ออาทรของสแกนดิเนเวียสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

แผนการพยาบาลแบบเอ้ออาทรของสแกนดิเนเวียสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ได้นำทฤษฎีการพยาบาลแบบเอ้ออาทรของสแกนดิเนเวียสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง การเผชิญผู้ป่วยอยู่เสมอ การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6, 7, 8, 9 ระยะที่ 2 การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6 -12 ซึ่งแผนการพยาบาลจะให้ตามรอบยาเคมีบำบัดที่สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้รับ และระยะที่ 3 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด โดยดำเนินการเป็นรายบุคคล ใช้เวลาเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 6 -12 ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อติดตามผลของการพยาบาลแบบเอ้ออาทรของสแกนดิเนเวียของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

ชื่อและอุปกรณ์ประกอบกิจกรรม

1. แผนการพยาบาลแบบเอ้ออาทรของสแกนดิเนเวียสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย
2. คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

ผู้รับผิดชอบ

นางอริรัตน์ ถัดลอย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สถานที่ดำเนินการ

1. สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ของการมาอนโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยสามัญชาย ก่อนเริ่มให้ยาเคมีบำบัดในรอบที่ 6, 7, 8, 9
2. สัปดาห์ที่ 1 - 7 ของเดือน ครั้งที่ 2 - 15 ของการอนโรงพยาบาลเพื่อรับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 6 - 12 ณ หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และ โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัดในแต่ละรอบได้ 1 สัปดาห์
3. สัปดาห์ที่ 8 (ครั้งที่ 16) โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ

ระยะเวลา ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์

ระยะของการพยาบาล	สัปดาห์	วัน/ เวลา
1. ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6, 7, 8, 9	สัปดาห์ที่ 1	ครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มให้ยาเคมีบำบัดแต่ละรอบ (30 - 45 นาที)
2. ระยะที่ 2 การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6 - 12 (ให้การพยาบาลตามรอบของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ)	- สัปดาห์ที่ 1 - 7 (ทุก 2 สัปดาห์ รวม 4 รอบของการมารับยาเคมีบำบัด) - สัปดาห์ที่ 2, 4, 6 (โทรศัพท์ติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)	- ครั้งที่ 2 - 15 (1 รอบในการมารับยาเคมีบำบัด / 3 วัน ใช้เวลานั่งและ 1 ชั่วโมง) - โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 10 - 15 นาที (ทั้งหมด 3 ครั้ง)
3. ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ	สัปดาห์ที่ 8 (โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม)	ครั้งที่ 16 (10 - 15 นาที)

แผนการพยาบาลแบบเอาอาทรของสแกนต้นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

ระยะที่ 1 ระยะก่อนได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6, 7, 8, 9 (กิจกรรมครั้งที่ 1) วันที่..... ระหว่างเวลา 45 - 60 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่ออุปกรณ์	การประเมินผล
<p>1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ</p> <p>โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด</p>	<p>กิจกรรม</p> <p>ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา โดยมีขั้นตอน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ก่อนที่ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้วิจัยศึกษาประวัติการรักษาในระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการรักษา อากาารข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดในแต่ละรอบที่ผ่านมา เพื่อประเมินปัญหา และความต้องการของแต่ละบุคคลอย่างละเอียด 2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักก่อนได้รับยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียวในรอบที่ 6, 7, 8, 9 สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุด้วยการแสดงความเคารพ สุภาพนุ่มนวล ทำที่เป็นมิตร กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แนะนำตนเอง พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไป 3. ประเมินความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ดังนี้ <p>3.1.....</p>	<p>- การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความไว้วางใจ</p> <p>- ประเมินปัญหาอย่างละเอียด ครอบคลุม และหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยยึดผู้สูงอายุ</p>		<p>1. ผู้วิจัยกับผู้สูงอายุมีความเข้าใจกัน</p> <p>ไว้วางใจซึ่งกันและกัน พูดคุยกัน ได้ทุกเรื่อง</p>

ระยะที่ 2 การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด (กิจกรรมครั้งที่ 2 – 15) ผู้วิจัยให้การพยาบาลตามรอบของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ดังนี้

การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 6 นอนโรงพยาบาล 3 วัน ใช้เวลาวันละ 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
1. เพื่อประเมินอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของ	<p>เมื่อผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมได้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 6 มาอนรรักษาตัวในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยนำกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลตัวชี้วัดการพยาบาล โดยมีกิจกรรม ดังนี้</p> <p>วันที่ 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและประเมินภาวะสุขภาพ..... 2. เมื่อเข้าพบผู้สูงอายุแสดงความเคารพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและรับรู้ถึงความรู้สึกจริงใจ แสดงการให้เกียรติในความเป็นผู้สูงอายุ..... 3. ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 4.0 ซึ่งกำหนดโดย National Cancer Institute ตามอาการแสดงออกทางคลินิกออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>- ผู้วิจัยประเมินปัญหาอย่างละเอียดและครอบคลุม (Knowing)</p> <p>ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย</p>	<p>- แบบประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย</p>	<p>1. ผู้วิจัยประเมินปัญหาหรือผลกระทบจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้</p> <p>ครอบคลุมครบถ้วน</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการรักษา</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>5. ใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุ รับฟังปัญหาเข้าใจความรู้สึกอย่างตั้งใจ รับรู้อารมณ์ ความรู้สึกอย่างเต็มที่.....</p> <p>6. ใช้ทักษะการฟังรวมทั้งสังเกตท่าทางการแสดงออกประกอบกับคำบอกเล่า.....</p> <p>7. ผู้วิจัยเข้าใจได้ เต็มใจให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องร้องขอเพื่อให้เกิดความสุขสบายเช่น.....</p> <p>8.</p> <p>9. ผู้วิจัยทบทวน ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัด.....</p> <p>วันที่ 2</p> <p>10. ก่อนเข้าพบผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสอบถามข้อมูล ปัญหาหรือความต้องการของผู้สูงอายุจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย.....</p> <p>11. ผู้วิจัยแสดงความเคารพเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรู้ที่จริงใจและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี.....</p>	<p>- เป็นการสื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าผู้วิจัยมีความห่วงใยและพร้อมอยู่เคียงข้างเสมอ (Being with)</p> <p>- ผู้วิจัยให้คอยดูแลปกป้องคุ้มครองผู้สูงอายุ เพื่อให้ปลอดภัย (Doing for)</p> <p>- ผู้วิจัยให้ข้อมูล และอธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุและวิธีการปฏิบัติต่อสถานการณ์นั้น ๆ (Enabling)</p>		<p>3. ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการรักษา</p>

การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 8 นอนโรงพยาบาล 3 วัน ใช้เวลาวันละ 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ต่อเนื่องกับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความ ไว้วางใจ เชื่อใจ</p> <p>2. เพื่อประเมินความ พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ</p>	<p>ผู้สูงอายุโรคมะเร็งดำได้ให้ใหญ่และทวารหนักมารับยา เคมีบำบัดในรอบที่ 8 ใช้เวลานานอนโรงพยาบาล 3 วัน ผู้วิจัย เข้าพบผู้สูงอายุในหอผู้ป่วย นำกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการ พยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลผลลัพธ์การพยาบาล โดยมีกิจกรรม ดังนี้ <u>วันที่ 1</u></p> <p>1. ผู้วิจัยสอบถามพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อทราบถึง ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุขณะที่ผู้วิจัยไม่ได้อยู่ดูแล และผล เลือดหรือผลตรวจร่างกายต่าง ๆ</p> <p>2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุ แสดงความเคารพ ให้เกียรติ ทักทาย คงไว้ซึ่ง.....</p> <p>3. ผู้วิจัยซักขานผู้สูงอายุเล่าความทรงจำในอดีต เพื่อ ทราบข้อมูลและประเมินตนเอง.....</p>	<p>- ผู้วิจัยเข้าใจใน ประสบการณ์ที่ผ่านมา และการแก้ไขปัญหาของ ผู้สูงอายุ โดยไม่นำไป เปรียบเทียบกับ ประสบการณ์ของ ผู้วิจัย (Knowing)</p>		<p>1. ผู้สูงอายุมีความ ไว้วางใจ เชื่อใจ ในผู้วิจัย</p> <p>2. ผู้วิจัยทราบถึง ปัญหา และความต้องการของ ผู้สูงอายุ</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>3. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ</p> <p>มีกำลังใจในการรักษา</p> <p>4. ลดความวิตกกังวลและซึมเศร้า</p> <p>5. ป้องกันอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและผู้สูงอายุปลอดภัย</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>6. จัดสถานที่ สิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับความเชื่อ.....</p> <p>7. ผู้วิจัยแสดงออกถึงความเต็มใจช่วยเหลือเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุ มีความเมตตา กรุณา ดูแลประทับใจประทับใจ.....</p> <p>8. ผู้วิจัยเฝ้าดูแลระหว่างให้ยาเคมีบำบัดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการข้างเคียงและช่วยเหลือได้ถูกต้อง.....</p> <p>8.1</p> <p>8.2</p>	<p>- ผู้วิจัยสนับสนุนให้ความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธา ซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจยังคงอยู่ (Maintaining belief)</p> <p>- แสดงให้ผู้สูงอายุเห็นว่า ผู้วิจัยมีความห่วงใย ใส่ใจ และไม่รู้สึกว่าเป็นการรบกวน (Being with)</p> <p>- ผู้วิจัยคอยช่วยเหลือ ปกป้อง คุ้มครอง เพื่อให้เกิดความสบาย ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด (Doing for)</p>	<p>- หนังสือสื่อสวดมนต์ เทปธรรมะ พวงมาลัยไหว้พระ ตามวิถีศาสนาและความต้องการของผู้สูงอายุ</p>	<p>3. ผู้สูงอายุมีความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาก่อให้เกิดกำลังใจในการรักษา</p> <p>4. จากการทำแบบประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (THAI HADS) ความวิตกกังวลและซึมเศร่าลดลง</p> <p>5. ผู้สูงอายุ ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด</p>

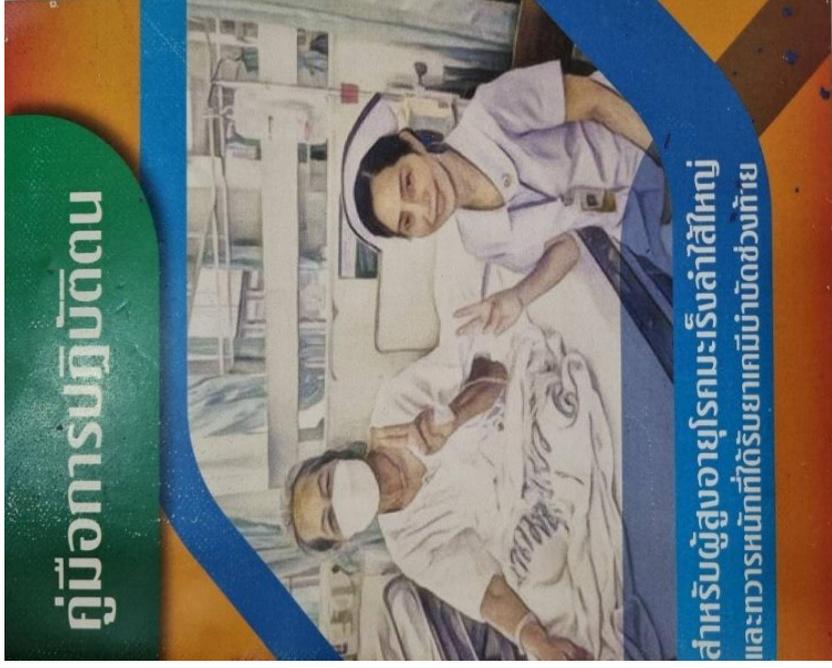
ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ (กิจกรรมครั้งที่ 16)
ใช้เวลา 10 – 15 นาที โดยมีกิจกรรม ดังนี้

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่ออุปกรณ์	การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้ทราบถึง ความก้าวหน้าใน การรักษา	1. ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามอาการ กล่าวทักทายด้วยคำพูดเพราะ สุภาพ นุ่มนวล คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ 2. สอบถามอาการเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือปัญหาที่พบ ให้คำแนะนำตามที่ ผู้สูงอายุต้องการและสรุปความก้าวหน้าในการรักษา หากยังมีปัญหา..... 3. ผู้วิจัยกล่าวชมเชยว่ามีจิตใจที่เข้มแข็ง มีความรู้ ความมั่นใจในการ ปฏิบัติตนและมี 4. ผู้วิจัยสนับสนุน ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของ.....	-ผู้วิจัยใช้คำพูด นำเสียงเพื่อแสดงให้ ผู้สูงอายุเห็นว่า มีความห่วงใยเอาใจ ใส่ อยู่เคียงข้างเสมอ (Being with) - ผู้วิจัย ส่งเสริม สนับสนุนให้ ผู้สูงอายุได้ พัฒนาการดูแล ตนเองได้อย่างเต็ม ศักยภาพ (Enabling)	- โทรศัพท์	1. ผู้สูงอายุทราบถึง ความก้าวหน้าในการ รักษา 2. ผู้สูงอายุมีกำลังใจใน การรักษา
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีกำลังใจในการ รักษา				



ภาคผนวก ง

คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย



คู่มือการปฏิบัติตน

สำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
และภวามันก็ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

คำนำ

คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย จัดทำขึ้นตามแผนการดูแลแบบเอาใจใส่ของ
แวนสัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 6 – 12 มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา การ
ดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด การจัดการกับอาการข้างเคียงและสามารถ
ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นใจในการดูแลตนเองทำให้เกิดความ
ผาสุกเพิ่มขึ้น เป็นเอกสารที่สร้างขึ้นจากตำรา เอกสารวิชาการ แนวปฏิบัติ
ทางการแพทย์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่
ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งและลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ การ
รักษาด้วยยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนที่ 2 การปฏิบัติ
ตนเมื่อเกิดอาการข้างเคียง การจัดการอาการและการเฝ้าระวังที่ควรพบแพทย์

อารีรัตน์ ลัดดอย

ผู้จัดทำ



ภาคผนวก จ

เอกสารพิทักษ์สิทธิและเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)

กลุ่ม ๑

รหัสโครงการวิจัย :

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้านางอารีรัตน์ ลัดลอย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่มีความห่วงใย เอาใจใส่ร่วมทุกข์ร่วมสุข ช่วยเหลือและสนับสนุนตามความต้องการ ดำรงไว้ซึ่งความมีสุขภาพกายและใจที่ดี ซึ่งเป็นการ พยาบาลแบบใหม่

โครงการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบใหม่ต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำความรู้ที่ได้รับไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งในกลุ่มอื่นต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยนี้ ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลการศึกษาวินิจฉัยในเบื้องต้นเพื่อใช้ในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย รายละเอียดการศึกษาวินิจฉัย รายละเอียดของวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ท่าน และเปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถามข้อมูล เมื่อท่านมีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย ท่านจะได้รับการคัดกรองด้วยแบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15 นาที เมื่อท่านมีคุณสมบัติตามกำหนดในการวิจัยครั้งนี้ กิจกรรมที่ท่านเข้าร่วมการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1. ท่านต้องตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล สัปดาห์ที่ 1 และตอบแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 9 ซึ่งใช้เวลาครั้งละ 30 นาที

2. ท่านจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมในแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย จำนวน 16 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ท่านจะได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดช่วงท้าย การปฏิบัติ
ตน

เมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ประเมินความพร้อมก่อนได้รับยาเคมีบำบัด และได้รับคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับ
ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย พร้อมกับช่องทางติดต่อกับผู้วิจัย
ทั้งทางเบอร์โทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ ก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45 นาที

ครั้งที่ 2 – 16 เมื่อท่านนอนโรงพยาบาล 3 วัน/ ครั้งที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทุก 2
สัปดาห์ ผู้วิจัยให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันแก่ท่าน โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง/ วัน และ
เมื่อท่านกลับบ้านได้ 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมทุกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 -15 นาที
(โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมทั้งหมด 4 ครั้ง) ซึ่งในแต่ละครั้งของกิจกรรม ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมแต่
อย่างใด

สำหรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเริ่มดำเนินการภายหลังได้รับการพิจารณาการวิจัย
และดำเนินการเป็นไปโดยสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และถ้า
โครงการวิจัยนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้
ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ท่านจะพึงได้รับต่อไป

ผลของการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อท่าน ท่านจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ คอยช่วยเหลือ
ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การดูแลตนเองขณะ
ได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับการดูแลเฝ้าระวังจากอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และได้รับคู่มือการปฏิบัติ
ตนสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย สำหรับผลประโยชน์
ทางอ้อมจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ
ยาเคมีบำบัดต่อไป

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านยังคงได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามโรงพยาบาลที่ได้รับบริการ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงแต่อย่างใดต่อท่าน ข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บ
ไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้
ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็น
เวลา 1 ปีหลังการเผยแพร่งานวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้นการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มี
ค่าชดเชยการเสียเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง หรือของที่ระลึกแก่ท่าน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างที่อาจมีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 อาจเกิดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับท่าน เพื่อเป็นการป้องกัน
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 24 ชั่วโมงก่อนเข้าไปพบท่านผู้วิจัยจะทำการตรวจ ATK เพื่อให้มั่นใจ
ว่าไม่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างการทำกิจกรรมผู้วิจัยจะสวมหน้ากากอนามัยและกระจก
ป้องกันใบหน้า และท่านจะสวมหน้ากากอนามัยป้องกันตลอดเวลา โดยผู้วิจัยจะเตรียมให้ท่าน ผู้วิจัย
จะล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลทุกครั้งก่อนและหลังเข้าพบท่าน

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการ
รวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางอารีรัตน์ ลัด

ลอย หมายเลขโทรศัพท์ 084 – 0046535 หรือที่ อาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา พิบูลย์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081 - 8639707

หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ชี้แจงไว้ในเอกสารนี้ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถแจ้งมายัง
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม
กรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038 – 102 – 620 หรืออีเมล buuethic@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดง
ความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้





เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)

กลุ่ม ๒

รหัสโครงการวิจัย :

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้านางอารีรัตน์ ลัดลอย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ซึ่งการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันเป็นการพยาบาลแบบใหม่ โดยผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำความรู้ที่ได้รับไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยนี้ ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลการศึกษาวินิจฉัยในเบื้องต้นเพื่อใช้ในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย รายละเอียดการศึกษาวินิจฉัย รายละเอียดของวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัยและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ท่าน และเปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถามข้อมูล เมื่อท่านมีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย ท่านจะได้รับการคัดกรองด้วยแบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15 นาที เมื่อท่านมีคุณสมบัติตามกำหนดในการวิจัยครั้งนี้ กิจกรรมที่ท่านเข้าร่วมการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1. ท่านจะต้องตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล สัปดาห์ที่ 1 และตอบแบบวัดความผาสุกสำหรับ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 9 ซึ่งใช้เวลาครั้งละ 30 นาที

2. ท่านจะได้รับการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ

ทวารหนัก ข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงและการป้องกันอาการข้างเคียงขณะได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งจะได้รับยาเคมีบำบัดทุก 2 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน รวมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

สำหรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และถ้าโครงการวิจัยนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ท่านจะพึงได้รับต่อไป

ผลของการวิจัยนี้ไม่มีประโยชน์โดยตรงต่อท่าน สำหรับประโยชน์ทางอ้อมนั้น จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านยังคงได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามโรงพยาบาลที่ได้รับบริการ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงแต่อย่างใดต่อท่าน ข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปีหลังการเผยแพร่งานวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าชดเชยการเสียเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง หรือของที่ระลึกแก่ท่าน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างที่อาจมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเกิดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับท่าน เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 24 ชั่วโมงก่อนเข้าไปพบท่านผู้วิจัยจะทำการตรวจ ATK เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างการทำกิจกรรมผู้วิจัยจะสวมหน้ากากอนามัยและกระจกป้องกันใบหน้า และท่านจะสวมหน้ากากอนามัยป้องกันตลอดเวลา โดยผู้วิจัยจะเตรียมให้ท่าน ผู้วิจัยจะล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลทุกครั้งก่อนและหลังเข้าพบท่าน

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางอารีรัตน์ ลัดลอย หมายเลขโทรศัพท์ 084 - 0046535 หรือที่ อาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา พิบูลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081 - 8639707

หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ชี้แจงไว้ในเอกสารนี้ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038 - 102 - 620 หรืออีเมล buuethic@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



**เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)**

รหัสโครงการวิจัย:

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

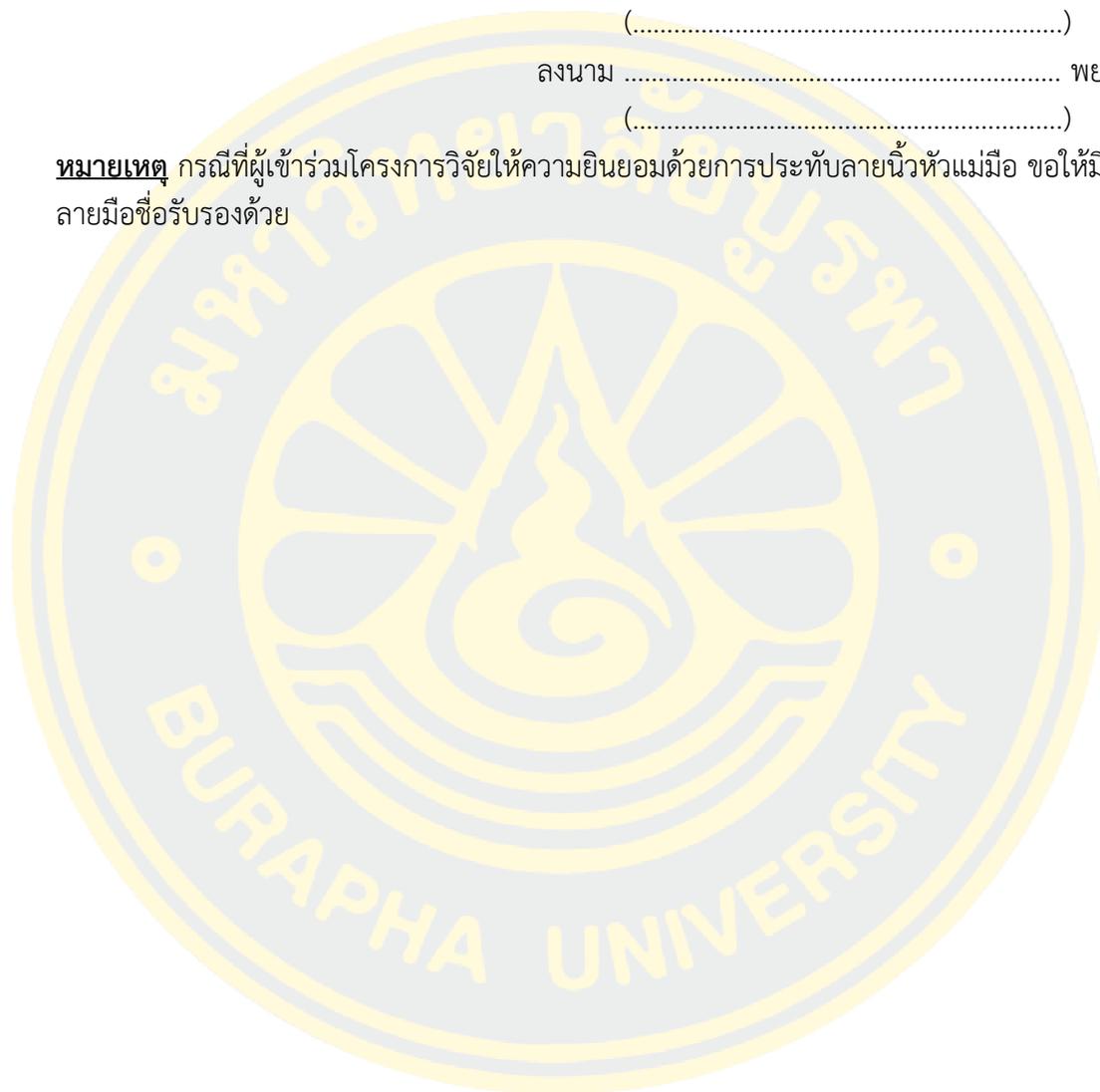
ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้า
จึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม พยาน
(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พิมพ์นามลง
ลายมือชื่อรับรองด้วย





ภาคผนวก จ

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ด้วยโปรแกรม SPSS

การทดสอบการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Normal distribution) ด้วยโปรแกรม SPSS

1. ผลการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov (n=27)

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
Total_PostWB		
N		27
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	3.0302
	Std. Deviation	.26616
Most Extreme Differences	Absolute	.118
	Positive	.118
	Negative	-.099
Test Statistic		.118
Asymp. Sig. (2-tailed)		.200 ^{c,d}
a. Test distribution is Normal. b. Calculated from data. c. Lilliefors Significance Correction. d. This is a lower bound of the true significance.		

2. ผลการทดสอบชุดข้อมูลกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Shapiro-Wilk (n=27)

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total_PostWB	.118	27	.200 [*]	.968	27	.555
*. This is a lower bound of the true significance. a. Lilliefors Significance Correction						

2. ผลการทดสอบชุดข้อมูลกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Shapiro-Wilk (n=27)

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total_PostWE	.180	27	.025	.930	27	.069
a. Lilliefors Significance Correction						

การทดสอบความแปรปรวนของข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยโปรแกรมSPSS

1. ผลการทดสอบ Levene's test (n=54)

Independent Samples Test		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Total_PostWE	Equal variances assumed	3.020	.088
	Equal variances not assumed		





ภาคผนวก ช
ตารางวิเคราะห์ผลข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง (N=27)

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของ	ระยะ	Mean	SD	t	df	p-value
ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมี บำบัดช่วงท้าย ในกลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	3.37	0.38	4.39	26	.000
	หลังการทดลอง	3.52	0.31			
ด้านสังคม/ครอบครัว	ก่อนการทดลอง	2.69	0.57	5.88	26	.000
	หลังการทดลอง	3.05	0.52			
ด้านอารมณ์ จิตใจ	ก่อนการทดลอง	3.52	0.28	4.31	26	0.000
	หลังการทดลอง	3.66	0.21			
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม	ก่อนการทดลอง	2.01	0.66	2.28	26	0.030
	หลังการทดลอง	2.15	0.63			
ด้านอื่น ๆ	ก่อนการทดลอง	2.65	0.33	2.06	26	0.049
	หลังการทดลอง	2.75	0.29			
ภาพรวมความพึงพอใจ	ก่อนการทดลอง	2.85	0.30	6.32	26	0.000
	หลังการทดลอง	3.03	0.26			

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมความพึงพอใจ ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{26} = 6.32, p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านร่างกาย ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{26} = 4.39, p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านสังคม ครอบครัวในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{26} = 5.88, p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านจิตใจ อารมณ์ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{26} = 4.31, p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการปฏิบัติกิจกรรมในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{26} = 2.28, p < .05$) และมี

คะแนนเฉลี่ยด้านอื่น ๆ ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{26} = 2.06, p < .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงพักฟื้นในกลุ่มควบคุม ระยะก่อนและหลังการทดลอง (N=27)

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่วงพักฟื้น ในกลุ่มควบคุม	ระยะ	Mean	SD	t	df	p-value
ด้านร่างกาย	ก่อนการทดลอง	3.29	0.66	-0.82	26	0.416
	หลังการทดลอง	3.18	0.55			
ด้านสังคม/ครอบครัว	ก่อนการทดลอง	2.70	0.87	0.15	26	0.876
	หลังการทดลอง	2.73	0.73			
ด้านอารมณ์ จิตใจ	ก่อนการทดลอง	3.25	0.46	-0.06	26	.950
	หลังการทดลอง	3.24	0.44			
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม	ก่อนการทดลอง	1.81	0.77	0.03	26	0.973
	หลังการทดลอง	1.82	0.68			
ด้านอื่น ๆ	ก่อนการทดลอง	2.54	0.50	-0.32	26	0.747
	หลังการทดลอง	2.50	0.52			
ภาพรวมความพึงพอใจ	ก่อนการทดลอง	2.68	0.46	-0.17	26	0.863
	หลังการทดลอง	2.66	0.35			

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงพักฟื้นในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมความพึงพอใจ ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ($t_{26} = -0.17, p > .05$) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจรายด้านในระยะก่อนทดลองและระยะหลังการทดลองด้านร่างกาย ($t_{26} = -0.82, p > .05$) ด้านสังคม/ครอบครัว ($t_{26} = 0.15, p > .05$) ด้านอารมณ์ จิตใจ ($t_{26} = -0.06, p > .05$) ด้านการปฏิบัติกิจกรรม ($t_{26} = -0.03, p > .05$) และด้านอื่น ๆ ($t_{26} = -0.32, p > .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงสุกรายด้านของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายในระะยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (N = 27) และกลุ่มควบคุม (N = 27)

ความผาสุก	กลุ่ม	Mean	SD	Mean difference	t	df	p-value
ด้านร่างกาย	กลุ่มทดลอง	3.52	0.31	0.39	3.73	46.86	.000
	กลุ่มควบคุม	3.18	0.55				
ด้านสังคม/ครอบครัว	กลุ่มทดลอง	3.05	0.52	0.32	1.85	47.17	.070
	กลุ่มควบคุม	2.73	0.73				
ด้านอารมณ์ จิตใจ	กลุ่มทดลอง	3.66	0.21	0.41	4.43	52	.000
	กลุ่มควบคุม	3.24	0.44				
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม	กลุ่มทดลอง	2.15	0.63	0.33	1.85	51.71	.070
	กลุ่มควบคุม	1.82	0.68				
ด้านอื่น ๆ	กลุ่มทดลอง	2.75	0.29	0.24	2.09	40.55	0.04
	กลุ่มควบคุม	2.50	0.52				

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงสุกรายด้าน 3 ด้าน หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ด้านร่างกาย ($t_{46.86} = 3.73, p < .05$) ด้านอารมณ์ จิตใจ ($t_{52} = 4.43, p < .05$) และด้านอื่น ๆ ($t_{40.55} = 2.09, p < .05$) ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความพึงสุกรายด้าน 2 ด้าน หลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว ($t_{47.17} = 1.85, p > .05$) และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ($t_{51.71} = 1.85, p > .05$)



ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สำเนา

ที่ IRB3-117/256



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS076/2566

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางอารีรัตน์ ลัดลอย

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา พิบูลย์
วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์)

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีพิจารณา : Exemption Determination Expedited Reviews Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 4 วันที่ 21 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 9 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 29 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 29 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)
แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 9 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)
- 6.1 แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ฉบับที่ 1 วันที่ 9 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566

วันที่รับรอง : วันที่ 29 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 29 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567



สำเนา

ลงนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรอมร แยมประทุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรอมร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

**หมายเหตุ การรับรองนี้มีรายละเอียดตามที่ระบุไว้ด้านหลังเอกสารรับรอง **





เลขที่ IRB3-162/2567
ต่ออายุ ครั้งที่ 1

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย: G-HS 076/2566

โครงการวิจัยเรื่อง: ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

หัวหน้าโครงการวิจัย: นางอารีรัตน์ ลัดลอย

หน่วยงานที่สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (งานนิพนธ์/วิทยานิพนธ์/ดุขุฎินิพนธ์):

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา พิบูลย์ หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีทบทวน: Exemption Expedited Full board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัย
ดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิด
สิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- | | |
|---|---|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ 4 วันที่ 21 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 |
| 2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย | ฉบับที่ 1 วันที่ 9 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 29 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 |
| 4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 29 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 |
| 5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)
แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง | ฉบับที่ 1 วันที่ 9 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 |
| 6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) | |
| 6.1 แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย | ฉบับที่ 1 วันที่ 9 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 |

วันที่รับรอง : วันที่ 29 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
วันที่หมดอายุ : วันที่ 29 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรรม แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สำหรับโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

**หมายเหตุ การรับรองนี้มีรายละเอียดตามที่ระบุไว้ด้านหลังเอกสารรับรอง **



สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6
โรงพยาบาลพระปกเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000 โทร 039-319666 ต่อ 8341,8345

COA no. 026/67

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ชื่อโครงการ : ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย

เลขที่โครงการวิจัย : 036/67

ผู้วิจัยหลัก : นางอารีรัตน์ ลัดลอย

สังกัดหน่วยงาน : โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน (expedite review)

วันที่รับรอง : 29 มีนาคม 2567

วันหมดอายุ : 28 มีนาคม 2568

รายงานความก้าวหน้า : เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นแต่ไม่เกิน 1 ปี

ลงนาม

(แพทย์หญิงฐิติชญา พุกษานุกิตติ)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6

ลงนาม

(รศ.(พิเศษ) นพ.พิพัฒน์ คงทรัพย์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6

เอกสารรับรอง :

1. โครงการวิจัยเรื่อง ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2567
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant information sheet) ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2567
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form) ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2567
4. แบบสอบถาม เรื่อง ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดช่วงท้าย
5. ประวัติผู้วิจัย



**ใบรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี**

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)	ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสวานสันต่อความผาสุก ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่วงท้าย
(ภาษาอังกฤษ)	THE EFFECT OF CARING NURSING CARE APPLYING SWANSON'S THEORY ON WELL-BEING OF THE OLDER ADULTS WITH COLORECTAL CANCER RECEIVING LATE CHEMOTHERAPY
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางอารีรัตน์ ลัดลอย
รหัสโครงการ	003/67
หน่วยงานที่สังกัด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สถานที่ทำการศึกษาวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี
วันที่รับรองโครงการ	4 มีนาคม 2567
วันที่หมดอายุ	3 มีนาคม 2568

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ได้พิจารณาและมีมติรับรองโครงการวิจัย
ดังที่ระบุข้างต้น สามารถดำเนินการวิจัยได้

ลงนาม *อภิสิทธิ์ โชคชัยธรรม*
(ทันตแพทย์หญิงอรพินท์ โชคชัยธรรม)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม *ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์*
(นายปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางอารีรัตน์ ลัดตอย
วัน เดือน ปี เกิด	1 กันยายน พ.ศ. 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดมหาสารคาม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	74/9 หมู่บ้านสามมุขธานี ถนนบางแสน-อ่างศิลา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20130
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2544-2548 พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยสามัญหุญง โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พ.ศ. 2549-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2540-2544 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ