



ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

THE EFFECT OF NURSING CARE BASED ON SWANSON'S CARING ON WELL-BEING
OF ELDERLY WITH COLORECTAL CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY

กรองทอง แสงสว่าง

มหาวิทยาลัยบูรพา

2564

ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด



กรองทอง แสงสว่าง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

THE EFFECT OF NURSING CARE BASED ON SWANSON'S CARING ON WELL-BEING
OF ELDERLY WITH COLORECTAL CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY



KRONGTHONG SAENGSAWANG

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

2021

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ กรองทอง แสงสว่าง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

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

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นัยนา พิพัฒน์วิศิชา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล)

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

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นัยนา พิพัฒน์วิศิชา)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายฝน ม่วงคุ้ม)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

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

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

59920042: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
 คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, การรักษาด้วยเคมีบำบัด, การดูแลแบบ
 เอื้ออาทรของสแวนสัน, ความผาสุก

กรองทอง แสงสว่าง : ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกใน
 ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (THE EFFECT OF NURSING CARE
 BASED ON SWANSON'S CARING ON WELL-BEING OF ELDERLY WITH COLORECTAL
 CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พรชัย จุลเมตต์, Ph.D.,
 นัยนา พิพัฒน์วิไล, Ph.D. ปี พ.ศ. 2564.

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียในหลายด้าน เกิดผล
 กระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง
 ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน
 ต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ
 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับการรักษา
 เป็นผู้ป่วยใน โดยให้ยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม
 20 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการ
 พยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะ
 ที่ 1 การดูแลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ระยะที่ 2 การดูแลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดและ ระยะที่ 3 การดูแล
 หลังได้รับยาเคมีบำบัด ใช้เวลาทั้งสิ้น 9 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดำรงไว้ซึ่ง
 ความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา 2) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง 3) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ
 4) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ และ 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ ส่วนกลุ่มควบคุม
 ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วน
 บุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งมี
 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 และสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่ม
 ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 ที่ระดับ .05 ($T_{19} = 3.69, p < .01$) และ 2) ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
 ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .05 ($T_{38} = 2.20, p < .05$)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประยุกต์ใช้การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของ
สแกนสันในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดให้มีความสุข



59920042: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: ELDERLY WITH COLORECTAL CANCER, CHEMOTHERAPY, SWANSON'S CARING, WELL-BEING

KRONGTHONG SAENGSAWANG : THE EFFECT OF NURSING CARE BASED ON SWANSON'S CARING ON WELL-BEING OF ELDERLY WITH COLORECTAL CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY. ADVISORY COMMITTEE: PORNCHEI JULLAMATE, Ph.D., NAIYANA PIPHATVANITCHA, Ph.D. 2021.

Colorectal cancer jeopardizes the health of older adults in many ways: physical, mental, emotional, social, economic and spiritual. This two-group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to examine the effect of nursing care based on Swanson's theory of caring on the well-being of elderly with colorectal cancer receiving chemotherapy. The sample was 40 older adults, male and female, receiving in-patient care including chemotherapy, for diagnosed colorectal cancer. Simple random sampling was employed to assign older adults equally to control and experimental groups. The experimental group received Swanson's caring for 9 weeks, with nursing care divided into three phases: pre-chemotherapy care, care during chemotherapy, and post-chemotherapy. Five activities were focused upon, based in Swanson's work: 1) maintaining belief, 2) knowing, 3) being with, 4) doing for, and 5) enabling. The control group received usual nursing care. Data-collection tools were a personal interview, patient medical history, and a well-being assessment form for colorectal cancer patients, which had a reliability of .90. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and independent t-tests.

The results revealed that: 1) the experimental group's mean well-being score was significantly ($P < .05$) higher at post-test than at pre-test ($T_{19} = 3.69, p < .01$), and 2) the experimental group's mean well-being post-test score was significantly ($P < .05$) higher than the control group's ($T_{38} = 2.20, p < .05$).

Based on the findings, it is recommended that registered nurses apply Swanson's caring to enhance the well-being of elderly with colorectal cancer who are receiving chemotherapy.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความเมตตา ความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางในการทำวิจัยที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้กำลังใจ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งจาก THE ROSENBERG GERONTOLOGICAL NURSING SCHOLARSHIP ประจำปีการศึกษา 2562 ผู้วิจัยรู้สึกเป็นเกียรติและขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งที่ให้โอกาสได้รับทุนนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่า ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และเสียสละเวลาอันมีค่า ในการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งให้คำแนะนำและแนวทางการแก้ไขเครื่องมือให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความรัก ความเมตตา ความเอื้ออาทร และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณภาพและสำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าหอผู้ป่วยใน พยาบาลในหอผู้ป่วย ที่ได้ให้ความร่วมมือต่าง ๆ และคอยช่วยเหลือดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อมงคล แสงสว่าง และคุณแม่ขนิษฐา แสงสว่าง ที่คอยดูแล ห่วงใย สนับสนุนและให้กำลังใจ ด้วยความรัก และความเอื้ออาทรด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณเพื่อน ๆ พี่ น้อง ๆ ทุกคน ที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแต่บุพการี บุรพจารย์ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกท่าน และผู้มีพระคุณทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

กรองทอง แสงสว่าง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	8
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
สมมติฐานการวิจัย	8
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ.....	12
ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ	21
ผลกระทบของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด	33
แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก	36
แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน	48

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของสเวนสันในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด	56
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	61
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	68
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	69
การเก็บรวบรวมข้อมูล	70
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
บทที่ 4 ผลการวิจัย	87
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	96
สรุปผลการวิจัย	96
อภิปรายผลการวิจัย	98
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	108
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	109
บรรณานุกรม.....	110
ภาคผนวก	123
ภาคผนวก ก.....	124
ภาคผนวก ข	126
ภาคผนวก ค	133
ภาคผนวก ง	145
ภาคผนวก จ	147
ภาคผนวก ฉ.....	156

ภาคผนวก ช161

ประวัติย่อของผู้วิจัย166



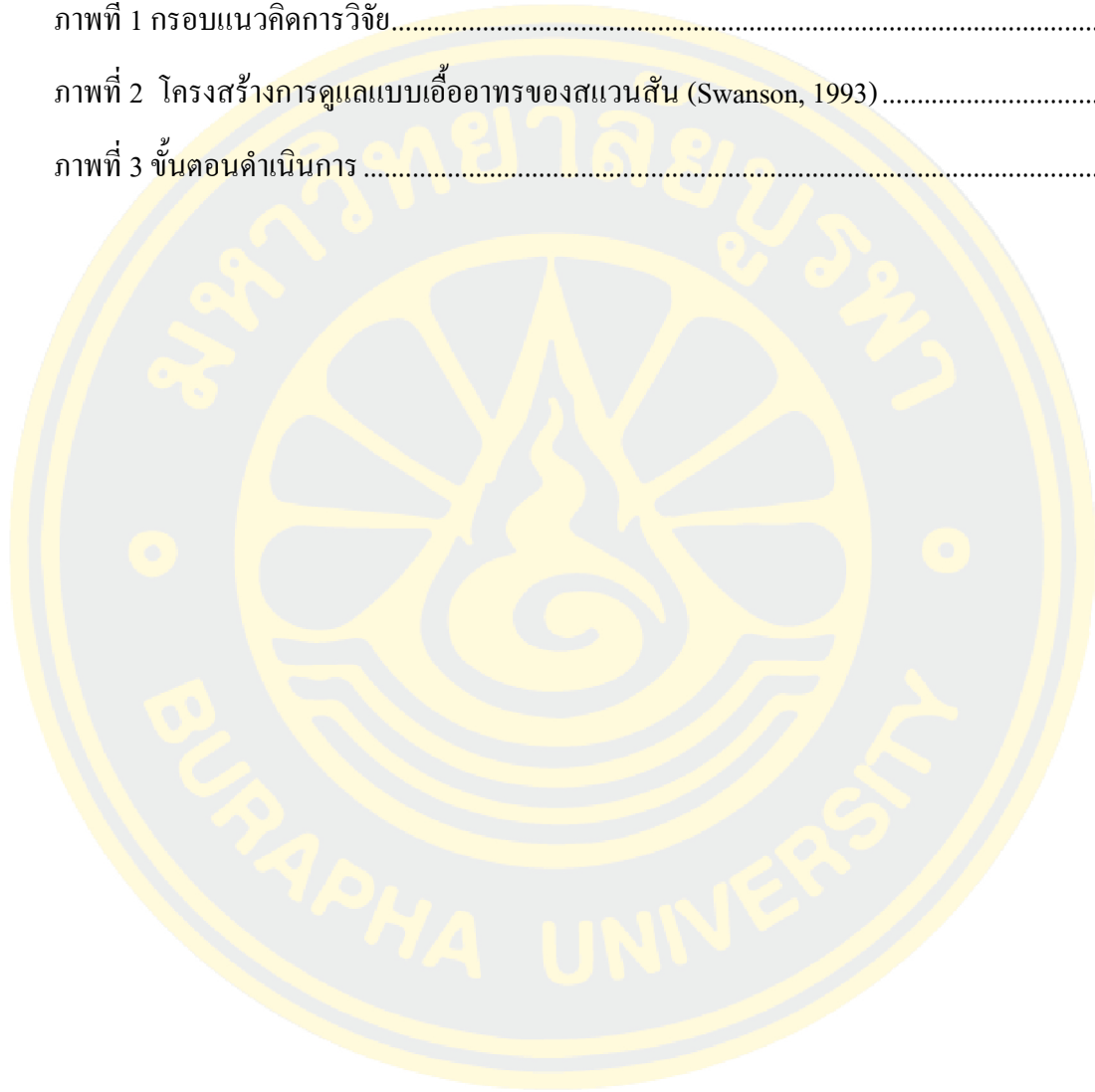
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าไคสแควร์ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล (N = 40)	88
ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 40)	92
ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง (N = 20)	93
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (N = 20) และกลุ่มควบคุม (N = 20).....	94
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (N = 20) และกลุ่มควบคุม (N = 20).....	94
ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง (N = 20)	157
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดของ กลุ่มควบคุม ระยะก่อนและหลังการทดลอง (N = 20).....	158
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจรายด้านของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (N = 20) และกลุ่มควบคุม (N = 20).....	159

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
ภาพที่ 2 โครงสร้างการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสัน (Swanson, 1993).....	51
ภาพที่ 3 ขั้นตอนดำเนินการ	85



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกเป็นอันดับสี่ และคาดว่า 1.1 ล้านคนจะเสียชีวิตในปี ค.ศ. 2030 (Arnold et al., 2017) อัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุเพศชายพบเป็นอันดับสามรองจากมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งปอด ในผู้สูงอายุเพศหญิงพบเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม (International Agency for Research on Cancer, 2021) สำหรับประเทศไทยนั้นจากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่เป็นอันดับสองในเพศชาย และเป็นอันดับสามในเพศหญิง ซึ่งจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้น ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งอยู่ในระยะ 3 และ 4 เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องหนึ่งในนั้น คือ อายุที่เพิ่มขึ้น ความเสี่ยงของโรคมะเร็งก็เพิ่มขึ้นด้วย เพราะวามะเร็งเป็นโรคที่มีระยะเวลายาวนานในการก่อให้เกิดโรค ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุที่มักจะพบว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะท้ายแล้ว จากสถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปี พ.ศ. 2558-2562 มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอันดับหนึ่ง โดยพบผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 356, 268, 285, 300 และ 360 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 176, 164, 159, 188 และ 201 ราย ตามลำดับ คิดเฉลี่ยเป็นร้อยละ 60 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุเพศชายเฉลี่ยร้อยละ 36 ผู้สูงอายุเพศหญิงเฉลี่ยร้อยละ 24 จะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้นตามอายุในประชากรเกือบทั่วโลก โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุกลายเป็นปัญหาที่พบบ่อยขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา (Tas & Keskin, 2012)

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย จะมีอาการและอาการแสดงหลายอย่างร่วมกันขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาดของก้อนมะเร็ง อาการที่พบบ่อย ได้แก่ มีเลือดออกจากทวารหนัก อุจจาระเป็นมูกเลือด มีอาการท้องเสียสลับกับท้องผูก หรือถ่ายอุจจาระไม่สุด ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อเป็นประจำ การย่อยอาหารไม่ดี ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ มีแผลที่ทวารหนักเรื้อรัง รู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลียมากขึ้น อาการลุกลามไปที่ตับพบตัวและตาเหลือง ท้องมานและบวมหน้า (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา, 2559; บุศราชัยทัศน์, 2559; American Cancer Society, 2012) ซึ่งอาการดังกล่าวมีความรุนแรงมากขึ้นแตกต่างกัน

กัน ไปขึ้นอยู่กับระยะของการเจ็บป่วย บางรายอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556)

ปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งที่พบได้บ่อยคือ การปรับตัวและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาได้ (Polat, Arpacı, Demir, Erdal, & Yalcin, 2014 อ้างถึงใน ประไพ เริงทวี และสุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบทางจิตใจในผู้สูงอายุ พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งมากที่สุด (Parpa, Tsilika, Gennimata & Mystakidou, 2015) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งในด้านลบ โดยเฉพาะความรู้สึกรู้สึกของผู้สูงอายุที่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็ง ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ต้องใช้ชีวิตอยู่กับความหวาดกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน นึกถึงความตาย ความสิ้นหวัง และไม่มีทางรักษาให้หาย (Baze, Monk, & Horzog, 2008) และอาจกลับเป็นซ้ำได้ เกิดความรู้สึกเป็นห่วงครอบครัว เบื่อหงุดหงิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง หรือ ท้อแท้ อยากตายได้ (สุภาพร จงประกอบกิจ, 2551) ซึ่งหากมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณเกิดขึ้น บุคคลจะไม่พบความสุขที่แท้จริงและขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง (ประเวศ ะสี, 2543) ผลกระทบของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทำให้พบว่าผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดการสูญเสียในหลายด้าน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก รวมทั้งการสูญเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มีความก้าวหน้าและมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา การใช้ยาเคมีบำบัด การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับระยะการเป็นโรค การกระจายของโรค และสภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีรวมกัน เคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพใช้ในการรักษามะเร็งในระยะเริ่มมีการกระจายจนถึงระยะสุดท้ายของโรค หรือผสมผสานการรักษาพร้อมกับการรักษาวิธีอื่น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสรอดชีวิตนานกว่า 5 ปีมีจำนวนมากขึ้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556; โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา, 2559) พบการศึกษาผลจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเสริม (McCleary et al., 2013) ระบุว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตมากขึ้นในช่วง 6 เดือนแรก นับตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบฉีด สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้สูงอายุได้ การได้รับยาเคมีบำบัดในการรักษาบำบัดเสริมอาจมีประโยชน์ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตที่ปราศจากโรคหลังครบการรักษาได้ และยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มในการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตโดยรวมสำหรับผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับ การรับประทานยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว มีผลการศึกษาอัตราการตอบสนองของยา Oxaliplatin โดยรวมเท่ากับ 57.3% อัตราการรอดชีวิตเฉลี่ย 27 เดือน (Berretta et al., 2012)

แต่อย่างไรก็ตามการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุที่บอบบาง มีสุขภาพไม่แข็งแรง อาจทำให้มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิตได้ การที่ผู้สูงอายุมีภาวะบกพร่องในการทำงานและมีโรคประจำตัวมากมายถือเป็นความเสี่ยงในการเกิดภาวะพิษจากการให้ยาเคมีบำบัด และในผู้สูงอายุยังพบว่าความทนต่อยาเคมีบำบัดลดลง เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด (ทวิวัฒน์ สุโรจนะเมธากุล, 2554)

ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ใช้โดยทั่วไป ซึ่งสูตรยาจำเป็นต้องได้รับยาถึง 12 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ผู้ป่วยจึงต้องเข้ามารับการรักษาเป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556; โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา, 2559) การรักษาโดยยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยผลกระทบในด้านร่างกาย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า มีแผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อาการปวด ไข้ และภาวะขาดน้ำ (Aprile, Ramoni, Keefe, & Sonis, 2008) และยังส่งผลให้ไขกระดูกทำงานบกพร่อง เกิดผลต่อระบบเลือดทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ มีความรุนแรงระดับ 3 หรือ 4 เกิดภาวะช็อค เกล็ดเลือดต่ำ และเม็ดเลือดขาวผิดปกติ เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (Read, 2006; Berretta et al., 2012) ยังพบอาการท้องร่วง ความเป็นพิษต่อระบบประสาท ชาปลายมือ (Berretta et al., 2012) อันเป็นผลเนื่องมาจากผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนปลาย (Aprile et al., 2008) และระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโภชนาการบกพร่องได้ ซึ่งผลกระทบของยาเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย จากอาการเหนื่อยล้า และความเจ็บปวดจากภาวะของโรคมะเร็ง ตลอดจนได้รับความทุกข์ทรมานจากขั้นตอนการตรวจต่าง ๆ เนื่องจากการรักษาต้องใช้ระยะเวลานาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ คือ กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง กลัวการแพร่กระจายโรคไปยังอวัยวะอื่น รวมทั้งกลัวการรักษาไม่ได้ผล ทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน และรู้สึกสิ้นหวัง จึงเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ (นฤมล จันทรสุข, ชวนนท์ จันทรสุข และรุ่งพร ภูสุวรรณ์, 2559)

ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ การที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต้องมารับยาเคมีบำบัดหลายครั้ง ทำให้การใช้ชีวิตเปลี่ยนไป (สุภาพร จงประกอบกิจ, 2551) ต้องมาพบกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและพบกับบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมาก ตลอดเวลา การมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ลดลงจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ยังใช้เวลาในการรักษา และติดตามผลการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้มีการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แม้ว่าบางรายการค่ารักษาพยาบาลสามารถที่จะเบิกได้ แต่ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักของผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อปัญหา

เศรษฐกิจในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต สัมพันธภาพในสังคม เปลี่ยนแปลง และต้องปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ กระทบต่อความผาสุกทางสังคม สิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ ส่งผลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ความผาสุก (Well-being) เป็นคำที่มีความหมายด้านบวก เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ความผาสุกมีความเป็นนามธรรมสูง มีความหมายเช่นเดียวกับ คุณภาพชีวิต หรือความพึงพอใจในชีวิต (ปภาวรินทร์ สุวรรณเพชร, พรชัย จุลเมตต์, สายใจ พัวพันธ์ และวารี กังใจ, 2557) ความผาสุกด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นสุขพ้นหายจากโรคเร็วขึ้น (วันเพ็ญ บุญประเสริฐ, อารี ชิวเกษมสุข และวิไล กุศลวิศิษฎ์กุล, 2556) ความผาสุกด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยรู้สึกถึงพยาบาลเข้าใจในความเจ็บป่วยของตน (Swanson, 1999) ส่วนความผาสุกทางด้านสังคมจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการรักษา (อารี ชิวเกษมสุข, 2542) และความผาสุกด้านจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจ มีพลังอำนาจ มีเกียรติ และมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ (Euswas, 1996 อ้างถึงใน พัชรีย์ พงษ์พานิช, จำลอง เมฆศรีสุวรรณ และจิราพรธม ปุ่นเอื้อง, 2558) เซลลา (Cella, 1993) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวกับความพึงพอใจ เกี่ยวกับความผาสุกทางด้านร่างกาย ด้านครอบครัวและสังคม ด้านอารมณ์และการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากโรคและการรักษา

มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระหว่างการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว และความผาสุกด้านอารมณ์/ จิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวม (Gozdiewicz, Strugata, Talarska, Stanistawska, & Baczyk, 2017) พบว่า ผลการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยไม่มีทวารเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลกระทบต่อความผาสุกด้านอื่น ๆ ต่อจำนวนรอบของการได้รับยาเคมีบำบัดที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม และส่งผลต่อความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยังมีการศึกษาประสพการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด (พรพิมล เลิศพานิช, อำภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2560) พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านอารมณ์ จิตใจลดลงระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด และเพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดการรักษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของเดฮอร์ดี เฮดาร์นี่จาดีและฟาทีฮี (Dehkordi, Heydarnejad, & Fatehi, 2009) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 200 คน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในรอบที่ 2-5 มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย ความหวัง (นวพรรษ สีมารักษ์, ศิริลักษณ์ กิจศิริไพศาล และ ณัฐนันท์พร สงวนกลิ่น, 2561; พรพรรณ วนวโรคม, จารึก ลัมภเวช, อังกาบ แสนยนต์, ภัทริา บัวพล, ปทุมภรณ์ แซ่จิ่ง และชนากานต์ บุญนุช, 2552) ทักษะในการดูแลตนเอง (อรกมล พูนเสมอ วิราพรธรรม วิโรจน์รัตน์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และอรพรรณ โตสิงห์, 2557) การสนับสนุนทางสังคม (นวพรรษ สีมารักษ์ และคณะ, 2561; อรกมล พูนเสมอ และคณะ, 2557; วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล และสุริพร ชนศิลป์, 2552) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล และสุริพร ชนศิลป์, 2552) ส่วนความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียง (นวพรรษ สีมารักษ์ และคณะ, 2561) ความรุนแรงของอาการ (วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล และสุริพร ชนศิลป์, 2552) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้อาการ ความถี่ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม (พรพิมล เลิศพานิช และคณะ, 2560) และยังพบการศึกษาอาการปวดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง: การศึกษาแบบสหสถาบันในประเทศไทย (สมบูรณ์ เทียนทอง, นุจรี ประทีปะวณิช, จุฬารักษ์ ลิมวัฒนานนท์, สาวิตรี เมาศิคุลไพโรจน์, ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และลักษมี ชาญเวชช์, 2549) โดยระดับความปวดที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างน้อย 3 คะแนน (จาก 10 คะแนน) จะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยเพิ่มระดับความหวัง การสนับสนุนทางสังคมและการลดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงได้ จากผลการวิจัยยืนยันถึงความจำเป็นในการจัดระบบดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Gozdziewicz et al., 2017) ดังนั้นพยาบาลควรพัฒนาตนในด้านทักษะการดูแลหรือให้การพยาบาลด้านจิตใจอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสงบ บรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากโรค และเกิดความสุขในจิตใจ ซึ่งมีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเกิดความสุขทางจิตวิญญาณได้ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

จากปัจจัยและผลกระทบต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ที่ส่งผลกระทบต่อการขาดความผาสุกในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและเฉาะเจาะจง เพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้นและทำ

ให้มีความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยสนใจการดูแลแบบเอื้ออาทรมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้เป็นการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งแบบองค์รวม การดูแลแบบเอื้ออาทรคือหัวใจสำคัญต่อการปฏิบัติกรพยาบาลถือเป็นเอกลักษณ์ทางวิชาชีพที่จำเป็นของพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการแสดงออกของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะแบบองค์รวม (Watson, 1985; สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) นอกจากนี้การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการให้ความสำคัญของคนการเอาใจใส่ด้วยความรักความเอื้ออาทรผสมผสานไปกับปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เกิดผลดีมีคุณค่าต่อการดูแลและการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Watson, 1999) การดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson (1993) เป็นศาสตร์ของการดูแลและเป็นแก่นแท้ในเชิงวิชาชีพของพยาบาลเป็นวิถีทางที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ดูแลปกป้องคุ้มครองสนับสนุนส่งเสริมให้กำลังใจ ซึ่งถือเป็นพันธะผูกพันระหว่างพยาบาลผู้ดูแลที่พึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย พยาบาลผู้ดูแลแสดงออกถึงความห่วงใยต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลอื่น และเป็นการปฏิบัติต่อคนทั้งคนซึ่งถือว่าการดูแลแบบองค์รวมเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างแท้จริง ผลลัพธ์คือความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Halldorsdottir (1996 อ้างถึงใน วันเพ็ญ บุญประเสริฐ และคณะ, 2556) พบว่าการพยาบาลแบบเอื้ออาทรเป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ของพยาบาลและผู้ป่วย รวมถึงทักษะในการให้การพยาบาลซึ่งสามารถพัฒนาให้เกิดความไว้วางใจ การให้ความร่วมมือ ความนับถือและความเห็นอกเห็นใจส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี

การดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson (1993) เป็นกระบวนการดูแลที่ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ การดำรงไว้ซึ่งความหวังความเชื่อความศรัทธา (Maintaining belief) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Knowing) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (Doing for) และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) กิจกรรมทั้ง 5 ด้านนี้ผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวไม่สามารถแบ่งแยกได้และเมื่อพยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ครบทั้ง 5 ด้านจะส่งผลให้เพิ่มศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันและทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกได้อย่างแท้จริง (อัญชุลี ไชยวงค์น้อย, พรชัย จุลเมตต์ และวาริ กังใจ, 2557; ปภาวรินทร์ สุวรรณเพชร และคณะ, 2557)

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงซึ่งเป็นผลจากยาเคมีบำบัดและก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมาหลายประการดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมโดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะรักษาความแข็งแรง ให้มีพลังงานในการทำกิจกรรมรวมทั้งการป้องกันและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพิ่มความทนในการรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ม.ป.ป.)

หากมีการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ดี มีการเรียนรู้ที่ดีจะสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงได้ แต่ก็มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ที่ช้าลง ต้องการความช่วยเหลือฟังฟังหรือไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าวขึ้นต่อเนื่องรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งวัยอื่นตามจำนวนครั้งที่ต้องมารับยาเคมีบำบัด ทำให้พบว่าพยาบาลควรช่วยให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง รวมทั้งการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ซึ่งจะเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพและเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญหน้ากับบทบาทใหม่ได้เหมาะสมและเกิดความผาสุกในชีวิต การศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยเลือกนำทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรตามแนวคิดของ Swanson (1993) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยซึ่งเป็นทฤษฎีระดับกลางพัฒนาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่มีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบงานวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังมีจำนวนน้อย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการอาการทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดเพียงด้านเดียว โดยโปรแกรมไม่ได้ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบกับทางโรงพยาบาลยังไม่มีหอผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งยังมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้สูงอายุโรคมะเร็ง การให้ข้อมูลการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุจึงต้องมีรายละเอียดที่เข้าใจได้ง่าย ไม่มากหรือน้อยเกินไป หากพยาบาลใช้หลักการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบเอื้ออาทรของ Swanson ซึ่งมีความครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุเป็นองค์รวมที่ชัดเจน มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความผาสุก ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานให้กรพยาบาล จึงสนใจศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของ Swanson (1993) สำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อความผาสุกในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลแบบเอื้ออาทรจะส่งผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้เกิดความผาสุกได้อย่างแท้จริง

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันหรือไม่
2. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในระยะก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันมีความพึงพอใจในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
2. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันมีความพึงพอใจในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

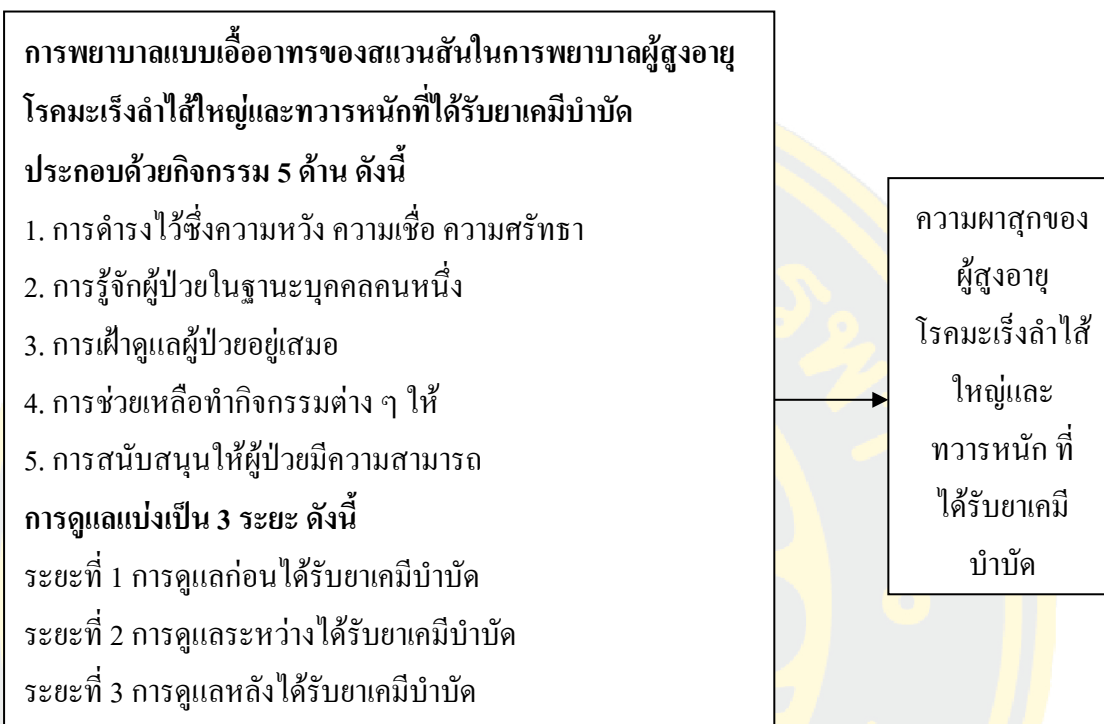
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) ตามแนวคิดของ

Swanson (1993) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมในการวางแผนการพยาบาล ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่

- 1) การดำรงไว้ซึ่งความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา (Maintaining belief) เป็นรากฐานของการดูแล ความคิดของผู้สูงอายุซึ่งมีความเชื่อและทัศนคติที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลสามารถก้าวผ่านสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ไปได้และสามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์ในอนาคตได้อย่างมีความหมาย และบรรลุความสำเร็จในสิ่งที่ต้องการ
- 2) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Knowing) คือ ผู้สูงอายุรับรู้ว่ายาบำบัดใช้ทักษะ ความรู้ และความสามารถที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ความหมายในสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเผชิญอยู่ พยาบาลค้นหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยพยาบาลมองผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นศูนย์กลางการดูแลและยอมรับว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนไม่เหมือนกัน และประเมินประสบการณ์ของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลและผู้สูงอายุเปิดเผยความเป็นบุคคลตามบทบาทหน้าที่ต่อกันและกัน
- 3) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) คือ การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่ายาบำบัดสื่อให้รับรู้ถึงความห่วงใยและพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างเสมอ โดยการให้เวลา เข้าถึงได้ง่าย หรือมีการใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุอย่างคุ้มค่าถึงแม้ว่าเวลานั้นจะสั้นก็ตาม โดยทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่ายาบำบัดอยู่เป็นเพื่อนและตั้งใจฟัง ร่วมรับรู้อารมณ์ และมีความพร้อมที่จะรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุทั้งทางบวกและลบ แบ่งปันความรู้สึกไม่ว่าจะสุขหรือทุกข์โดยที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไม่มีความรู้สึกว่าเป็นภาระของพยาบาลแต่อย่างใด ถึงแม้ว่าบางครั้งพยาบาลไม่ได้อยู่ด้วย แต่ผู้สูงอายุก็สามารถรับรู้ได้ว่าพยาบาลยังคงห่วงใยและยังคงช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา
- 4) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (Doing for) คือ การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่ายาบำบัดช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ครอบคลุมในสิ่งที่ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการดูแลให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขสบาย ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาเคมีบำบัด ตอบสนองความต้องการและให้การปกป้องคุ้มครองผู้สูงอายุ โดยใช้ความรู้ความสามารถและทักษะทางการพยาบาลอย่างเต็มกำลังความสามารถ และ
- 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) คือ การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่ายาบำบัดมีการให้ข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุ เสนอทางเลือกโดยการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าคุณได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมให้ได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มศักยภาพ วางแผนให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองจัดการกับปัญหาหรืออาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้ ช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าใจในการดูแลป้องกันสุขภาพของตนเอง สามารถเข้าใจปัญหาสุขภาพตลอดจนสามารถเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่มีอยู่และสามารถเผชิญหน้ากับชีวิตในอนาคตได้อย่างมีความหมาย จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดความ

ผาสุกในชีวิต ซึ่งการดูแลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การดูแลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ระยะที่ 2 การดูแลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดและ ระยะที่ 3 การดูแลหลังได้รับยาเคมีบำบัด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง (Two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยของสาขาอายุรกรรม สาขาศัลยกรรม และสาขาหอผู้ป่วยพิเศษ โดยการให้ยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว ตั้งแต่รอบที่ 2-5 ทุก 2 สัปดาห์ รวม 4 รอบ แต่ละรอบใช้เวลา 3 วัน รวมเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 44 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 ราย และกลุ่มทดลอง 22 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563

นิยามศัพท์เฉพาะ

การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นระบบที่ผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Swanson (1993) มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน คือ การดำรงไว้ซึ่งความหวังความเชื่อความศรัทธา การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ ตามการแสดงออกของผู้สูงอายุแต่ละรายโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ให้การดูแลเป็นรายบุคคล การดูแลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การดูแลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ระยะที่ 2 การดูแลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด และ ระยะที่ 3 การดูแลหลังได้รับยาเคมีบำบัด ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 9 สัปดาห์

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะของโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยการให้ยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว

ความผาสุก หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เกี่ยวกับความพึงพอใจ ความผาสุกทางด้านร่างกาย ด้านครอบครัวและสังคม ด้านอารมณ์ จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากโรคและการรักษา โดยใช้แบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้วิจัยนำมาจากกรอบแนวคิดของเซลล่า (Cella, 1993)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความ
ผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวน
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยครอบคลุมใน
หัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ
2. ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
3. ผลกระทบของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
4. แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก
5. แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน
6. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของสแกนสันในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ

ความหมาย

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) หมายถึง มะเร็งที่เกิดขึ้นในบริเวณ
ใดบริเวณหนึ่งของลำไส้ใหญ่ นับตั้งแต่ช่วงที่ต่อจากลำไส้เล็กจนถึงทวารหนักประกอบไปด้วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (Ascending colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ตับ (Hepatic flexure) ลำไส้ใหญ่
ส่วนขวาง (Transverse colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ม้าม (Splenic flexure) ลำไส้ใหญ่ส่วนลง
(Descending colon) ลำไส้ใหญ่รูปตัวเอสหรือซิกมอยด์ (Sigmoid colon) และลำไส้ตรง
(Rectum) (American Cancer Society, 2012)

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หมายถึง เซลล์เยื่อบุผิวลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดการ
เปลี่ยนแปลงภายใต้ปัจจัยก่อมะเร็งต่าง ๆ เช่น สภาพแวดล้อม หรือพันธุกรรม ซึ่งสาเหตุของการเกิด
นั้นยังไม่แน่ชัด (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา, 2559)

อุบัติการณ์

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกเป็น
อันดับสี่ คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่เพิ่มขึ้น 60% เป็น

จำนวน 2.2 ล้านคน และ 1.1 ล้านคนจะเสียชีวิตในปี ค.ศ. 2030 (Arnold et al., 2017) สถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทยพบว่ามี 5 อันดับแรกของโรคมะเร็งที่พบบ่อย คือ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูก จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่พบได้ประมาณ 700,000 ราย และมีจำนวนผู้เสียชีวิตประมาณ 500,000 รายต่อปี (คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2556) อัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้นตามอายุในประชากรเกือบทั่วโลก อัตราส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุมากกว่า 70 ปีเพิ่มขึ้น กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุกลายเป็นปัญหาที่พบบ่อยขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา (Tas & Keskin, 2012) สำหรับประเทศไทยนั้นจากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่เป็นอันดับสองในเพศชาย และเป็นอันดับสามในเพศหญิง ซึ่งจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นในวัยสูงอายุเป็นมะเร็งอยู่ในระยะ 3 และ 4 สถานการณ์ภาพรวมของอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทยคล้ายกับประชากรทั่วโลก กล่าวคือ จะพบอัตราการเกิดโรคสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคที่มีระยะเวลายาวนานในการก่อให้เกิดโรค ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จึงอยู่ในวัยผู้สูงอายุที่มักจะพบว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะท้ายแล้ว และยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในประเทศไทยด้วย

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยถือว่าเป็นมะเร็งก้อนเนื้อชนิดหนึ่ง (Solid tumour) โดย 2 ใน 3 ราย ที่พบอายุ 65 ปีขึ้นไป (Audisio et al., 2004) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเริ่มจากผนังลำไส้ชั้น Mucosa เกิดจากการแบ่งตัวและการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์เยื่อบุผิวภายในลำไส้ เกิดเป็นก้อนที่มีความผิดปกติแล้วกลายเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectum) ร้อยละ 50 รองลงมาคือ ลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (Sigmoid colon) ร้อยละ 20-25 ที่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้น ร้อยละ 15 ที่ลำไส้ด้านขวา (Ascending colon) และลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย (Descending colon) ประมาณร้อยละ 6-8 อีกประมาณร้อยละ 1 พบที่ Anus และเมื่อไม่ได้รับการรักษาจะลุกลามเข้าสู่ผนังลำไส้ที่อยู่ลึกเข้าไป จนสามารถกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง และสามารถลุกลามไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ได้ในที่สุด (วรลักษณ์ ฉิมวัย, 2552)

สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ

จากอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา, 2559) แต่พบปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการก่อให้เกิดโรค ได้แก่ อายุมากกว่า 50 ปี การรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์มากและอาหารที่มีกากใยน้อย โรคลำไส้อักเสบชนิด

inflammatory bowel disease และปัจจัยอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์, 2557) ข้อมูลทางระบาดวิทยาชี้ให้เห็นว่า อายุต่อชีวิตไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญในการเป็นมะเร็ง แต่เป็นภาวะที่คนได้รับสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกายซึ่งใช้ระยะเวลาานกว่าจะก่อให้เกิดโรค (Tas & Keskin, 2012) รวมถึงลักษณะนิสัยการบริโภค เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องหนึ่งในนั้น คือ อายุที่เพิ่มขึ้น ความเสี่ยงของโรคมะเร็งก็จะเพิ่มขึ้นด้วยสาเหตุและปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีดังนี้

1. ด้านสรีระวิทยาและชีวเคมี เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุระบบภูมิคุ้มกันปกติในร่างกายเซลล์เอ็นเค Natural Killer [NK cell] และเซลล์เม็ดเลือดขาวพวกทีลิมโฟไซต์ หรือทีเซลล์ T-lymphocytes เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ผิดปกติการลดลงของระบบภูมิคุ้มกันต่อเซลล์มะเร็ง หรือต่อต้านทำลายเซลล์ที่ผิดปกติต่าง ๆ นำไปสู่การเกิดเซลล์มะเร็ง รวมทั้งการสัมผัสกับ Tumour-Associated Antigens [TAA] ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง (Audisio et al., 2004)

2. ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม บุคคลมีประวัติในครอบครัวโดยเฉพาะญาติสายตรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบในกลุ่มการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่ไม่มีลักษณะเป็นดั่งเนื้อ (Hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma [HNPCC]) (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา, 2559)

3. แบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง การบริโภคอาหารที่สะดวก ง่ายต่อการรับประทานหรืออาหารสำเร็จรูปเป็นทางเลือกหนึ่งแต่เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Ratanajarana, 2005; Pibulniyom & Poovasation, 1998) การบริโภคอาหารตามวัฒนธรรมตะวันตก อาหารจานด่วนที่มีไขมันแคลอรีสูง มีกากใยอาหารน้อย การบริโภคเนื้อสัตว์โดยเฉพาะเนื้อแดง พฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย ภาวะอ้วน ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นำไปสู่มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งสิ้น (Wilkes, 2005 อ้างถึงใน วรลักษณ์ นิมวิชัย, 2552) อาหารที่มีไขมันสูง มีบทบาทสำคัญในการเกิดมะเร็งเนื่องจากไขมันจะไปกระตุ้นการ Proliferation ของผนังเยื่อบุลำไส้สลายไขมันเป็น Bile-acid และขับออก ซึ่ง Bile acids นั้นเป็นสารที่เป็นพิษ (Toxic) กระตุ้นให้เกิดเซลล์มะเร็งอีกทั้งไขมันจากสัตว์จะทำให้จำนวนแบคทีเรียชนิด Anaerobe มีจำนวนมาก ซึ่งจะไปกระตุ้นให้เกิดสารก่อมะเร็ง (Carcinogens) จากการเปลี่ยนรูปของ Bile acids และ Cholesterol (Behrend, 2000 อ้างถึงใน วรลักษณ์ นิมวิชัย, 2552)

4. ความสูงอายุ พบว่า 2 ใน 3 หรือประมาณร้อยละ 68 ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือ ผู้สูงอายุ และอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งแทบทุกชนิดเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมียื่นผิดปกติหรือ

ยื่นมะเร็งที่ค่อย ๆ เกิดขึ้นจากการสัมผัสสารก่อมะเร็ง รังสี จุลชีพ ร่วมกับความเสื่อมตามวัยของระบบภูมิคุ้มกันทำให้ประสิทธิภาพการทำลายเซลล์มะเร็งลดลง จึงพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคมะเร็งมากกว่าวัยหนุ่มสาวหรือเด็ก (พัสมณฑท์ คุ่มทวีพร, 2553) และพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 90 อายุมากกว่า 50 ปี แต่มีบางการศึกษาพบมากในช่วงอายุ 41-60 ปี (เนตรชนก พิมพิ์บึง, ชดช้อย วัฒนะ และธีรนุช ห่านิรัคิชัย, 2558)

5. มีประวัติเป็นโรคอักเสบ (Inflammatory bowel disease) และโรคแผลลำไส้ (Ulcerative colitis) ที่เป็นมากกว่า 10 ปี (นวพรรัช สีมารักษ์ และคณะ, 2561)

6. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงจากติ่งเนื้อเป็นเซลล์มะเร็ง (Polyp cancer sequence) การฉายแสงบริเวณอุ้งเชิงกราน การผ่าตัดถุงน้ำดี (Cholecystectomy) โรคที่เกิดจากผนังลำไส้ส่วนหนึ่งยื่นเป็นกระพุ้งเลยผนังลำไส้ส่วนที่อยู่รอบ ๆ ออกไป (Diverticulosis disease) การผ่าตัดเย็บท่อไตติดกับลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง (Ureterosigmoidectomy) เป็นต้น (นวพรรัช สีมารักษ์ และคณะ, 2561)

มะเร็งนั้นเกิดจากเซลล์ปกติของร่างกายที่เกิดความผิดปกติทางพันธุกรรมระดับโมเลกุลสะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ และมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์จากเซลล์ปกติไปเป็นเซลล์ระยะก่อนมะเร็งและกลายเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด มะเร็งที่เป็นแบบจำลองที่ทำให้เราสามารถเห็นภาพการเปลี่ยนแปลงระดับโมเลกุลสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางรูปร่างของเซลล์ที่ดีที่สุด คือ ขบวนการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ทราบขั้นตอนของความผิดปกติระดับโมเลกุลที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุลำไส้ใหญ่ธรรมดา (Normal colon epithelium) กลายเป็นก้อนเนื้ออกในระยะก่อนมะเร็ง (Adenoma) จนไปเป็นมะเร็งในที่สุด (เอื้อมแข สุขประเสริฐ, 2554)

อาการและอาการแสดง

มะเร็งลำไส้ใหญ่ มักจะไม่มีอาการให้เห็นในระยะแรกจนกว่าเนื้องอกจะมีขนาดค่อนข้างใหญ่ และอาการที่พบอาจแตกต่างกันไปขึ้นกับตำแหน่งที่เป็น อย่างไรก็ตามสามารถสังเกตอาการเริ่มต้นได้ ดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ม.ป.ป.)

1. การขับถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติ เช่น มีอาการท้องผูกสลับท้องเสียผิดไปจากปกติ หรือสีค้ำคล้ายสีถ่าน
2. ท้องผูกเรื้อรังหรือมีท้องเสียถ่ายเป็นน้ำเรื้อรังเป็นเดือน
3. ถ่ายเป็นมูกหรือมูกปนเลือด แบบเป็นบิดเรื้อรังเป็นเดือน หรืออาจถ่ายเป็นเลือดสดแบบริดสีดวงทวาร
4. เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
5. ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อเรื้อรัง หรือผายลมลดลง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

6. อาจมีคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หรือซีดโดยไม่รู้สาเหตุ

7. อาจคลำก้อนได้ในท้องและมีการอุดตันของลำไส้

อาการและอาการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ขึ้นอยู่กับการที่มะเร็งเป็นในระยะใด ถ้ามะเร็งยังอยู่เฉพาะที่ในลำไส้ใหญ่ อาการจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรคที่เป็น แต่ถ้ามะเร็งแพร่กระจายออกไปแล้ว อาการของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับบริเวณที่มะเร็งกระจายไป เช่น ถ้าไปที่ปอดก็อาจมีอาการหอบเหนื่อยหรือไอ ถ้าไปที่ตับอาจมีอาการเจ็บแน่นใต้ชายโครงขวา ตัวเหลือง ตาเหลือง หรือตรวจพบว่ามีตับโต เป็นต้น แต่ถ้าโรคเป็นระยะที่เป็นเฉพาะที่ในลำไส้ใหญ่ อาจแบ่งกลุ่มอาการเป็น 3 ลักษณะตามตำแหน่งทางกายวิภาคของก้อนมะเร็ง ดังต่อไปนี้ (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รั้งศิริรักษาและมะเร็งวิทยา, 2559)

1. ลำไส้ใหญ่ซีกขวา (Right colon cancer) เนื่องจากเวลาที่อุจจาระผ่านจาก Ileocecal valve มาที่ลำไส้ใหญ่ซีกขวา อุจจาระจะยังอ่อนตัวอยู่ ทำให้สามารถผ่านบริเวณรอยโรคก่อนมะเร็งอยู่ไปได้สะดวก จึงไม่ค่อยพบอาการของการอุดตันของลำไส้ใหญ่จากก้อนมะเร็ง นอกจากนี้เส้นผ่านศูนย์กลางของลำไส้ใหญ่ซีกขวายังมีขนาดใหญ่กว่าลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย มะเร็งที่เกิดขึ้นในบริเวณนี้จึงสามารถเจริญเติบโตได้มาก โดยที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของการอุดตันหรือความผิดปกติของการขับถ่าย (Bowel habit change) รอยโรคบริเวณนี้มักจะเกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีการแตกเป็นแผล (Ulcer) เกิดการเสียดสีที่ระลอกน้อย จนเกิดอาการของโรคโลหิตจางได้ และมาหาแพทย์ด้วยอาการของโรคโลหิตจาง เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น ไม่มีแรง ซีด เป็นต้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจพบหรือไม่พบเลือดในอุจจาระ (Stool occult blood) ก็ได้ เพราะเลือดที่ออกจากก้อนมะเร็งอาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวไม่ได้เป็นอยู่ตลอดเวลา ควรคิดถึงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และถ้ามีอาการที่น่าสงสัยอาจต้องพิจารณาตรวจค้นเพิ่มเติม เช่น ทำ Endoscopy หรือ Double Contrast Barium Enema

2. ลำไส้ใหญ่ส่วนขวางและลำไส้ใหญ่ส่วนลง (Transverse and descending colon) เมื่ออุจจาระผ่านมาถึงบริเวณ Transverse และ Descending colon จะมีการดูดน้ำกลับไปที่ลำไส้ใหญ่ ทำให้อุจจาระมีความเข้มข้นมากขึ้น ดังนั้นถ้ามีก้อนมะเร็งเกิดขึ้นในบริเวณนี้และอุดกั้นการเคลื่อนตัวของอุจจาระ อาจทำให้เกิดการอุดตันเกิดขึ้น เกิดอาการปวดท้อง (Abdominal cramping) เกิดการอุดตัน (Obstruction) จนเกิดการแตกทะลุของลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหนือต่อการอุดตันได้ (Perforation) เมื่อตรวจสอบทางรังสีจะพบลักษณะเฉพาะของรอยโรคที่เรียกว่า Apple-core หรือ Napkin-ring เหมือนวงแหวนรัดรอบลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็นตำแหน่งของก้อนมะเร็งที่โอบรอบผนังลำไส้ใหญ่

3. ซิกมอยด์และไส้ตรง (Rectosigmoid colon and rectal cancer) เนื่องจากอุจจาระที่มาถึงบริเวณส่วนปลายของลำไส้ใหญ่จะมีลักษณะค่อนข้างแข็งตัว และเส้นผ่านศูนย์กลางของลำไส้ใหญ่บริเวณนี้มีขนาดเล็กกว่าส่วนต้น ทำให้อาจพบอาการต่าง ๆ หลายชนิด ประกอบด้วยอาการถ่าย

เป็นเลือด (Hematochezia) ปวดเบ่ง (Tenesmus) อุจจาระมีลักษณะเส้นผ่านศูนย์กลางเล็กลง (Narrowing in the caliber of stool) ส่วนอาการโลหิตจางจะพบน้อยกว่ามะเร็งที่เป็นบริเวณส่วนต้นของลำไส้ใหญ่ บางรายอาจมาหาแพทย์ด้วยอาการถ่ายอุจจาระผิดปกติ (Bowel habit change) การตรวจร่างกายด้วย Digital rectal examination และ Proctosigmoidoscopy จะช่วยวินิจฉัยโรคได้

ผลกระทบจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากแบบแผนของการดำเนินชีวิตของคนเปลี่ยนแปลงไป นิยมการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูงและมีไขมันจากสัตว์มาก แต่รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยลง (Western lifestyle) (ธีรวิทย์ คูหะเปรมะ, 2554) หากมะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะอื่น อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย จะมีอาการและอาการแสดงหลายอย่างร่วมกันขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาดของก้อนมะเร็ง อาการที่พบบ่อย ได้แก่ มีเลือดออกจากทวารหนัก อุจจาระเป็นมูกเลือด มีอาการท้องเสีย สลับกับท้องผูก หรือถ่ายอุจจาระไม่สุด ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อเป็นประจำ การย่อยอาหารไม่ดี ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ มีแผลที่ทวารหนักเรื้อรัง รู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลียมากขึ้น อาการลุกลามไปที่ตับปอดและตาเหลือง ท้องมานและบวมหน้า (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รั้งสิริรักษาและมะเร็งวิทยา, 2559; American Cancer Society, 2012; บุศรา ชัยพิสน์, 2559) เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่ลำไส้จากก้อนมะเร็งจึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหาร นอกจากนี้เซลล์มะเร็งยังมีการสร้างและหลั่งสารต่าง ๆ เช่น อินเตอร์ลิวคิน-1 (Interleukin-1) ซึ่งทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ที่รบกวนผู้ป่วย ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และการรับรสเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง ส่งผลให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และมีน้ำหนักลดลง (โสภณ เรืองดิษฐ์ และภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์, 2552) นอกจากนี้ผลของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังยังส่งผลให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น ต้องเผาผลาญ โปรตีนและไขมันเป็นพลังงานเพิ่มขึ้นทำให้ผอมลงอย่างรวดเร็ว อ่อนเพลีย มะเร็งส่วนใหญ่มีการเสียเลือดร่วมด้วย ซึ่งการเสียเลือดอย่างเรื้อรังจากก้อนมะเร็ง จะทำให้เกิดภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง (นันทกานต์ เอี่ยมวานานทชัย, 2551; บันลือ เฉลยกิตติ, 2545) หากมะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะอื่น อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น เลือดออก ลำไส้อุดตัน ลำไส้ทะลุ มีน้ำในช่องท้อง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556) ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับระยะของการเจ็บป่วยบางรายอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

พบการศึกษาถึงความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล (พรพรรณ วนวิโรดม และคณะ, 2552) พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการด้าน

จิตใจในระดับมาก (ระดับให้ความสำคัญและเห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการดำรงชีวิต) 2 ด้าน คือ การมีความหมาย/ เป้าหมายในชีวิต และการมีความหวังในชีวิต แต่ความต้องการด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (ระดับค่อนข้างสำคัญในชีวิต) มี 1 ด้าน คือ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การระบุความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลพบว่ามี 2 ด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง (ต้องการในบางครั้งคราว) คือ การมีความหวังในชีวิตและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และมี 1 ด้านที่ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนในระดับน้อย (ผู้ป่วยไม่เรียกร้องจากพยาบาลและยอมรับสถานการณ์ที่จำกัดขณะอยู่โรงพยาบาล) คือ การมีความหมาย/ เป้าหมายในชีวิต ดังนั้นพยาบาลควรพัฒนาตนในด้านทักษะการดูแลหรือให้การพยาบาลด้านจิตใจ ให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

จากผลกระทบของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทำให้พบว่าผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดการสูญเสียในหลายด้าน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก รวมทั้งการสูญเสียชีวิตส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งที่พบได้บ่อยคือ การปรับตัวและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาได้ (Polat et al., 2014 อ้างถึงใน ประไพ เสงฆ์ และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล, 2560) ผลกระทบทางจิตใจในผู้สูงอายุ พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งมากที่สุด (Parpa et al., 2015) เกี่ยวข้องกับความพิการ อัตราการเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิต พบภาวะวิตกกังวลน้อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มิที่สนใจต่อโรคมะเร็งในด้านลบ โดยเฉพาะความรู้สึกรู้สึกของผู้สูงอายุที่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็ง ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตอยู่กับความหวาดกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน นึกถึงความตาย ความสิ้นหวัง และไม่มีทางรักษาให้หาย (Baze, Monk, & Horzog, 2008) และอาจกลับเป็นซ้ำได้ เกิดความรู้สึกเป็นห่วงครอบครัว เบื่อหงุดหงิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง หรือท้อแท้ อยากตายได้ (สุภาพร จงประกอบกิจ, 2551) ซึ่งหากมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณเกิดขึ้น บุคคลจะไม่พบความผาสุกที่แท้จริงและขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง (ประเวศ วะลี, 2543)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มีความก้าวหน้าและมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา การใช้ยาเคมีบำบัด การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ระยะการเป็นโรค การกระจายของโรค และสภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีรวมกัน จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในทุกช่วงอายุให้ได้ผลดีนั้นต้องเกิดจากการรักษาแบบผสมผสานทั้ง 3 วิธี คือ การผ่าตัด การให้เคมี

บำบัด และการใช้รังสีรักษา โดยวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด คือ วิธีการผ่าตัดร่วมกับการรักษาด้วย เคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 37.5 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556) ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำเป็นต้องได้รับเคมีบำบัดในช่วงใดช่วงหนึ่งของการรักษา ซึ่งอาจเริ่มก่อนหรือหลังการผ่าตัด โดยจะคำนึงถึงระยะของโรค และสภาพร่างกายของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการรักษา ดังนี้

1. การผ่าตัด (Surgical management) การผ่าตัดจะได้ผลดีเมื่อสามารถตัดมะเร็งออกได้ทั้งหมด วิธีการผ่าตัดที่นิยม ได้แก่ (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา, 2559; ประรณานา จั้วตระกูล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทศพร คำผลศิริ, 2556)

1.1 การผ่าตัดเอาส่วนที่เป็นมะเร็งออก แล้วนำเอาลำไส้ส่วนปลายมาเย็บต่อกัน (Segmental resection with end to end anastomosis) ซึ่งเป็นการผ่าตัดส่วนที่เกิดพยาธิสภาพออกทั้งหมด

1.2 การผ่าตัดเปิดหน้าท้องตัดลำไส้ใหญ่ออกทั้งหมด และทำการเปิดรูระบายอุจจาระออกทางหน้าท้อง (Abdominoperitoneal resection [A-P resection]) มักจะทำการผ่าตัดเมื่อมีพยาธิสภาพอยู่ในส่วนของทวารหนัก (Rectum) โดยจะทำการผ่าตัดทั้งทางหน้าท้องและฝีเย็บ โดยส่วนฝีเย็บจะตัดส่วนของทวารหนักออกทั้งหมดจนถึงเหนือตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง แล้วนำลำไส้ส่วนที่เหลือจากการผ่าตัดมาเปิดทางหน้าท้องเพื่อให้เป็นทางออกของอุจจาระ

1.3 การผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง (Colostomy) เพื่อให้เป็นทางออกของอุจจาระแทนทวารหนัก มี 2 ประเภท คือ การผ่าตัดเปิดรูระบายอุจจาระทางหน้าท้องแบบชั่วคราว และการผ่าตัดเปิดรูระบายอุจจาระทางหน้าท้องแบบถาวร

2. รังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการนำสารกัมมันตภาพรังสีมาใช้ โดยให้ประจุรังสี (Ionizing radiation) ไปดำเนินการทำลายดีเอ็นเอของเซลล์มะเร็ง ทำให้เนื้องอกถูกทำลายและเซลล์มะเร็งไม่เพิ่มจำนวนขึ้น (Reproduction) การรักษาด้วยรังสีรักษานั้นมักจะใช้เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง ก่อนการผ่าตัด เพื่อลดอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งกดเบียดอวัยวะต่าง ๆ โดยจะให้รังสีเฉพาะบริเวณ รอยโรคเดิม หรือตำแหน่งที่อาจมีโรคเหลืออยู่เท่านั้น (Local field irradiation) และในรายที่มะเร็งอยู่ในระยะลุกลามจะเป็นการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อเป็นการช่วยลดอาการปวดแก่ผู้ป่วยได้

3. เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นวิธีการรักษาด้วยการให้ยาหรือสารที่มีฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็ง การรักษาด้วยวิธีนี้มีวัตถุประสงค์ของการรักษา เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งให้มีขนาดเล็กลง ก่อนรักษาด้วยการผ่าตัด (Neoadjuvant chemotherapy) และการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดด้วยการให้เคมีบำบัด (Adjuvant chemotherapy) การให้การรักษาด้วยหลายวิธีการร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วย

ลดโอกาสการกลับเป็นโรครื้อและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้เพิ่มขึ้น ในการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด ทั้ง 2 วิธีนั้นจะขึ้นอยู่กับระยะของโรค และสภาพร่างกายของผู้ป่วย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำเป็นต้องได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงใดช่วงหนึ่งของการรักษา เพื่อให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง ลดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ทั้งนี้ในการรักษาจำเป็นต้องให้ยาหลายชนิดร่วมกันให้เพียงพอที่จะทำลายเซลล์มะเร็งได้ (ธิตยา สิริสิงห เศษเทพพร, 2555) ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มี 2 ประเภท คือ ประเภทออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงกับระยะการแบ่งตัวของเซลล์ และประเภทออกฤทธิ์ไม่เฉพาะเจาะจงกับระยะการแบ่งตัวของเซลล์ (สาขานิติ วัฒนธรรม, 2559, อุบล จ้างพานิช, 2554)

3.1 ประเภทออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงกับระยะการแบ่งตัวของเซลล์มีดังนี้

3.1.1 Antimetabolites ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ที่ใช้ในการสังเคราะห์ DNA และ RNA กับระยะการแบ่งเซลล์ คือระยะ s-phase ใช้ได้ผลดีกับโรคมะเร็งที่มีการแบ่งตัวเร็ว ยาเคมีบำบัดในกลุ่มนี้คือ 5-FU, Xeloda, Methotrexate ทำให้เกิดผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ได้แก่ กดไขกระดูก หนึ่งยี่สิบ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เยื่อหูทวารหนักอักเสบ เยื่อช่องปากอักเสบ ผมร่วง มีไข้ พืชต่อตับและไต ผิวหนังและเส้นผมดำขึ้น ผื่น ปลายมือปลายเท้าแดง บวม ชา หรือเรียกว่า กลุ่มอาการมือเท้า

3.1.2 Comptothecans ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Topoisomerase I ซึ่งเป็นเอนไซม์ในการสร้าง DNA ทำให้ไปรบกวนการจำลองแบบ DNA ในระยะ S เซลล์จึงถูกทำลาย ยาเคมีบำบัดในกลุ่มนี้คือ Irenotecan ทำให้เกิดผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ได้แก่ กดไขกระดูก หนึ่งยี่สิบ คลื่นไส้ อาเจียน ผมร่วง ท้องเสีย

3.2 ประเภทออกฤทธิ์ไม่เฉพาะเจาะจงกับระยะการแบ่งตัวของเซลล์มีดังนี้

Alkylating agents ยาเคมีกลุ่มนี้ใช้บ่อยมากโดยออกฤทธิ์ไปยับยั้งการถอดรหัสของ RNA และการสังเคราะห์ DNA เกิดขึ้นในระยะใดก็ได้ของวงจรการแบ่งเซลล์ ยาเคมีบำบัดกลุ่มนี้ได้แก่ Oxalipatin, Cyclophosphamide, Ifosphamide ทำให้เกิดผลข้างเคียงของยาเคมี ได้แก่ กดไขกระดูก หนึ่งยี่สิบ คลื่นไส้ อาเจียน เยื่อหูทวารหนักอักเสบ พืชต่อตับและไต ผมร่วง เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม กดการสร้างสเปิร์ม และการทำหน้าที่ของรังไข่

3.3 ปัจจุบันมีการพัฒนาข่าใหม่ ๆ ที่มีฤทธิ์ด้านเซลล์มะเร็งแบบจำเพาะเจาะจงมากขึ้น โดยยาในกลุ่มนี้ เรียกว่า Targeted therapy (ภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์, 2550; นรินทร์ วรวุฒิ, 2549) เช่น การใช้ Monoclonal antibodies หรือการใช้สาร โมเลกุลเล็กยับยั้งการทำงานของ Tyrosine kinase เอนไซม์ หรือยับยั้งการเจริญเติบโตของหลอดเลือด (Anti-angiogenesis) เพื่อเป็นการยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง เป็นต้น ปัจจุบันยาในกลุ่มเหล่านี้ได้ถูกพัฒนาออกมาเป็นจำนวนมากทั้งที่อยู่

ในช่วงของการวิจัยทางคลินิก และวางจำหน่ายในท้องตลาด ข้อมูลยาเฉพาะกลุ่ม Monoclonal antibody ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา (US Federal Drug Administration) ให้ใช้ในการรักษามะเร็งในปัจจุบัน เช่น Bevacizumab ซึ่งเป็นยาต้านมะเร็งตัวแรกในกลุ่มยา Anti-angiogenesis ยับยั้งการเจริญของเซลล์เยื่อหลอดเลือดและยับยั้งการเกิดใหม่ของหลอดเลือดฝอย ยับยั้งการแพร่กระจายของโรคมะเร็งได้ Monoclonal antibody ที่ยับยั้งการทำงานของ Epidermal growth factor receptor (EGFR) ที่ใช้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ระยะแพร่กระจายที่มี KRAS wild-type ส่งผลยับยั้งการส่งสัญญาณภายในเซลล์และการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง เมื่อให้ยานี้ร่วมกับยาเคมีบำบัด พบอัตราการรอดชีพสูงขึ้น ได้แก่ ยา Cetuximab (สารยับยั้ง, 2557)

ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ

เคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพใช้ในการรักษามะเร็งในระยะเริ่ม มี การกระจายจนถึงระยะสุดท้ายของโรค หรือผสมผสานการรักษา ร่วมกับการรักษาวิธีอื่น ทำให้ ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสรอดชีวิตนานกว่า 5 ปีมีจำนวนมากขึ้น ซึ่งสูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษา โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้น จำเป็นต้องได้รับยาถึง 12 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ ผู้สูงอายุจึง ต้องเข้ามารับการรักษาเป็นระยะเวลา นานรวม 6 เดือน อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระหว่าง การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556; โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รังสีรักษาและ มะเร็งวิทยา, 2559) ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ใช้โดยทั่วไป ได้แก่ ฟลูออโรยูราซิล (5-Fluorouracil [5-FU]) ร่วมกับลิวามิโซล (Levamisole) โดยจะให้ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 12 เดือน นอกจากนี้การรักษาสองสูตรหนึ่ง ได้แก่ การให้ฟลูออโรยูราซิลร่วมกับลิวโควาริน (5-FU ± leucovorin) เป็นระยะเวลา 6 เดือน (นันทกานต์ เอี่ยมวานานนทชัย, 2551) สำหรับสูตรที่ใช้บ่อยใน การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่อยู่ในระยะแพร่กระจาย ได้แก่ ไอริโนทีแคน ฟลูออโร ยูราซิล ลิวโคเวอร์ลิน ออกซาลิพลาติน (Irinotecan, Fluorouracil, Leucovorin, Oxaliplatin) การพิจารณาให้ยาสูตรใดสูตรหนึ่งขึ้นอยู่กับระยะของโรค (Meyerhardt & Mayer, 2005) ทั้งนี้ กลุ่มยาที่มีลักษณะใกล้เคียงกันทำให้อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นคล้ายคลึงกัน

Oxaliplatin ซึ่งเป็นยาขั้นพื้นฐาน เป็นยา 1 ชนิดในสูตร FOLFOX-4 จากผลการศึกษา (Berretta et al., 2012) พบอัตราการตอบสนองของยา Oxaliplatin โดยรวมเท่ากับ 57.3% อัตราการรอดชีวิตเฉลี่ย 27 เดือน ผลต่อระบบโลหิตวิทยา (ระดับ 3 หรือ 4) ได้แก่ Neutropenia (20%) ความเป็นพิษต่อระบบประสาทหรืออาการท้องร่วง (6.7%) ตามลำดับ และพบว่าไม่มีผลกระทบบเกิดขึ้น 57.3% เคมีบำบัดที่ใช้ Oxaliplatin จึงมีประสิทธิภาพในการรักษาและความปลอดภัยในผู้สูงอายุ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะยังไม่ลุกลามและระยะลุกลาม สรุปได้ว่าไม่มีข้อจำกัดตามอายุสำหรับการตัดสินใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่กำลังพิจารณาการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด Oxaliplatin เป็นพื้นฐาน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจสอบความสามารถในการดูแลตนเองเป็นรายบุคคล มีหรือไม่มีโรคร่วม ยังสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้หรือไม่และได้รับการประเมินอย่างรอบคอบโดยคำนึงถึงความเสี่ยงและผลประโยชน์ในการรักษา ข้อมูลจากงานวิจัยยังสนับสนุนการได้รับยาเคมีบำบัดอย่างเพียงพอสำหรับผู้สูงอายุในสภาพทางคลินิกที่ดี การเฝ้าระวังอย่างรอบคอบเกี่ยวกับผลข้างเคียงและการป้องกันอย่างรวดเร็วพร้อมกับวิธีการดูแลเมื่อมีผลข้างเคียงเกิดขึ้น ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลในการเป็นผู้บริหารยา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อช่วยให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากที่สุด โดยการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงต่าง ๆ จากยาเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสม

แต่ก็พบการศึกษาผลจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเสริม (McCleary et al., 2013) ระบุว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตมากขึ้นในช่วง 6 เดือนแรกนับตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การรักษา โดยมีหรือไม่มีอาการออกซาลิพลาตินก็ตาม แต่ยานี้ก็ยังสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้สูงอายุได้ การได้รับยานี้ในการรักษาบำบัดเสริมอาจมีประโยชน์ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตที่ปราศจากโรคหลังครบการรักษาได้ และยังมีสูตรยาที่ใช้ร่วมกันกับยาอิริโนทีแคน (Irinotecan) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มในการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตโดยรวมสำหรับผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับกรรับประทานยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว

สำหรับสูตรยาที่ต้องใช้เวลาให้นาน ๆ ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล เช่น FOLFIRI, FOLFOX และ De Gramont regimen และยากลุ่ม Molecularly-targeted therapy ซึ่งให้ร่วมกับยาเคมีบำบัด เช่น ยา Avastin และ Erbitux ซึ่งจะได้กล่าวถึงรายละเอียดของยาบางสูตรที่ใช้บ่อย ๆ ดังต่อไปนี้ (สาคร หับเจริญ, 2557; ปรรธนา ถั่วสกุล และคณะ, 2556)

สูตรเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (สาคร หับเจริญ, 2557)

FOLFOX 4 (ให้ยาซ้ำทุก 2 สัปดาห์ 12 รอบ)

1. Oxaliplatin 85 mg/ m²/ day IV มากกว่า 2 ชั่วโมง ในวันแรกโดยให้พร้อมกับ
2. Leucovorin 200 mg/ m²/ day IV มากกว่า 2 ชั่วโมง (วันที่ 1 และ 2)
3. 5-FU 400 mg/ m²/ day IV bolus หลังจากนั้นให้ 5-FU 600 mg/ m²/ day IV อย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 22 ชั่วโมง (วันที่ 1 และ 2)

de Gramont (LV5FU2) (ให้ยาซ้ำทุก 2 สัปดาห์ 12 รอบ)

1. Leucovorin 200 mg/ m²/ day IV มากกว่า 2 ชั่วโมง (วันที่ 1 และ 2)

2. 5-FU 400 mg/ m²/ day IV bolus หลังจากนั้นให้ 5-FU 600 mg/ m²/ day IV อย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 22 ชั่วโมง (วันที่ 1 และ 2)

FOLFIRI (ให้ยาซ้ำทุก 2 สัปดาห์)

1. Irinotecan 180 mg/ m² IV drip ประมาณ 90 นาที ในวันที่ 1
2. Leucovorin 400 mg/ m² IV นาน 2 ชั่วโมง ในวันที่ 1
3. 5-FU 400 mg/ m² IV bolus ในวันที่ 1 และต่อด้วย 2400 mg/ m² IV drip 4-6 ชั่วโมง แบ่งเป็น 2 ขวด ให้ในวันที่ 1 และ 2

FOLFIRI + Cetuximab (ให้ยาซ้ำทุก 2 สัปดาห์)

1. การรักษาด้วยสูตรยา FOLFIRI + Cetuximab นับเป็นรอบการรักษา (Cycle) 1 รอบ การรักษาด้วย FOLFIRI คือ ทุก 2 สัปดาห์ จำนวนรอบของการรักษาของแต่ละคนแตกต่างกัน แพทย์จะเป็นผู้ประเมินความเหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับยาจำนวนไม่เท่ากัน
2. loading dose 400 mg/ m² หยดเข้าหลอดเลือดดำภายใน 2 ชั่วโมง และ ตามด้วย 250 mg/ m² หยดเข้าหลอดเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละครั้งจนกระทั่งมีการกำเริบของโรค หรือไม่สามารถทนพิษจากยา ยาจะถึง Steady state ในสัปดาห์ที่ 3

FOLFIRI + Bevacizumab

ให้ขนาด 5 mg/ kg เข้าหลอดเลือดดำทุก 14 วัน จนกระทั่งมีการกำเริบของโรค และ ยาจะถึง Steady state ประมาณ 100 วัน หลังจากให้ยาครั้งแรก

อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด (ภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์, 2550; ศาสกร หับเจริญ, 2557)

ยาออกซาลิพลาติน Oxaliplatin

1. ความรู้สึกผิดปกติบริเวณมือและเท้า ซึ่งอาจเกิดในระหว่างการรักษา โดยบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าจะรู้สึกเจ็บเหมือนถูกแทงด้วยของแหลม มีการบวม แดง ชาและผิวหนังแห้งหรือคัน ในบางรายอาจเกิดเป็นแผลพุพอง มีอาการปวดรุนแรง มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า อาจเป็นตะคริวมีความเสี่ยงสูงมากที่เส้นประสาทถูกทำลายจากส่วนล่างสุดของเท้าทั้งสองข้าง สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก และการทรงตัว ความรุนแรงขึ้นกับปริมาณยาที่สะสมในร่างกาย อาการเหล่านี้จะไม่หายแม้ว่าจะหยุดยา ผู้ป่วยยังจะมีอาการปรากฏอยู่มากกว่า 1 ปีหลังจากการสิ้นสุดการรักษา (นุสรา ประเสริฐศรี, วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์, ยศพล เหลืองโสมนภา และชลียา วามะฉุน, 2558)

ข้อควรระวังในการบริหารยา Oxaliplatin คือ ห้ามผสมยากับสารน้ำที่มีคลอไรด์ ดังนั้น สารน้ำที่ใช้ คือ 5%D/ W เท่านั้น และควรหยดยาเข้าหลอดเลือดคนานประมาณ 2 ชั่วโมง หากให้ยาเร็วไปผู้ป่วยอาจเกิดภาวะปลายประสาทอักเสบแบบเฉียบพลัน ส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ขาอ่อน

แรง กล้ามเนื้อกระตุกได้ หากมีอาการเหล่านี้การประคบร้อนและดูแลให้ร่างกายอบอุ่นจะช่วยบรรเทาอาการ (สาคร หับเจริญ และรุ่งรัตน์ วีระกุล, 2554)

2. จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง จะเกิดประมาณ 7 วัน หลังได้รับยา และจะเริ่มฟื้นตัวในวันที่ 14 ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสติดเชื้อง่ายขึ้น

3. ซีด/ ภาวะเกร็ดเลือดต่ำพบได้น้อยและส่วนมากไม่รุนแรง อาจมีอาการฟกช้ำง่าย เลือดออกตามไรฟัน

4. อาการคลื่นไส้ อาเจียนความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นเมื่อให้ร่วมกับยา 5-FU

5. Hypersensitivity reaction เป็นปฏิกิริยาภูมิไวเกินที่อาจเกิดขึ้นทันทีหรือล่าช้า เช่น มีผื่นแดงตามตัว ใบหน้าร้อน ฝ่ามือบวม คันทั่วตัว ไข้ หายใจลำบาก เหนื่อย แน่นหน้าอก หรืออาการทางตา น้ำตาไหลหรือสายตามองเห็นไม่ชัด ส่วนใหญ่มักเกิดในรอบหลัง ๆ ของการให้ยา มีการศึกษาการแพ้ยา Oxaliplatin (สุริยน อยู่ตระกูล และสุเพ็ญพร อักษรวงศ์, 2555) ที่เป็นยาอยู่ในสูตร FOLFOX4, FOLFOX6 พบว่ามีระดับความรุนแรงที่ระดับ 1-3 อาการแพ้พบได้ตั้งแต่ 30 นาทีถึง 19 ชั่วโมงหลังได้รับยา และมักจะเกิดในรอบการให้ยาที่ 5 จึงควรมีการเตรียมหาแนวทางการดูแลป้องกันอาการดังกล่าว

ยา Leucovorin **ข้อบ่งใช้**ยา Leucovorin ไม่ใช่กลุ่มยาต้านมะเร็ง แต่ใช้เพื่อเพิ่มฤทธิ์ของยา 5-FUไม่ให้ยาร่วมกับยากันชัก ได้แก่ ยา Phenytoin เนื่องจากมีผลทำให้ระดับยาในเลือดของยา Phenytoin ลดลง ฤทธิ์ยาลดลงเป็นสาเหตุทำให้การควบคุมอาการชักไม่ได้

อาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยา Leucovorin ไม่รุนแรงและพบการเกิดน้อย เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หากใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัดชนิดอื่นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจะเกิดจากยาเคมีบำบัดที่ใช้ร่วมกับยา Leucovorin หรือ อาจมี Hypersensitivity reaction เช่น ไข้ หนาวสั่น เหงื่อออก ร้อนวูบ รู้สึกรุนแรง หายใจไม่สะดวก มีผื่น หมดสติ ชัก

ยา Fluorouracil (5-FU)

1. จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงจะลดลงต่ำสุดหลังจากให้ยา 1-2 สัปดาห์ ซึ่งทำให้มีโอกาสติดเชื้อง่ายขึ้น

2. ท้องเสีย ถ่ายอุจจาระเหลว และถ่ายบ่อยครั้ง

3. แผลในปาก เกิดขึ้นได้หลังจากได้รับยาไม่กี่วัน โดยเริ่มจากมีอาการที่ลิ้น ข้างกระพุ้งแก้ม หรือในลำคอ ซึ่งแผลในปากหรือมีเลือดออกที่เหงือกจะนำไปสู่การติดเชื้อในช่องปาก

4. อาการผมบาง ผมหลุดร่วงง่าย ผมสามารถงอกใหม่ได้เมื่อหยุดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แต่สีผมหรือลักษณะเส้นผมอาจมีการเปลี่ยนแปลง

5. ความผิดปกติที่ผิวหนังพบการเกิดไม่บ่อย มักมีผื่นแดง คัน ผิวหนังบางลง ผิวหนังหรือเล็บแห้ง ผิวไวต่อแสงแดดมากขึ้น บริเวณเส้นเลือดที่ให้อาจจะมีสีดำนวล้ำตลอดแนวที่ได้รับยา

ยา Irinotecan (ชื่อทางการค้า Campto)

1. Acute cholinergic syndrome พบได้ในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับยา อาการที่พบส่วนใหญ่ จะมีท้องเสีย ปวดท้อง เยื่อตาอักเสบ เยื่อจมูกอักเสบ ความดันโลหิตต่ำ หลอดเลือดขยาย เหงื่อออก สั่น ครั่นเนื้อครั่นตัว ง่วงซึม การมองเห็นภาพผิดปกติ ม่านตาหดตัว น้ำตาไหลและน้ำลายออกมาก กล้ามเนื้อหดเกร็ง หายใจลำบาก

ในการรักษาอาการข้างเคียงดังกล่าวแพทย์จะฉีด SAtropine sulphate ขนาด 0.25 mg เข้าใต้ผิวหนัง

2. Delayed diarrhea อาการท้องเสียที่เกิดภายหลัง พบหลังจากได้รับยาไปแล้ว 24 ชั่วโมงขึ้นไปและเกิดเวลาใดก็ได้ ก่อนที่จะได้รับยาในครั้งถัดไป เมื่อเกิดอาการต้องแจ้งให้แพทย์ทราบโดยเร็ว เพื่อจะได้รับการแก้ไขอย่างทันทั่วทั้งที่ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะท้องเสียที่เกิดในภายหลัง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เคยได้รับการฉายแสงบริเวณช่องท้องและสะโพกมาก่อน ผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวสูงผิดปกติ ก่อนเข้ารับการรักษาและผู้ป่วยที่มี Performance status 2 ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม อาการท้องเสียอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

3. ผลต่อระบบเลือด ต้องมีการตรวจ CBC ทุกสัปดาห์ ผู้ป่วยต้องได้รับคำเตือนเรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาว Neutrophil ต่ำ และความสำคัญของการมีไข้ การรักษาถ้าหากมีอาการไข้ที่สัมพันธ์กับภาวะเม็ดเลือดขาว neutrophil ต่ำ (Febrile neutropenia) โดย มีไข้สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส และจำนวนเม็ดเลือดขาว Neutrophil ต่ำกว่า 1000 เซลล์/ลบ.มม ผู้ป่วยต้องได้รับการรับการรักษาทันทีด้วยยาปฏิชีวนะชนิดฉีด

ยา Bevacizumab (ชื่อทางการค้า Avastin)

การบริหารยานี้ ต้องเจือจางยาด้วยน้ำเกลือ (NSS) เท่านั้น การให้ยาครั้งแรกควรให้หลังยาเคมีบำบัดครั้งต่อมาอาจให้ก่อนหรือหลังยาเคมีบำบัด

1. ความดันโลหิตสูง
2. เกิดโปรตีนสูงในปัสสาวะ (Proteinuria)
3. การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolism)

ยา Cetuximab (ชื่อทางการค้า Erbitux)

1. การเกิดภาวะที่ร่างกายตอบสนอง ทางภูมิคุ้มกันมากเกินไป (Hypersensitivity reaction)

2. อาการผื่นคล้ายสิ่ว มักเกิดขึ้นบริเวณหน้า ทรวงอกด้านบนและหลัง และอาจเกิดที่บริเวณอื่น ๆ ของร่างกายร่วมกับการอักเสบ ผิวแห้ง มักเกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษา และเนื้อเยื่อรอบเล็บอักเสบ

คำแนะนำ/ การพยาบาลจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

คำแนะนำ/ การพยาบาลจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีดังนี้ (ภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์, 2550; ศาคร หับเจริญ, 2557; สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556)

1. อาการชาบริเวณปลายประสาท

1.1 การคัดกรองโดยการถามผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับยาเคมีบำบัด หากบอกว่ามีอาการชาหรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มที่เท้าหรือมือ ประเมินต่อด้วย 3 คำถาม 1) มีปวดเสียวร้อน (Burning) ปวดแปลบคล้ายเข็มทิ่มหรือไม่ 2) มีอาการชาหรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มที่นิ้วมือหรือแขนหรือไม่ และ 3) มีอาการชาหรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มที่เท้าหรือขาหรือไม่ ประเมินว่ามีสิ่งใดเป็นตัวกระตุ้นให้ปวด ลักษณะของการปวดเป็นแบบใด บริเวณที่ปวด ความรุนแรงที่ปวด และเวลาที่ปวด ประเมินผู้ป่วยที่มีอาการชาหรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มที่นิ้วมือหรือแขน โดยการให้ผู้ป่วยเขียนชื่อ เพื่อประเมิน Fine motor fiber ในกรณีที่รุนแรงไม่สามารถจับปากกาเขียนได้ ควรส่งต่อกายภาพบำบัด และแนะนำอันตรายเกี่ยวกับความร้อนหรือเย็น ประเมินผู้ป่วยที่มีอาการชาหรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มที่เท้าหรือขา โดยดูการทรงตัว ให้ผู้ป่วยยืนและเดิน ในกรณีผู้ป่วยเดินเซ การทรงตัวไม่ดี ควรแนะนำให้ใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการหกล้ม แนะนำผู้ดูแลในการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม (นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ, 2558)

1.2 หลีกเลี่ยงการสวมรองเท้าที่คับจนเกินไป หลีกเลี่ยงการบีบนิ้วมือและเท้าอย่างแรง

1.3 ทำความสะอาดมือและเท้าด้วยน้ำอุ่นและทาครีมที่มือและเท้าอย่างสม่ำเสมอ

1.4 หากทนอาการเจ็บไม่ไหวควรแจ้งแพทย์ให้ทราบเพื่อพิจารณาปรับขนาดยา

1.5 ไม่ควรดื่มน้ำเย็นหรือรับประทานอาหารที่มีความเย็น รวมไปถึงการหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่เย็น เช่น ห้องแอร์ อย่างน้อยเป็นเวลา 5 วันหลังได้รับยา oxaliplatin ควรใส่ถุงเท้าให้พอดีกับเท้าซึ่งหากมีอาการดังกล่าวรุนแรงควรรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับเวลาการให้ยาลานขึ้น (การให้ยาจะให้ภายใน 2-6 ชม.)

1.6 ถ้ามีอาการจุกแน่นในคอ กลืนอาหารหรือพูดลำบากหรือรู้สึกดิ่งที่บริเวณขากรรไกร รู้สึกแน่นหน้าอกเหมือนหายใจได้ไม่เต็มที่ แนะนำให้อาบน้ำอุ่นสองข้างปิดบริเวณจมูกและปาก เพื่อหายใจเอาอากาศที่อุ่นเข้าไป หรือให้จิบน้ำอุ่นเพื่อช่วยบรรเทาอาการ ส่วนอาการชาปลาย

มือปลายเท้าอาจเกิดขึ้นและคงอยู่นานหลายเดือนหรือนานเป็นปี หากผู้ป่วยมีอาการชามือมาก ไม่สามารถติดกระดุมเสื้อเองได้หรือชาเท้ามากระหว่างที่รับยา ควรแจ้งให้แพทย์รับทราบ แพทย์มักจะแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานวิตามินบี 6 ต่อเนื่อง รวมทั้งการให้แคลเซียมกลูโคเนต และแมกนีเซียม ซัลเฟตหยดเข้าทางหลอดเลือดดำก่อนและหลังให้ยา oxaliplatin เพื่อป้องกันภาวะเป็นพิษต่อระบบประสาทส่วนปลาย

2. จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง จะเกิดประมาณ 7 วันหลังได้รับยาและเริ่มฟื้นตัวในวันที่ 14 ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสติดเชื้อง่ายขึ้นหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ โดย

- 2.1 ดูแลสุขลักษณะของผู้ป่วย ควรล้างมือบ่อย ๆ โดยเฉพาะหลังจากเข้าห้องน้ำ
- 2.2 แนะนำให้ปรุงอาหารสุกสะอาด ไม่ใช้อาหารแช่แข็งมาอุ่นร้อน งดผักผลไม้สด
- 2.3 หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชนมีคนมาก ๆ หรือใกล้ชิดกับคนไม่สบาย
- 2.4 การบำรุงร่างกายด้วยอาหารที่พอเพียงโดยเฉพาะโปรตีน
- 2.5 แนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที เช่น มีไข้ หนาวสั่น ไอ เจ็บคอ

หรือปัสสาวะแสบขัด

3. ซีด/ ภาวะเกร็ดเลือดต่ำพบได้น้อยและส่วนมากไม่รุนแรง อาจมีอาการฟกช้ำง่าย เลือดออกตามไรฟันการปฏิบัติตัวจึงเน้นไปที่การป้องกันอุบัติเหตุ

3.1 แปร่งฟันด้วยขนแปรงอ่อนนุ่ม หลีกเลี่ยงการผ่าตัดหรือถอนฟันโดยไม่ได้รับอนุญาตจากแพทย์

3.2 รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กให้พอเพียง เช่น ตับ เลือด เนื้อสัตว์ ไข่แดง นม ผักใบเขียว หรือรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กตามแพทย์สั่ง

4. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรได้รับการป้องกันมากกว่าการรักษา และควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนดังต่อไปนี้

4.1 ดูแลให้ยาป้องกันและแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียนก่อนการให้ยาเคมีบำบัด และเสริมระหว่างการรักษาเคมีบำบัด

4.2 ปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาป้องกันการอาเจียนอย่างเคร่งครัด

4.3 รับประทานอาหารและดื่มน้ำในปริมาณน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง

4.4 หลีกเลี่ยงอาหารที่กระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้

5. Hypersensitivity reaction เช่น มีผื่นแดงตามตัว ใบหน้าร้อน ฝ่ามือบวม คันทั่วตัว ไข้ หายใจลำบาก เหนื่อย แน่นหน้าอก หรืออาการทางตา น้ำตาไหลหรือสายตามองเห็นไม่ชัด ส่วนใหญ่มักเกิดในรอบหลัง ๆ ของการให้ยา Oxaliplatin

5.1 ให้หยุดยาทันทีและรายงานแพทย์

5.2 ดูแลให้ออกซิเจน ให้ยาแก้แพ้ Antihistamine หรือ Dexamethasone

6. ท้องเสีย ถ่ายอุจจาระเหลว และถ่ายบ่อยครั้ง

6.1 ปริक्षाแพทย์ทันที ถ้าผู้ป่วยถ่ายเหลวมากกว่า 4 ครั้งหรือถ่ายเหลวในเวลา

กลางคืน

6.2 คีมน้ำมาก ๆ

6.3 รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง

6.4 หลีกเลียงอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผักสด

7. แผลในปาก เกิดขึ้นได้หลังจากได้รับยาไม่กี่วัน โดยเริ่มจากมีอาการที่ลิ้น ข้างกระพุ้งแก้ม หรือในลำคอ ซึ่งแผลในปากหรือมีเลือดออกที่เหงือกจะนำไปสู่การติดเชื้อในช่องปาก

7.1 อดน้ำแข็งเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้ช่องปากและเป็นการป้องกันการเกิดแผลในปาก

7.2 แปรงฟันเบา ๆ ด้วยขนแปรงนุ่ม ๆ ในกรณีที่มีเลือดออกที่เหงือก ให้ใช้ผ้ากอซหรือนิ้วมือของท่านทำความสะอาดแทนแปรงสีฟัน

7.3 บ้วนปากวันละหลาย ๆ ครั้ง ด้วยน้ำยาบ้วนปากอ่อน ๆ หรือมีส่วนผสมของเกลือ

7.4 ควรรับประทานอาหารอ่อน ๆ ที่มีรสจืด หลีกเลียงอาหารที่มีรสเปรี้ยวจัดหรือเผ็ดจัด รวมทั้งอาหารที่มีลักษณะแข็ง

8. อาการผมบาง ผมหลุดร่วงง่าย ผมสามารถงอกใหม่ได้เมื่อหยุดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แต่สีผมหรือลักษณะเส้นผมอาจมีการเปลี่ยนแปลง

8.1 ใช้แชมพูอ่อน ๆ และหวีผมเบา ๆ

8.2 ไม่ควรใช้สเปรย์สำหรับใส่ผม ใดร์ผม ทำสีผม เป็นต้น

9. ความผิดปกติที่ผิวหนังพบการเกิดไม่บ่อย มักมีผื่นแดง คัน ผิวน้ำบางลง ผิวน้ำหรือเล็บแห้ง ผิวไวต่อแสงแดดมากขึ้น บริเวณเส้นเลือดที่ให้อาจจะมีสีดำน้อยตลอดแนวที่ได้รับยา5FU

9.1 แนะนำให้หลีกเลียงแสงแดด หรืออาจป้องกันโดย สวมใส่เสื้อผ้าที่ปกปิดร่างกาย ใช้โลชั่นกันแดดที่มีค่า SPF 15 สวมหมวกหรือกางร่ม

9.2 หากมีอาการคันสามารถใช้ยาสำหรับบรรเทาอาการคันได้ เช่น Calamine lotion และแจ้งให้แพทย์ทราบเมื่อไปรับการตรวจรักษาครั้งต่อไป

10. อาการเหนื่อยล้า (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556)

10.1 วางแผนกำหนดเวลาพักผ่อนในแต่ละวัน นอนหลับให้เพียงพอ

10.2 หาเวลาหยุดพัก จีบหลับ

- 10.3 รักษาพลังงาน โดยเลือกทำกิจกรรมเฉพาะที่มีความจำเป็น
- 10.4 พยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ผลิตเพลทิน ทำง่าย ๆ ใช้เวลาสั้น ๆ
- 10.5 ออกกำลังกายเบา ๆ โดยการก้าวสั้น ๆ เดินช้า ๆ จะช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้า
- 10.6 หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การนวด การฝึกโยคะ การเล่นเกมส์ การจินตนาการ (เพราะความเครียดทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงาน ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า)
- 10.7 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้มากพอ โดยแบ่งรับประทานครั้งละน้อย ๆ หลาย ๆ มื้อ
- 10.8 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โคล่า เป๊ปซี่ ซ็อคโกแลต
- 10.9 จัดการกับอาการปวด หรืออาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เพื่อให้ได้พักผ่อนเพียงพอ
- 10.10 พุดคุยกับกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก เพื่อเรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า

ข้อควรระวัง การให้ยาสูตรนี้มีความขัดแย้งกันในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการให้ยาในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากแนะนำให้เลี่ยงความเย็นหลังการให้ยา Oxaliplatin แต่แนะนำให้อมน้ำแข็งเพื่อป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบจากยา 5-FU ดังนั้นพยาบาลต้องเข้าใจและให้ความรู้ผู้ป่วยให้ถูกต้อง ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่า การใช้น้ำมันมะพร้าวอมกลั้วปากช่วยป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบเป็นแผลในระหว่างที่ผู้ป่วยต้องหลีกเลี่ยงความเย็น โดยการนำน้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์ 15 ซีซี อมกลั้วปากนาน 15 นาที แล้วบ้วนทิ้ง ก่อนการแปรงฟันตามปกติเข้าและเย็น อาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่านำมาแนะนำผู้ป่วยเพื่อป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบจากยา 5-FU แต่ก็ควรระวังในการนำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ (เอมอร์ สุวรรณพิพัฒน์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิธร และ โคมพิภคร์ วัฒนวิศ, 2560)

ยา Irinotecan ที่ทำให้เกิด (ภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์, 2550; สาคร หับเจริญ, 2557)

1. Acute cholinergic syndrome พบได้ในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับยาในการรักษาอาการข้างเคียงดังกล่าวแพทย์จะฉีด Atropine sulphate ขนาด 0.25 mg เข้าใต้ผิวหนัง
2. Delayed diarrhea อาการท้องเสียที่เกิดภายหลัง พบหลังจากได้รับยาไปแล้ว 24 ชั่วโมงขึ้นไป และเกิดเวลาใดก็ได้

2.1 เมื่อผู้ป่วยมีอาการถ่ายอุจจาระเหลวครั้งแรก ให้ดื่มสารละลายเกลือแร่ปริมาณมากทันทีที่เกิดอาการ และต้องได้รับการรักษาทันทีทันใด ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยที่ได้รับยา Campto แล้วก่อนจะออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับยารักษาอาการท้องเสีย ในปัจจุบันแนะนำให้ใช้ยา Loperamide ในขนาดสูง (2 mg ทุก 2 ชั่วโมง) ต่อเนื่องกันจนกว่าจะหยุดถ่ายเหลว และให้ยารักษา

อาการท้องเสียต่อไปอีก 12 ชั่วโมง ไม่ควรปรับหรือเปลี่ยนแปลงขนาดยารักษาอาการท้องเสีย ไม่ควรให้ยา Loperamide ขนาดสูงนานเกินกว่า 48 ชั่วโมงต่อเนื่องกัน เนื่องจากอาจมีความเสี่ยงสูงในการเกิด Paralytic ileus หรือให้ยา Loperamide เริ่มให้รับประทานยา 2 เม็ดทันทีหลังเริ่มมีอาการถ่ายเหลวครั้งแรก จากนั้นให้รับประทานครั้งละ 1 เม็ดทุก 2 ชั่วโมง จนกว่าจะปลอดจากอาการท้องเสียอย่างน้อย 12 ชั่วโมงและช่วงกลางคืนให้รับประทานครั้งละ 2 เม็ดทุก 4 ชั่วโมง หากอาการไม่ดีขึ้นภายใน 2 วันหลังจากรับประทานยา 2 เม็ดแรก ต้องรีบนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลทันที ดังนั้นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วยคือการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

2.2 ถ้าหากอาการท้องเสียเกิดขึ้นรุนแรงจนผู้ป่วยต้องได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ หรือมีอาการอาเจียน หรือเป็นไข้ร่วมกับผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล รวมทั้งการให้ยาปฏิชีวนะที่มีขอบข่ายการออกฤทธิ์กว้าง

2.3 ถ้าหากเกิดอาการท้องเสียแบบอ่อนหรือปานกลาง โดยใน 1 วัน ถ่ายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง และมีอาการปวดเกร็งปานกลางร่วมกับไข้และไม่สามารถแก้ไขได้ภายใน 48 ชั่วโมงแรก ต้องให้การป้องกันการติดเชื้อด้วยยาปฏิชีวนะที่มีขอบข่ายการออกฤทธิ์กว้างแบบรับประทานแก่ผู้ป่วยทันที เนื่องจากจะมีความเสี่ยงสูงของการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาว Neutrophil ต่ำอย่างรุนแรงร่วมกับเมื่อมีอาการท้องเสียเกิดขึ้น

3. ผลต่อระบบเลือด ต้องมีการตรวจ CBC ทุกสัปดาห์ ผู้ป่วยต้องได้รับคำเตือนเรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาว Neutrophil ต่ำ และความสำคัญของการมีไข้ การรักษาถ้าหากมีอาการไข้ที่สัมพันธ์กับภาวะเม็ดเลือดขาว Neutrophil ต่ำ (Febrile neutropenia) โดย มีไข้สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียสและจำนวนเม็ดเลือดขาว Neutrophil ต่ำกว่า 1000 เซลล์/ลบ.มม ผู้ป่วยต้องได้รับการรับการรักษาทันทีด้วยยาปฏิชีวนะชนิดฉีด

ยา Bevacizumab (ชื่อทางการค้า Avastin)

1. ความดันโลหิตสูง

1.1 ควรวัดความดันโลหิตเป็นระยะระหว่างให้ยาและสอบถามอาการปวดศีรษะ

1.2 ควรวัดความดันทุก 2-3 สัปดาห์ระหว่างที่ให้การรักษา

2. เกิดโปรตีนสูงในปัสสาวะ (Proteinuria)

ตรวจปริมาณ Protein ในปัสสาวะก่อนเริ่มและระหว่างการรักษา

3. การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolism)

ในผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหาร ควรแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตความผิดปกติเกี่ยวกับภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร อาการปวดท้อง และหากผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดควรเว้นระยะห่างจากการได้รับยานี้ 6-8 สัปดาห์

ยา Cetuximab (ชื่อทางการค้า Erbitux)

1. การเกิดภาวะที่ร่างกายตอบสนอง ทางภูมิคุ้มกันมากเกินไป (Hypersensitivity reaction)

ต้องให้ยาป้องกันการแพ้ยาด้วยยาในกลุ่ม Antihistamine ทุกครั้ง 30-60 นาที ก่อนการบริหารยา เพื่อป้องกันขณะที่ให้ยาต้องติดตามอาการผู้ป่วย อาจเกิดความดันโลหิตต่ำระหว่างได้รับยาครั้งแรก อาการอื่น ๆ เช่น หาวสั้น หายใจไม่ออก มีไข้สูง หน้าแดง ปวดศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว คลื่นไส้/ อาเจียน ผื่นแดง ลมพิษ เป็นต้น และควรเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต (Resuscitation equipment) ให้พร้อมเสมอ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 30 นาทีระหว่างการให้ยาคิดต่อกันอย่างน้อย 1 ชั่วโมง เมื่อให้ยาเสร็จสิ้นให้ฉีดน้ำเกลือ NSS 20 มิลลิลิตรเข้าทางหลอดเลือดดำ และเว้นระยะ 1 ชั่วโมง ก่อนให้ยาเคมีบำบัด (ควรให้ iv fluid KVO เป็นเวลา 1 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้เจือจางยาในร่างกาย)

2. อาการผื่นคล้ายสิว มักเกิดขึ้นบริเวณหน้า ทรวงอกด้านบนและหลัง และอาจเกิดที่บริเวณอื่น ๆ ของร่างกายร่วมกับการอักเสบ ผิวแห้ง มักเกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์แรก ของการรักษา และเนื้อเยื่อรอบเล็บอักเสบ

2.1 ให้เวลากับการดูแลผิวหนังของตัวเองดูแลรักษาผิวหนังให้สะอาด อาจใช้สบู่อ่อน ๆ ในการดูแลผิวหนังทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำอุ่นพอเหมาะให้ชุ่มชื้นภายหลังจากอาบน้ำ หรือทำความสะอาดร่างกายแล้ว

2.2 สามารถใช้ครีมบำรุงผิวเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นได้ควรเป็นครีมชนิด Hypoallergic ไม่มีส่วนผสมของ alcohol หรือ oil สามารถสอบถามได้จากแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร

2.3 ใช้ครีมกันแดดที่มี SPF ไม่ต่ำกว่า 30 ถ้าจำเป็นต้องถูกแสงแดดเป็นเวลานาน แนะนำให้สวมหมวกหรือเสื้อผ้าที่มีฉูดหากต้องถูกแสงแดดเป็นเวลานาน ๆ

2.4 ดูแลรักษาความสะอาดของเล็บใช้ถุงมือถ้าจำเป็นต้องทำความสะอาดบ้าน หรือล้างจานเนื่องจากสารเคมีมีผลระคายเคืองต่อผิวหนังสวมรองเท้าชนิดอ่อนนุ่มในบ้านเพื่อลดอาการปวดหรือแผลบริเวณเท้า

2.5 แจ้งแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาลถ้าท่านมีอาการที่แสบ อายารอให้ถึงวันนัดหมายจดบันทึกอาการที่เกิดขึ้น ปัจจัยที่ทำให้มีอาการดีขึ้น ยาที่รับประทานนอกเหนือแพทย์ผู้รักษาส่ง

คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวระหว่างรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556)

1. ด้านโภชนาการ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อคงสภาพร่างกายไว้และซ่อมแซมเสริมสร้างเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอ ทั้งยังช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกาย ควรแบ่งรับประทานเป็นมื้อเล็ก ๆ แต่รับประทานบ่อย ๆ
2. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร (กรณีที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องน้ำ) น้ำช่วยให้ร่างกายชุ่มชื้นและขับของเสียออกจากร่างกาย มียาเคมีบำบัดหลายชนิดที่ร่างกายขับออกทางปัสสาวะ ถ้าร่างกายได้น้ำน้อย เมื่อยาเคมีบำบัดขับผ่านทางไตอาจจะมีฤทธิ์ทำลายท่อไตหรือเกิดการอุดตันที่ท่อไตทำให้ไตเสียหายที่ หรือยาบางชนิดที่ถูกขับออกมาอยู่ในกระเพาะปัสสาวะนาน ทำให้มีเลือดออกในกระเพาะปัสสาวะได้
3. ดูแลรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะช่องปากและฟันโดยแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดบ่อย ๆ ล้างมือให้สะอาดโดยเฉพาะก่อนรับประทานอาหารและหลังจากเข้าห้องน้ำ หลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชนแออัด โดยเฉพาะในระยะเวลา 7-14 วันหลังให้ยาเคมีบำบัด กรณีมีความจำเป็นควรใส่ผ้าปิดปากและจมูก
4. ดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติโดยรับประทานอาหารที่มีกากใย ได้แก่ ธัญพืช ผัก ผลไม้ และฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา
5. ออกกำลังกายตามความเหมาะสม ไม่ให้เหนื่อยจนเกินไป จะช่วยลดความเครียด ทำให้รู้สึกสดชื่นขึ้น มีอารมณ์ดี มีกำลังและยังช่วยเสริมระบบภูมิคุ้มกันด้านทานให้ทำงานได้ดีขึ้น
6. พักผ่อนนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง
7. ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยทำสมาธิ หรือใช้วิธีทำให้ใจไม่ว่าง เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ วาดภาพ
8. พยายามฝึกฝนความชำนาญในการที่จะช่วยดูแลตัวเอง หากช่วยตัวเองได้ดีจะมีความรู้สึกดีขึ้นในการควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต
9. การมาตรวจตามนัด การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาต่อเนื่อง แพทย์จะสั่งการรักษาตามตารางการให้ยาหลังจากตรวจร่างกาย และผลเลือดอยู่ในระดับที่ให้ยาได้ และอาจจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยมาตรวจเลือด หลังให้เคมีบำบัด 7 ถึง 14 วัน เพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากผลข้างเคียงของยา
10. รักษาความสะอาดบริเวณที่ฉีดยา หากมีอาการปวด บวม แดงร้อน ควรปรึกษาแพทย์/ พยาบาล
11. ระมัดระวังการกระเด็นขณะปัสสาวะ อุจจาระ อาเจียน และควรราดน้ำหรือรดน้ำล้างทันทีอย่างน้อย 2 ครั้ง

อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556; อุบล
จังหวัดพานิช, 2554)

1. บริเวณที่ฉีดยา ปวดแสบ ปวดร้อน บวม แดง ร้อน
2. ไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส นานเกิน 24 ชั่วโมง
3. หนาวสั่น เจ็บคอ ไอมีเสมหะ ถ่ายปัสสาวะแสบขัด หรือมีเลือดปน
4. ท้องเดินรุนแรง หรือมากกว่า 4 ครั้งต่อวัน
5. คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงมากกว่า 1 วัน
6. จุดจ้ำเลือด เลือดไหลไม่หยุด เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล ถ่ายดำ

ประจำเดือนออกมามากผิดปกติ

7. หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ เหนื่อย ไอแห้ง ๆ
8. น้ำหนักลดหรือเพิ่มทันทีทันใด
9. การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว หรือพฤติกรรม เช่น ง่วงซึม งุนงง สับสน

กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ

10. มีแผลหรือตุ่มน้ำใส ๆ หรือเจ็บปวด ปวดแสบปวดร้อนผิดปกติที่ปากทวารหนัก
หรือบริเวณอื่น ๆ ในร่างกาย
11. ปัสสาวะน้อยลง ปัสสาวะไม่ออก
12. มีผื่น หรือจุดขึ้นตามร่างกาย ภายหลังได้รับยา
13. ปวดที่หนึ่งข้อใดรุนแรง

ผลกระทบของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ในปัจจุบันแม้ว่ายาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะมี
ประสิทธิภาพมากขึ้น แต่การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก่อให้เกิดอาการข้างเคียงคู่กันไปเสมอ ซึ่งผลจาก
อาการข้างเคียงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความ
ไม่สุขสบาย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ ดังต่อไปนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

การให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุที่บอบบาง มีสุขภาพไม่แข็งแรง อาจทำให้มี
ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิตได้ การที่ผู้สูงอายุมีภาวะบกพร่องในการทำงานและมีโรค
ประจำตัวมากมายถือเป็นความเสี่ยงในการเกิดภาวะพิษจากการให้ยาเคมีบำบัด (Piccirillo &
Feinstein, 1996 อ้างถึงใน ทวีวัฒน์ สุโรจนะเมธากุล, 2554) ภาวะเจ็บป่วยอาจทำให้ผู้สูงอายุต้อง

รับประทานยาหลายชนิด อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาแต่ละชนิดได้ และผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะได้รับผลข้างเคียงจากยาที่ให้ไปอีกด้วย และการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะขาดแคลนอาหารก็ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพิษต่อระบบเลือดเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด (Alexandre et al., 2003 อ้างถึงใน ทวีวัฒน์ สุโรจนะเมธากุล, 2554)

ผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต้องได้รับยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่

1. อาการเหนื่อยล้า จากผลการศึกษาของปรารธนา นั้วตระกูล และคณะ (2556) ได้ศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ กิจกรรมทางกาย ในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมักจะมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง (Gillette-Guyonnet, et al., 2007 อ้างถึงใน ปรารธนา นั้วตระกูล และคณะ, 2556) เมื่อกล้ามเนื้อทำงานลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ร่างกายขาดพลังงานเอทีพีส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ ปัจจัยด้านคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งจะมีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ทั้งจากปัจจัยเกี่ยวกับโรค ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งจากแสง เสียง ซึ่งรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ และจากระบบการชราทำให้ระยะเวลาในการนอนหลับน้อยลงอีกด้วย ภาวะซึมเศร้าพบมีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่ออาการเหนื่อยล้า โดยภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลจะเป็นตัวกระตุ้นความเครียดทางอารมณ์ เป็นผลทำให้ร่างกายทำงานเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น การเผาผลาญสูงขึ้น หากปล่อยให้อาการแบบนี้เป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะพร่องพลังงานนำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ทราบถึงระดับของอาการเหนื่อยล้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้า โดยพยาบาลจะตระหนักว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการเหนื่อยล้า สามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอาการเหนื่อยล้า ที่เกิดจากปัจจัยดังกล่าว ซึ่งอาจเกิดขึ้นในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดอาการเหนื่อยล้ามากขึ้น หรือช่วยลดและป้องกันการเกิดอาการเหนื่อยล้า รวมทั้งส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

2. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และอาการเยื่อช่องปากอักเสบ เป็นอาการข้างเคียงที่สำคัญจากผลของยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีผลงานวิจัยของ เนตรชนก พิมพ์บึง และคณะ (2558) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความรุนแรงของอาการและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของอาการ

คลื่นไส้ อาเจียนและท้องเสียน้อยกว่ากลุ่มควบคุมขณะที่ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับปาก อักเสบไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีภาวะโภชนาการดีกว่ากลุ่มควบคุม กล่าวคือ น้ำหนักตัวและระดับ Hematocrit ลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ควรนำโปรแกรมการจัดการอาการ ไปเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและทีมผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อไป

3. พบผลกระทบต่อระบบโลหิตวิทยา (ระดับ 3 หรือ 4) ได้แก่ Neutropenia (20%) ผลกระทบต่อระบบประสาทหรืออาการท้องร่วง (6.7%) ตามลำดับ และพบว่าไม่มีผลกระทบเกิดขึ้น 57.3% (Berretta et al., 2012)

หากผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี มีการเรียนรู้ที่ดีจึงสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงได้ แต่ก็มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ที่ช้าลง ต้องการความช่วยเหลือที่ฟังหรือไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าวขึ้นต่อเนื่องรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งวัยอื่นตามจำนวนครั้งที่ต้องมารับยาเคมีบำบัด อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีความพอใจในชีวิต

ผลกระทบด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

นอกเหนือจากการประเมินสภาพทางด้านร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งแล้ว การประเมินสภาพจิตใจและอารมณ์ก็มีส่วนสำคัญที่จะต้องนำมาใช้ร่วมกันในการดูแลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุ โรคมะเร็งและความผิดปกติทางจิต หรือปัญหาทางจิตวิทยาเพื่อนำเสนอมุมมองแบบบูรณาการเกี่ยวกับมะเร็งและผลกระทบทางจิตใจในผู้สูงอายุ (Parpa et al., 2015) พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งมากที่สุด เกี่ยวข้องกับความพิการ อัตราการเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิต พบภาวะวิตกกังวลน้อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ อย่างไรก็ตามแม้ดูเหมือนว่าเป็นปัญหาสำคัญในระยะท้ายของชีวิต ความผิดปกติทางจิตก็ยังคงพบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะลุกลามของโรค นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา การดูแลสภาพอารมณ์จิตใจ และการจัดการกับปัญหาในตอนท้ายของชีวิต ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้

มีการวิจัยเชิงคุณภาพทำการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ

ทวารหนักขณะรักษาด้วยเคมีบำบัด (พัชรินทร์ แก้วรัตน์ , วรรณภา ฉายอรุณ และวาสนี วิเศษฤทธิ์, 2560) มี 8 ประเด็น ดังนี้ 1) เคมีบำบัดเป็นความหวัง 2) เบื่อ 3) เจ็บแล้วเจ็บอีก 4) ต่อสู้กับอาการคลื่นไส้ อาเจียน 5) เจ็บแผลร้อนในช่องปาก 6) ไม่สุขสบาย/ ซา 7) เหนื่อยเพลียหมดเรี่ยวแรง 8) กังวล กลัวผลเลือดไม่ผ่าน ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้เข้าใจความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ และรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งบุคลากรพยาบาลสามารถนำผลวิจัยนี้ไปวางแผนการพยาบาลที่มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม และความต้องการพร้อมจัดโปรแกรมพยาบาลให้สอดคล้องกับความหวังของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด

ผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งต้องใช้ชีวิตอยู่ด้วยความหวาดกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน นึกถึงความตาย ความสิ้นหวัง และไม่มีทางรักษาให้หาย (Baze et al., 2008) เกิดความรู้สึกเป็นห่วงครอบครัว เบื่อหงุดหงิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง หรือ ท้อแท้ อยากตาย (สุภาพร จงประกอบกิจ, 2551) อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต สัมพันธภาพในสังคมเปลี่ยนแปลง และต้องปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ กระทบต่อความผาสุกในชีวิตได้

ผลกระทบต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนหรือได้รับความรักจากบุคคลในสังคม เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Piper et al., 1987) และมีความต้องการการดูแลจากบุคคลที่สามที่มีความใกล้ชิด หากขาดแรงสนับสนุนทางสังคมแล้วจะทำให้เกิดความเครียดและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง การมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ลดลงจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นแม้ว่าบางรายค่ารักษาพยาบาลสามารถที่จะเบิกได้ แต่ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักของผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวได้

แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก

ความหมาย

ความผาสุก (Well-being) เป็นคำที่มีความหมายด้านบวก เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ความผาสุกมีความเป็นนามธรรมสูง มีความหมายเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิต หรือความพึงพอใจในชีวิต (ปภาวรินทร์ สุวรรณเพชร และคณะ, 2557) นอกจากนี้ความผาสุกยังหมายถึงการรับรู้ในภาพรวมทั้งหมดของความพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะมีความผาสุกต่างกันขึ้นอยู่กับกรรับรู้เป้าหมายการให้คุณค่าและความเชื่อของตนเอง (Cantril, 1965) จะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายหรือคำนิยามเกี่ยวกับความผาสุกแตกต่าง

กันออกไป ถ้ามีความรู้สึกทางบวกบุคคลจะสามารถบอกถึงความผาสุกในชีวิตของตนเองมากตามไปด้วยนอกจากนี้ความผาสุกยังมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่าคุณภาพชีวิต ความมีคุณค่าในตนเอง ความสุขและการปรับตัว (Zhan, 1992)

ความผาสุก (Well-being) ตามแนวคิดของคูพาย (Dupuy, 1977 อ้างถึงใน ปภาวรินทร์ สุวรรณเพชร และคณะ, 2557) เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ การประเมินความผาสุกของบุคคลจะประเมินโดยการมองภาพรวมทั้งหมดของความพึงพอใจในชีวิตตามการรับรู้ แนวคิดความผาสุกของคูพายสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ซึ่งครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความวิตกกังวล ด้านความซึมเศร้า ด้านความสุขในชีวิต ด้านการควบคุมตนเอง ด้านความมีชีวิตชีวา และด้านสุขภาพทั่วไป

Cella (1993) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวกับความพึงพอใจ เกี่ยวกับความผาสุกทางด้านร่างกาย ด้านครอบครัวและสังคม ด้านอารมณ์และการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากโรคและการรักษา

Cella (1993) ได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) เป็นความผาสุกที่สะท้อนความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดจากโรคและการรักษา เช่น อ่อนเพลีย ความปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกหมดเรี่ยวแรง รู้สึกไม่สบาย เป็นต้น

2. ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว (Social/ family well-being) เป็นความผาสุกที่สะท้อนให้เห็นเกี่ยวกับคุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน และจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม เช่น ความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อน ๆ การได้รับกำลังใจจากครอบครัว ได้รับการยอมรับจากครอบครัว เป็นต้น

3. ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ (Emotional well-being) เป็นความผาสุกที่เกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือการปรับตัว (Cope) และความผันแปรของความรู้สึกสนุกสนาน (Enjoyment) ไปจนถึงความรู้สึกเศร้าซึมหรือเป็นปัญหา (Distress) ซึ่งเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นทั้งการรับรู้ทางบวกและทางลบ เช่น รู้สึกเศร้าใจ หมดหวัง กังวลเกี่ยวกับความตาย กังวลว่าอาการจะแย่ลง เป็นต้น

4. ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional well-being) เป็นความผาสุกที่เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่พื้นฐาน เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การทำงาน การทำงานบ้าน นอนหลับสนิทดี พึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนี้ เป็นต้น

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เป็นความรู้สึก การรับรู้ ความเชื่อใน สิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีสิ่งยึดมั่นทางด้านจิตใจก่อให้เกิดกำลังใจ และทำให้ผู้ป่วยมีความสุข มีความ เข้มแข็งในจิตใจ และพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Paloutzian & Ellison, 1982 อ้างถึงใน วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล และสุธีพร ธนศิลป์, 2552) ความผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลให้ผู้ป่วยมี เป้าหมายในชีวิต มีความเข้มแข็งอดทนมากขึ้น มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในระดับต่ำ กลัว ความตายลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ มีพฤติกรรมกระตือรือร้นชีวิตได้ ตามปกติ (Ellison, 1983 อ้างถึงใน วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล และสุธีพร ธนศิลป์, 2552) ความผาสุก ทางจิตวิญญาณจัดเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและพัฒนาไปตามช่วงวัยและ ประสบการณ์ชีวิต เป็นเรื่องที่เป็นการรับรู้เฉพาะบุคคลที่มีมุมมองหลากหลาย (วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล และสุธีพร ธนศิลป์, 2552)

ความผาสุกในชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา และยังเป็นเป้าหมายสำคัญของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพในการให้การดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตามความผาสุกของบุคคลยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ (อัญชุลี ไชยวงศ์น้อย และคณะ, 2557; สวณีย์ บำรุงสุข, ชดช้อย วัฒนะ และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, 2554)

1. ปัจจัยภายในบุคคล ที่มีผลต่อความผาสุกนี้หมายถึงความรวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลซึ่ง ได้แก่ เชื้อชาติ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ฯลฯ และ ปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับความคิด จิตใจ ความเชื่อ ทศนคติ เจตคติ รวมทั้งพฤติกรรมหรือการ กระทำต่าง ๆ ของบุคคล
2. ปัจจัยภายนอก ด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความผาสุก หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลทั้งที่เป็นสิ่งมีชีวิต เช่น ครอบครัว ชุมชน สังคม และสิ่งไม่มีชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ตลอดจนสิ่งของ เครื่องใช้และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งศาสนา ค่านิยม วัฒนธรรมและเพื่อปรับตัวให้เข้ากับ สิ่งแวดล้อม รวมทั้งการบริการสุขภาพ

การประเมินความผาสุกหรือคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันมีการแบ่งการประเมินคุณภาพชีวิต เป็น 2 ประเภท ตามลักษณะของข้อมูลที่ได้ จากการศึกษา ดังนี้ (Liddle & McKenna, 2000 อ้างถึงในปิยะวัฒน์ ศรีวิทยา, 2559)

1. การประเมินเชิงคุณลักษณะ (Quantitative measurement) เป็นการวัดองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ศึกษาผลกระทบของคุณภาพชีวิตจากปัจจัยหรือสถานการณ์หนึ่ง ๆ ที่ เกิดขึ้นทำการประเมินได้หลายวิธี ซึ่งสามารถสรุปเป็น 2 ลักษณะ คือ (ปิยะวัฒน์ ศรีวิทยา, 2559; สวณีย์ บำรุงสุข และคณะ, 2554)

1.1 การประเมินจากสิ่งที่สังเกตเห็นหรือการประเมินแบบวัตถุวิสัย (Objective well-being) เป็นการประเมินความผาสุกโดยใช้ข้อมูลทางด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ หรือเป็นการวัดสภาวะทางกายภาพตามลักษณะเหตุการณ์หรือพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งประเมินโดยบุคคลอื่นหรือประเมินด้วยตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริง เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา การทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นต้น ซึ่งเป็นการประเมินผลกระทบของความพิการในระดับของความบกพร่องทางร่างกาย (Impairment) และความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Activity) เครื่องมือที่ใช้วัดความผาสุกทางด้านวัตถุวิสัย เช่น ดัชนีวัดความผาสุก (The index of well-being) ใช้วัดความผาสุกตามลักษณะของบุคคลที่เป็นอยู่ ในการเคลื่อนไหวร่างกาย วัดความสามารถทางกายในการทำกิจกรรมของตนเองและกิจกรรมทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ใช้กับบุคคลหรือผู้ป่วยที่มีความพิการทางด้านร่างกาย และต้องการความช่วยเหลือ

1.2 การประเมินจากความรู้สึกนึกคิดหรือการประเมินทางด้านจิตวิสัย (Subjective well-being) เป็นการวัดความผาสุกของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้หรือความรู้สึกทางด้านจิตใจของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นการประเมินด้วยตนเองตามความหมายหรือประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบวัดความผาสุกด้วยตนเองของเคนทริล (Cantril self-anchoring ladder scale) เป็นแบบวัดความผาสุกในภาพรวมทั้งหมด ซึ่งจะเปรียบเทียบกับความรู้สึกสถานการณ์ปัจจุบันกับสถานการณ์ที่คาดหวังให้เกิดขึ้นหรืออยากให้เป็น และให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองตามระดับความผาสุก ซึ่งแบบวัดเป็นบันไดที่ต่อเนื่อง 10 ขั้น ตามการรับรู้เป้าหมายและการให้คุณค่าของสิ่งเหล่านั้น ส่วนแบบวัดความผาสุกของดูพวย (Dupuy, 1977 อ้างถึงใน ปภาวรินทร์ สุวรรณเพชร และคณะ, 2557) เป็นแบบวัดความรู้สึกด้านบวกและลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความสุข การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป และความรู้สึกมีชีวิตชีวา เป็นการประเมินผลกระทบต่อความพิการ ต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation)

คุณภาพชีวิตต้องเกิดจากการรับรู้ของผู้ถูกประเมินในช่วงเวลาหนึ่งและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาแม้ว่าความบกพร่องทางร่างกายและความสามารถในการประกอบกิจกรรม จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงก็ตาม คุณภาพชีวิตเป็นผลจากองค์ประกอบทั้งสองด้านดังกล่าว และการมีส่วนร่วมทางสังคมตามกรอบแนวคิดของ ICF อีกทั้งยังเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบด้านวัตถุวิสัยและจิตวิสัยที่มีต่อคุณภาพชีวิต โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (ปิยะวัฒน์ ศรีวิทยา, 2559)

2. การประเมินเชิงคุณภาพ (Qualitative measurement) เป็นการศึกษามุมมองกลุ่มตัวอย่างที่สนใจศึกษา (Insider perspective) ด้วยการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลจากความคิด

ความรู้ลึกของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีภาระชี้แนะจากผู้ทำการศึกษา ข้อมูลที่ได้สามารถพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดใหม่ที่ใช้อธิบายคุณภาพชีวิต หากมีปัจจัยบางประการที่ผู้ศึกษาคิดว่าส่งผลให้เกิดความแตกต่างในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากกลุ่มตัวอย่างที่เคยทำการศึกษามาแล้ว หรือใช้เป็นข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตครั้งต่อไป

แบบประเมินความผาสุก

การใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการศึกษาเชิงคุณลักษณะ (Quantitative measurement) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย แบบประเมินคุณภาพที่นิยมใช้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (Moons, Budts, & De Geest, 2006 อ้างถึงใน ปิยะวัฒน์ ศรีวิทยา, 2559)

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบ Health-related quality of life (HRQOL) แบบประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้เป็นการประเมินผลกระทบของสุขภาพที่ผิดปกติ เช่น เป็นโรค หรือความพิการ เป็นการประเมินผลกระทบของโรคต่อโครงสร้างการทำงานของร่างกาย (Body structure and body function) และการประกอบกิจกรรม (Activity) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มย่อย (Liddle & McKenna, 2000 อ้างถึงใน ปิยะวัฒน์ ศรีวิทยา, 2559) คือ

1.1 แบบประเมิน HRQOL แบบเฉพาะเจาะจง (Specific HRQOL questionnaire) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำหรับเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพเหมือนกัน หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเดียวกัน แบบประเมินมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับอาการของโรค อาการแทรกซ้อนผลกระทบที่เกิดจากโรค ผลการประเมินที่ได้จึงมีความไว (Sensitivity) ในการแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตที่เป็นผลมาจากการรักษา แต่ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครอบคลุมมิติอื่นที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ตัวอย่างเช่น The Spinal Cord Injury Quality of life Questionnaire [SCI-Q123] (Lundqvist, Siosteen, Sullivan, Blomstrand & Lind, 1997), Asthma Quality of Life Questionnaire [AQLQ] (Juniper, Buist, Cox, & Ferrie, 1999), Stroke-Specific Quality of Life Scale [SSQL] (Williams, Weinberger, Harris, Clark, & Jose, 1999)

1.2 แบบประเมิน HRQOL แบบทั่วไป (Generic HRQOL questionnaire) เป็นแบบประเมินที่ศึกษาผลกระทบของโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเหมือนที่ผ่านมา แต่เป็นการประเมินในองค์ประกอบหลายด้านที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตจากกรอบแนวคิดแบบ meta-approach แบบประเมินในกลุ่มนี้จึงสามารถนำไปประเมินกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคหรือความพิการที่แตกต่างกัน จุดมุ่งหมายหลักคือการศึกษาผลกระทบของโรค หรือความเจ็บป่วยที่มีต่อองค์ประกอบย่อยที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ตัวอย่างเช่น Medical Outcome Study Short-Form 36 [SF-36] (Ware & Sherbourne, 1992)

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (Holistic quality of life) เป็นการประเมินที่ครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตตามที่คุณศึกษาได้ให้คำจำกัดความไว้ก่อนการศึกษา ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำกิจกรรม การมีส่วนร่วมทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาจิตวิญญาณ เป็นต้น เป็นการประเมินองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ครอบคลุมมากกว่าแบบแรก จุดเด่นของแบบประเมิน คือการศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีต่อคุณภาพชีวิตโดยไม่สนใจต่ออาการของโรค ความเจ็บป่วย หรือการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกอันเนื่องมาจากการได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ตัวอย่างที่นิยมเช่น Health Organization Quality of Life Questionnaire-100 [WHOQOL-100] (Power, Harper & Bullinger, 1999), World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF [WHOQOL-BREF] (WHO, 1996)

The Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal [FACT-C] เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งอยู่ในกลุ่มเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตกลุ่มโรคเรื้อรัง The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy [FACIT] Measurement ซึ่งเผยแพร่ในเว็บไซด์ www.facit.org ที่พัฒนาขึ้นโดยเซลลาและคณะ (Cella et al., 1993) ตามกรอบแนวคิดของคำจำกัดความคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1978 cited in Cella & Nowinski, 2002 อ้างถึงใน นวพรรษ สีมารักษ์ และคณะ, 2561) ว่า “คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเกี่ยวกับขอบเขตการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย ความผาสุกด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม อันเกี่ยวเนื่องจากภาวะของโรคและการรักษา” ซึ่งเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต FACT-C เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกตรงกับสถานการณ์ของผู้ป่วยในระยะ 7 วันที่ผ่านมา คำตอบแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อคำถามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไป แบบประเมิน The Functional Assessment of Cancer Therapy General [FACT-G] ซึ่งเป็นข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 มิติ ตามแนวคิดของเซลลา (Cella, 1993) คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม

1.1 ความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกี่ยวกับการรักษา เช่น ความรู้สึกหดรัดเร็วแรง มีอาการคลื่นไส้ สภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้ทำให้มีปัญหาในการดูแลรับภาระต่าง ๆ ในครอบครัว อาการปวด ความรำคาญจากผลข้างเคียงของการรักษา ความรู้สึกไม่สุขสบาย ต้องใช้เวลาพักอยู่คนเดียว

1.2 ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามความรู้สึกที่เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน เช่น ความใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อน การได้รับ

กำลังใจจากครอบครัว การดูแลช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ การยอมรับความเจ็บป่วยจากครอบครัว การสื่อสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยภายในครอบครัว การใกล้ชิดสนิทสนมกับครอบครัว ใกล้ชิดกับคู่ครอง ความพอใจชีวิตทางเพศ

1.3 ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญปัญหา หรือการปรับตัว ความผันแปรของความรู้สึกสนุกสนาน ไปจนถึงความซึมเศร้า เช่น ความรู้สึกเศร้าใจ ความพอใจในการปรับตัวกับความเจ็บป่วย ความรู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย ความกระวนกระวายใจ กังวลเกี่ยวกับความตาย กลัวว่าอาการจะแย่ลง

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

2. ข้อคำถามประเมินความผาสุกด้านอื่น ๆ เฉพาะผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 9 ข้อ เช่น อาการปวดท้องเกร็งบริเวณช่องท้อง น้ำหนักลด การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ การย่อยอาหารได้ดี อาการท้องเสีย ความรู้สึกอยากรับประทานอาหารเป็นปกติดี ความพอใจเกี่ยวกับรูปลักษณ์ทางกาย (รูปร่างหน้าตา) และการดูแลทวารเทียมเป็นเรื่องยุ่งยาก รู้สึกอายนที่มีถุงใส่อุจจาระหรือปัสสาวะทางหน้าท้อง

แบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (The Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal: FACT-C Thai version 4) ซึ่งผู้วิจัยทำการขออนุญาตในการนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้และได้รับการอนุญาตเรียบร้อยแล้ว โดยเป็นแบบสอบถามฉบับภาษาไทย จัดเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการวิจัยทางคลินิกและมีผู้นำไปใช้วัดคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้อย่างกว้างขวาง เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตที่จำเพาะต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักค่อนข้างมาก มีความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นสูง .87 และ .88 ระหว่างภาษาอังกฤษและภาษาสเปน (Ward et al., 1999) เมื่อเปรียบเทียบกับ FACT-G ซึ่งขาดความจำเพาะต่อชนิดของโรคมะเร็ง นอกจากนี้ยังง่ายในการตอบและใช้เวลาในการตอบไม่นาน (Smith-Gagen et al., 2010; Wong et al., 2012 อ้างถึงใน นวพรพร สีมารักษ์ และคณะ, 2561) สำหรับในประเทศไทยได้มีการนำมาใช้ในงานวิจัยวัดคุณภาพชีวิตที่มีกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ค่าความเชื่อมั่น .90 (นวพรพร สีมารักษ์ และคณะ, 2561) ค่าความเชื่อมั่น .91 (อรุณี หล่ออนิล, ผ่องศรี ศรีมรกต และเชาว์ สุระคม, 2552) ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลกระทบของอายุและการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งต่อสภาวะการทำหน้าที่ลดลงของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง (Abbema et al., 2017) พบว่าการมีอายุที่มากขึ้นเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญในการลดลงของสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างการมีภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการได้รับยาเคมีบำบัด ส่งผลกระทบต่อสภาวะการทำหน้าที่ที่ลดลงได้ แต่ก็ยังมีข้อเสนอแนะว่ามีความเหมาะสมในการรักษาผู้สูงอายุโรคมะเร็งให้ได้รับเลือกการใช้ยาเคมีบำบัดได้ สรุปได้ว่าสภาวะการทำหน้าที่ที่ลดลงนั้นเป็นประเด็นที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง การพยากรณ์ที่สำคัญของการลดลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมคือ อายุและการวินิจฉัยโรคมะเร็ง เปอร์เซ็นต์ที่เพิ่มขึ้นของสภาวะการทำหน้าที่ที่ลดลง แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบผลกระทบของการรักษามะเร็งต่อสภาวะการทำหน้าที่ที่ลดลงในกลุ่มนี้โดยเฉพาะ การคงไว้ซึ่งสภาวะการทำหน้าที่อาจมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มอัตราการมีชีวิตรอดและคุณภาพชีวิต และในการพัฒนาแผนการรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในวัยสูงอายุได้

ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด (นวพรรัช สีมารักษ์ และคณะ, 2561) ผลการวิจัยพบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต และความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยเพิ่มระดับความหวัง การสนับสนุนทางสังคมและการลดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงได้

อาการปวดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง: การศึกษาแบบสหสถาบันในประเทศไทย (สมบุญธ เทียนทอง และคณะ, 2549) โดยระดับความปวดที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างน้อย 3 คะแนน (จาก 10 คะแนน) จะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและทางคลินิก

การมีทวารเทียมและจำนวนรอบของยาเคมีบำบัดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Gozdziwicz et al., 2017) ผลการวิจัยยืนยันว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว และความผาสุกด้านอารมณ์/ จิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวม เมื่อพิจารณาผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมีความแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบผลกระทบต่อความผาสุกด้านอื่น ๆ สำหรับจำนวนรอบของการได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าผลของคุณภาพชีวิตโดยรวม และความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นกระบวนการและการรักษาของโรค การศึกษาระยะยาวหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลด้านคุณภาพชีวิตและการรักษา หากผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตใจอย่างเพียงพอ และโรคที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาจะเพิ่มความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด (พรพิมล เลิศพานิช และคณะ, 2560) พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านอารมณ์ จิตใจลดลงระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด และเพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้อาการ ความถี่และความรุนแรงอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของวิมลรัตน์ เดชะ และรุ่งระวี นาวิเจริญ (2560) ที่พบว่าประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับยาเคมีบำบัดได้ จากผลการวิจัยยืนยันถึงความจำเป็นในการจัดระบบดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนั้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทักษะในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง (อรกมล พูนเสมอ และคณะ, 2557) พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดระดับสูง มีทักษะในการดูแลตนเองระดับมาก ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก และมีความผาสุกโดยรวมระดับมาก ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุก ทำให้พบว่าพยาบาลควรช่วยให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง รวมทั้งการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ซึ่งจะเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพและเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญหน้ากับบทบาทใหม่ได้เหมาะสมและเกิดความผาสุกในชีวิต

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่ามี 3 ปัจจัย คือ อายุ ศาสนา และสิทธิคำรักษา ที่ระยะเวลาของการมารับยาเคมีบำบัด 2, 4 และ 6 เดือน

(ประไพ เจริญ และสุวรรณณี สิริเลิศระกุล, 2560) ปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งที่พบได้บ่อย คือ การปรับตัวและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา (Polat, Arpacı, Demir, Erdal, & Yalcin, 2014)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุริพร ธนศิลป์, 2552) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในด้านความรุนแรงของอาการของอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ พยาบาลจึงควรช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสงบ บรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากโรค และเกิดความสุขในจิตใจ ซึ่งมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

การผ่าตัดมีทวารเทียม พบการศึกษาของ เกศินี ชีรทองดี, จันทนา รัตนฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ และคะเนิงนิจ พงศ์ถาวรภมล (2557) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คล้ายกับการศึกษาของ ปานจิตร์ รังสีวงศ์ (2552) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบการศึกษาของวิมลรัตน์ เดชะ และรุ่งระวี นาวีเจริญ (2560) คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับสูง ซึ่งแตกต่างกัน

ครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแตกต่างกัน จากการศึกษาของเดฮอร์ดี เฮดาร์นีจาดีและฟาทีฮี (Dehkordi et al., 2009) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 200 คน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาน้อยกว่ารอบที่ 2 และในรอบที่ 3-5 มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ แต่การศึกษานี้ก็ทำให้พบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของโรค ภาวะเศรษฐกิจ อาชีพ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สูตรยาเคมีบำบัดและอาการไม่พึงประสงค์ที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ปานสิรินทร์ ดิดทะ และพิมพ์พนิต สมศรี, 2557) ทำการศึกษาในการใช้สูตรยา 284 ครั้ง สูตรยาที่มีการใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ FOLFOX4, FOLFOX6 และ FOLFIRI อาการไม่พึง

ประสงค์ที่พบมาก คือ อาการชาปลายมือปลายเท้า อ่อนเพลีย ปวดท้อง ภาวะภูมิไวเกิน ภาวะ
 เอนไซม์ตับเพิ่มขึ้น และอาการคลื่นไส้ อาเจียน พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์
 ที่เกิดขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของยาแต่ละสูตร คือ สูตรยา
 FOLFOX4 ผู้ป่วยเพศหญิงเกิดอาการชาปลายมือปลายเท้ามากกว่าเพศชาย สูตรยา FOLFOX6 ผู้ป่วย
 ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้ามากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี สูตรยา
 FOLFIRI พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า
 60 ปี สูตรยา FOLFOX6 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2, 3 เกิดอาการอ่อนเพลีย
 มากกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 4 สูตรยา FOLFOX4 ผู้ป่วยที่มีรอบของยาเคมี
 บำบัดที่เริ่มศึกษามากกว่า cycle 1 เกิดภาวะภูมิไวเกินมากกว่าผู้ป่วยที่มีรอบยาเคมีบำบัดที่เริ่มศึกษา
 ที่ Cycle 1 จึงต้องมีการให้คำแนะนำและคำปรึกษาที่ดี ในการให้ข้อมูลความรู้และความเข้าใจถึง
 อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัดแต่ละสูตรแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาการแพ้ยา
 Oxaliplatin (สุริย น อุตระกุล และสุเพ็ญพร อักษรวงษ์, 2555) ที่เป็นยาอยู่ในสูตร FOLFOX4,
 FOLFOX6 พบว่ามีระดับความรุนแรงที่ระดับ 1-3 อาการแพ้พบได้ตั้งแต่ 30 นาที ถึง 19 ชั่วโมงหลัง
 รับประทาน และมักจะเกิดในรอบการให้ยาที่ 5 จึงควรมีการเตรียมหาแนวทางการดูแลป้องกันอาการ
 ดังกล่าว และยังพบว่าสูตรยา FOLFOX6 ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางโลหิตและไม่ใช่มะเร็งโลหิต
 มากกว่าสูตรยา FOLFOX4 (Kashi, Razzaghdoust, & Rakhsha, 2017)

การส่งเสริมความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ รับประทานยาเคมีบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็ง
 ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีดังนี้

1. พบการศึกษาในด้านการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
 และทวารหนัก โดยใช้รูปแบบ Case management (อรุณี หล่อนิล และคณะ, 2552) โดยการนำการ
 พยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกรณีมาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล ช่วยให้
 ผู้ดูแลเข้าใจถึงความกังวลห่วงใยของผู้ป่วย วิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาล
 ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วน
 ร่วมในการรักษาและการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ

ในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา มีความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง และมีศักยภาพใน
 การดูแลตนเองทั้ง 5 ด้านดีขึ้น โดยใช้รูปแบบ Nursing case management เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมี
 คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นกระบวนการประสานบริการสุขภาพทั้งหมด

ที่ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยตลอดระยะเวลาของการรักษา โดยมีเป้าหมายให้ได้ผลลัพธ์ตามเวลาที่กำหนด ใช้ทรัพยากรน้อยที่สุดและเป็นบริการที่มาจากสหวิชาชีพ มุ่งเน้นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและต้องการการดูแลเป็นพิเศษ โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการ (Zander, 1988 อ้างถึงใน อรุณี หล่อนิล และคณะ, 2552)

2. งานวิจัยที่มีครอบครัวเป็นส่วนร่วม พบการนำผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักในครอบครัว (มันฉิกา ประชากิจ และพินภา สุตรา, 2555) โดยโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวด้วยวิธีการ FOCUS program ที่ออกแบบโดยนอร์ทเฮาส์และคณะซึ่งถูกพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส ครอบคลุมสาระสำคัญในเรื่อง F-Family involvement การมีส่วนร่วมของครอบครัว O-Optimistic attitude เป็นการส่งเสริมให้กำลังใจทัศนคติทางบวก-การมองโลกในแง่ดี C-Coping effectiveness การค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม U-Uncertainty reduction การให้ความรู้เพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน S-Symptom management การจัดการและการดูแลตนเอง สื่อที่ใช้ประกอบด้วยวีดีโอ เทปเพลง และภาพพลิก ให้กลุ่มทดลองและครอบครัวเข้าร่วม โปรแกรมมีทั้งหมด 4 กิจกรรม และมีการติดตามทางโทรศัพท์ ทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. งานวิจัยที่เป็นโปรแกรมกลุ่ม พบการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัด (นฤมล จันทร์สุข และคณะ, 2559) โดยการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน ซึ่งแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่นำมาประยุกต์ใช้ของกิบสัน (Gibson, 1995 อ้างถึงในนฤมล จันทร์สุข และคณะ, 2559) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ นำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมาใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจะเป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ลดความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. พบบงานวิจัยที่ดำเนินการโดยเภสัชกร ทำการศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น (เบญจมาศ

คูชนะ และพิชญณา มณีพันธุ์, 2554) โดยการใช้สื่อในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล คือ แผ่นพลิกขนาดกระดาษ A4 มีภาพสีและเนื้อหาที่ผู้ป่วยควรทราบเรื่อง “โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและยาเคมีบำบัด ปัญหาที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดและการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์แล้วมอบแผ่นซีดี หนังสือพกพา และแผ่นพับที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผ่นพลิกให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับการประเมินความรู้เรื่องโรคและยาเคมีบำบัด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีประโยชน์ทางคลินิกในด้านความรู้เรื่องโรคและยาเคมีบำบัด ส่วนผลทางด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองและด้านคุณภาพชีวิต จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลาการติดตามผล จำนวนครั้งในการให้การบริบาลผู้ป่วย ภาษาที่ใช้กับคนท้องถิ่น เพื่อหาแนวทางพัฒนาคุณภาพการบริหารทางเภสัชกรรม อีกทั้งนำไปสู่การพัฒนาสื่อการสอนที่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อไป

แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน

Caring หมายถึง การดูแลเอาใจใส่หรือความเอื้ออาทรโดยคำว่าเอื้ออาทรมาจากคำว่าเอื้อร่วมกับอาทร รวมความแล้วหมายถึงการดูแลเอาใจใส่มีน้ำใจและความห่วงใยต่อผู้อื่น (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542) การดูแลแบบเอื้ออาทรคือหัวใจสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลถือเป็นเอกลักษณ์วิชาชีพที่จำเป็นของพยาบาล เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการแสดงออกของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะแบบองค์รวม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; Watson, 1985) นอกจากนี้การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการให้ความสำคัญของคน การเอาใจใส่ด้วยความรัก ความเอื้ออาทรผสมผสานไปกับปฏิบัติการพยาบาลทำให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เกิดผลดีมีคุณค่าต่อการดูแลและการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ (Watson, 1999)

การพยาบาลเป็นรูปแบบการดูแลเพื่อความผาสุกในชีวิตของผู้อื่น ดังคำกล่าวของคาร์เปอร์ (Carper, 1978 cited in Swanson, 1993) ที่ได้บันทึกไว้ว่า การดูแลของพยาบาลเป็นรูปแบบที่ใช้ความรู้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์จากการพยาบาลและสัมพันธ์กันกับหลักการทางวิทยาศาสตร์ ตลอดจนหลักจริยธรรม ความเป็นบุคคล และใช้สุนทรียศาสตร์ทางองค์ความรู้ที่ได้รับมาจากหลักการของมนุษยศาสตร์ ประสบการณ์ทางคลินิกของแต่ละบุคคล คุณค่าทางสังคมและความคาดหวัง

สำหรับในประเทศไทยการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้หลักการดูแลพยาบาลแบบเอื้ออาทรเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมีความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่ดีได้

พบผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (ชุตินา สืบวงศ์ลี, ศิริเดช สุชีวะ และสุวิมล ว่องวานิช, 2554) พบองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในบริบทของสังคมไทย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) ความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ 3) ความเมตตา กรุณาและความเห็นอกเห็นใจ 4) การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ 5) การใส่ใจอย่างแท้จริงและ 6) การเคารพความเป็นบุคคล โมเดลการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ควรวางแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมด้านนี้ให้เด่นชัดและเป็นรูปธรรม เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วย และเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาล การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทร (Caring) ตามแนวคิดของ Swanson (1993) มาใช้เป็นการรอบแนวคิดการวิจัยซึ่งเป็นทฤษฎีระดับกลางพัฒนาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่มีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นศาสตร์ของการดูแลและเป็นแก่นแท้ในเชิงวิชาชีพของพยาบาลเป็นวิถีทางที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ ดูแล ปกป้อง ค้ำครอง สนับสนุน ส่งเสริม ให้กำลังใจ ซึ่งถือเป็นพันธะผูกพันระหว่างพยาบาลผู้ดูแลที่พึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย พยาบาลผู้ดูแลแสดงออกถึงความห่วงใยต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลอื่น และเป็นการปฏิบัติต่อคนทั้งคนซึ่งถือว่าการดูแลแบบองค์รวมเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างแท้จริง ผลลัพธ์คือความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วย

Swanson (1993) ได้พัฒนาทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทรอย่างต่อเนื่อง และได้อธิบายเกี่ยวกับสมมติฐานหลักเกี่ยวกับปรากฏการณ์ 4 ด้านของวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล ดังนี้ (อัญชุลี ไชยวงษ์น้อย และคณะ, 2557)

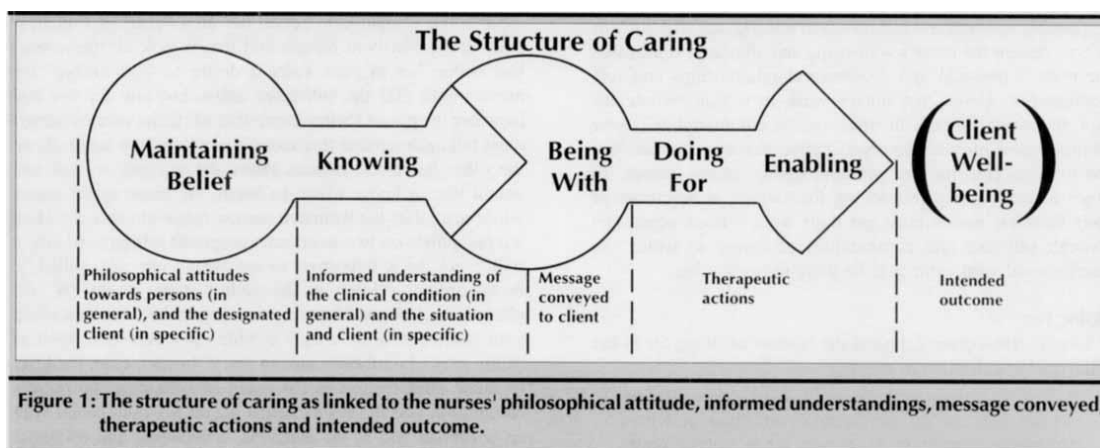
บุคคล (Person) หมายถึง คน ๆ หนึ่งที่เป็นองค์รวม ประกอบด้วย ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคลที่ได้รับอิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ที่มีความซับซ้อนของพันธุกรรม การรับรู้ด้านจิตวิญญาณและความสามารถในการกระทำตามความต้องการ และปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เขาดำรงชีวิตอยู่ บุคคลเต็มไปด้วยพลังและความคิดสร้างสรรค์ มีการเจริญเติบโต มีการคิดไตร่ตรองด้วยตนเอง มีความต้องการติดต่อกับผู้อื่น และมีความรู้สึกด้านจิตวิญญาณ คุณสมบัติด้านจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่เชื่อมต่อกับคุณงามความดี ความสันติสุข ความมีคุณธรรม เป็นสิ่งที่ไม่สามารถอธิบายได้ เป็นชีวิต เป็นความคิดสร้างสรรค์ และเป็นความสงบเงียบ คุณสมบัติด้านจิตวิญญาณอาจเป็นความคิด เป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ เป็นความคิดในด้านศาสนา เป็นพลังงานในด้านบวก หรือเป็นความดีงาม เป็นความมุ่งหวังตั้งใจอย่างมีอิสระและเท่าเทียมต่อทางเลือกและความสามารถในการตัดสินใจในการแสดงออกเมื่อต้องเผชิญหน้ากับแนวทางที่เป็นไปได้

สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง บริบทที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น วัฒนธรรม สังคม การเมือง เศรษฐกิจ กายภาพ ชีวภาพ จิตวิทยา และขอบเขตของจิตวิญญาณ ซึ่งมีความเฉพาะสำหรับบุคคลในสถานการณ์นั้น ๆ ต้องพิจารณาถึงความต้องการ ข้อจำกัด และทรัพยากรที่นำเข้ามาในสถานการณ์ของผู้ป่วย รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของผู้ป่วย

สุขภาพ (Health) เป็นประสบการณ์ด้านสุขภาพ และความผาสุก เป็นการดำเนินชีวิตที่หมายถึง การมีประสบการณ์ของความเป็นองค์รวม องค์รวมเกี่ยวกับการบูรณาการหลาย ๆ สิ่งซึ่งเกิดขึ้นในความเป็นมนุษย์ เป็นอิสระในการที่จะแสดงออก สภาพจิตใจของเรา ความคิด ความรู้สึก สติปัญญา ไหวพริบ ความคิดสร้างสรรค์ ลักษณะความสัมพันธ์ ความเป็นหญิง ความเป็นชาย และความสามารถด้านเพศ ความผาสุกเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนระหว่างการรักษา และการทำให้ฟื้นหาย การบำบัดที่เกี่ยวข้องกับการลดความเจ็บปวดจากภายใน ฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการพัฒนาความรู้สึกลึกใหม่ทั้งหมด

การพยาบาล (Nursing) การพยาบาลเป็นรูปแบบการดูแลที่ช่วยให้บุคคลเกิดความผาสุก วิชาชีพพยาบาลเป็นการใช้ความรู้ทางการพยาบาลที่สัมพันธ์กับวิชาชีพอื่น เช่น จริยธรรม ความเป็นบุคคล ความรู้ที่เป็นความดีงามของมนุษย์ ประสบการณ์ และคุณค่าของบุคคลและสังคม และความคาดหวัง ซึ่งพยาบาลและผู้ป่วยมีข้อผูกพันระหว่างกันของการดูแล การดำรงไว้ซึ่งเกียรติของความเป็นมนุษย์ และเพิ่มความผาสุกสำหรับทั้งหมดได้

การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นกระบวนการดูแลที่ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ การดำรงไว้ซึ่งความหวังความเชื่อความศรัทธา (Maintaining belief) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Knowing) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (Doing for) และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) กิจกรรมทั้ง 5 ด้านนี้ผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวไม่สามารถแบ่งแยกได้ และเมื่อพยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ครบทั้ง 5 ด้าน จะส่งผลให้เพิ่มศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันและทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกได้อย่างแท้จริง (อัญชุลี ไชยวงษ์น้อย และคณะ, 2557) จากการศึกษาของฮอลล์คอสดอตทเทียร์ (Halldorsdottir, 1996) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบเอื้ออาทรเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ผู้ป่วยสามารถรับรู้อารมณ์และความรู้สึกของพยาบาลผ่านทางพฤติกรรมดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับ ปภาวรินทร์ สุวรรณเพชร และคณะ (2557) ทำการศึกษาผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา ในการปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันไปประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทำให้เกิดความผาสุกอย่างแท้จริง



ภาพที่ 2 โครงสร้างการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน (Swanson, 1993)

การดูแลเอื้ออาทรตามแนวคิดของ Swanson (1993) ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้านดังต่อไปนี้ คือ

1. การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธา เป็นรากฐานของการดูแล การที่พยาบาลผู้ดูแลคือให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดูแลของพยาบาลจะช่วยทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาและทัศนคติที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลยังคงไว้ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถก้าวผ่านสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ไปได้และสามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์ในอนาคตได้อย่างมีความหมาย
2. การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง หมายถึง การที่พยาบาลทำความรู้จักกับผู้ป่วยและพยายามค้นหาความหมาย ความเชื่อ หรือความศรัทธาของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ โดยที่พยาบาลเข้าใจในเหตุการณ์ขณะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ไม่นำผู้ป่วยไปเปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิมของพยาบาล ให้การดูแล โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล มีการประเมินปัญหาอย่างละเอียดและครอบคลุมและยอมรับว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคน ไม่เหมือนกัน คนทุกคนมีความคิด ความเชื่อเป็นของตนเอง ต้องเข้าใจความเป็นบุคคลที่แท้จริง พยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะค้นหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ โดยที่การให้การดูแลนั้นทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างก็มีความเป็นตัวของตัวเอง
3. การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ หมายถึง การที่พยาบาลคือให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลห่วงใยและอยู่เคียงข้างเสมอ เข้าถึงได้ง่ายพร้อมที่จะแบ่งปันความรู้สึก โดยการให้เวลา หรือมีการใช้เวลาขณะที่อยู่กับผู้ป่วยอย่างคุ้มค่าถึงแม้ว่า ระยะเวลาสั้นจะสั้นก็ตาม โดยทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลอยู่เป็นเพื่อนและตั้งใจฟัง ร่วมรับรู้อารมณ์ และแบ่งปันความรู้สึกไม่ว่าจะสุขหรือทุกข์ก็ตาม โดยที่

ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกว่าคุณเป็นภาระของพยาบาลแต่อย่างใด ถึงแม้ว่าบางครั้งพยาบาลไม่ได้อยู่ด้วยก็ตาม แต่ผู้ป่วยก็รับรู้ได้ว่าพยาบาลยังคงมีความห่วงใย และยังคงคอยช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา

4. การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ หมายถึง การที่พยาบาลช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ครอบคลุมในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการช่วยเหลือตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ความคาดหวัง ปกป้องคุ้มครอง เพื่อทำให้เกิดความสุขสบาย ไม่เกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อน โดยที่การกระทำของพยาบาลประกอบไปด้วยทักษะความเชี่ยวชาญอย่างเต็มกำลังความสามารถ ในขณะที่เดียวกันพยาบาลก็มีการเคารพคุณค่า ความมีศักดิ์ศรี และความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเสมอ

5. การสนับสนุนให้มีความสามารถ หมายถึง การที่พยาบาลมีการให้ข้อมูล อธิบาย เกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วย เสนอทางเลือกโดยผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนส่งเสริมให้ได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มศักยภาพ โดยพยาบาลยอมให้ผู้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำในสิ่งที่เหมาะสมอย่างมีจุดมุ่งหมายชัดเจน ปรึกษาปรึกษาปรึกษาโดยให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกที่แท้จริง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาทางเลือกและวิธีการปฏิบัติต่อสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่ให้เพิ่มพูนยิ่ง ๆ ขึ้น นอกจากนั้นยังมีการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นจริงและเป็นไปในทางสร้างสรรค์เป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่สอดคล้องกับการพยาบาลแบบเอื้ออาทร

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้สรุปวิเคราะห์การนำไปใช้ในงานวิจัยนี้ได้ดังนี้

1. นำผลการศึกษาคูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันต่อความพอใจในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา (ปกวารินทร์ สุวรรณเพชร และคณะ, 2557) ที่มีแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสัน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง 2) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ 3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ 4) การสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีความสามารถ และ 5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย ในการปฏิบัติกรพยาบาลสามารถนำแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสัน ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งอื่น ๆ ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทำให้เกิดความพอใจอย่างแท้จริง

การศึกษาค้นคว้าวิจัยเลือกนำทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทร (Caring) ตามแนวคิดของ Swanson (1993) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยซึ่งเป็นทฤษฎีระดับกลางพัฒนาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่มีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นศาสตร์ของการดูแลและเป็นแก่นแท้ในเชิงวิชาชีพของพยาบาลเป็นวิถีทางที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ ดูแล ปกป้อง คุ้มครอง สนับสนุน ส่งเสริม ให้กำลังใจ ซึ่งถือเป็นพันธะผูกพันระหว่างพยาบาลผู้ดูแลที่พึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย พยาบาล

ผู้ดูแลแสดงออกถึงความห่วงใยต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลอื่น และเป็นการปฏิบัติต่อคนทั้งคนซึ่งถือว่าเป็นการดูแลแบบของครอบครัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างแท้จริง ผลลัพธ์คือความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วย แต่จากการทบทวนองค์ประกอบการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันเป็นกระบวนการดูแลที่ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ การดำรงไว้ซึ่งความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา (Maintaining belief) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Knowing) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (Doing for) และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) กิจกรรมทั้ง 5 ด้านนี้ผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวไม่สามารถแบ่งแยกได้ และเมื่อพยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ครบทั้ง 5 ด้าน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผาสุกได้อย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญชุลี ไชยวงค์น้อย และคณะ (2557) ในการเรียงลำดับที่ถูกต้องขององค์ประกอบในทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson (1993) พยาบาลสามารถนำแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันไปประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อได้รับการดูแลแบบของครอบครัวทำให้เกิดความผาสุกได้

2. จากการทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด พยาบาลควรพัฒนาตนในด้านทักษะการดูแลหรือให้การพยาบาลด้านจิตใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสงบ บรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากโรค และเกิดความสุขในจิตใจ ซึ่งมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเกิดความสุขทางจิตวิญญาณได้ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) พยาบาลสามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งที่ให้การรักษาและการดูแลสภาพอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาในตอนท้ายของชีวิตในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ (Parpa et al., 2015) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสัน นำมาเป็นส่วนหนึ่งของแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเพิ่มความผาสุก

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ประไพ เชิงทวี และสุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, 2560) พบว่ามี 3 ปัจจัย คือ อายุ ศาสนา และสิทธิการรักษา ที่ระยะเวลาของการมารับยาเคมีบำบัด 2, 4 และ 6 เดือน ปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งที่พบได้บ่อย คือ การปรับตัวและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาเมื่อระยะเวลาการรักษานานมากขึ้น ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาล เมื่อเริ่มให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยก็ยังมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น นำผลการวิจัยที่ได้ไปส่งเสริมการเผชิญความเครียด เพื่อลดหรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า บทบาทสำคัญของบุคลากร

ทางการแพทย์ที่จะช่วยผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานในการเผชิญกับโรคร้ายแรงและคุณภาพชีวิต จนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสาร ขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหา รับฟังให้ความกระจ่างในสิ่งที่สงสัย ให้กำลังใจ ปลอบใจ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น มากกว่าให้การดูแลทางกายเพียงอย่างเดียว นำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน โดยมีการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุเป็นระยะระหว่างรอบยาเคมีบำบัด เพื่อติดตามการปรับตัวในการดูแลตนเอง และประเมินภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นได้

4. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Gozdziewicz et al., 2017) โดยใช้แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิต Functional Assessment of Cancer Therapy Scale-Colorectal [FACT-C] ผลการวิเคราะห์ยืนยันความแตกต่างกันระหว่างความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครั (SWB) และความผาสุกด้านอารมณ์/ จิตใจ (EWB) และในการประเมินคุณภาพชีวิตและอายุโดยรวม เมื่อพิจารณาผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบได้เฉพาะในกลุ่มความผาสุกด้านอื่น ๆ สำหรับจำนวนรอบของการได้รับยาเคมีบำบัดพบว่ามีความผาสุกโดยรวม และความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครั มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุ และเพศมีบทบาทเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการและการรักษาของโรค การศึกษาระยะยาวหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลด้านคุณภาพชีวิตและการรักษาโดยใช้เครื่องมือที่ได้ผลดี ผลลัพธ์เหล่านี้จะช่วยในการตรวจสอบคุณภาพชีวิตและตัวบ่งชี้ที่มีผลต่อการประเมินองค์ประกอบที่สำคัญในการวิจัย คือ ต้องทำงานเกี่ยวข้องในด้านอารมณ์ จิตใจ ซึ่งสามารถสันนิษฐานได้ว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตใจอย่างเพียงพอ และโรคที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาจะเสริมความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แสดงถึงความจำเป็นในการจัดระบบดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้การพยาบาลแบบเอื้ออาทรที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ให้ได้รับการดูแลปัญหาทางด้านจิตใจต่าง ๆ ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ตอบสนองทางด้านอารมณ์ จิตใจได้ตรงตามความต้องการ

5. การศึกษาถึงความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล (พรพรรณ วنوانโรดม และคณะ, 2552) พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตใจในระดับมาก (ระดับให้ความสำคัญและเห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการดำรงชีวิต) 2 ด้าน คือ การมีความหมาย/ เป้าหมายในชีวิต และการมีความหวังในชีวิต แต่ความต้องการด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (ระดับค่อนข้างสำคัญในชีวิต) มี 1 ด้าน คือ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

การระบุความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลพบว่า มี 2 ด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง (ต้องการในบางครั้ง) คือ การมีความหวังในชีวิตและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และมี 1 ด้านที่ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนในระดับน้อย (ผู้ป่วยไม่เรียกร้องจากพยาบาลและยอมรับสถานการณ์ที่จำกัดขณะอยู่โรงพยาบาล) คือ การมีความหมาย/ เป้าหมายในชีวิต ดังนั้นพยาบาลควรพัฒนาตนในด้านทักษะการดูแลหรือให้การพยาบาลด้านจิตใจ ให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันในการคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ในการวางแผนดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีเป้าหมาย

6. เมื่อพยาบาลแสดงถึงความรู้สึกเอื้ออาทรร่วมทุกข์ร่วมสุขกับผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ได้ระบายความทุกข์ ความกังวลใจต่าง ๆ และได้ซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน การเป็นผู้รับฟังที่ดี ปลอดภัยให้กำลังใจ ให้ข้อมูลและตอบข้อซักถาม จะช่วยให้ความทุกข์ใจของผู้ป่วยคลายลง ดังนั้น การที่พยาบาลแสดงออกถึงความยินดีในการช่วยเหลือ มีน้ำใจ และเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยด้วยความมีเมตตา กรุณา จึงไม่เพียงแต่จะช่วยดูแลรักษาโรคทางกายเท่านั้น แต่ยังเป็น การดูแลประคับประคองทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นใจ (Spiritual comfort) ผ่อนคลายจากความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการปรับตัวและฟื้นฟูสุขภาพปกติได้เร็วขึ้น พยาบาลมีจิตเมตตา กรุณาต่อเพื่อนมนุษย์ จะมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยทั้งทางกาย วาจา ใจ ที่เป็นไปอย่างนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส ใช้คำพูดที่ไพเราะสุภาพ กระตือรือร้น เต็มใจให้บริการ เอาใจใส่ ไม่รังเกียจ และตอบสนองทันทีเมื่อร้องขอ (จินตมาศ โกศลชื่นวิจิตร, 2556) คือสิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติแสดงออกมาในการพยาบาลแบบเอื้ออาทร

7. มีการศึกษาของประเทศเกาหลีถึงการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับสิ่งที่ก่อให้เกิดการพยาบาลที่ดี: การทบทวนเชิงบูรณาการ (Lee & Kim, 2020) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบูรณาการวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับสิ่งที่ก่อให้เกิดการพยาบาลที่ดีและด้วยเหตุนี้จึงระบุความเหมือนและความแตกต่างในการรับรู้การพยาบาลที่ดีของผู้ป่วยและพยาบาล มีการค้นหาวรรณกรรมของ PubMed, CINAHL และ MEDLINE สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ระหว่างเดือนมกราคม 2000 ถึงเดือนมิถุนายน 2017 การศึกษาทั้งหมด 18 ชิ้นได้รับการระบุและประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินวิธีผสม การศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์โดยใช้ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันเป็นกรอบทฤษฎี พบความขัดแย้งและข้อตกลงบางประการระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับคุณลักษณะที่สำคัญของการพยาบาลที่ดี ในขณะที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับ “ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ ” เช่น การให้ข้อมูลการฝึกสอน และคำแนะนำมากขึ้น แต่การ “ เฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ ” (คืออยู่ข้างเตียง) ได้รับการเน้นย้ำจากพยาบาลมากกว่า “ การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ ” โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติงานของ

ผู้เชี่ยวชาญและการเพิ่มความสะดวกสบายทางกายภาพเป็นคุณลักษณะที่กล่าวถึงบ่อยที่สุดของการดูแลพยาบาลที่ดีจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล พัฒนาการทางทฤษฎีเกี่ยวกับการพยาบาลที่ดีมีความโดดเด่นด้วยความสมดุลระหว่างความรู้ทางการพยาบาลที่เพียงพอและทักษะทางเทคนิคที่มีความสามารถและการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ป่วยโดยอาศัยความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจจะส่งเสริมการให้การพยาบาลที่ดีในการปฏิบัติทางคลินิก แต่อย่างไรก็ตาม ทั้ง 5 กิจกรรม คือ การดำรงไว้ซึ่งความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา (Maintaining belief) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Knowing) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (Doing for) และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) กิจกรรมทั้ง 5 ด้านนี้ผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวไม่สามารถแบ่งแยกได้ และเมื่อพยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ครบทั้ง 5 ด้าน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผาสุกได้อย่างแท้จริง

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของสเวนสันในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้มีความปลอดภัยตั้งแต่ระยะก่อนให้ยา การบริหารยา การจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน การดูแลบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับยา และการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองในระหว่างการรักษาได้อย่างถูกต้อง (ศราวณีย์ เติวิทย์, 2555; อุบล จ้วงพานิช, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานวิจัยที่ใช้การดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันในผู้สูงอายุ 2 เรื่อง คือ 1) ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา (ปภาวรินทร์ สุวรรณเพชร และคณะ, 2557) ใช้ระยะเวลาดำเนินการทดลองรวมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ และ 2) ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันต่อการทำกิจวัตรประจำวันและความผาสุกในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (อัญชุลี ไชยวงศ์น้อย และคณะ, 2557) ใช้ระยะเวลาดำเนินการทดลองรวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงวางแผนให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทรในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ระยะที่ 2 การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลา สถานที่ดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และเหตุผลเชิงทฤษฎี ซึ่งการเข้าร่วมแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด จะมีการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ใช้กระบวนการพยาบาล และนำองค์ประกอบการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันมาใช้

เป็นกระบวนการดูแลที่ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ การดำรงไว้ซึ่งความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา (Maintaining belief) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Knowing) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (Doing for) และการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 3 ระยะ รวมใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 9 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมประกอบด้วย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (The Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal: FACT-C Thai version 4) และแบบวัดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being: FACIT-Sp version 4) ครั้งที่ 1 การประเมินสภาพความพร้อม (การประเมินภาวะสุขภาพ) ของผู้ป่วยแรกรับด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจ โดยผู้วิจัยประเมินประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ในอดีตรวมถึงการรักษาพยาบาลที่เคยได้รับมาทั้งหมด (Knowing) ประเมินด้านความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อต้องได้รับยาเคมีบำบัด จากนั้นทำการประเมินความรู้ ความเข้าใจในสภาพความเจ็บป่วยที่ตนเองต้องเผชิญอยู่ในขณะนี้ สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของตนเองต่อการรักษาที่ได้รับในครั้งนี้ ซึ่งแต่ละคนมีความคิด ความเชื่อ ความศรัทธาแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสนับสนุนให้กำลังใจและส่งเสริมผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา ความหวังที่มีอยู่ ซึ่งต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาและไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Maintaining belief)

ระยะที่ 2 การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด นำกระบวนการพยาบาลกิจกรรมประกอบด้วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกรพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1-2) ซึ่งในการได้รับยาที่ใช้รักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้น สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับจะใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลครั้งละ 3 วัน รอบที่ 1 ผู้วิจัยทบทวนความรู้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามปัญหาภายหลังจากกลับบ้านไป (Knowing) โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้มาบริหารยาเคมีบำบัดให้กับผู้สูงอายุทุกวัน วันละ 2 ชั่วโมง (Being with: การปฏิบัติกรพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล) มีการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็ง และวิธีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด โดยการที่ผู้วิจัยเป็นผู้บริหารยาเคมีบำบัดให้แก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในครั้งที่ 2 (Doing for) พร้อมทั้งให้คู่มือการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด เฝ้าดูแลขณะได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการให้คู่มือการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

ถ้าใส่ใหญ่และทวารหนัก เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาคำรา เอกสารวิชาการ แนวปฏิบัติทางการแพทย์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรายละเอียดในเนื้อหาของคู่มือประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ยาเคมีบำบัด การดูแลตนเอง เมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย การปฏิบัติตนหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์พร้อมทั้งประเมินผลการพยาบาลทุกวัน มีการปรับปรุงแผนการพยาบาล (Enabling: การวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล) ประเมินความเครียด ความวิตกกังวลต่อการได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้เกิดความสอดคล้องตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย ผู้วิจัยสนับสนุนให้กำลังใจและส่งเสริมผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา ความหวังที่มีอยู่ ซึ่งต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาและไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Maintaining belief) พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ในการมารับยาเคมีบำบัดของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุก 2 สัปดาห์ในครั้งต่อไป รอบที่ 2 ผู้วิจัยทบทวนความรู้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามปัญหาภายหลังจากกลับบ้านไป (Knowing) ผู้วิจัยยังคงเป็นผู้บริหารยาเคมีบำบัดให้แก่ผู้สูงอายุ (Doing for) พร้อมทั้งเฝ้าดูแลขณะได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (Being with: การปฏิบัติพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล) ซึ่งจะใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาล 3 วัน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้มาบริหารยาเคมีบำบัดให้กับผู้สูงอายุทุกวัน วันละ 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งประเมินผลการพยาบาลทุกวัน มีการปรับปรุงแผนการพยาบาลเพื่อให้เกิดความสอดคล้องตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย และเต็มใจตอบปัญหาต่าง ๆ พร้อมทั้งวางแผนให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองจัดการกับปัญหาหรืออาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้ (Enabling) ผู้วิจัยสอบถามผู้สูงอายุถึงการปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา ความหวังที่มีอยู่ ซึ่งต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาและไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Maintaining belief) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติต่อไป และประเมินภาวะจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ (การประเมินภาวะสุขภาพการวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล) วางแผนช่วยเหลือก่อนจำหน่ายกลับบ้านและนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4, 6) การมารับยาเคมีบำบัดของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุก 2 สัปดาห์เป็นรอบต่อเนื่อง รอบที่ 2-3 มีการปรับปรุงแผนการพยาบาลเพื่อให้เกิดความสอดคล้องตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย (Knowing) โดยการสอบถามและประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้านไป ผู้วิจัยยังคงเป็นผู้บริหารยาเคมีบำบัดให้แก่ผู้สูงอายุ (Doing for) พร้อมทั้งเฝ้าดูแลขณะได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (Being with: การปฏิบัติพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล) ซึ่ง

จะใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาล 3 วัน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้มาบริหารยาเคมีบำบัดให้กับผู้สูงอายุทุกวัน วันละ 2 ชั่วโมง ประเมินผลการพยาบาลทุกวัน และประเมินความสามารถในการจัดการกับอาการข้างเคียงนั้น ๆ ได้ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ (Enabling) ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติตามความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธา (Maintaining belief) ของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจ ในการมารับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง และนัดหมายครั้งต่อไป (การประเมินภาวะสุขภาพการ วินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล)

ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด กิจกรรมประกอบด้วย การมาพบผู้สูงอายุ ในวันตรวจตามนัด 2 สัปดาห์ รอบที่ 4 เพื่อติดตามปัญหาและความสามารถในการจัดการปัญหา ของผู้สูงอายุ ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วางแผนการดูแลร่วมกันกับญาติในการ ช่วยเหลือแก้ไขเมื่อต้องกลับไปบ้าน (การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการ พยาบาล)

หลังจากผู้สูงอายุได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการเก็บ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (The Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal [FACT-C Thai version 4]) ชุดเดิมครั้งที่ 2 ในวันมาตรวจตามนัด (Post-test)

แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด พัฒนาโดยการนำทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson (1993) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนามาประยุกต์ใช้ เป็นรูปแบบในการพยาบาลผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระ เกียรติ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน คือ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Knowing) การเฝ้า ดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ (Doing for) และการสนับสนุนให้ ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) การดำรงไว้ซึ่งความหวังความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วย (Maintaining belief) การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการดูแลบุคคลทั้งคนแบบองค์รวม เป็นการพยาบาล ที่มุ่งแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมทั้งมีองค์ประกอบชัดเจนที่เป็นรูปธรรม มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรประกอบไปด้วย ความรัก ความเมตตา ความเอื้ออาทร ความห่วงใย ความเอาใจใส่ ร่วมสุขร่วมทุกข์ นอกจากนี้ยัง รวมไปถึงการช่วยเหลือ การสนับสนุน ส่งเสริม เพื่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ถูกต้อง

เหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลลัพธ์ให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง (Two-group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความพึงพอใจในผู้สูงอายุโรคเมเร็งง้ำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเมเร็งง้ำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทุกระยะของโรคที่เข้ามารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน โดยการให้ยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว ตั้งแต่รอบที่ 2-5 (เกิดผลข้างเคียงหลังรอบยาที่ 1 ขึ้นไป) เป็นระยะเวลาทุก 2 สัปดาห์ รวม 4 รอบ แต่ละรอบใช้เวลา 3 วัน ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ. 2562-2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเมเร็งง้ำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทุกระยะของโรค ที่เข้ามารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน โดยการให้ยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว ตั้งแต่รอบที่ 2-5 ทุก 2 สัปดาห์ รวม 4 รอบ แต่ละรอบใช้เวลา 3 วัน รวมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 44 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มีความสามารถในการรับรู้ สื่อสาร อ่านภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์มีการรับรู้วันเวลาสถานที่และบุคคลตามปกติผ่านเกณฑ์การประเมินจากการใช้แบบประเมินความผิดปกติทางการรับรู้ (Brooke & Bullock, 1999) Six item cognitive impairment test (6CIT-Kingshill Version 2000, Dementia screening tool) โดยมีผลสัมฤทธิ์คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน

4. มีที่อยู่ชัดเจนและหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

5. ไม่มีการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง

เกณฑ์ในการยุติกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (Termination criteria) ได้แก่

ระหว่างการทำวิจัยผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้ต้องหยุดการได้รับยาเคมีบำบัดในรอบนั้น เพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือและสามารถควบคุมการเกิดความคลาดเคลื่อนในระดับที่ยอมรับได้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบทางเดียว (One-tail test) โดยใช้วิธีในการคำนวณหาค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) ดังนี้ กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 อำนาจในการทดสอบ (Power of test) = .80 และขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) = .50 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ในการวิจัยเชิงทดลองสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) หลังจากนั้นนำมาหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป Master table statistical power table ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย (Burns & Grove, 2005 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 22 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 รายรวม 44 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ทำหนังสือเพื่อขออนุญาตใช้ข้อมูลประวัติเวชระเบียน และขออนุญาตเข้าทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยพร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือจากพยาบาลที่หน่วยตรวจอายุรกรรม 1 และหน่วยตรวจศัลยกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี สอบถามความสนใจของผู้สูงอายุที่ต้องการเข้าร่วมงานวิจัยให้ เพื่อคัดเลือกรายชื่อผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการนัดหมายให้มารับยาเคมีบำบัด ก่อนทำการทดลอง
3. เมื่อได้รายชื่อประชากรซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้สูงอายุในวันที่ผู้สูงอายุมาตรวจตามนัดหมาย ก่อนมารับยาเคมีบำบัดตามนัดที่หน่วยตรวจอายุรกรรม 1 และหน่วยตรวจศัลยกรรม
4. ทำการคัดกรองตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องระยะของโรค สูตรยาเคมีบำบัดและ

จำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งได้กลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน และกลุ่มทดลองเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน

5. หลังจากได้กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุมโดยรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลแบบปกติ ตามแผนการรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ทุกสัปดาห์ถัดไปผู้วิจัยจะดำเนินการเช่นนี้จนกระทั่งได้กลุ่มควบคุมครบจำนวน 22 ราย

6. หลังจากนั้นกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองจำนวนวันละ 3 รายเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยสามารถให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทรตามแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้เพียงสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 3 ราย หลังจากดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งใช้เวลา 3 วัน ในการพักอยู่ในโรงพยาบาลระยะเวลาทุก 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะดำเนินการเช่นนี้จนกระทั่งได้กลุ่มทดลองครบจำนวน 22 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างได้แก่แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six item cognitive impairment test [6CIT]) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six item cognitive impairment test [6CIT]) ของ ศตวรรษ อัครศาสตร์, พรชัย จุลมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วิชชา (2561) ดัดแปลงมาจากแบบประเมินของ Brooke and Bullock (1999) ประกอบไปด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ทำการแปลเครื่องมือ ตามขั้นตอนของ Sperber, Devellis, and Boehlecke (1994 cited in Sperber, 2004) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของการแปลภาษารายชื่อ ทั้งด้านความใกล้เคียงของภาษาและความใกล้เคียงของการตีความ พบว่า ทุกข้อ ได้ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-3.00 คะแนน ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Sperber, 2004) เครื่องมือนี้จึงถือว่า มีความเที่ยงตรงของการแปลภาษา ซึ่งแบบทดสอบนี้มาใช้เพื่อคัดกรองความผิดปกติทางการรับรู้เบื้องต้นโดยภาพรวมจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีความไวของแบบทดสอบ (Sensitivity) 90 % ความจำเพาะเจาะจงของเครื่องมือ (Specificity) ร้อยละ 100 และการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยมีความไวของเครื่องมือร้อยละ 78 ความจำเพาะเจาะจงของเครื่องมือนี้ ร้อยละ 100 (Jefferies & Gale, 2013)

ผู้วิจัยจึงนำจึงนำแบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ดังกล่าว มาใช้ในการคัดกรอง
กลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อที่ 1 การถามปีในปัจจุบัน เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูก ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบผิด ให้ 4 คะแนน

ข้อที่ 2 การถามเดือนในปัจจุบัน และข้อที่ 4 การถามเวลาในปัจจุบัน เกณฑ์การให้
คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูก ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบผิด ให้ 3 คะแนน

ข้อที่ 3 ให้ผู้ทดสอบจำที่อยู่ โดยประกอบไปด้วย 5 ส่วน ได้แก่ บ้านเลขที่ ถนน ตำบล
อำเภอ และจังหวัด เพื่อนำไปถามในข้อสุดท้ายคือข้อที่ 7 โดยข้อนี้ไม่นำมาคิดคะแนน

ข้อที่ 5 การให้นับเลขถอยหลัง 20 ถึง 1 และข้อที่ 6 การให้นับเดือนถอยหลังใน 1 ปี
เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูกต้องทั้งหมด ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบผิด 1 ครั้ง ให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบผิดมากกว่า 1 ครั้ง ให้ 4 คะแนน

ข้อที่ 7 การทดสอบความจำโดยถามกลับเกี่ยวกับที่อยู่ประกอบไปด้วย 5 ส่วนที่ให้จำ
ก่อนหน้านั้นในข้อที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูกต้องทั้งหมด ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบผิด 1 ส่วน ให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบผิด 2 ส่วน ให้ 4 คะแนน

ถ้าตอบผิด 3 ส่วน ให้ 6 คะแนน

ถ้าตอบผิด 4 ส่วน ให้ 8 คะแนน

ถ้าตอบผิดทุกส่วน ให้ 10 คะแนน

คะแนนรวมของแบบทดสอบ 6 ข้อ อยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน โดยแปลผลลัพธ์คะแนน
แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Brooke, & Bullock, 1999 อ้างถึงใน ศตวรรษ อุตสาหกรรม และคณะ, 2561)

0-7 คะแนน หมายถึง การรับรู้ปกติ

8-9 คะแนน หมายถึงความผิดปกติทางการรับรู้เล็กน้อย และ

10-28 คะแนน หมายถึงมีความผิดปกติทางการรับรู้มาก

หากผลคะแนนรวมมากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลให้รับทราบ เพื่อดำเนินการส่งปรึกษาแพทย์ทางอายุรกรรมประสาทต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้
 ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา สิทธิในการรักษา ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว โรคประจำตัว
 ตอนที่ 2 ตำแหน่งของลำไส้ที่เป็นมะเร็งระยะของโรคมะเร็งและสูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับการรักษา คอรัสของยาเคมีบำบัด ได้จากบันทึกในเวชระเบียน

2.2 แบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้น การศึกษาครั้งนี้ใช้ The Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal [FACT-C Thai version 4] ที่พัฒนาโดย Cella et al. (1993) วัดความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ความผาสุกด้านอื่น ๆ เผยแพร่ในเว็บไซด์ FACIT.org ซึ่งผู้วิจัยทำการขออนุญาตในการนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และได้รับการอนุญาตเรียบร้อยแล้ว โดย FACT-C เป็นแบบสอบถามฉบับภาษาไทย แปลโดย สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และคณะ (2543) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตที่เฉพาะผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมีผู้นำไปใช้วัดคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างกว้างขวางทั่วโลก มีความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นสูง สำหรับในประเทศไทยมีการนำมาใช้ในงานวิจัยที่มีกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ ค่าความเชื่อมั่น .90-.91 (อรุณี หล่อนิล และคณะ, 2552; นวพรพรย สีมารักษ์ และคณะ, 2561) ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตัดข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม (Ostomy) จำนวน 2 ข้อ จึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ จากเดิม 36 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม 5 ด้าน ซึ่งมีทั้งหมด 27 คำถาม และคำถามเฉพาะโรคอีก 7 ข้อ ได้แก่

ความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-7

ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8-14

ความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15-20

ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21-27

ความผาสุกด้านอื่น ๆ เป็นข้อคำถามเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 28-34

ซึ่งข้อความในแต่ละข้อถามว่าตรงกับสถานการณ์ของท่าน ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา หรือไม่/อย่างไร ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก มีจำนวน 19 ข้อ ได้แก่ ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8-14, ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จำนวน 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 จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-7, ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 17, 18, 19, 20 และความผาสุกด้านอื่น ๆ 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

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้เพียงแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก จำนวน 34 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น .90

แบบวัดความผาสุกเป็นการประเมินระดับความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก จำนวน 34 ข้อ คำตอบแต่ละข้อแบ่งเป็นค่าคะแนน 0-4 คะแนน หลังจากได้คำตอบนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน การแปลผลคะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 136 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความผาสุกในระดับสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า จากนั้นนำมาประเมินคะแนนเฉลี่ยความผาสุกโดยรวม และแยกเป็นรายด้าน โดยคิดเป็นคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านที่เป็นไปได้ในช่วง 0-4 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.33 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.00 คะแนนเฉลี่ยยิ่งสูง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความผาสุกในระดับสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า

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

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสเวนสัน สำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด และคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยพัฒนาโดยการนำทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson (1993) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนามาประยุกต์ใช้ เป็นรูปแบบในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน คือ การดำรงไว้ซึ่งความหวังความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วย (Maintaining belief) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Knowing) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ (Doing for) และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการดูแลบุคคลทั้งคนแบบองค์รวม เป็นการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมทั้งมีองค์ประกอบชัดเจนที่เป็นรูปธรรม มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรประกอบไปด้วย ความรัก ความเมตตา ความเอื้ออาทร ความห่วงใย ความเอาใจใส่ ร่วมสุขร่วมทุกข์ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการช่วยเหลือ การสนับสนุน ส่งเสริม เพื่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง การดำเนินการ 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ระยะที่ 2 การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรมทั้ง 5 ด้านดังกล่าวทุกระยะ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลา สถานที่ดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และเหตุผลเชิงทฤษฎี ซึ่งการเข้าร่วมแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด จะมีการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 3 ระยะ รวมใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 9 สัปดาห์

3.2 คู่มือการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักเป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสารวิชาการ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรายละเอียดในเนื้อหาของคู่มือประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ยาเคมีบำบัด การดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย การปฏิบัติตนหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด และคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไปตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคมะเร็งและยาเคมีบำบัด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการใช้ทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน 1 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา กิจกรรมและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด และคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 3 ราย ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความเข้าใจในรายละเอียดของแผนการพยาบาลที่ใช้เป็นอย่างดี

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยนำแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนแล้วทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังกล่าวในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ด้วยการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) ได้ค่าความเชื่อมั่น .90 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ จึงนำไปใช้ในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้ทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการให้บริการและการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้เลขที่ของแบบสัมภาษณ์เป็นรหัสแทน ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยได้เสริมสร้างความรู้และความเข้าใจตามแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 9 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการปฏิบัติกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน จำนวน 20 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ และขั้นดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะ โดยการศึกษาค้นคว้าหาความรู้จากตำราเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นผู้วิจัยศึกษาเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญในการใช้ทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันอย่างละเอียด และเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบเอื้ออาทร จากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อทำความเข้าใจในกระบวนการดูแลให้พยาบาลกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ได้อย่างลึกซึ้ง การเตรียมความพร้อมด้านทัศนคติเป็นการเตรียมเพื่อพัฒนาความคิดเห็น ความเชื่อ การตระหนักและการรับรู้ความรู้สึกรองตัวเองเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เตรียมตัวเองให้มีความไวในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกัน การเตรียมความพร้อมด้านจริยธรรมและวิชาชีพ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับหลักจริยธรรม ช่วยให้มีมีความไวและสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ มุ่งมั่นทำความดี มีความซื่อสัตย์และความเมตตา เคารพในความเป็นบุคคลของทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว มีความกระตือรือร้นให้ความสนใจ ให้ความสำคัญกับวัตถุประสงค์ในการดูแล (Field & Cassel, 1997 อ้างถึงใน เตชทัต อัครนารักษ์, วราภรณ์ คงสุวรรณ และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2560)

หลังจากเค้าโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยเสนอขอพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 เมื่อผ่านการรับรองแล้วจึงนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หน่วยตรวจอายุรกรรม 1 และหน่วยตรวจศัลยกรรม หอผู้ป่วยในของสาขาอายุรกรรม สาขาศัลยกรรม และสาขาหอผู้ป่วยพิเศษ หลังจากได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตจากหัวหน้าหน่วยตรวจอายุรกรรม 1 หัวหน้าหน่วยตรวจศัลยกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยในและพยาบาลประจำหน่วยงานดังกล่าว เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยซึ่งได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้

2. ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อมกัน โดยในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือนเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม และในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือนเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็นรายบุคคล มีขั้นตอนการปฏิบัติแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) ระยะดำเนินการทดลอง และระยะหลังการทดลอง (Post-test) ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 9 สัปดาห์ ดังนี้

ระยะก่อนดำเนินการ (ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ของเดือน) ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นรายบุคคล ที่หน่วยตรวจอายุรกรรม 1 และหน่วยตรวจศัลยกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและการสร้างสัมพันธภาพแล้วจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ระยะเวลา 15-30 นาที ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ครั้งที่ 1 (Pre-test) โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระยะดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน รวม 9 สัปดาห์)

ระยะที่ 1 การพยาบาลเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในของสาขาอายุรกรรม สาขาศัลยกรรม และสาขาหอผู้ป่วยพิเศษ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลการปฏิบัติตัว การประเมินและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะได้รับยาเคมีบำบัดทุก 2 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน รวม 4 รอบเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พร้อมทั้งนัดหมายเป็นรายบุคคล เพื่อวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ครั้งที่ 2 หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดรวม 4 รอบในสัปดาห์ที่ 9

ระยะที่ 2 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 ครั้ง การติดตามการมาตรวจตามนัดอีก 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนหลังได้รับยาเคมีบำบัดเป็นรายบุคคลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแต่ละหอผู้ป่วย ทูกรอบของการมารับยาเคมีบำบัด

ระยะหลังดำเนินการ (ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 ของเดือน ตรงกับสัปดาห์ที่ 9) ภายหลังจากผู้สูงอายุได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ ในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ชุดเดิมครั้งที่ 2 (Post-test) ในวันมาตรวจตามนัดที่หน่วยตรวจอายุรกรรม 1 และหน่วยตรวจศัลยกรรม ผู้วิจัยให้ความรู้ คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด มอบคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อ

ได้รับยาเคมีบำบัด และตอบปัญหาข้อสงสัยแก่กลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง หลังจากนั้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้และยุติสัมพันธภาพ

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็นรายบุคคล มีขั้นตอนการปฏิบัติแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) ระยะดำเนินการทดลอง และระยะหลังการทดลอง (Post-test) ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 9 สัปดาห์มีดังนี้

ระยะก่อนดำเนินการ (ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน) ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นรายบุคคล ที่หน่วยตรวจอายุรกรรม 1 และหน่วยตรวจศัลยกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและการสร้างสัมพันธภาพแล้วจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ระยะเวลา 15-30 นาที ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ครั้งที่ 1 (Pre-test) พร้อมทั้งนัดหมายเป็นรายบุคคลเมื่อต้องมารับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยในของสาขาอายุรกรรม สาขาศัลยกรรม และสาขาหอผู้ป่วยพิเศษ ต่อไปเป็นเวลา 9 สัปดาห์ และจะทำแบบประเมินครั้งที่ 2 หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดรวม 4 รอบ ในสัปดาห์ที่ 10

ระยะดำเนินการ (ครั้งที่ 1-12 ทุกสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน รวม 9 สัปดาห์) ใช้ระยะเวลา 3 วัน/ รอบ ทุก 2 สัปดาห์ รวม 4 รอบ ผู้วิจัยดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วยในของสาขาอายุรกรรม สาขาศัลยกรรม และสาขาหอผู้ป่วยพิเศษ โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในกิจกรรมประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด (สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน ครั้งที่ 1) ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ใช้เวลา 45-60 นาที ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นรายบุคคล ณ หอผู้ป่วยในของสาขาอายุรกรรม สาขาศัลยกรรม และสาขาหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา และการสร้างสัมพันธภาพเบื้องต้น (Knowing)

1. ก่อนที่ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลประวัติเวชระเบียนและประวัติการรักษาในระบบ

คอมพิวเตอร์ เพื่อให้ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเบื้องต้นและประวัติการได้รับการรักษาที่ผ่านมา และค้นหาข้อมูล โรคกระเร็งของแต่ละบุคคลโดยละเอียด

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลด้วยการแสดงความเคารพให้เกียรติโดยการขออนุญาตเรียกชื่อ กล่าวทักทาย แนะนำตนเองด้วยคำพูดที่สุภาพนุ่มนวล ท่าทีที่เป็นมิตร แสดงความจริงใจ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและญาติได้แนะนำตัว พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไป

3. ผู้วิจัยประเมินและเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจให้แก่ผู้สูงอายุโรคกระเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีกิจกรรมประกอบด้วย

3.1 ซักถามเพื่อประเมินด้านความรู้เรื่องโรคกระเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การได้รับยาเคมีบำบัด และการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อต้องได้รับยาเคมีบำบัด

3.2 ซักถามเพื่อประเมินความเข้าใจในสภาพความเจ็บป่วยที่ตนเองต้องเผชิญอยู่ในขณะนี้ สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของตนเองต่อการรักษาที่ได้รับในครั้งนี้ ซึ่งแต่ละคนมีความคิด ความเชื่อ ความศรัทธา แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้สูงอายุโรคกระเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแต่ละราย (Maintaining belief)

3.3 ผู้วิจัยซักถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความเชื่อหรือประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคกระเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมทั้งการเจ็บป่วยในครั้งนี้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคกระเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหรือไม่

3.4 ผู้วิจัยใช้ทักษะการฟังรวมทั้งการสังเกตท่าทาง การแสดงออกของผู้สูงอายุโรคกระเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักประกอบกับคำบอกเล่า ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของผู้สูงอายุโรคกระเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3.5 สอบถามสิ่งที่ผู้ป่วยชอบหรือไม่ชอบ สิ่งที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้สูงอายุ

4. ผู้วิจัยใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุกับญาติอย่างคุ่มค่า ร่วมรับฟังปัญหา รับรู้อารมณ์และแบ่งปันความคิด ความรู้สึกกับผู้สูงอายุในทุก ๆ เรื่องที่ท่านต้องการบอกเล่า (Being with)

5. สนใจ เอาใจใส่ และเต็มใจให้ความช่วยเหลือ ผู้วิจัยช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง (Doing for) สัมผัสอย่างนุ่มนวลในภาวะที่ผู้สูงอายุมีความต้องการ ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย

6. ผู้วิจัยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคกระเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยอธิบายอย่างมีเหตุผลทางวิชาการน่าเชื่อถือ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกระเร็ง และวิธีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Enabling)

7. เปิดโอกาสให้ซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พร้อมทั้งซักถามสะท้อนกลับกับ ผู้สูงอายุและญาติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

8. ผู้วิจัยตั้งคำถามทำให้ผู้สูงอายุเกิดมุมมองทางบวกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ให้ผู้สูงอายุ ประเมินความเข้าใจในสภาพความเจ็บป่วยที่ตนเองต้องเผชิญอยู่ในขณะนี้ สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของตนเองต่อการรักษาที่ได้รับในครั้งนี้ ซึ่งแต่ละคนมีความคิด ความเชื่อ ความศรัทธาแตกต่างกัน รับฟังและยอมรับในความเชื่อส่วนตัวของผู้สูงอายุ (Maintaining belief)

9. รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ และทำการบันทึกทัศนคติ ความเชื่อ ความต้องการการดูแล ที่ ได้รับจากการสนทนา จากการซักประวัติและรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล นำข้อมูล ที่ ประเมินได้มาวิเคราะห์ ทบทวนปัญหา เพื่อนำมาวางแผนการดูแลแบบเอื้ออาทร และเตรียมการ พยาบาล หาวิธีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาลำหรับครั้งต่อไป

ระยะที่ 2 ครั้งที่ 2-16 ทุกสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน รวม 8 สัปดาห์ การพยาบาลเมื่อ ได้รับยาเคมีบำบัด นำกระบวนการพยาบาลกิจกรรมประกอบด้วย การวินิจฉัยการพยาบาล การ วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

ครั้งที่ 2-4 (สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน กิจกรรมวันที่ 1-3) ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และญาติผู้ดูแลที่หอผู้ป่วยใน หลังจากดำเนินการรับผู้ป่วยใหม่เรียบร้อยแล้ว ใช้เวลาวันละ 1 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ก่อนเข้าพบผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสอบถามข้อมูล ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จากพยาบาลใน เเวรประจำหอผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล แสดงความเคารพเพื่อให้เกิดความ ไว้วางใจและรับรู้ถึงความรู้สึกที่จริงใจ การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุและญาติรู้สึก อบอุ่นใจ พร้อมยินดีให้ผู้วิจัยให้การดูแล แสดงการให้เกียรติในความเป็นอาวุโส โดยผู้วิจัยไม่ยื่นคำ ในขณะทีพูดคุยด้วย หรือมากที่สุดก็นั่งระดับเดียวกันสำหรับผู้สูงอายุที่นอนพักบนเตียง

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้สอบถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และอุปสรรคในการดำเนินชีวิตเมื่อ ต้องมาอยู่โรงพยาบาล (Knowing) พร้อมทั้งตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัย ด้วยการยอมรับอย่าง เข้าใจและเต็มใจ โดยไม่มีความรู้สึกเบื้อ

4. ร่วมฟังปัญหาและความต้องการต่าง ๆ อย่างจริงใจและค้นหาสาเหตุของปัญหาและ ความต้องการครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ยอมรับแบบแผนการดำเนิน ชีวิตของผู้สูงอายุในความเป็นลักษณะเฉพาะ

5. ตรวจสอบความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละรายก่อนให้การพยาบาลเสมอ
6. ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ
7. ผู้วิจัยใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างคุ้มค่า ร่วมรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ รับรู้อารมณ์และแบ่งปันความคิด ความรู้สึกกับผู้สูงอายุในทุก ๆ เรื่องที่ท่านต้องการบอกเล่า (Being with) ด้วยการยอมรับอย่างเข้าใจและเต็มใจ โดยไม่มีความรู้สึกเบื่อหน่าย
8. สนใจ เอาใจใส่ และเต็มใจให้ความช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ สอบถามทุกข์-สุขเป็นระยะ ๆ คอยอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุทั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล เพื่อคลายความวิตกกังวลและความกลัว
9. ผู้วิจัยเฝ้าดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักขณะได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน สังเกตและประเมินอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด
10. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่โดยไม่ขัดขวางหรือปฏิเสธการแสดงความรู้สึกหรือความเชื่อของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยรับฟังปัญหาอย่างเข้าใจร่วมรับรู้ความรู้สึกกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
11. สรุปประเมินผลการพยาบาลทุกวัน และมีการปรับปรุงแผนการพยาบาลที่อาจเปลี่ยนแปลงที่พบในแต่ละวัน ผู้วิจัยช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง (Doing for) สัมผัสอย่างนุ่มนวลในภาวะที่ผู้สูงอายุมีความต้องการ ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย และดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัย
12. ผู้วิจัยเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ตลอดเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่วยเหลือให้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ด้วยความชำนาญอย่างมีทักษะ นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการค้นหาปัญหาและความต้องการ มีการวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ปรับปรุงแผนการพยาบาลเพื่อให้เกิดความสอดคล้องตรงกับปัญหา
13. ผู้วิจัยดูแลเรื่องยาเคมีบำบัดให้แก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยแนะนำตนเองถึงประสบการณ์การเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเฉพาะทาง เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นใจในการได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดจากผู้วิจัย
14. สังเกตและติดตามประเมินเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและให้การพยาบาลตามอาการที่พบในแต่ละสูตรยา เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการถ่ายเหลว อาการชาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า การมีแผลในปาก อาการเบื่ออาหาร ประเมินภาวะ

โภชนาการ ตรวจสอบประเมินติดตามอาการต่าง ๆ ดังกล่าวต่อเนื่องทุกวัน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการได้รับยาเคมีบำบัด

15. ผู้วิจัยเตรียมวางแผนจำหน่ายให้แก่ผู้สูงอายุในการวางแผนการดูแลตนเองตามปัญหาสุขภาพที่พบจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ

16. ผู้วิจัยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดได้ถูกต้อง (Enabling) ให้ข้อมูลผู้สูงอายุและเสนอทางเลือก เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ใส่ใจในปัญหาที่ผู้สูงอายุบอก ให้คำปรึกษา สอนผู้สูงอายุถึงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยครบถ้วนทุกปัญหาสุขภาพ

17. ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุใช้ความสามารถอย่างเต็มศักยภาพ ให้ผู้สูงอายุและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยสังเกตและสอบถามอาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

18. ผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อธิบายความหมาย ความสำคัญ แนะนำวิธีการนำไปใช้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ การดูแลสุขภาพ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติตนเองได้อย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวัน ซึ่งภายในคู่มือประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดง การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ ยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติตนหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการชาบริเวณปลายประสาท จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง ซีด/ ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย แผลในปาก อาการผมบาง ผมหลุดร่วงง่าย ความผิดปกติที่ผิวหนัง อาการผื่นคล้ายสิ่ว อาการเหนื่อยล้า และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ (รายละเอียดดังคู่มือในภาคผนวก ข)

19. ผู้วิจัยใช้ทักษะการฟังรวมทั้งการสังเกตท่าทางการแสดงออกของผู้สูงอายุประกอบกับคำบอกเล่า ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

20. ผู้วิจัยซักถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความเชื่อหรือประสบการณ์ของผู้สูงที่มีต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

21. ทบทวนความรู้ ข้อมูล สถานการณ์ความเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วย ก็จะยังสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมไม่เกิดอันตราย โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัย

จะให้ความสำคัญกับครอบครัวโดยการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว ญาติผู้ดูแลของผู้สูงอายุ ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเข้าใจจะได้คอยช่วยเหลือและคอยให้กำลังใจกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อไป

22. ผู้วิจัยสนับสนุนให้กำลังใจและส่งเสริมผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา ความหวังที่มีอยู่ ซึ่งต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาและไม่ก่อให้เกิดอันตราย ช่วยเอื้อสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือตามความเชื่อ

23. ให้ผู้สูงอายุแสดงความรู้สึก ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ปฏิบัติตามความคิด ความเชื่อ ทางด้านศาสนา โดยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความศรัทธา (Maintaining belief) เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ การนำพวงมาลัยไปไหว้พระประจำหอผู้ป่วยหรือให้ผู้วิจัยได้นำพวงมาลัยไหว้พระนั้นไปวางที่หอพระของโรงพยาบาลแทนผู้สูงอายุ

24. รวบรวมข้อมูล ปัญหา ความเชื่อ ทศนคติ ความต้องการการดูแล ความต้องการความสุขสบายจากการประเมินซักถามอาการ รวบรวมข้อมูลที่ได้รับจากผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล บันทึกและวิเคราะห์ นำไปวางแผนการพยาบาลในวันต่อไป เพื่อเป็นการทบทวนแผนการดูแล สามารถปรับปรุงแผนการพยาบาลได้สอดคล้องตรงตามความต้องการ ตามปัญหาของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป

25. ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยแก่ผู้สูงอายุ เพื่อไว้สำหรับการติดต่อสื่อสารเมื่อกลับบ้าน ไปและพบปัญหาต่าง ๆ ผู้สูงอายุสามารถโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาด้วยความยินดีและไม่มองว่าเป็นการรบกวน และขอเบอร์โทรศัพท์ผู้สูงอายุเพื่อเตรียมโทรติดตามภายหลังกลับบ้าน

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน กิจกรรมการโทรศัพท์ ใช้เวลา 5-10 นาที โทรศัพท์ติดตามปัญหา อาการ การปฏิบัติตน ให้คำปรึกษา สอน และบันทึกการโทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการ เพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาลให้ตรงตามปัญหาและตามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 5-7 (สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน กิจกรรมวันที่ 5-7) ในการมารับยาเคมีบำบัดของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุก 2 สัปดาห์เป็นรอบที่ 2 ซึ่งจะใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาล 3 วัน ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และญาติผู้ดูแลที่หอผู้ป่วยในช่วงเช้า ใช้ระยะเวลาวันละ 1 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ก่อนเข้าพบผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสอบถามข้อมูล ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ ในช่วงระหว่างที่ผู้วิจัยไม่ได้อยู่ดูแล จากพยาบาลในเวรประจำหอผู้ป่วย ติดตามผลเลือดในครั้งนี้ และประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุ
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล แสดงความเคารพ ให้เกียรติ กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง แสดงออกทั้งโดยการพูดและการกระทำ เช่น การเรียกผู้สูงอายุ ควรตระหนักในวัฒนธรรม ความเหมาะสม และการขออนุญาตหรือเรียกตามความต้องการของผู้สูงอายุ นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการค้นหาปัญหาและความต้องการ มีการวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม
3. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว มีแสงสว่างเพียงพอที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสังเกตเห็นฝีปากได้ ใช้เสียงดังพอควรไม่ตะโกนข้างหู สบตาขณะสนทนา
4. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามปัญหาภายหลังจากกลับบ้านไป (Knowing) และเต็มใจตอบปัญหาต่าง ๆ ใช้คำพูดที่สุภาพนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นมิตร มีความจริงใจ ความห่วงใย ความเป็นกันเอง เพื่อให้เกิด ความคุ้นเคย และเกิดความเชื่อใจ ไว้วางใจระหว่างกัน ลดความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกกลัวลง และยังเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง
5. แสดงการให้เกียรติในความเป็นอาวุโส โดยผู้วิจัยไม่ยื่นคำในขณะทีพูดคุยด้วย หรือมากที่สุดคือนั่งระดับเดียวกันสำหรับผู้สูงอายุที่นอนพักบนเตียง
6. ค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมถึงความชอบ/ ไม่ชอบสิ่งใดหรือการกระทำสิ่งใดบ้างในระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล เป็นการทำความรู้จักกันมากยิ่งขึ้น
7. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งกล้าใส่ใหญ่และทวารหนักได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่โดยไม่ขัดขวางหรือปฏิเสธการแสดงความรู้สึกหรือความเชื่อของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยรับฟังปัญหาอย่างเข้าใจ ร่วมรับรู้ความรู้สึกกับผู้สูงอายุ โดยการสัมผัสมือ การพยักหน้า หรือการตอบรับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้วิจัยเข้าใจในความรู้สึกของผู้สูงอายุ และไม่แสดงท่าทีเบื่อหน่าย แสดงออกถึงความรู้สึกยินดีและเต็มใจในการได้มาดูแล ไม่เร่งรีบ และไม่เพิกเฉย ไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระกับผู้วิจัย (Being with)
8. ผู้วิจัยดูแลเรื่องยาเคมีบำบัดให้แก่ผู้สูงอายุ (Doing for) เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นใจในการได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการได้รับยาเคมีบำบัด เช่น การตรวจสอบ IV site การสังเกต Extravasation เป็นต้น
9. ผู้วิจัยสังเกตและติดตามประเมินอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ผู้สูงอายุได้รับแต่ละสูตรยา เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการถ่ายเหลว อาการชาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า การมีแผลในปาก อาการเบื่ออาหาร วางแผนและให้การพยาบาลตามอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น

10. สังเกตและประเมินภาวะจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ความวิตกกังวลต่อการได้รับยาเคมีบำบัด สอบถามประสบการณ์หรือวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลในอดีตที่ผ่านมา ร่วมกันหาวิธีการผ่อนคลาย เช่น การดูโทรทัศน์ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ หรือการทำกิจกรรมกับญาติผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความสอดคล้องตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย ชวนพูดคุยผ่อนคลาย หรือพูดคุยตามสถานการณ์ที่พบขณะนั้น

11. ผู้วิจัยรับฟังเรื่องราวของผู้สูงอายุ ความคิดและความต้องการ ด้วยการเอาใจใส่ในสิ่งที่ผู้สูงอายุสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นการพูด สีหน้า แววตา หรืออากัปกิริยาต่าง ๆ ที่สื่อมาอย่างตั้งใจ และพยายามเข้าใจในสถานการณ์ของผู้สูงอายุ ไม่ตัดสินใด ๆ ไปก่อน ก็จะทำให้การสื่อสารระหว่างกันมีประสิทธิภาพขึ้น สามารถเข้าใจถึงจิตใจและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

12. ผู้วิจัยสังเกตและสอบถามอาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเมื่อกลับไปบ้าน นำคู่มือมาทบทวนความรู้ ข้อมูล สถานการณ์ความเจ็บป่วย เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุเข้าใจ สามารถปรับตัวและยอมรับการเจ็บป่วย พร้อมทั้งวางแผนให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองจัดการกับปัญหาหรืออาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้ (Enabling)

13. สอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ในเรื่องที่ผู้สูงอายุยังปฏิบัติไม่ได้หรือวางแผนร่วมกันในการค้นหาวิธีการใหม่ให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุจะสามารถปฏิบัติตามได้ และไม่ขัดต่อการรักษาให้กำลังใจและให้คำปรึกษาเป็นระยะ ๆ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมและตอบข้อสงสัยต่าง ๆ

14. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นตามความเชื่อนั้น (Maintaining belief) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามความคิด ความเชื่อทางด้านศาสนา จากการรับทราบข้อมูลในครั้งก่อน โดยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความศรัทธา เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ อ่านหนังสือธรรมะ อ่านหนังสือบทสวดมนต์ เป็นต้น เอื้ออำนวยให้เกิดความสะดวก สนทนาธรรมหากผู้สูงอายุต้องการ เข้าถึงและเข้าใจในความทุกข์ ด้วยการรับรู้ปัญหา เห็นอกเห็นใจ ให้เกียรติ ไม่ดูถูก เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เห็นความสำคัญของคุณค่าทางจิตวิญญาณ ประสานสายตาแสดงความอบอุ่นและความมีน้ำใจให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ความรู้สึกของผู้วิจัย

15. รวบรวมข้อมูล ปัญหา ความเชื่อ ทศนคติ ความต้องการการดูแล ความต้องการความสุขสบายจากการประเมินซักถามอาการ รวบรวมข้อมูลที่ได้รับจากผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล คัดวิเคราะห์ บันทึก นำไปวางแผนการพยาบาลแบบเฝ้าอาทร และให้การพยาบาลในวันต่อไป เพื่อเป็น

การทบทวนแผนการดูแล สามารถปรับปรุงแผนการพยาบาลได้สอดคล้องตรงตามความต้องการตามปัญหาของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง พร้อมทั้งนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ครั้งที่ 8 สัปดาห์ที่ 1 ของเดือน กิจกรรมการโทรศัพท์ วันที่ 8 ใช้เวลา 5-10 นาที โทรศัพท์ติดตามปัญหา อากาการ การปฏิบัติตน ให้คำปรึกษา สอน ทบทวน และบันทึกการโทรศัพท์เยี่ยมชมติดตามอาการ เพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาลให้ตรงตามปัญหาและตามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 9-11 (สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน กิจกรรมวันที่ 9-11) การมารับยาเคมีบำบัดของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุก 2 สัปดาห์ เป็นรอบที่ 3 ซึ่งจะใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาล 3 วัน ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และญาติผู้ดูแลที่หอผู้ป่วยในช่วงเช้า ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง/ วัน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ก่อนเข้าพบผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสอบถามข้อมูล ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ ในช่วงระหว่างที่ผู้วิจัยไม่ได้อยู่ดูแล จากพยาบาลในเวรประจำหอผู้ป่วย ติดตามผลเลือดในครั้งนี และประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุ

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล แสดงความเคารพ กล่าวทักทาย แนะนำตนเองอีกครั้ง มองสบตา ให้เกียรติโดยการเรียกชื่อตามที่เคยได้รับอนุญาตจากผู้สูงอายุ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพเชิงบวก เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และการสื่อสารระหว่างกันด้วยความเข้าใจและเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

3. แสดงการให้เกียรติในความเป็นอาวุโส โดยผู้วิจัยไม่ยื่นคำในขณะพูดคุยด้วย หรือมากที่สุดคือนั่งระดับเดียวกันสำหรับผู้สูงอายุที่นอนพักบนเตียง

4. ให้ความกับผู้สูงอายุในการคิด ไตร่ตรอง ได้มีโอกาสเล่าถึงปัญหาหรืออาการด้วยภาษา และความเข้าใจของตนเอง ฟังอย่างตั้งใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุเล่า เพื่อค้นหาปมที่อยู่ในใจ โดยผู้วิจัยต้องไม่ตัดสินหรือขัดจังหวะการบอกเล่า แต่จะยอมรับและทำความเข้าใจตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

(Knowing)

5. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัว มีแสงสว่างเพียงพอที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสังเกตเห็นสีปากได้ ใช้เสียงดังพอควรไม่ตะโกนข้างหู จัดทำผู้สูงอายุขณะสนทนากันอย่างเหมาะสม เพื่อลดอาการอ่อนเพลียและความไม่สุขสบาย (Being with)

6. ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้สูงอายุ โดยตรงก่อน ในกรณีที่ต้องขอข้อมูลจากญาติและผู้ดูแล จะขออนุญาตจากผู้สูงอายุก่อนเสมอ ไม่ควรสอบถามข้อมูลจากญาติในขณะที่ผู้สูงอายุสามารถให้ข้อมูลได้

7. ผู้วิจัยพูดคุยชักชวนให้ผู้สูงอายุได้เล่าความทรงจำในอดีตและเรื่องราวของชีวิตแต่หลัง เพื่อได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจในรายละเอียดตามมุมมองของผู้สูงอายุซักถามที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองหรือจัดการปัญหาต่าง ๆ อย่างไม่เร่งรีบ

8. ตรวจสอบความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละรายก่อนให้การพยาบาลเสมอ และให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ

9. ผู้วิจัยเฝ้าดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักขณะได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ประเมินอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ช่วยเหลือถูกต้อง รวดเร็วด้วยความชำนาญอย่างมีทักษะ

10. ผู้วิจัยคอยช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง (Doing for)

11. ผู้วิจัยแสดงความกระตือรือร้น เต็มใจให้บริการ เอาใจใส่ ไม่รังเกียจ และตอบสนองทันทีเมื่อร้องขอ ชวนพูดคุยผ่อนคลาย หรือพูดคุยตามสถานการณ์ที่พบขณะนั้น สถานการณ์ทั้งที่มีความสุขและความทุกข์ พร้อมร่วมแบ่งปันประสบการณ์ของผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุได้รู้จักผู้วิจัยมากขึ้น

12. สนับสนุนให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองจัดการกับปัญหาหรืออาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้ (Enabling) สอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ในเรื่องที่ผู้สูงอายุยังปฏิบัติไม่ได้หรือวางแผนร่วมกันในการค้นหาวិธีการใหม่ให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุจะสามารถปฏิบัติตามได้ และไม่ขัดต่อการรักษา พัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหา และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมหรือจัดการกับปัญหาเฉพาะของแต่ละคน อาจมีการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตถ้าจำเป็น

13. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามไปตามความคิด ความเชื่อทางด้านศาสนา โดยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความศรัทธา (Maintaining belief)

14. ผู้วิจัยแสดงออกถึงความยินดีในการช่วยเหลือ มีน้ำใจ และเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุด้วยความมีเมตตา กรุณา ดูแลประคับประคองทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความอบอุ่นใจ ผ่อนคลายจากความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการปรับตัวและฟื้นฟูสุขภาพปกติได้เร็วขึ้น

15. ผู้วิจัยแสดงพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุทั้งทางกาย วาจา ใจ ที่เป็นไปอย่างนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส ใช้คำพูดที่ไพเราะสุภาพ

16. ผู้วิจัย ผู้สูงอายุและญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ชัดเจนว่าต้องการให้เกิดการช่วยเหลือเปลี่ยนแปลงในเรื่องใด โดยมุ่งเน้นที่เป้าหมายสุดท้ายคือ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุก ๆ ระยะของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

17. รวบรวมข้อมูล ปัญหา ความเชื่อ ทศนคติ ความต้องการการดูแล ความต้องการ ความสุขสบายจากการประเมินซักถามอาการ รวบรวมข้อมูลที่ได้รับจากผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล คิดวิเคราะห์ บันทึก นำไปวางแผนการดูแลแบบเอื้ออาทร และให้การพยาบาลในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 12 สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน กิจกรรมการโทรศัพท์ วันที่ 12 ใช้เวลา 5-10 นาที โทรศัพท์ติดตามปัญหา อาการข้างเคียงทบทวนการปฏิบัติตน หรือปัญหาด้านอื่น ๆ รับฟังคำพูด ความรู้สึก จากน้ำเสียงอย่างตั้งใจ ค้นหาความคิด ความเข้าใจของผู้สูงอายุ และบันทึกการโทรศัพท์ เชื่อมติดตามอาการ นำไปปรับปรุงแผนการพยาบาลให้ตรงตามปัญหาและตามความต้องการการดูแล

ครั้งที่ 13-15 (สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน กิจกรรมวันที่ 13-15) ในการมารับขานเคมีบำบัดของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุก 2 สัปดาห์เป็นรอบที่ 4 ซึ่งจะใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาล 3 วัน ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และญาติผู้ดูแลที่หอผู้ป่วยในช่วงเช้า ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง/ วัน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ก่อนเข้าพบผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสอบถามข้อมูล ปัญหาของผู้สูงอายุ ในช่วงระหว่างที่ผู้วิจัยไม่ได้อยู่ดูแล จากพยาบาลในเวรประจำหอผู้ป่วย ติดตามผลเลือดในครั้งนี้ และประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุก่อนให้การพยาบาล

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล แสดงความเคารพ กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง อีกครั้ง ให้เกียรติโดยการเรียกชื่อตามที่เคยได้รับอนุญาตจากผู้สูงอายุ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ

3. แสดงการให้เกียรติในความเป็นอาวุโส โดยผู้วิจัยไม่ยื่นคำในขณะพูดคุยด้วย หรือมากที่สุดคือนั่งระดับเดียวกันสำหรับผู้สูงอายุที่นอนพักบนเตียง นั่งเก้าอี้ข้างเตียง โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีแสงสว่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นสังเกตริมฝีปากผู้วิจัยขณะสนทนาได้

4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ ให้เวลาทบทวนชีวิตตนเองที่ผ่านมา การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม สอดคล้องกับการให้คุณค่าและความเชื่อของผู้สูงอายุหรือไม่ (Knowing)

5. ในการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ชัดเจนร่วมกับญาติผู้ดูแลจากครั้งก่อนนั้น ยังมีความต้องการให้เกิดการช่วยเหลือหรือเปลี่ยนแปลงในเรื่องใดหรือไม่ โดยมุ่งเน้นที่เป้าหมายสุดท้ายคือ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุก ๆ ระยะของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และตลอดระยะเวลาของการมารับการรักษา

6. กระตุ้นให้เกิดความหวังที่เป็นไปได้ หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลหรือความหวังที่เป็นไปไม่ได้ ให้กำลังใจ ส่งเสริมการปรับตัวนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุในทุก ๆ เรื่อง เช่น การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การให้ความร่วมมือในการรักษา และการใช้ชีวิต

7. ผู้วิจัยประเมินความเข้าใจที่มีอยู่เดิม ประเมินความต้องการข้อมูล ให้ความกระจ่างในสิ่งที่ผู้สูงอายุรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มั่นใจ แก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลที่ตรงกันกับผู้สูงอายุเคยได้รับมาในครั้งก่อน ตลอดระยะเวลาที่ผู้วิจัยให้การพยาบาล (Doing for)

8. ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตอบสนองต่อการแสดงออกด้านอารมณ์ ความรู้สึก สิ่งที่เป็นกังวลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ด้วยการเอาใจใส่ในสิ่งที่ผู้สูงอายุสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นคำพูด สีหน้า แววตา หรืออากัปกิริยาต่าง ๆ ที่สื่อมาอย่างตั้งใจและพยายามเข้าใจในสถานการณ์ของผู้สูงอายุ ไม่ตัดสินใด ๆ ไปก่อน (Being with)

9. ผู้วิจัยทำความเข้าใจธรรมชาติของแต่ละครอบครัวของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน และวางแผนให้ความช่วยเหลือเพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง โดยการให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลและการสอน การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหา ตลอดจนการดูแลด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ การได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากครอบครัว (Enabling)

10. ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา ความหวังที่มีอยู่ ซึ่งต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาและไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Maintaining belief) ให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นตามความเชื่อนั้น สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติต่อไปตามความคิดความเชื่อทางด้านศาสนา โดยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความศรัทธา เช่น การตักบาตรข้างเตียง สวดมนต์ไหว้พระ และการกลับไปทำบุญที่วัด เป็นต้น

11. ผู้วิจัยกล่าวชมเชย ให้กำลังใจให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ให้ความมั่นใจ สนับสนุน ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การเผชิญกับสถานการณ์ และการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างปลอดภัย (Enabling)

ระยะที่ 3 ครั้งที่ 16 สัปดาห์ที่ 1 ของเดือน การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด **กิจกรรมการโทรศัพท์ วันที่ 16** ภายหลังจากผู้สูงอายุได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นรายบุคคล ที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 9 ใช้เวลา 10-15 นาที กิจกรรมประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยแสดงความเคารพ กล่าวทักทาย สอบถามอาการ สรุปรายการดำเนินของโรค ความก้าวหน้าของการรักษา ทบทวนการปฏิบัติตน พร้อมทั้งกล่าวชมเชย ให้กำลังใจให้ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและมีความมั่นใจ มากขึ้น

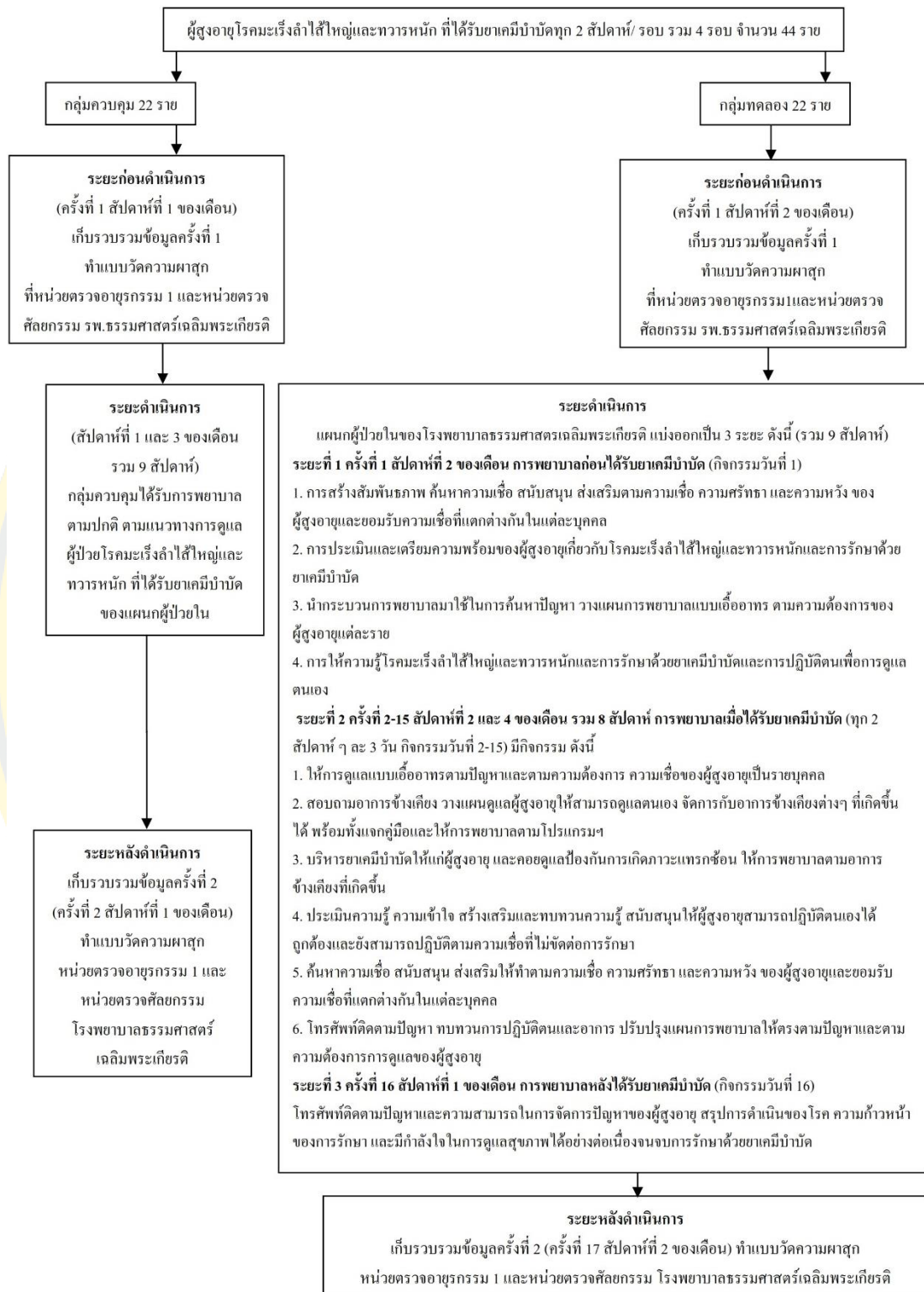
2. ผู้วิจัยกล่าวแสดงความรู้สึกที่มีต่อผู้สูงอายุว่ามีจิตใจที่เข้มแข็ง ยอมรับสภาพและ
ค่อย ๆ ปรับตัวได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุก็นจะสามารถ
ควบคุมได้ ทำให้มีกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับ
โรค และรู้สึกได้ว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุกระทำอยู่นั้นคุ้มค่าที่จะเอาชนะด้วยความมั่นใจ จนสามารถปรับตัว
เพื่อให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพได้

3. ผู้วิจัยสนับสนุน ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง
ตลอดระยะเวลาของการได้รับยาเคมีบำบัด 4 รอบที่ผ่านมา และขอให้ผู้สูงอายุปฏิบัติต่อไปจนครบ
การรักษา

4. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะยังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
ต่อไปจนครบ 12 รอบ จะต้องมาตรวจตามนัดโดยสม่ำเสมอและต่อเนื่องต่อไป เพื่อติดตาม
ผลการรักษา

5. หากยังมีปัญหาหรือข้อสงสัยใดของผู้สูงอายุและครอบครัวยังสามารถติดต่อสอบถามจาก
ผู้วิจัยได้เสมอ

6. บันทึกการโทรศัพท์ติดตามอาการ และสรุปประเมินผลการพยาบาล
ระยะหลังดำเนินการ (ครั้งที่ 17 สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน) ภายหลังจากผู้สูงอายุได้รับยาเคมี
บำบัดครบ 4 รอบ กิจกรรมประกอบด้วย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความพึง
พอใจสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ชุดเดิมครั้งที่ 2 (Post-test) หลังจากนั้นกล่าว
ขอบคุณผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดและญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วม
การวิจัยครั้งนี้ และยุติสัมพันธภาพ การดำเนินการวิจัยสามารถสรุปได้ดังภาพ



ภาพที่ 3 ขั้นตอนดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามกำหนดและตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไควสแคว

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสัน สำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้สถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของส
แวนสันต่อความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดย
ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่
ได้รับยาเคมีบำบัด ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม
ควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

การวิจัยครั้งนี้เมื่อเริ่มต้นการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22
ราย กลุ่มควบคุม 22 ราย เมื่อสิ้นสุดการวิจัยเหลือกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย (กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่ม
ควบคุม 20 ราย) เนื่องจากระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่
ได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มทดลอง 2 ราย และกลุ่มควบคุม 2 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ต้อง
หยุดการได้รับยาเคมีบำบัดในรอบนั้น เพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว โดยในกลุ่มทดลอง 1 ราย
มีไข้ พบว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด และอีก 1 รายมีภาวะ Neutropenia ทำให้ต้องเลื่อนการได้รับ
ยาเคมีบำบัดในรอบนั้นออกไป กลุ่มควบคุม 2 ราย โดย 1 ราย มีภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ
ร่วมกับมีเลือดออกในกระเพาะปัสสาวะ และอีก 1 รายมีภาวะ Neutropenia ทำให้ต้องเลื่อนการ
ได้รับยาเคมีบำบัดในรอบนั้นออกไปเช่นกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ อายุ
สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา สิทธิในการรักษา โรคประจำตัว ตำแหน่งของลำไส้ที่เป็นมะเร็ง
ระยะของโรคมะเร็ง สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ รอบยา และคอร์สยา โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ และ

ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบค่าที (Independent t-test) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าไคสแควร์ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล (N = 40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 20)		กลุ่มควบคุม (N = 20)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.48	.49
ชาย	13	65.0	15	75.0		
หญิง	7	35.0	5	25.0		
อายุ (Mean \pm SD)	(68.71 \pm 4.93)		(67.83 \pm 5.22)		2.56	.11
60-69 ปี	14	70.0	9	45.0		
70-79 ปี	6	30.0	11	55.0		
สถานภาพ					1.24	.54
คู่	14	70.00	16	80.0		
หม้าย	5	25.0	4	20.0		
หย่า	1	5.0	0	0.0		
ระดับการศึกษา					0.42	.94
ประถมศึกษา	6	30.0	5	25.0		
มัธยมศึกษา	6	30.0	6	30.0		
อนุปริญญา	1	5.0	2	10.0		
ปริญญาตรี	7	35.0	7	35.0		
ศาสนา					1.03	1.0 ^b
พุทธ	19	95.0	20	100.0		
อิสลาม	1	5.0	0	0.0		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	สิทธิในการรักษา					
เบิกต้นสังกัด	9	45.0	12	60.0		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	10	50.0	7	55.0		
ประกันสุขภาพสังคม	0	0.0	1	5.0		
ประกันชีวิต	1	5.0	0	0.0		
โรคประจำตัว					0.14	1.00 ^b
มีโรคประจำตัว	15	75.0	16	80.0		
ไม่มีโรคประจำตัว	5	25.0	4	20.0		
โรคร่วม					4.44	.35
มี 1 โรค	8	40.0	4	20.0		
มี 2 โรค	3	15.0	6	30.0		
มี 3 โรค	4	20.0	4	20.0		
มีมากกว่า 3 โรค	0	0.0	2	10.0		
ไม่มีโรคร่วม	5	25.0	4	20.0		
ตำแหน่งของลำไส้ที่เป็นมะเร็ง					10.27	.11
Sigmoid colon	9	45.0	6	30.0		
Splenic flexure	4	20.0	0	0		
Rectum	3	15.0	6	30.0		
Rectosigmoid colon	2	10.0	4	20.0		
Descending colon	0	0	3	15.0		
Transverse colon	1	5.0	1	5.0		
Ascending colon	1	5.0	0	0.0		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 20)		กลุ่มควบคุม (N = 20)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ระยะของโรคมะเร็ง					
Stage3	10	50.0	11	55.0		
Stage4	10	50.0	9	45.0		
สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ					6.03	.20
FOLFOX4	16	80.0	15	75.0		
mFOLFOX6	3	15.0	1	5.0		
de Gramont	0	0	3	15.0		
FOLFIRI	1	5.0	0	0.0		
FOLFIRI+AVASTIN	0	0.0	1	5.0		
รอบยา					6.48	.09
2	10	50.0	11	55.0		
3	2	10.0	5	25.0		
4	5	25.0	0	0.0		
5	3	15.0	4	20.0		
คอร์สยา					0.17	1.0 ^b
1	17	85.0	16	80.0		
2	3	15.0	4	20.0		

^a t-test^b Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.0) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 70.0) มีอายุเฉลี่ย 68.71 ปี (SD 4.93) ส่วนใหญ่มีสถานภาพมีคู่ (ร้อยละ 70.0) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 35.0) ระดับมัธยมศึกษาและระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 30) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.0) สิทธิในการรักษามาจากประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 50.0) ส่วน

ใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.0) มีโรคร่วม 1 โรค (ร้อยละ 40) และไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 25) ตำแหน่งของลำไส้ที่เป็นมะเร็ง คือ Sigmoid colon (ร้อยละ 45.0) ระยะของโรคมะเร็ง Stage 3 และ Stage 4 (ร้อยละ 50.0) สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ คือ FOLFOX4 (ร้อยละ 80.0) ส่วนใหญ่รอบยาที่ 2 (ร้อยละ 50.0) และคอร์สยาที่ 1 (ร้อยละ 85.0)

สำหรับ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.0) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 45.0) และอายุในช่วง 70-79 ปี (ร้อยละ 55.0) อายุเฉลี่ย 67.83 ปี (*SD* 5.22) มีสถานภาพมีคู่ (ร้อยละ 80.0) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 35.0) ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 30) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) สิทธิในการรักษามาจากเบิกต้นสังกัด (ร้อยละ 60.0) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 80.0) มีโรคร่วม 2 โรค (ร้อยละ 30) และไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 20) ตำแหน่งของลำไส้ที่เป็นมะเร็ง คือ Rectum และ Sigmoid colon (ร้อยละ 30.0) ระยะของโรคมะเร็ง Stage 3 (ร้อยละ 55.0) สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ คือ FOLFOX4 (ร้อยละ 75.0) ส่วนใหญ่รอบยาที่ 2 (ร้อยละ 55.0) และคอร์สยาที่ 1 (ร้อยละ 80.0)

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 40)

ความพอใจ	ระยะ	กลุ่มทดลอง (N = 20)			กลุ่มควบคุม (N = 20)		
		Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านร่างกาย	ก่อนการทดลอง	2.85	0.91	สูง	3.15	0.59	สูง
	หลังการทดลอง	3.26	0.47	สูง	3.20	0.57	สูง
ด้านสังคม/ ครอบครัว	ก่อนการทดลอง	3.07	0.63	สูง	2.93	0.49	สูง
	หลังการทดลอง	3.23	0.52	สูง	2.85	0.47	สูง
ด้านอารมณ์ จิตใจ	ก่อนการทดลอง	3.18	0.70	สูง	3.31	0.54	สูง
	หลังการทดลอง	3.48	0.57	สูง	3.28	0.50	สูง
ด้านการปฏิบัติ กิจกรรม	ก่อนการทดลอง	2.39	0.72	ปานกลาง	2.57	0.58	ปานกลาง
	หลังการทดลอง	2.86	0.62	สูง	2.43	0.60	ปานกลาง
ด้านอื่น ๆ	ก่อนการทดลอง	2.81	0.54	สูง	2.70	0.51	สูง
	หลังการทดลอง	3.06	0.47	สูง	2.71	0.59	สูง
ภาพรวมความ พอใจ	ก่อนการทดลอง	2.85	0.54	สูง	2.92	0.40	สูง
	หลังการทดลอง	3.17	0.43	สูง	2.88	0.39	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพอใจอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน ทั้งภาพรวมความพอใจเท่ากับ 2.85 ($SD = 0.54$) ความพอใจด้านร่างกายเท่ากับ 2.85 ($SD = 0.91$) ความพอใจด้านสังคม/ ครอบครัวเท่ากับ 3.07 ($SD = 0.63$) ความพอใจด้านอารมณ์ จิตใจเท่ากับ 3.18 ($SD = 0.70$) และความพอใจด้านอื่น ๆ เท่ากับ 2.81 ($SD = 0.54$) ตามลำดับ ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยความพอใจด้านการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.39 ($SD = 0.72$) ในระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพอใจอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ทั้งภาพรวมความพอใจเท่ากับ 3.17 ($SD = 0.43$) ความพอใจด้านร่างกายเท่ากับ 3.26 ($SD = 0.47$) ความพอใจด้านสังคม/ ครอบครัวเท่ากับ 3.23 ($SD = 0.52$) ความพอใจด้านอารมณ์ จิตใจเท่ากับ 3.48 ($SD = 0.57$) ความพอใจด้านการปฏิบัติกิจกรรมเท่ากับ 2.86 ($SD = 0.62$) และความพอใจด้านอื่น ๆ เท่ากับ 3.06 ($SD = 0.47$) ตามลำดับ

สำหรับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพอใจอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน ทั้งภาพรวมความพอใจเท่ากับ 2.92 ($SD = 0.40$), ความพอใจด้านร่างกายเท่ากับ 3.15

($SD = 0.59$) ความพึงสุกด้านสังคม/ ครอบครัวเท่ากับ 2.93 ($SD = 0.49$) ความพึงสุกด้านอารมณ์ จิตใจ เท่ากับ 3.31 ($SD = 0.45$) และความพึงสุกด้านอื่น ๆ เท่ากับ 2.70 ($SD = 0.51$) ตามลำดับ ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยความพึงสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.57 ($SD = 0.58$) และในระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงสุกอยู่ในระดับสูง ทั้งภาพรวม ความพึงสุกเท่ากับ 2.88 ($SD = 0.39$) ความพึงสุกด้านร่างกายเท่ากับ 3.20 ($SD = 0.57$) ความพึงสุก ด้านสังคม/ ครอบครัวเท่ากับ 2.85 ($SD = 0.47$) ความพึงสุกด้านอารมณ์ จิตใจเท่ากับ 3.28 ($SD = 0.50$) และความพึงสุกด้านอื่น ๆ เท่ากับ 2.71 ($SD = 0.59$) ตามลำดับ ยกเว้นคะแนนเฉลี่ย ความพึงสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.43 ($SD = 0.60$)

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง (N = 20)

คะแนนความพึงสุกของ	ระยะ	Mean	SD	t	df	p-value
ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมี บำบัด ในกลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	2.85	0.54	3.69	19	.002
	หลังการทดลอง	3.17	0.43			

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมความพึงสุก ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{19} = 3.69, p < .01$)

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุม ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระยะเวลาการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (N = 20) และกลุ่มควบคุม (N = 20)

คะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด	Mean	SD	Mean difference	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.85	0.54	0.07	0.46	38	.646
กลุ่มควบคุม	2.92	0.40				

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t_{38} = 0.46, p > .05$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระยะเวลาหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (N = 20) และกลุ่มควบคุม (N = 20)

คะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด	Mean	SD	Mean difference	t	df	p-value
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.17	0.43	0.29	2.20	38	.034
กลุ่มควบคุม	2.88	0.39				

จากตารางที่ 5 ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{38} = 2.20, p < .05$)

สรุปจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันมีคะแนนความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง (Two-group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความพึงพอใจในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่จำกัดระยะของโรคเข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยการให้ยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว จำนวน 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 ราย กลุ่มควบคุม 22 ราย เมื่อสิ้นสุดการวิจัยเหลือกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย (กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย) เนื่องจากระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของกลุ่มทดลอง 2 ราย และกลุ่มควบคุม 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้ต้องหยุดการได้รับยาเคมีบำบัดในรอบนั้น เพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องระยะของโรค สูตรยาเคมีบำบัดและจำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งได้กลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน และกลุ่มทดลองเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และแบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Independent t-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.0 และ 75.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 70.0 มีอายุเฉลี่ย 68.71 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 45.0 และอายุในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 55.0 อายุเฉลี่ย 67.83 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพมีคู่ ร้อยละ 70.0 และ 80.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 35.0 เช่นกัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.0 และ 100.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองใช้สิทธิในการรักษามาจากประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ร้อยละ 50.0 กลุ่มควบคุมสิทธิในการรักษามาจากเบกตันสังกัด ร้อยละ 60.0 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.0 และ 80.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีโรคร่วม 1 โรค (ร้อยละ 40) และไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 25) กลุ่มควบคุมมีโรคร่วม 2 โรค (ร้อยละ 30) และไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 20) กลุ่มทดลองพบตำแหน่งของลำไส้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ คือ Sigmoid colon ร้อยละ 45.0 ส่วนกลุ่มควบคุมพบตำแหน่งของลำไส้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ คือ Rectum และ Sigmoid colon ร้อยละ 30.0 กลุ่มทดลองพบระยะของโรคมะเร็ง Stage 3 และ Stage 4 ร้อยละ 50.0 กลุ่มควบคุมพบระยะของโรคมะเร็ง Stage 3 ร้อยละ 55.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ คือ FOLFOX4 ร้อยละ 80.0 และ 75 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรอบยาที่ 2 ร้อยละ 50.0 และ 55 พบคอร์สยาที่ 1 ร้อยละ 85.0 และ 80 ตามลำดับ

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงเป็นการสนับสนุนว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด

2. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน ทั้งภาพรวมความพึงพอใจเท่ากับ 2.85 ($SD = 0.54$) ความพึงพอใจด้านร่างกายเท่ากับ 2.85 ($SD = 0.91$) ความพึงพอใจด้านสังคม/ ครอบครัวเท่ากับ 3.07 ($SD = 0.63$) ความพึงพอใจด้านอารมณ์ จิตใจเท่ากับ 3.18 ($SD = 0.70$) และความพึงพอใจด้านอื่น ๆ เท่ากับ 2.81 ($SD = 0.54$) ตามลำดับ ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.39 ($SD = 0.72$) ในระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ทั้งภาพรวมความพึงพอใจเท่ากับ 3.17 ($SD = 0.43$) ความพึงพอใจด้านร่างกายเท่ากับ 3.26 ($SD = 0.47$) ความพึงพอใจด้านสังคม/ ครอบครัวเท่ากับ 3.23 ($SD = 0.52$) ความพึงพอใจด้านอารมณ์ จิตใจเท่ากับ 3.48 ($SD = 0.57$) ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติกิจกรรมเท่ากับ 2.86 ($SD = 0.62$) และความพึงพอใจด้านอื่น ๆ เท่ากับ 3.06 ($SD = 0.47$) ตามลำดับ

สำหรับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน ทั้งภาพรวมความพึงพอใจเท่ากับ 2.92 ($SD = 0.40$) ความพึงพอใจด้านร่างกายเท่ากับ 3.15 ($SD = 0.59$) ความพึงพอใจด้านสังคม/ ครอบครัวเท่ากับ 2.93 ($SD = 0.49$) ความพึงพอใจด้านอารมณ์ จิตใจ เท่ากับ 3.31 ($SD = 0.45$) และความพึงพอใจด้านอื่น ๆ เท่ากับ 2.70 ($SD = 0.51$) ตามลำดับ ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.57

($SD = 0.58$) และในระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ทั้งภาพรวม ความพึงพอใจเท่ากับ 2.88 ($SD = 0.39$) ความพึงพอใจด้านร่างกายเท่ากับ 3.20 ($SD = 0.57$) ความพึงพอใจด้านสังคม/ ครอบครัวเท่ากับ 2.85 ($SD = 0.47$) ความพึงพอใจด้านอารมณ์ จิตใจเท่ากับ 3.28 ($SD = 0.50$) และความพึงพอใจด้านอื่น ๆ เท่ากับ 2.71 ($SD = 0.59$) ตามลำดับ ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการปฏิบัติกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.43 ($SD = 0.60$)

3. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{19} = 3.69, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

4. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{38} = 2.20, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่าก่อนที่จะได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของ Swanson มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ครั้งที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด (กิจกรรมวันที่ 1) ระยะที่ 2 ครั้งที่ 2-15 การพยาบาลระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด รวม 9 สัปดาห์ ระยะที่ 3 ครั้งที่ 16 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด (กิจกรรมวันที่ 16) โทรศัพท์ติดตามปัญหาระหว่างรอบยา 4 ครั้ง ในแต่ละระยะของการพยาบาล ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลของ Swanson (1993) เป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดำรงไว้ซึ่งความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา (Maintaining belief) 2) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Knowing) 3) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) 4) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (Doing for) และ 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ

(Enabling) ให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในแต่ละระยะของการดูแล ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลด้วยการแสดงความเคารพ ให้เกียรติโดยการขออนุญาตเรียกชื่อ พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไป ซึ่งเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพทำให้เกิดความคุ้นเคย และเกิดความเชื่อใจ ไว้วางใจระหว่างกัน ลดความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกกลัวลง เป็นการทำความรู้จักซึ่งกันและกัน (Knowing) ผู้วิจัยประเมินและเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย ประเมินด้านความรู้เรื่อง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การได้รับยาเคมีบำบัด และการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อต้องได้รับยาเคมีบำบัด ประเมินความเข้าใจในสภาพความเจ็บป่วยที่ตนเองต้องเผชิญอยู่ในขณะนี้ สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของตนเองต่อการรักษาที่ได้รับในครั้งนี้ ซึ่งแต่ละคนมีความคิด ความเชื่อ ความศรัทธา แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแต่ละราย (Knowing) ผู้วิจัยรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ความเชื่อ หรือประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมทั้งการเจ็บป่วยในครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในหลายด้าน ผู้วิจัยใช้ทักษะการฟังรวมทั้งการสังเกตท่าทาง การแสดงออกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักประกอบกับคำบอกเล่า ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของผู้สูงอายุ รับรู้ถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุชอบหรือไม่ชอบ สิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต ใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุกับญาติอย่างคุ้มค่า ร่วมรับฟังปัญหา รับรู้อารมณ์และแบ่งปันความคิด ความรู้สึกกับผู้สูงอายุในทุก ๆ เรื่องที่ท่านต้องการบอกเล่า เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นว่าผู้วิจัยมีการดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย มีความจริงใจ สอบถามความเจ็บป่วยเป็นระยะ โดยที่ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าตนเป็นภาระของผู้วิจัย (Being with) ผู้วิจัยช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง สัมผัสอย่างนุ่มนวลในภาวะที่ผู้สูงอายุมีความต้องการ ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบาย ด้านร่างกาย ผู้วิจัยเตรียมวางแผนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย จากการรับฟังและค้นหาปัญหา ความต้องการที่แท้จริง (Doing for)

ผู้วิจัยมีการให้ความรู้ ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุรับทราบข้อมูล สามารถนำไปดูแลตนเอง จัดการกับอาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง (Enabling) ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยอธิบายอย่างมีเหตุผลทางวิชาการน่าเชื่อถือ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และวิธีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เปิดโอกาสให้ซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พร้อมทั้งซักถามสะท้อนกลับกับผู้สูงอายุและญาติ

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ผู้วิจัยมองโลกในแง่ดีทำให้ผู้สูงอายุเกิดมุมมองทางบวกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ให้ผู้สูงอายุประเมินความเข้าใจในสภาพความเจ็บป่วยที่ตนเองต้องเผชิญอยู่ในขณะนี้ สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของตนเองต่อการรักษาที่ได้รับในครั้ง นี้ ซึ่งแต่ละคนมีความคิด ความเชื่อ ความศรัทธาแตกต่างกัน รับฟังและยอมรับในความเชื่อส่วนตัว ของผู้สูงอายุ (Maintaining belief) รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ทั้งทัศนคติ ความเชื่อ ความต้องการการดูแล ที่ได้รับจากการสนทนา จากการซักประวัติและรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล นำข้อมูล ที่ประเมินได้มาวางแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทร และเตรียมการพยาบาลสำหรับครั้งต่อ ๆ ไป

2. การพยาบาลเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล แสดงความเคารพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและรับรู้ถึงความรู้สึกที่จริงใจ การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุและญาติรู้สึกอบอุ่นใจ พร้อมยินดีให้ผู้วิจัยให้การดูแล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้สอบถามและแลกเปลี่ยนความ คิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และอุปสรรคในการดำเนินชีวิตเมื่อต้องมาอยู่โรงพยาบาล (Knowing) พร้อมทั้งตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัย ด้วยการยอมรับอย่างเข้าใจและเต็มใจ โดยไม่มีความรู้สึกเบียด ร่วมฟังปัญหาและความต้องการต่าง ๆ อย่างจริงใจ ค้นหาสาเหตุของปัญหาและความต้องการ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ยอมรับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ในความเป็นลักษณะเฉพาะ ตรวจสอบความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละรายก่อนให้การพยาบาล เสมอ ใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่าง คุ่มค่า ร่วมรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ รับรู้อารมณ์และแบ่งปันความคิด ความรู้สึกกับผู้สูงอายุในทุก ๆ เรื่องที่ท่านต้องการบอกเล่า ผู้วิจัยอยู่กับผู้สูงอายุในช่วงเวลาที่ไม่มีญาติหรือบุคคลในครอบครัวอยู่ ด้วย โดยผู้วิจัยคือให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณผู้วิจัยห่วงใยและอยู่เคียงข้างผู้สูงอายุเสมอ (Being with) มีการ ใช้เวลาขณะอยู่กับผู้สูงอายุอย่างคุ่มค่า ถึงแม้ระยะเวลาสั้นจะสั้นก็ตาม โดยสิ่งที่คุณผู้สูงอายุบอกเล่า ได้แก่ เรื่องราวชีวิตในอดีตที่รำลึกถึงทั้งเรื่องที่ดี มีความสุข และเรื่องที่ไม่ดี รู้สึกผิด เป็นความทุกข์ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของตนเอง มีทั้งมั่นใจและไม่มั่นใจว่าจะหาย ไม่สุขสบายกับอาการ ข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นห่วงบุคคลในครอบครัว ไม่อยากเป็นภาระกับลูกหลาน รู้สึกหงุดหงิด เบื่อ ไม่มีคุณค่า ซึมเศร้า หมดหวัง กลัวความตายหรือกลัวความทุกข์ทรมาน มุมมองชีวิต เปลี่ยนแปลงไปมากจากหน้ามือกลายเป็นหลังมือ อยู่กับความไม่แน่นอน มีทั้งเชิงบวกและลบ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของฮอลล์ดอสตอทเทียร์และคณะ (Halldórsdóttir & Hamrin, 1996) ศึกษา ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเกิดโรคมะเร็งพบ 5 เรื่องสำคัญ ได้แก่ ความรู้สึก ไม่แน่นอน ความอ่อนแอ ความเหงา ไม่สุขสบาย และนิยามชีวิตใหม่ ผู้วิจัยรับฟังด้วยการยอมรับ อย่างเข้าใจและเต็มใจ โดยไม่มีความรู้สึกเบียดหน้าย สนใจ เอาใจใส่ และเต็มใจให้ความช่วยเหลือ

อย่างสม่ำเสมอ สอบถามทุกข์-สุขเป็นระยะ ๆ คอยอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุทั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล เพื่อคลายความวิตกกังวลและความกลัว ให้ความสำคัญและตอบสนองต่อการแสดงออกด้านอารมณ์ ความรู้สึก สิ่งที่เป็นกังวลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ด้วยการเอาใจใส่ในสิ่งที่ผู้สูงอายุสื่อสาร ไม่ว่าจะป็นคำพูด สีหน้า แววตา หรืออากัปกิริยาต่าง ๆ ที่สื่อมาอย่างตั้งใจและเข้าใจในสถานการณ์ของผู้สูงอายุโดยไม่ตัดสินใด ๆ ไปก่อน เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งกล้าใส่ใหญ่ และทวารหนักได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่โดยไม่ขัดขวางหรือปฏิเสธการแสดงความรู้สึกหรือความเชื่อของผู้สูงอายุ สรุปประเมินผลการพยาบาลทุกวัน และมีการปรับปรุงแผนการพยาบาลที่อาจเปลี่ยนแปลงที่พบในแต่ละวัน

ผู้วิจัยช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง (Doing for) สัมผัสอย่างนุ่มนวลในภาวะที่ผู้สูงอายุมีความต้องการ ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย และดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัย นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการค้นหาปัญหาและความต้องการ มีการวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ปรับปรุงแผนการพยาบาลเพื่อให้เกิดความสอดคล้องตรงกับปัญหา ผู้วิจัยเฝ้าดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งกล้าใส่ใหญ่และทวารหนักขณะได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน แนะนำตนเองถึงประสบการณ์การเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเฉพาะทาง เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นใจในการได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดจากผู้วิจัย สังเกตและติดตามประเมินเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและให้การพยาบาลตามอาการที่พบในแต่ละสูตรยา ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการเบื่ออาหาร การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนแปลง รับประทานอาหารได้น้อยลง ผิวหนังคล้ำ เล็บกลายเป็นสีดำคล้ำ และผิวหนังบริเวณแนวเส้นเลือดที่ได้รับยาเคมีบำบัดสีคล้ำเป็นลายคล้ายกิ่งไม้ มีอาการปวดตามบริเวณมือ/ แขนที่ได้รับยา อาการชาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า การมีแผลในปาก ท้องผูก ท้องอืด ถ่ายเหลว อาการจุกแน่นในคอเมื่อดื่มน้ำเย็น ประเมินภาวะโภชนาการ ตรวจประเมินติดตามอาการต่าง ๆ ดังกล่าวต่อเนื่องทุกวัน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยประเมินความเข้าใจที่มีอยู่เดิม ประเมินความต้องการข้อมูล ให้ความกระจ่างในสิ่งที่ผู้สูงอายุรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มั่นใจ แกไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลที่ตรงกันกับที่ผู้สูงอายุเคยได้รับมาในครั้งก่อน ตลอดระยะเวลาที่ผู้วิจัยให้การพยาบาล

ผู้วิจัยเตรียมวางแผนจำหน่าย การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสามารถ (Enabling) ให้การส่งเสริมในด้านความรู้ ข้อมูล คำอธิบายและเสนอแนวทางเลือกที่ผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบในประเด็นที่เป็นปัญหาและผู้สูงอายุให้ความสนใจ จะรับรู้ว่าคุณได้รับการช่วยเหลือ

สนับสนุน ส่งเสริมให้ได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มศักยภาพ เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล ใส่ใจในปัญหาที่ผู้สูงอายุบอก ให้คำปรึกษา สอนผู้สูงอายุถึงวิธีปฏิบัติที่ ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยครบถ้วนทุกปัญหาสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุและญาติมีส่วนร่วม ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยทำความเข้าใจธรรมชาติของแต่ละ ครอบครัวของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน และวางแผนให้ความช่วยเหลือเพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นใน การดูแลตนเอง การแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหา ตลอดจนการดูแลด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ การ ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากครอบครัว โดยผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อ ได้รับยาเคมีบำบัด สำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อธิบายความหมาย ความสำคัญ แนะนำวิธีการ นำไปใช้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติ ตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยใช้ทักษะการฟังรวมทั้งการสังเกตท่าทางการ แสดงออกของผู้สูงอายุประกอบกับคำบอกเล่า ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของ ผู้สูงอายุ โดยปัญหาหรือข้อซักถามส่วนใหญ่ที่ผู้วิจัยให้การดูแลช่วยเหลือ ได้แก่ คำถามที่มากที่สุด คือ เรื่องอาหารอะไรบ้างที่รับประทานได้ ควรรับประทานหรืออะไรบ้างที่ควรหลีกเลี่ยง ผู้วิจัยให้ ข้อมูลเน้นเรื่องของความสุข สะอาดของอาหารมากที่สุด การดื่มน้ำมาก ๆ สาเหตุของการเกิดโรค การรักษา ผลกระทบของยาเคมีบำบัด การจัดการกับอาการข้างเคียง การออกกำลังกาย วิธีการ จัดการความเครียด วิธีการผ่อนคลายความเครียดของตนเอง เป็นต้น การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง นอกจกต้องการให้หายจากโรคแล้ว ยังต้องคำนึงถึงความพึงพอใจและความสามารถในการใช้ ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยด้วย ถึงแม้ว่าหลังจากประสบผลสำเร็จในการรักษาแล้วนั้น ยังต้องดูแล เรื่องความผาสุกของผู้ป่วย เพราะความผาสุกของผู้ป่วยจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีตามมา (Salsman, Yost, West, & Cella, 2011)

3. ผู้วิจัยซักถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความเชื่อหรือประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่มีต่อการ เจ็บป่วยในครั้งนี้ ทำให้ทราบว่า การเจ็บป่วยในครั้งนี้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ทบทวนความรู้ ข้อมูล สถานการณ์ความเจ็บป่วย จนทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วย ก็ จะยังสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมไม่เกิดอันตราย โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสนับสนุนให้ สมาชิกในครอบครัว ญาติผู้ดูแลของผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความรู้สึก ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ เมื่อสมาชิกใน ครอบครัวเข้าใจจะได้อพยพช่วยเหลือและคอยให้กำลังใจกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนักต่อไป ผู้วิจัยสนับสนุนให้กำลังใจและส่งเสริมผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา ความหวังที่มีอยู่ ซึ่งต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาและไม่ก่อให้เกิดอันตราย ช่วยดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือตามความเชื่อความศรัทธาได้ ได้แสดง

ความรู้สึก ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Maintaining belief) โดยผู้วิจัยดูแลจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ หนังสือสวดมนต์ไหว้พระ การจัดหาและนำพวงมาลัยไปไหว้พระไว้บริเวณหัวเตียง หรือนำไปวางไว้บริเวณหิ้งพระประจำหอผู้ป่วย หรือให้ผู้วิจัยได้นำพวงมาลัยไหว้พระนั้นไปวางที่หอพระของโรงพยาบาลแทนผู้สูงอายุ สนับสนุนการอ่านหนังสือธรรมะ จัดหาวิทยุเทปธรรมะที่มีวิธีการเปิดใช้งานไม่ยุ่งยาก เพื่อเป็นการสนับสนุนการฟังธรรมะเทศนา บทเพลงธรรมะ บทเพลงสวดมนต์ หรือการจัดหาหนังสืออื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุชอบอ่านมาให้ สนทนาธรรม พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตเรื่องความคิด ความเชื่อในเรื่องของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย การทำบุญ การปฏิบัติธรรม การศึกษาธรรมะ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ปัญหา ความเชื่อ ทักษะคติ ความต้องการ การดูแล ความต้องการความสุขสบาย วางแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรและให้การพยาบาล เป็นการทบทวนแผนการดูแล สามารถปรับปรุงแผนการพยาบาลได้สอดคล้องตรงตามความต้องการ ตามปัญหาของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยแก่ผู้สูงอายุ เพื่อไว้สำหรับการติดต่อสื่อสารเมื่อกลับบ้านไปและพบปัญหาต่าง ๆ ผู้สูงอายุสามารถโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาด้วยความยินดีและไม่มองว่าเป็นการรบกวน และขอเบอร์โทรศัพท์ผู้สูงอายุเพื่อเตรียมโทรเยี่ยมติดตามภายหลังกลับบ้าน โดยปัญหาที่ผู้สูงอายุบอกและโทรศัพท์กลับมาถามผู้วิจัย ได้แก่ ท้องผูก ท้องเสีย เจ็บปาก การรับประทานยาต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยก็สามารถช่วยเหลือให้คำแนะนำเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้

ผู้วิจัยประเมินความเข้าใจที่มีอยู่เดิม ประเมินความต้องการข้อมูล ให้ความกระจ่างในสิ่งที่คุณสูงอายุมีความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มั่นใจ แก่ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้คุณสูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ความเชื่อที่ผิด ๆ หรือความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องถูกปรับแก้ให้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ช่วยให้คุณสูงอายุมีความหวังที่เป็นไปได้ ให้กำลังใจ ส่งเสริมการปรับตัวนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีที่สุด สำหรับผู้สูงอายุในทุก ๆ เรื่อง เช่น การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การให้ความร่วมมือในการรักษา และการใช้ชีวิต ในการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ชัดเจนร่วมกับญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุยังมีความต้องการให้เกิดการช่วยเหลือหรือเปลี่ยนแปลงในเรื่องใดหรือไม่ โดยมุ่งเน้นที่เป้าหมายคือ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุก ๆ ระยะของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และตลอดระยะเวลาของการมารับการรักษา

4. ภายหลังจากผู้สูงอายุได้รับยาเคมีบำบัดครบในแต่ละรอบยา ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมติดตามผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นรายบุคคลที่บ้าน ผู้วิจัยแสดงความเคารพ กล่าวทักทาย สอบถามอาการ เพื่อรับทราบถึงอาการผิดปกติ หรือเรื่องที่คุณสูงอายุบอกเล่า (Knowing) สรุปการดำเนินของโรค ความก้าวหน้าของการรักษา ทบทวนการปฏิบัติตน พร้อมทั้งกล่าวชมเชย

ให้กำลังใจที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและมีความมั่นใจมากขึ้น ผู้วิจัยกล่าวแสดงความรู้สึกที่มีต่อผู้สูงอายุว่ามีจิตใจที่เข้มแข็ง ขอมรับสภาพและมีการปรับตัวได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุก็จะสามารถควบคุมได้ ทำให้มีกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค และรู้สึกได้ว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุกระทำอยู่นั้นคุ้มค่าที่จะเอาชนะด้วยความมั่นใจ จนสามารถปรับตัวเพื่อให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุขตามอัธยาศัย ผู้วิจัยใช้คำพูดแสดงถึงความห่วงใย ยินดีรับฟังและไม่รู้สึกว่าเป็นการรบกวน (Being with) ให้การพยาบาลช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ (Doing for) ผู้วิจัยสนับสนุน ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการได้รับยาเคมีบำบัด 4 รอบที่ผ่านมา และขอให้ผู้สูงอายุปฏิบัติต่อไปจนครบการรักษา (Enabling) เมื่อผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า มีความหมาย และคุ้มค่าในการดูแลตนเองด้วยการปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสม เมื่อมีความเข้มแข็งในการมองโลก จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะยังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต่อไปจนครบ 12 รอบ จะต้องมาตรวจตามนัด โดยสม่ำเสมอและต่อเนื่องต่อไป เพื่อติดตามผลการรักษา หากยังมีปัญหาหรือข้อสงสัยใด ๆ ผู้สูงอายุและครอบครัวยังสามารถติดต่อสอบถามจากผู้วิจัยได้เสมอจากการบันทึกทางการพยาบาล ผู้สูงอายุได้มีคำพูดและเขียนแสดงความรู้สึกที่มีต่อผู้วิจัยที่ให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทร ดังนี้

“ความรู้สึกดี ๆ ที่มีต่อคุณหมอกรองทอง ทุกครั้งที่เจอท่าน เราคุยด้วยได้ความรู้ทุกครั้ง รู้สึกดีที่วันนี้ ท่านยิ้มแย้มทุกครั้งที่คุณคุยกับคนไข้ เราไม่เข้าใจอะไรถามท่านตอบให้สบายใจทุกครั้ง ที่ประทับใจมากคือ ท่านจะโทรมาสอบถามที่บ้านทุกอาทิตย์ ทั้ง ๆ ที่เราไม่ใช่คนไข้ของท่านยังห่วงใยเราขนาดนี้ นี่ก็ความรู้สึกจากใจที่มีต่อท่านจริง ๆ ”

“ขอบคุณมากค่ะที่ให้การดูแลและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทำให้ทราบผลข้างเคียง อาการ และแนะนำการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ขอบคุณมากที่ให้คำแนะนำและหาวิธีผ่อนคลายความตึงเครียดให้ นับเป็นโอกาสและ โชคดีที่ได้พบคุณกรองทอง ได้ประโยชน์ และสามารถนำความรู้ไปใช้ได้”

“ตามที่คุณหมอ (ผู้วิจัย) ได้มาติดต่อ ความรู้สึกแรกก็เฉย ๆ แต่เมื่อได้พูดคุยในงานที่คุณหมอก็ได้เข้าร่วมโครงการ เพราะได้มองเห็นประโยชน์จากโรคที่ตัวเองเป็นอยู่ ความรู้สึกต่อคุณหมอก็ประทับใจในการพูดคุยดูแล ตอบคำถามที่ผู้ป่วยไม่ทราบ มาให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยได้ซักถามจนเป็นที่พอใจ ถือว่าคุณหมอนี้ได้เมตตากรุณาต่อผู้ป่วยที่หมดหวังในชีวิตกับโรคร้ายที่เกิดขึ้นกับตัวเอง สำหรับตัวผมที่เป็นผู้ป่วยได้รับการดูแลจากหมอเป็นอย่างดี ประทับใจในการดูแลตอบคำถาม ที่สำคัญให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยขณะมาให้การ

รักษาและหลังการรักษา ขอให้งานที่คุณหมอบอกทำอยู่ในขณะนี้ทำต่อเพื่อช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วยต่อไป ขอบขอบคุณทุกสิ่งทุกอย่างที่คุณหมอบอกได้มอบให้ โดยเฉพาะกับตัวผมเอง”

ผู้วิจัยให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทรซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความผาสุกทางใจมากขึ้น โดยเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม (Toonsiri & Boonmate, 2020) เมื่อพยาบาลแสดงถึงความรู้สึกเอื้ออาทรร่วมทุกข์ร่วมสุขกับผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ได้ระบายความทุกข์ ความกังวลใจต่าง ๆ และได้ซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน การเป็นผู้รับฟังที่ดี ปลอดภัยให้กำลังใจ ให้ข้อมูลและตอบข้อซักถาม จะช่วยให้ความทุกข์ใจของผู้ป่วยคลายลง พยาบาลมีจิตเมตตากรุณาต่อเพื่อนมนุษย์ จะมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยทั้งทางกาย วาจา ใจ ที่เป็นไปอย่างนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส ใช้คำพูดที่ไพเราะสุภาพ กระตือรือร้น เต็มใจให้บริการ เอาใจใส่ ไม่รังเกียจ และตอบสนองทันทีเมื่อร้องขอ (จินดามาศ โกศลชั้นวิจิตร, 2556) ดังนั้นการที่พยาบาลแสดงออกถึงความยินดีในการช่วยเหลือ มีน้ำใจ มีความห่วงใยต่อผู้ป่วย จึงไม่เพียงแต่จะช่วยดูแลรักษาโรคทางกายเท่านั้น แต่ยังเป็น การดูแล ประคับประคองทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นใจ (Spiritual comfort) ผ่อนคลายจากความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการปรับตัวและฟื้นฟูสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น

การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการให้ความสำคัญของคน การเอาใจใส่ด้วยความรักความเอื้ออาทรผสมผสานไปกับปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เกิดผลดีมีคุณค่าต่อการดูแลและการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Watson, 1999) จากการศึกษาของฮอลล์คอสตอทเทียร์ (Halldorsdottir, 1996) เกี่ยวกับสถานการณ์การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรและไม่เอื้ออาทร พบว่าการพยาบาลแบบเอื้ออาทรเป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ของพยาบาลและผู้ป่วย หากพยาบาลมีการรับรู้ถึงความต้องการและความคาดหวัง ประสบการณ์ชีวิตในอดีต มีความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของตนเองรวมถึงทักษะในการให้การพยาบาล ซึ่งสามารถพัฒนาให้เกิดความไว้วางใจ การให้ความร่วมมือ ความนับถือและความเห็นอกเห็นใจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผาสุกและสุขภาพดี การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบเอื้ออาทรเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ผู้ป่วยสามารถรับรู้ อารมณ์และความรู้สึกของพยาบาลผ่านทางพฤติกรรมดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง การดูแลประคับประคองปริกำเนิด: การรับรู้ของผู้ปกครองโดยการเอาใจใส่ในปฏิสัมพันธ์ต่อรอบการให้คำปรึกษาสำหรับมารดาความเสี่ยงสูงในการคลอดทารกก่อนกำหนด (Kavanaugh et al., 2015) พบว่า ความคาดหวังของผู้ปกครองในการดูแล ได้แก่ 1) เคารพพ่อแม่และเชื่อในความสามารถในการตัดสินใจที่ดีที่สุดสำหรับครอบครัว (การดำรงไว้ซึ่งความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา (Maintaining belief)) 2) ความเข้าใจประสบการณ์ของพ่อแม่และความ

ต้องการอย่างต่อเนื่องในการปกป้องทารก (การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Knowing)) 3) ทั้งทางด้านร่างกายและมีส่วนร่วมรับรู้ทางอารมณ์กับผู้ปกครอง (การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with)) 4) การให้ข้อมูลที่เป็นกลางอธิบายความเป็นไปได้ทั้งหมด (การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling)) และ 5) ช่วยผู้ปกครองนำทางระบบและสร้างสภาพแวดล้อมการรักษาสำหรับพวกเขาในการตัดสินใจ (การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (Doing for)) จากผลการศึกษาที่สำคัญสามารถทำความเข้าใจกับความคาดหวังในการดูแลก่อนคลอดของผู้ปกครองผ่านทฤษฎีของสเวนสัน ให้ข้อมูลเชิงลึกที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยสอดคล้องกับความคาดหวังของพวกเขากับการดูแลแบบประคับประคอง

พบรายงานกรณีของประเทศไต้หวันในการใช้ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน เพื่อจัดการภาวะหมดพลังในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดอวัยวะ (Chen, Lin, & Kao, 2019) รายงานนี้อธิบายถึงประสบการณ์การดูแลรักษาพยาบาลที่ใช้ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันกับผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมดพลัง ซึ่งกำลังทุกข์ทรมานจากปัญหาหลอดเลือดอวัยวะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินได้ และทำให้ต้องออกจากโรงพยาบาลล่าช้า ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องรวมถึงความบกพร่องในการเคลื่อนไหว การติดเชื้อและการไม่มีพลังได้รับการยืนยันหลังจากได้ทำการประเมินทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแบบบูรณาการในช่วงระยะเวลาการดูแลของพยาบาลซึ่งใช้เวลาระหว่างวันที่ 26 เมษายน ถึง 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยนำ 5 กระบวนการของทฤษฎีสเวนสัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในแผนการรักษาและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมการฟื้นฟู นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลและความมั่นใจในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวได้รับการปรับปรุงเพื่อรองรับการดูแลต่อไปของผู้สูงอายุหลังจากจำหน่าย และยังมีการสนับสนุนทางศาสนาซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถสื่อสารอารมณ์ของตนเอง ลดความเครียดและได้รับความสุขสบายทางจิตวิญญาณ ด้วยการให้การดูแลแบบองค์รวมช่วยให้ผู้สูงอายุฟื้นคืนคุณค่าในตนเองและเพิ่มความเชื่อในเชิงบวกของผู้สูงอายุในอนาคต รายงานกรณีนี้สามารถเป็นข้อมูลแก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่ออำนวยความสะดวกในการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการหมดพลังจากโรค

สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาของ ปภาวรินทร์ สุวรรณเพชร และคณะ (2557) ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา ในการปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันไปประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทำให้เกิดความผาสุกอย่างแท้จริง และการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นกระบวนการดูแลที่ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ การดำรงไว้ซึ่งความหวังความเชื่อความศรัทธา (Maintaining belief) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Knowing) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) การช่วยเหลือ

ทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (Doing for) และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) กิจกรรมทั้ง 5 ด้านนี้ผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวไม่สามารถแบ่งแยกได้ และเมื่อพยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ครบทั้ง 5 ด้าน จะส่งผลให้เพิ่มศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันและทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกได้อย่างแท้จริง (อัญชุลี ไชยวงศ์น้อย และคณะ, 2557)

Swanson (2013) ได้เชื่อมโยงเหตุผลระหว่างกระบวนการดูแลแบบเอื้ออาทร และผลลัพธ์จากการดูแล ของผู้ให้การดูแลแบบเอื้ออาทรและผู้ได้รับการดูแลแบบเอื้ออาทร การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Knowing) นั่นคือเมื่อพยาบาลพยายามทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วย (Understood) ไม่เพียงแต่เป็นความรู้สึกเท่านั้น ยังหมายถึงรวมถึงความเข้าใจในทุกประสบการณ์ทั้งหมดของผู้ป่วย การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) คือการที่พยาบาลได้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยผ่านช่วงเวลาแห่งความโศกเศร้า เสียใจ เจ็บปวด และความสนุกสนาน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Valued) โดยพยาบาลทำความเข้าใจและยอมรับทุก ๆ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (Doing for) คือการที่พยาบาลพยายามช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง หากผู้ป่วยได้รับความรู้ ได้รับเวลา พลังงาน ความสามารถหรือทักษะความชำนาญ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกปลอดภัยและสุขสบาย (Safe and comforted) เมื่อพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) ในการจัดการเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยการให้ข้อมูลผ่านการตรวจสอบอย่างถูกต้อง และส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ (Capable) สามารถผ่านความท้าทายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญต่อไปได้ และสุดท้ายแก่นหลักสำคัญของการดูแลแบบเอื้ออาทร ก็คือการดำรงไว้ซึ่งความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา (Maintaining belief) หากผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวังในความสามารถที่จะผ่านเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนผ่านเผชิญหน้ากับอนาคตได้อย่างมีความหมาย ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเต็มไปด้วยความหวัง (Hopeful) ไม่เพียงแต่เป็นความหวังในมุมมองของความเจ็บป่วย ความโศกเศร้า ความเจ็บปวด ความกลัว ความวิตกกังวล หรือความสูญเสีย ยังหมายถึงความหวังที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านเหตุการณ์ไปได้อย่างมีความหมายและเป้าหมายในสิ่งที่จะมาถึงต่อไปในอนาคตได้ เมื่อพยาบาลได้ให้เวลากับทั้ง 5 กระบวนการนี้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกได้ถึงความสมบูรณ์ ทั้งหมดนี้ก็คือความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วย (Understood) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Valued) เกิดความรู้สึกปลอดภัยและสุขสบาย (Safe and comforted) มีประสิทธิภาพ (Capable) และผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเต็มไปด้วยความหวัง (Hopeful) สแว่นสันเชื่อว่าเมื่อไรก็ตามที่พยาบาลแสดงออกถึงการดูแลแบบเอื้ออาทร และคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุดของผู้รับการดูแลแบบเอื้ออาทรหรือผู้ป่วย การดูแลแบบเอื้ออาทรไม่ว่าจะเกิดขึ้นที่ใดก็ตาม สามารถประเมินคุณค่าของการดูแลได้จาก การพิจารณาความรู้สึกของผู้รับบริการที่แสดงออกมาให้เห็นและเพิ่มมากขึ้นจนสมบูรณ์ครบถ้วน

การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มารับยาเคมีบำบัด สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง รวมทั้งการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุในการปรับตัวยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพและการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญหน้ากับบทบาทใหม่ได้เหมาะสมและเกิดความผาสุกในชีวิต หากพยาบาลใช้หลักการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบเอื้ออาทรของสแวนสันซึ่งมีความครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุเป็นองค์รวมที่ชัดเจน มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความผาสุกได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลสามารถนำรูปแบบการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. พัฒนาคู่มือการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. จัดระบบการติดตามอาการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการติดตามเชื่อมโยงทางโทรศัพท์

ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านการศึกษา

คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำแนวคิดการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันไปเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถนำแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ด้านการวิจัย

สามารถนำการพยาบาลแบบเอื้ออาทรไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัยกลุ่มผู้ป่วย หรือผู้สูงอายุโรคอื่น ๆ หรือโรคมะเร็งชนิดอื่นได้ เพื่อช่วยเพิ่มความผาสุกในชีวิต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพียง 4 รอบยาเท่านั้น จากจำนวนรอบยาทั้งหมด 12 รอบ จึงควรมีการศึกษาผลการทดลองต่อเนื่องไปจนจบกระบวนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดว่าได้ผลการศึกษาเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร



บรรณานุกรม

เกศินี ชีรทองดี, จันทนา รณฤทธิชัยม, วิไลวรรณ ทองเจริญ, และคณะ. (2557).

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง. *วารสารโรคมะเร็ง*, 34(2), 68-78.

คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข. (2556). *แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2556-2560*.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

จินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร. (2556). การดูแลอย่างเอื้ออาทร: หัวใจสำคัญของการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 29(2), 134-141.

ชุติมา สืบวงศ์ลี, ศิริเดช สุชีวะ และสุวิมล ว่องวานิช. (2554) การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรม

การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหา. *วารสารวิจัยมสค สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(2), 127-142.

เดชทัต อัครชนารักษ์, วราภรณ์ คงสุวรรณ และเขาวรัตน์ มัชฌิม. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการ

เตรียมความพร้อมกับพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 160-174.

ทวิวัฒน์ สุโรจนะเมธากุล, (2554). *การพิจารณาการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก

[http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/2554/4.Tailored_surgery_in_the_older_cancer_patient%20\(Thawiwat%2023.8.54\).pdf](http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/2554/4.Tailored_surgery_in_the_older_cancer_patient%20(Thawiwat%2023.8.54).pdf)

ธิดิยา (สิริสิงห์) เดชเทพพร. (2555). หลักการรักษาทางเคมีบำบัดและ target therapy. ใน สุวรรณิ

สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์, ประไพ อริยประยูร และเมื่อนนา จิระจรัส (บรรณาธิการ.), *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง* (หน้า 19-25). สมุทรปราการ: สันทวีกิจพรินติ้ง.

ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์. (2557). ภาพรวมในการดูแลรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. ใน

ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์, สมพร วรรณวงศ์ (บรรณาธิการ), *มาตรฐานการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง* (หน้า 1-52). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

นันทกานต์ เอี่ยมวานานนทชัย. (2551). *มะเร็งลำไส้ใหญ่และเร็กตัม (Colon and rectal cancer)*.

กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

- นรินทร์ วรวิมล. (2549). Targeted therapy, the image of hope in colorectal cancer. ใน: ประยุทธ์ ศิริวงศ์, เจริญ เศรษฐมहा, ปริญญา ทวีชัยการ, บรรณาธิการ. *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์* 32 *Current practice in colorectal surgery* (หน้า 363-367). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- นวพรรษ สีมารักษ์, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล และณัฐนันท์พร สงวนกลิ่น. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 61-70.
- นฤมล จันทร์สุข, ชวนนท์ จันทร์สุข และรุ่งพร ภูสุวรรณ. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ "แพทย์แผนไทยภูมิปัญญาของแผ่นดิน"* (หน้า 285-293). พิษณุโลก: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร.
- นุศรา ประเสริฐศรี, วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์, ยศพล เหลืองโสมนภา และชลียา วามะลุน. (2558). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 1-13.
- เนตรชนก พิมพ์บึง. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความรุนแรงของอาการและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เนตรชนก พิมพ์บึง, ชดช้อย วัฒนะ และ ชีรนุช ห้านิรัตศิษย์. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความรุนแรงของอาการและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, 42(ฉบับพิเศษ), 73-83.
- บันลือ เฉลยกิตติ. (2545). *คู่มือการรักษาโรคสำหรับประชาชน มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. กรุงเทพฯ: คัลเลอร์ ฮาร์โมนี.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นไออินเตอร์มีเดีย.
- บุศรา ชัยทัศน. (2559). การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 9(1), 19-33.

- เบญจมาศ คุชระณี และพิชญณา มณีพันธุ์. (2554). ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 6(1), 25-31.
- ปภาวรินทร์ สุวรรณเพชร, พรชัย จุลเมตต์, สายใจ พัวพันธ์ และ วารี กังใจ. (2557). ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา. ใน *การประชุมสัมมนาวิชาการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก ครั้งที่ 7* (หน้า 588-595). ชลบุรี: โรงแรม ชลจันทร์ พัทยา รีสอร์ท.
- ประเวศ ะสี. (2543). สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณ. *หมอชาวบ้าน*, 22(261), 41-46.
- ประไพ เจริญทวี และ สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(1), 63-70.
- ปรารณา จั้วตระกูล, สิริรัตน์ ปานอุทัย และ ทศพร คำผลศิริ. (2556). อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 40(3), 62-74.
- ปานจิตร รังสีวงศ์. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกจากหน้าท้อง. *วารสารพยาบาลสวนดอก*, 15(1), 22-26.
- ปานสิรินทร์ ดิตตะ และพิมพ์พนิต สมศรี. (2557). *สูตรยาเคมีบำบัดและอาการไม่พึงประสงค์ที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ณ หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. เชียงใหม่: ภาควิชาบริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะวัฒน์ ศรีวิทยา. (2559). กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต. *วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่*, 49(2), 171-184.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *ระบบค้นหาคำศัพท์*. เข้าถึงได้จาก <http://www.royin.go.th/dictionary/>
- พรพรรณ วนวโรดม, จำรัก ลัมภเวช, อังกาบ แสนยันต์, ภัทริรา บัวพูล, ปทุมภรณ์ แซ่จิ่ง และชนากานต์ บุญนุช. (2552). ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล. ใน *การประชุมวิชาการ ประจำปี 2552 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช เรื่อง องค์การพยาบาลที่ดี...มีดีไซค์: HODTREN* (หน้า 420-434). กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช.

- พรพิมล เลิศพานิช, อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภัคคิงส์. (2560). ประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(1), 45-55.
- พัชรินทร์ แก้วรัตน์, วรรณภา ฉายอรุณ และวาสนิณี วิเศษฤทธิ. (2560). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ขณะรักษาด้วยเคมีบำบัด. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(1), 224-234.
- พัชรี พงษ์พานิช, จำลอง เมฆศรีสุวรรณค์ และจิราพรธณ ปุ่นเอื้อง. (2558). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร. *วารสารกรมการแพทย์*, 40(4), 69-75.
- พัสมณฑท์ คุ่มทวีพร. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ: ฮายานุสะ กราฟฟิค.
- ภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์. (2552). มะเร็งลำไส้ใหญ่ มหันตภัยใกล้ตัว. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ การพยาบาลอายุรศาสตร์ ครั้งที่ 4*. (หน้า 1-6). สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์. (2550). *การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยยาเคมีบำบัด*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- มันชิกา ประชากิจ และพิมภา สุตรา. (2555). ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักในครอบครัว. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 101-112.
- แม่นมมา จิระจรัส และวรัชย์ รัตนธราธร. (2541). Quality of life measurement in cancer patients. ใน *วรัชย์ รัตนธราธร (บรรณาธิการ), ตำราการรักษาโรคมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา. (2559). *มะเร็งลำไส้ใหญ่*. เข้าถึงได้จาก <https://www.chulacancer.net/>
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- วรลักษณ์ ฉิมวัย. (2552). *ผลของโปรแกรมการสร้างจิตภาพต่อความปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ บุญประเสริฐ, อารี ชิวเกษมสุข และวิไล กุศลวิศิษฎ์กุล. (2556). การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงใหม่. ใน *การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษามสธ. ครั้งที่ 3*. (หน้า 1-11). เข้าถึงได้จาก: http://www.stou.ac.th/thai/grad_stdy/Masters/
- วิมลรัตน์ เดชะ และรุ่งระวี นาวิเจริญ. (2560). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(1), 133-147.
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุริพร ธนศิลป์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *Journal of Bureau of Alternative Medicine*. 2(3), 27-35.
- ศตวรรษ อุดรศาสตร์, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2561). ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์. ใน *การประชุมสัมมนาวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “ราชธานี ครั้งที่ 3”*. (หน้า 451-461). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- ศราวณีย์ เติวิทย์. (2555). แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 4(2), 25-32.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2556). *ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง*. เข้าถึงได้จาก http://www.nci.go.th/Knowledge/index_general.html
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. เข้าถึงได้จาก <http://www.nci.go.th/th/Knowledge/downloads/0019.pdf>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *Hospital based registry 2019*. เข้าถึงได้จาก http://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วีเจพรีนติ้ง.

- สมบุรณ์ เทียนทอง, นุจรี ประทีปะวณิช, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, สาวิตรี เมฆพิกุลไพโรจน์, ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และลักษมี ชาญเวชช์. (2549). อาการปวดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง: การศึกษาแบบสหสถาบันในประเทศไทย. *Journal Med Association Thai*, 89(8), 1120-1126.
- สวนีย์ บำรุงสุข, ชดช้อย วัฒนะ และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2554). ผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. *Nursing Journal*, 40(1), 49-61.
- สาคร หับเจริญ. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่รักษาด้วยการให้ยา. ใน ชีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์, สมพร วรรณวงศ์, บรรณาธิการ. *มาตรฐานการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: วจนแห่งศิลป์* (หน้า 141-156). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สาคร หับเจริญ และรุ่งรัตน์ วีระกุล. (2554). ผลการประคบร้อนด้วยผ้าห่มไฟฟ้าต่อความปวดประสาทส่วนปลายขณะได้รับยา oxaliplatin ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่. *วารสารโรคมะเร็ง*, 31(2), 41-53.
- สายทิ วัฒนธรรม. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 41(1), 57-64.
- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551). *ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรียน อยู่ตระกูล และสุเพ็ญพร อักษรวงศ์. (2555). การแพ้ยา Oxaliplatin: กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช. *วารสารโรคมะเร็ง*, 32(3), 104-110.
- สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, แม้นมมา จิระจรัส, วรัชย์ รัตนธรร, สมจิต หนูเจริญกุล, เอกภพ สิริชัยนันท์ และธนา นิลชัยโกวิท. (2543). การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิต Functional assessment of cancer therapy (FACT) ที่แปลเป็นภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งปอด. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 4(1), 61-77.
- โสภณ เรืองดิษฐ์ และภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์. (2552). ภาวะเบื่ออาหารและน้ำหนักลดในผู้ป่วยมะเร็ง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 6, 503-508.
- อรกมล พูนเสมอ, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และอรพรรณ โดสิงห์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทักษะในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 368-377.

- อรุณี หล่อนิล, ผ่องศรี ศรีมรกต และเชาว์ สุระดม. (2552). โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ Case management. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(2 Supp1), 59-67.
- อัญชลี ไชยวงศ์น้อย, พรชัย จุลเมตต์, และวารีย์ กังใจ. (2557). ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของ สแวน สันต่อการทำกิจวัตรประจำวันและความผาสุกในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. ใน *การประชุมสัมมนาวิชาการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก ครั้งที่ 7* *ประชุมสัมมนาทางวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มศรีอยุธยา ครั้งที่ 4 “หัวข้อการวิจัยท้องถิ่นมุ่งสู่ประชาคมอาเซียน” และการประชุมวิชาการราชนครินทร์วิชาการและวิจัย ครั้งที่ 7* (หน้า 596-605). ชลบุรี: โรงแรมชลจันทร์ พัทยา รีสอร์ท.
- อากม ชัยวิวัฒน์, เสาวคนธ์ สุกรโยธิน, อนันต์ กรลักษ์ณ์ และ ชีรวิภา ภูหะเปรมะ. (2552). *คู่มือการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- อารยะ อุดลพันธ์. (2557). การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด. ใน *เอกสารประกอบการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง รุ่นที่ 16*. กรุงเทพฯ: โรงแรมเสนาเพลส กรุงเทพมหานคร.
- อารี ชิวเกษมสุข. (2542). การนำทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันไปใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 11(1), 6-19.
- อุบล จ้างพานิช. (2554). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- อุษณีย์ ทับทอง. (2552). ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- เอมอร สุวรรณพิพัฒน์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และ โจมพัทธ์ มณีวัต. (2560). ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับการอมกล้วปากด้วยน้ำมันมะพร้าวต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(1), 18-31.
- เอี่ยมแข สุขประเสริฐ. (2554). *Cancer therapy*. เข้าถึงได้จาก http://www.thaihp_org/index2.php

- Abbema, D. V., Vuuren, A. V., Berkmortelm, F. V. D., Akker, M. V. D., Deckx, L., Buntinx, F., Kampen, R. V., Lambooi, E., Boer, M. D., Vos-Geelen, J. D., & Tjan-Heijnen, V. C. (2017). Functional status decline in older patients with breast and colorectal cancer after cancer treatment: A prospective cohort study. *Journal of Geriatric Oncology*, *8*(3), 176-184. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgo.2017.01.003>
- American Cancer Society. (2012). *Colorectal cancer*. Retrieved from <http://www.cancer.org>
- Aprile, G., Ramoni, M., Keefe, D., & Sonis, S. (2008). Application of distance matrices to Define associations between acute toxicities in colorectal cancer patients Receiving chemotherapy. *Cancer*, *112*, 284-292. doi: 10.1002/cncr.23182
- Arnold, M., Sierra, M. S., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2017). Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut*, *66*(4), 683-691.
- Audisio, R. A., Bozzetti, F., Gennari, R., Jaklitsch, M. T., Koperna, T., Longo, W. E., & Zbar, A. P. (2004). The surgical management of elderly cancer patients: Recommendations of the SIOG surgical task force. *European Journal of Cancer*, *40*(7), 926-938.
- Baze, C., Monk, B. J., & Horzog, T. J. (2008). *The impact of cervical cancer on quality of life: A personal account*. California: Irvine Medical center.
- Berretta, M., Zanet, E., Nasti, G., Lleshi, A., Frustaci, S., Fiorica, F., Bearz, A., Talamini, R., Lestuzzi, C., Lazzarini, R., Fisichella, R., Cannizzaro, R., Iaffaioli, R. V., Berretta, S., & Tirelli, U. (2012). Oxaliplatin-based chemotherapy in the treatment of elderly patients with metastatic colorectal cancer (CRC). *Arch Gerontology Geriatric*, *55*(2), 271-275.
- Brooke, 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.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research, conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis: Elsevier/ Saunders.
- Cantril, H. (1965). *Pattern of human concerns*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press.
- Cella, D., & Nowinski, C. J. (2002). Measuring quality of life in chronic illness: The functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *83*, S10-S17.
- Cella, D. F. (1993). Quality of life: Concept and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, *4*(3), 186-194.

- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S. B., Winicour, P., & Brannon, J. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, *11*(3), 570-579.
- Chen, Y. T., Lin, S. R., & Kao, C. Y. (2019). Applying Swanson's theory of caring to manage powerlessness in an older patient with vasculitis. *Hu Li Za Zhi*, *66*(3), 112-119.
- Dehkordi, A., Heydarnejad, M. S., & Fatehi. (2009). Quality of life in patients undergoing chemotherapy. *Oman Medical Journal*, *24*(3), 204-207.
- Ellison, W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, *11*(4), 330-340.
- Gillette-Guyonnet, S., Abellan, G., Alix, E., Andrieu, S., Belmin, J., Berrut, G., Bonnefoy, M., Dartigues, J. F., De Groot, L., Ferry, M., Galan, P., Hercberg, S., Jeandea, C., Morris, M. C., Nourhashemi, F., Payette, H., Poulain, J. P., Portet, F., Roussel, A. M., Ritz, P., Rolland, Y., & Vellas, B. (2007). IANA (International Academy on Nutrition and Aging): Task force on nutrition and cognitive decline with aging. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, *11*(2), 132-152.
- Gozdziewicz, B., Strugata, M., Talarska, D., Stanistawska, J., & Baczyk, G. (2017). Functioning of people with colorectal cancer during chemotherapy. Demographic and clinical determinants of quality of life of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy. Pilot study. *European Journal of Cancer Care*, *26*(3), e12616.
- Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: Developing a theory*. Master's Thesis, Nursing Science, Faculty of Health Sciences, Linköping Linköping University.
- Halldórsdóttir, S., & Hamrin, E. (1996). Experiencing existential changes: The lived experience of having cancer. *Cancer Nursing*, *19*(1), 29-36.
- Hopkinson, J. B., Wright, D. N. M., & Foster, C. (2008). Management of weight loss and anorexia. *Annals of Oncology*, *19*, vii289-vii293.
- International Agency for Research on Cancer. (2021). *Globocan 2020: Estimated number of new cases in 2020, worldwide, all ages*. Retrieved from: <http://gco.iarc.fr/today/home>
- Jefferies, K., & Gale, T. M. (2013). *6-CIT: Six-item cognitive impairment test*. London: Springer.

- Juniper, E. F., Buist, A. S., Cox, F. M., Ferrie, P. J., & King, D. R. (1999). Validation of a standardized version of the asthma quality of life questionnaire. *Chest*, *115*(5), 1265-1270.
- Kashi, A. S. Y., Razzaghdoust, A., & Rakhsha, A. (2017). A comparative study of treatment toxicities between FOLFOX 4 and Modified FOLFOX 6 in Iranian colorectal cancer patients. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, *10*(1), e9429.
- Kavanaugh, K., Roscigno, C. I., Swanson, K. M., Savage, T. A., Kimura, R. E., & Kilpatrick, S. J. (2015). Perinatal palliative care: Parent perceptions of caring in interactions surrounding counseling for risk of delivering an extremely premature infant. *Palliative & supportive care*, *13*(2), 145-155.
- Lee, K., & Kim, S. H. (2020). Patients' and nurses' perceptions of what constitutes good nursing care: An integrative review. *Research and Theory for Nursing Practice*, *34*(2), 144-169.
- Liddle, J., & McKenna, K. (2000). Quality of life: An overview of issues for use in occupational therapy outcome measurement. *Australian Occupational Therapy Journal*, *47*(2), 77-85.
- Lundqvist, C., Siösteen, A., Sullivan, L., Blomstrand, C., Lind, B., & Sullivan, M. (1997). Spinal cord injuries: A shortened measure of function and mood. *Spinal Cord*, *35*(1), 17-21.
- McCleary, N. J., Meyerhardt, J. A., Green, E., Yothers, G., de Gramont, A., Van Cutsem, E., O'Connell, M., Twelves, C. J., Saltz, L. B., Haller, D. G., & Sargent, D. J. (2013). Impact of age on the efficacy of newer adjuvant therapies in patients with stage II/III colon cancer: Findings from the ACCENT database. *Journal of Clinical Oncology*, *31*(20), 2600-2606.
- Meyerhardt, J. A., & Mayer, R. J. (2005). Systemic therapy for colorectal cancer. *New England Journal of Medicine*, *352*(5), 476-487.
- Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, *43*(7), 891-901.
- Negoi, I., Prodan, A., Marinescu, S., Vartic, M., & Beuran, M. (2017). *D3 Lymphadenectomy for right-sided colon cancer-A mini-review*. Retrieved from <http://gco.iarc.fr/today/>

- Paloutzian, R., & Ellison, C. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life In Peplau, L. A., & Perlman, D. (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224-237). New York: Wiley.
- Parpa, E., Tsilika, E., Gennimata, V., & Mystakidou, K. (2015). Elderly cancer patients' psychopathology: A systematic review: Aging and mental health. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *60*(1), 9-15.
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, *24*(1), 49-58.
- Piccirillo, J. F., & Feinstein, A. R. (1996). Clinical symptoms and comorbidity: Significance for the prognostic classification of cancer. *Cancer*, *77*(5), 834-842.
- Pilot, U., Arpacı, A., Demir, S., & Yalcin, S. (2014). Evaluation of quality of life and anxiety and depression levels in patients receiving chemotherapy for colorectal cancer; Impact of patient education. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, *5*, 270-275.
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., & Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanisms in cancer patients: Developing nursing theory. *Oncology Nursing Forum*, *14*(6), 17-23.
- Polat, U., Arpacı, A., Demir, S., Erdal, S., & Yalcin, S. (2014). Evaluation of quality of life and anxiety and depression levels in patients receiving chemotherapy for colorectal cancer: Impact of patient education before treatment initiation. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, *5*(4), 270-275.
- Power, M., Bullinger, M., & Harper, A. (1999). The world health organization WHOQOL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, *18*(5), 495-505.
- Raltanajarana, S. (2005). *Coping with colorectal cancer and the creation of philosophy in applied science*. Bruce, Australia: University of Canberra.
- Read, J. A. (2006). Evaluation of nutrition and inflammatory status of advanced colorectal cancer and its correlation with survival. *Nutrition and Cancer*, *55*, 78-85.
- Salsman, J. M., Yost, K. J., West, D. W., & Cella, D. (2011). Spiritual well-being and health-related quality of life in colorectal cancer: A multi-site examination of the role of personal meaning. *Supportive Care in Cancer*, *19*(6), 757-764.

- Smith-Gagen, J., Cress, R. D., Drake, C. M., Romano, P. S., Yost, K. J., & Ayanian, J. Z. (2010). Quality-of life and surgical treatments for rectal cancer a longitudinal analysis using the California cancer registry. *Psycho-Oncology*, *19*(8), 870-878.
- Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, *126*, 124-128.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *The Journal of Nursing Scholarship*, *25*(4), 352-357.
- Swanson, K. M. (1999). What's known about caring in nursing: Aliterary meta-analysis. In A. S. Hinshaw, J. Shaver, & S. Feetham (Eds.), *Handbook of clinical nursing research* (pp. 31-60). Thousand Oaks: Sage Publication.
- Swanson, K. M. (2013). Kristen Swanson's theory of caring. In Smith, M. P., & Parker, M. E. (2015). *A book review of nursing theories and nursing theories* (4th ed., pp. 521-531). Philadelphia: F.A. Davis.
- Tas, F., & Keskin, S. (2012). Age-specific incidence ratios of colorectal cancer (CRC) in Turkey: CRC in older people is increasing. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *55*(2), 279-282.
- Tian, J., Chen, Z. C., & Hang, L. F. (2008). The effects of nutrition status of patients with digestive system cancers on prognosis of the disease. *Cancer nursing*, *31*(6), 462-467.
- Toonsiri, C., & Boonnate, N. (2020). Psychological well-being among community-dwelling older adults living with chronic illness. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, *15*(2), 116-123.
- Ward, L., Barnes, M., & Gahagan, B. (2012). *Well-being in old age: Findings from participatory research*. Brighton: The University of Brighton and Age Concern Brighton, Hove and Portslade.
- Ward, W. L., Hahn, E. A., Mo, F., Hernandez, L., Tulsy, D. S., & Cella, D. (1999). Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-colorectal (FACT-C) quality of life instrument. *Quality of Life Research*, *8*(3), 181-195.
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, *30*(6), 473-483.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little Brown.

- Watson, J. (1999). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. Boston: National League for nursing.
- Whoqol-Bref, World Health Organization. (1996). *Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment-field trial version*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., & Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, 30(7), 1362-1369.
- Wong, C. K., Lam, C. L., Law, W. L., Poon, J. T., Chan, P., Kwong, D. L., & Tsang, J. (2012). Validity and reliability study on traditional Chinese FACT-C in Chinese patients with colorectal neoplasm. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(6), 1186-1195.
- Yost, J. K., Hahn, E. H., Zaslavsky, A. M., Ayanian, J. Z., & West, D. W. (2008). Predictors of health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(66), 1-10.
- Zander, K. (2002). Nursing case management in the 21st century: Intervening where margin meets mission. *Nursing Administration Quarterly*, 26(5), 58-67.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนต้นต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัด

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยแบ่งออกเป็น 3 ชุด ดังนี้

- ชุดที่ 1 แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ [Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)] มีจำนวน 7 ข้อ
- ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย มีจำนวน 12 ข้อ
- ชุดที่ 3 แบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีจำนวน 34 ข้อ

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

แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้
Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)

ลำดับที่.....

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วย:	วันที่ประเมิน: ผู้ประเมิน:
-----------------------------	-------------------------------

คำถาม	ระดับคะแนน	คะแนน
1. ปีนี้ปีอะไร		
2. เดือนนี้เดือนอะไร		
3. ให้ผู้ป่วยจำที่อยู่โดยประกอบไปด้วย 5 ส่วน: บ้านเลขที่, ถนน, ตำบล, อำเภอและจังหวัด เช่น 56 ถ.ผดุงวิถี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม (เพื่อนำไปถามข้อที่7)		
4. เวลานี้เวลาอะไร		
5. นับถอยเลขหลัง 20-1		
6. พุดเดือนถอยหลังใน 1 ปี		
7. ถามผู้ป่วยกลับใน หัวข้อ3 ในการจำที่อยู่ที่ ประกอบไปด้วย 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.....ปีเดือน
3. สถานภาพ
 โสด คู่ หม้าย
 หย่า แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
 อื่น ๆ ระบุ.....
5. ศาสนา
 พุทธ คริสต์ อิสลาม
 อื่น ๆ ระบุ.....
6. สิทธิในการรักษา
 เบิกต้นสังกัด ประกันสังคม ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ประกันชีวิต
7. ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว
 เพียงพอ ไม่เพียงพอ
8. โรคประจำตัว
 เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
 โรคหัวใจ โรคไต อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากประวัติเวชระเบียน

9. ตำแหน่งของลำไส้ที่เป็นมะเร็ง

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cecum | <input type="checkbox"/> Ascending colon |
| <input type="checkbox"/> Transverse colon | <input type="checkbox"/> Splenic flexure |
| <input type="checkbox"/> Descending colon | <input type="checkbox"/> Rectosigmoid colon |
| <input type="checkbox"/> Rectum | <input type="checkbox"/> Hepatic flexure |
| <input type="checkbox"/> Sigmoid colon | |

10. ระยะของโรคมะเร็ง

- stage 1 stage 2 stage 3 stage 4

11. สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ

Regimen.....

12. จำนวนสูตรยาที่เคยได้รับ.....

ชุดที่ 3 แบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ลำดับที่.....

คำชี้แจง ข้อความต่าง ๆ ด้านล่างนี้คือสิ่งที่คุณป่วยโรคเดียวกับท่านกล่าวว่ามีสำคัญ ขอให้ท่านพิจารณาว่าแต่ละข้อตรงกับสถานการณ์ของท่านในช่วง 7 วันที่ผ่านมาว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไร

ข้อความ	ไม่ เลย (0)	เล็กน้อย (1)	ปาน กลาง (2)	ค่อนข้าง มาก (3)	มาก ที่สุด (4)
ความผาสุกด้านร่างกาย					
1. ข้าพเจ้ารู้สึกหดรัดเรียวแรง					
2. ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้					
3					
4					
5					
6					
7					
ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว					
8. ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อน ๆ					
9. ข้าพเจ้าได้รับความกำลังใจจากครอบครัว					
10					
11					
12					
13					
14					
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ					
15. ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ					
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจกับวิธีที่ข้าพเจ้าปรับตัว					

ข้อความ	ไม่ เลย (0)	เล็กน้อย (1)	ปาน กลาง (2)	ค่อนข้าง มาก (3)	มาก ที่สุด (4)
17.					
18.					
19.					
20.					
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม					
21. ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้					
22. ข้าพเจ้าพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
ด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม					
28. ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้หรือปวดเกร็งบริเวณช่อง ท้อง					
29. ข้าพเจ้ามีน้ำหนักลดลง					
30.					
31.					
32.					
33.					
34. ข้าพเจ้าพอใจกับรูปลักษณ์ทางกาย					



ภาคผนวก ค

**แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาหารของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่
ได้รับยาเคมีบำบัด**

แผนการพยาบาลแบบเอาใจของสแกนต้นสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

แผนการพยาบาลแบบเอาใจของสแกนต้นสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดพัฒนาโดยการนำทฤษฎีการดูแลแบบเอาใจของสแกนต้น (Swanson, 1993) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนามาประยุกต์ใช้เป็นรูปแบบในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน คือ 1) การดำรงไว้ซึ่งความหวังความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วย 2) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง 3) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ 4) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ และ 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ระยะที่ 2 การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด ดำเนินการเป็นรายบุคคล ร่วมใช้เวลาร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 9 สัปดาห์

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอาใจของสแกนต้นต่อความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว

ชื่อและอุปกรณ์ประกอบกิจกรรม

1. แผนการพยาบาลแบบเอาใจของสแกนต้นสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. คู่มือการปฏิบัติตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ผู้รับผิดชอบ

นางสาวกรรทอง แสงสว่าง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สถานที่ดำเนินการ

1. สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 ของการมาตรวจที่หน่วยตรวจอายุรกรรม 1 และหน่วยตรวจคัดกรอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
2. สัปดาห์ที่ 1-8 เริ่มตั้งแต่วันที่ 1-15 ของการนอนโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยในของสาขาอายุรกรรม สาขาคัดกรอง สาขาหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และมีการโทรศัพท์ติดตามที่บ้านของผู้สูงอายุ
3. สัปดาห์ที่ 9 วันที่ 17 ของการมาตรวจที่หน่วยตรวจอายุรกรรม 1 และหน่วยตรวจคัดกรอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ระยะเวลา

ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 9 สัปดาห์

ระยะเวลาของการพยาบาล	สัปดาห์	วัน/เวลา
1. ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด	สัปดาห์ที่ 1	วันที่ 1/ 1 วัน/ ครั้งละ 45-60 นาที
2. ระยะที่ 2 การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด	สัปดาห์ที่ 1-8: สัปดาห์ที่ 1, 3, 5, 7 (ทุก 2 สัปดาห์ รวม 4 รอบของการมารับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาล) สัปดาห์ที่ 2, 4, 6 (โทรศัพท์ติดตามที่บ้าน)	วันที่ 1-3, 5-7, 9-11, 13-15/ 12 วัน/ วันละ 1 ชั่วโมง (1 รอบของการมารับยา/ 3 วัน) วันที่ 4, 8, 12/ 3 วัน/ ครั้งละ 5-10 นาที
3. ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด	สัปดาห์ที่ 9 (โทรศัพท์ติดตามที่บ้าน)	วันที่ 16/ 1 วัน/ ครั้งละ 10-15 นาที

แผนการพยาบาลแบบเอาออกของสแกนต้นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 1) วันที่..... ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด และญาติผู้ดูแล</p> <p>2. เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจและการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักก่อนได้รับยาเคมีบำบัด</p>	<p>กิจกรรม</p> <p>ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นรายบุคคล ที่หน่วยตรวจอายุรกรรม 1 และหน่วยตรวจศัลยกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา และการสร้างสัมพันธภาพเบื้องต้น</p> <p>1. ก่อนที่ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยขอเพิ่มประวัติของผู้สูงอายุแต่ละรายจากเวชระเบียนและประวัติการรักษาในระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อนำมาศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเบื้องต้นและประวัติการรักษา เพื่อให้ผู้วิจัยได้ศึกษาและค้นหาความต้องการของการของแต่ละบุคคลจากแฟ้มประวัติ โดยละเอียด</p> <p>2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นรายบุคคลที่ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล ด้วยการแสดงความเคารพ</p>	<p>- การทำความเข้าใจซึ่งกันและกันทำให้เกิดการส่งเสริมสัมพันธภาพทำให้เกิดความคุ้นเคย และเกิดความเข้าใจ ไว้วางใจ ระหว่างกัน ลดความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกกลัวลง (Knowing)</p>	

ระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 1-8 การพยาบาลเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด (สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมวันที่ 1-3) วันที่..... ใช้เวลาวันละ 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
<p>1. เพื่อดำเนินการสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด และญาติผู้ดูแลต่อเนื่อง</p> <p>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การปฏิบัติตนขณะได้รับยาเคมีบำบัด</p> <p>3.</p>	<p>ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และญาติผู้ดูแลที่หอผู้ป่วยใน หลังจากดำเนินการรับผู้ป่วยใหม่เรียบร้อยแล้ว ใช้เวลาวันละ 1 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ก่อนเข้าพบผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสอบถามข้อมูล ปัญหา ความพร้อมของผู้สูงอายุ จากพยาบาลในเวรประจำหอผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล แสดงความเคารพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและรับรู้ถึงความรู้สึกลึกที่จริงใจ 	<p>-ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทำความรู้จัก เรียนรู้ซึ่งกันและกันพร้อมที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อค้นหาอุปสรรคปัญหาร่วมกัน และผู้วิจัยแสดงความรู้สึกยินดีและเต็มใจในการช่วยเหลือ (Knowing)</p>	

ระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 1-8 การพยาบาลเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด (สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมวันที่ 4) วันที่..... ใช้เวลาครั้งละ 5-10 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
<p>1. เพื่อเป็นการติดตาม โดยการโทรศัพท์เยี่ยม ประเมินปัญหาและความ ต้องการของผู้สูงอายุ</p> <p>2. เพื่อให้การพยาบาล อย่างมืออาชีพตาม ปัญหาที่พบเมื่อผู้สูงอายุ อยู่ที่บ้าน</p>	<p>โทรศัพท์เยี่ยมผู้สูงอายุโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย ถามทุกข์-สุขทั่วไป ใช้ น้ำเสียงนุ่มนวล ยินดี เต็มใจ กระตือรือร้น แสดงความห่วงใยและสอบถาม ปัญหา ประเมินอาการ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ รับฟังความคิด ความรู้สึก สังเกตจากน้ำเสียง ลักษณะ คำพูด ต้องการบ่งบอกอะไรหรือต้องการความช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร</p>	<p>-ผู้วิจัยใช้คำพูดแสดงถึงความ เป็นห่วง ยินดีรับฟังและไม่ รู้สึกว่าเป็นการรบกวน (Being with)</p> <p>-ผู้วิจัยให้การพยาบาล ช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ (Doing for)</p> <p>-ผู้วิจัยส่งเสริม สนับสนุนใน สิ่งที่สูงอายุสามารถดูแล ตนเอง ได้ต่อเนื่อง (Enabling)</p>	<p>-โทรศัพท์มือถือ</p>

ระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 1-8 การพยาบาลเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด (สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมวันที่ 5-7) วันที่..... ใช้เวลาวันละ 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
<p>1. เพื่อดำเนินสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด และญาติผู้ดูแล</p> <p>ต่อเนื่อง เพิ่มความเข้าใจ</p> <p>2. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างเต็มศักยภาพ</p> <p>3.</p> <p>4.</p>	<p>ในการมารับยาเคมีบำบัดของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม 3 วัน ทุก 2 สัปดาห์เป็นรอบที่ 2 ซึ่งจะใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาล 3 วัน ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม และญาติผู้ดูแลที่หอผู้ป่วยในช่วงเช้า ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และกำหนดเวลา 1 ชั่วโมง/ วัน โดยมีกิจกรรม ดังนี้</p> <p>1. ก่อนเข้าพบผู้สูงอายุผู้วิจัยสอบถามข้อมูล ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ ในช่วงระหว่างที่ผู้วิจัยไม่ได้อยู่ดูแล จากพยาบาลในเวรประจำหอผู้ป่วย ติดตามผลเลือดในครั้งนี้ และประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุ</p> <p>2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล แสดงความเคารพ ให้เกียรติ กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง</p> <p>3.</p> <p>4.</p>	<p>- ผู้วิจัยรับทราบถึงข้อมูลการรักษาในปัจจุบันของผู้สูงอายุ</p> <p>รับทราบปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้าน (Knowing)</p>	

ระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 1-8 การพยาบาลเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด (สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมวันที่ 8) วันที่..... ใช้เวลาครั้งละ 5-10 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
1. เพื่อเป็นการติดตาม โดยการโทรศัพท์เยี่ยม ประเมินปัญหาและ ความต้องการของ ผู้สูงอายุ 2. เพื่อให้การพยาบาล อย่างเอาใจใส่ตาม ปัญหาที่พบเมื่อ ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน	โทรศัพท์เยี่ยมผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย ชักถามเรื่องทั่วไป ใช้ นำเสียงนุ่มนวล ยินดี เต็มใจ กระตือรือร้น แสดงความห่วงใยและสอบถาม ปัญหา ประเมินอาการผิดปกติ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ รับฟังความคิด ความรู้สึก สังเกตจากน้ำเสียง ลักษณะ คำพูด ต้องการบ่งบอกอะไรหรือต้องการ ความช่วยเหลือหรือไม่อย่างไร	-ผู้วิจัยใช้คำพูดแสดงถึง ความเป็นห่วง ยินดีรับฟัง และไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นการ ครอบงำ (Being with) -ผู้วิจัยให้การพยาบาล ช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ (Doing for) -ผู้วิจัยส่งเสริม สนับสนุน ในสิ่งที่ผู้สูงอายุสามารถ ดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง (Enabling)	-โทรศัพท์มือถือ

ระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 1-8 การพยาบาลเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด (สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมวันที่ 9-11) วันที่..... ใช้เวลาวันละ 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
<p>1. เพื่อดำเนินสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด และญาติผู้ดูแลต่อเนื่อง เกิดความสนิทสนม ไว้วางใจ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบและเข้าใจถึงอาการข้างเคียงของตนเองและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด</p>	<p>ในการมารับยาเคมีบำบัดของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุก 2 สัปดาห์เป็นรอบที่ 3 ซึ่งจะใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาล 3 วัน ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และญาติผู้ดูแลที่หอผู้ป่วยในช่วงเช้า ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และกำหนดเวลา 1 ชั่วโมง/ วัน โดยมีกิจกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ก่อนเข้าพบผู้สูงอายุผู้วิจัยสอบถามข้อมูล ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ ในช่วงระหว่างวันที่ผู้วิจัยไม่ได้อยู่ดูแล จากพยาบาลในเวรประจำหอผู้ป่วย ติดตามผลเลือดในครั้งนี้ และประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุ 2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล แสดงความเคารพ กล่าวทักทาย และนำตนเอง อธิกรณ มองสบตา ให้เกียรติโดยการเรียกชื่อตามที่เคยได้รับอนุญาตจากผู้สูงอายุ คนไข้ซึ่งสัมพันธ์ภาพเชิงบวก เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และการสื่อสารระหว่างกันด้วยความเข้าใจและเอาใจอาทรต่อผู้สูงอายุ 3. 4. 	<p>- ผู้วิจัยรับทราบถึงข้อมูลการรักษาในปัจจุบันของผู้สูงอายุ (Knowing)</p>	

ระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 1-8 การพยาบาลเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด (สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมวันที่ 12) วันที่..... ใช้เวลาครั้งละ 5-10 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
<p>1. เพื่อเป็นการติดตาม โดยการโทรศัพท์เยี่ยม ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ</p> <p>2. เพื่อให้การพยาบาล อย่างเอาใจใส่ตาม ปัญหาที่พบเมื่อผู้สูงอายุ อยู่ที่บ้าน</p>	<p>โทรศัพท์เยี่ยมผู้สูงอายุโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย ชักถามเรื่องทั่วไป ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล ยินดี เต็มใจ กระตือรือร้น แสดงความห่วงใย ไม่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้วิจัย สอบถามปัญหา ประเมินอาการ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ</p>	<p>-เพื่อรับทราบถึงอาการผิดปกติหรือเรื่องที่สูงอายุ</p> <p>บอกเล่า (Knowing)</p> <p>-ผู้วิจัยใช้คำพูดแสดงถึงความ เป็นห่วง ยินดีรับฟังและไม่รู้สึกรำคาญกับการรบกวน (Being with)</p> <p>-ผู้วิจัยให้การพยาบาล ช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ (Doing for)</p> <p>-ผู้วิจัยส่งเสริม สนับสนุนในสิ่งที่สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง (Enabling)</p>	<p>-โทรศัพท์มือถือ</p>

ระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 1-8 การพยาบาลเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด (สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมวันที่ 13-15) วันที่..... ใช้เวลาวันละ 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
<p>1. เพื่อประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด และญาติผู้ดูแลต่อเนื่อง</p> <p>2. เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและญาติได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>3. ติดตามผลจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ในการดูแล</p>	<p>ในการมารับเคมีบำบัดของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุก 2 สัปดาห์ในรอบที่ 4 ซึ่งจะใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาล 3 วัน ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และญาติผู้ดูแลที่หอผู้ป่วยในช่วงเช้า ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และกำหนดเวลา 1 ชั่วโมง/วัน โดยมีกิจกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ก่อนเข้าพบผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสอบถามข้อมูล ปัญหาของผู้สูงอายุ ในช่วงระหว่างที่ผู้วิจัยไม่ได้อยู่ดูแล จากพยาบาลในเวรประจำหอผู้ป่วย คิดตามผลเลือดในครั้งนี้ และประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุก่อนให้การพยาบาล 2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล แสดงความเคารพ กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง อีกครั้ง ให้เกียรติโดยการเรียกชื่อตามที่เคยได้รับอนุญาตจากผู้สูงอายุ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ 3. 4. 	<p>- ผู้วิจัยรับทราบถึงข้อมูลการรักษาในปัจจุบันของผู้สูงอายุ (Knowing)</p>	

ระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 9 การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด (กิจกรรมวันที่ 16) วันที่..... ใช้เวลา 10-15 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ รับทราบความก้าวหน้า ของการรักษา และมี กำลังใจในการดูแล สุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง จนจบการรักษาด้วยยา เคมีบำบัด</p> <p>2. เพื่อเป็นการสรุปการ พยาบาลแบบเอาอาทร ทั้งหมดที่ผ่านมา</p>	<p>ภายหลังจากผู้สูงอายุได้รับยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัย โทรศัพท์ถึงผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นรายบุคคลที่บ้านในช่วง เวลา 10-15 นาที กิจกรรมประกอบด้วย</p> <p>1. ผู้วิจัยแสดงความเคารพ กล่าวทักทาย สอบถามอาการ สรุปการดำเนิน ของโรค ความก้าวหน้าของการรักษา พบทวนการปฏิบัติตน พร้อมทั้งกล่าว ชมเชย ให้กำลังใจกับผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องและมีความ มั่นใจมากขึ้น</p> <p>2.</p> <p>.....</p>	<p>- เมื่อผู้สูงอายุเกิดความรู้สึก ว่าชีวิตมีคุณค่า มีความหมาย และคุ้มค่าในการดูแลตนเอง ด้วยการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง เหมาะสม เมื่อมีความ เข้มแข็งในการมองโลก จะ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วย</p>	



ภาคผนวก ง

คู่มือการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คู่มือการปฏิบัติตน เมื่อได้รับยาเคมีบำบัด



สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ถ้าให้ใหญ่และทวารหนัก

จัดทำโดย

นางสาวกรองทอง แสงสว่าง

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมศต์

คำนำ

ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยแต่ละคนอาจแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของสูตรยา ขนาดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และสถานะของผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับยา คู่มือการปฏิบัติตนนี้จัดทำขึ้นตามแผนการดูแลแบบเอาออาทร โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งกล้าได้ใหญ่และทวารหนักเมื่อต้องได้รับยาเคมีบำบัด มีความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติตนเองได้อย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวัน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นเอกสารที่สร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสารวิชาการ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรายละเอียดในเนื้อหาของคู่มือประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกล้าได้ใหญ่และทวาร-หนัก ยาเคมีบำบัด การดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยการปฏิบัติตนหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และการฝึกปฏิบัติที่ควรมาพบแพทย์

ผู้จัดทำ



ภาคผนวก จ

เอกสารพิทักษ์สิทธิและเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

รหัสจริยธรรมการวิจัย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกรองทอง แสงสว่าง

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความ
ผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับ
คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 44 ราย หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย
จะใช้ระยะเวลาในการวิจัยทั้งสิ้น 9 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1-7 จัดกิจกรรมที่หน่วยตรวจอายุรกรรม
1 หน่วยตรวจศัลยกรรม และหอผู้ป่วยในของสาขาอายุรกรรม สาขาศัลยกรรม สาขาหอผู้ป่วยพิเศษ
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ สัปดาห์ที่ 9 จัดกิจกรรมที่หน่วยตรวจอายุรกรรม 1 และ
หน่วยตรวจศัลยกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วม
การวิจัย ตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย ตอบแบบวัดความผาสุก
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แบบวัดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ตามความเป็น
จริงด้วยตัวของท่านเอง ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30-45 นาที ท่านจะได้รับการแจกคู่มือการ
ปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยท่าน
จะต้องอ่านและทำความเข้าใจ สามารถซักถามผู้วิจัยได้เมื่อมีข้อสงสัย รวมทั้งการปฏิบัติตนเมื่อ
ได้รับยาเคมีบำบัด ในสัปดาห์ที่ 1-7 ที่แผนกหอผู้ป่วยในของสาขาอายุรกรรม สาขาศัลยกรรม สาขา

หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี และในสัปดาห์ที่ 9 ท่านจะต้องตอบแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แบบวัดความผาสุกด้านจิตวิญญาณชุดเดิมอีกครั้ง

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้รับการพยาบาลตามแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ การสนับสนุน ส่งเสริมเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การสังเกตอาการผิดปกติ และการจัดการกับอาการข้างเคียงจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น แต่ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมถึงนำมาเป็นพื้นฐานในการศึกษาและให้การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ รวมทั้งนำไปปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชื่อนี้ และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวกรรทอง แสงสว่าง หมายเลขโทรศัพท์ 081-887-5028 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 092-670-7744 นางสาวกรรทอง แสงสว่าง ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง บุตร เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้





เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

รหัสจริยธรรมการวิจัย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกรองทอง แสงสว่าง

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความ
ผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับ
คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 44 ราย หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย
จะใช้ระยะเวลาในการวิจัยทั้งสิ้น 9 สัปดาห์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วม
การวิจัย ขอความร่วมมือท่านตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับตัวท่าน ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการ
เจ็บป่วย ตอบแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แบบวัดความ
ผาสุกด้านจิตวิญญาณ ตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง ในสัปดาห์ที่ 1 การตอบแบบสอบถาม
ในครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที จากนั้นท่านจะได้รับการดูแลตามปกติ โดยสัปดาห์ที่ 1-7 ท่าน
จะได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย สอน ให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตน
สำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด และในสัปดาห์ที่ 9 จะให้
ท่านตอบแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แบบวัดความผาสุก
ด้านจิตวิญญาณอีกครั้ง ที่หน่วยตรวจอายุรกรรม 1 หน่วยตรวจศัลยกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์
เฉลิมพระเกียรติ ผู้วิจัยจะให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด การสังเกตอาการ

ผิดปกติ การจัดการกับอาการข้างเคียง ท่านจะได้รับการแจกคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมพร้อมยุติการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ จะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมถึงนำมาเป็นพื้นฐานในการศึกษาและให้การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ รวมทั้งนำไปปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยง หรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีความผิดใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวกรรทอง แสงสว่าง หมายเลขโทรศัพท์ 081-887-5028 หรือที่ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ หมายเลขโทรศัพท์ 092-670-7744

นางสาวกรรทอง แสงสว่าง
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษากับญาติพี่น้อง บุตร เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้





ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความ
ผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่
เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวกรองทอง แสงสว่าง)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

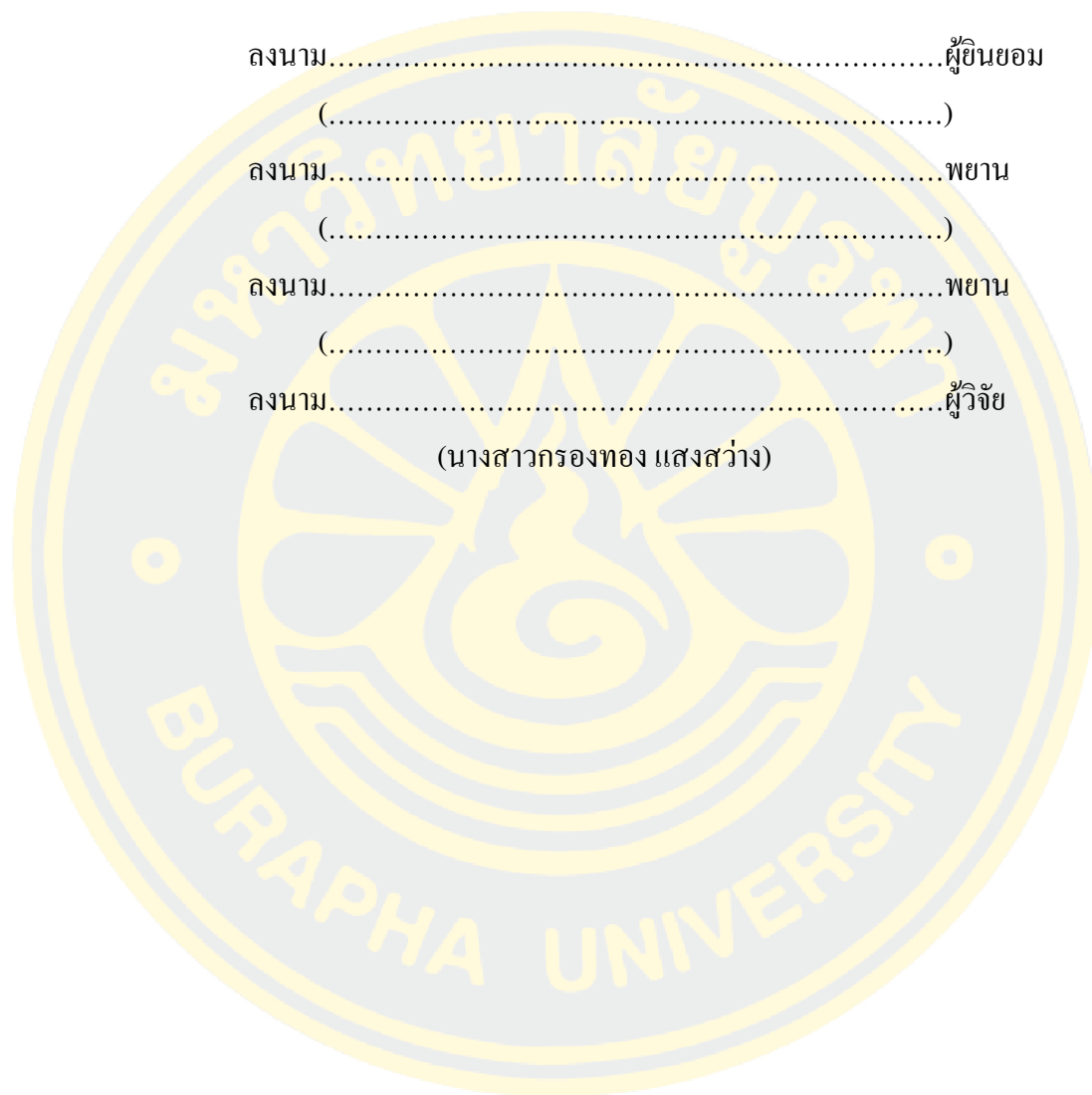
(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวกรองทอง แสงสว่าง)





ภาคผนวก จ
ตารางวิเคราะห์ผลข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง (N = 20)

คะแนนความพึงพอใจ						
ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมี บำบัด ในกลุ่มทดลอง	ระยะ	Mean	SD	t	df	p-value
ด้านร่างกาย	ก่อนการทดลอง	2.85	0.91	2.79	19	.012
	หลังการทดลอง	3.26	0.47			
ด้านสังคม/ ครอบครัว	ก่อนการทดลอง	3.07	0.63	1.43	19	.170
	หลังการทดลอง	3.23	0.52			
ด้านอารมณ์ จิตใจ	ก่อนการทดลอง	3.18	0.70	2.53	19	.020
	หลังการทดลอง	3.48	0.57			
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม	ก่อนการทดลอง	2.39	0.72	2.92	19	.009
	หลังการทดลอง	2.86	0.62			
ด้านอื่น ๆ	ก่อนการทดลอง	2.81	0.54	3.14	19	.005
	หลังการทดลอง	3.06	0.47			
ภาพรวมความพึงพอใจ	ก่อนการทดลอง	2.85	0.54	3.69	19	.002
	หลังการทดลอง	3.17	0.43			

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมความพึงพอใจ ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{19} = 3.69, p < .01$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านร่างกาย ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{19} = 2.79, p < .05$) มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านอารมณ์ จิตใจ ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{19} = 2.53, p < .05$) มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการปฏิบัติกิจกรรม ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{19} = -2.92, p < .01$) มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านอื่น ๆ ในระยะหลังการทดลอง

สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{19} = 3.14, p < .01$) แต่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ($t_{19} = 1.43, p > .05$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดของ กลุ่มควบคุม ระยะก่อนและหลังการทดลอง (N = 20)

คะแนนความผาสุกของ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมี บำบัด ในกลุ่มควบคุม	ระยะ	Mean	SD	t	df	p-value
ด้านร่างกาย	ก่อนการทดลอง	3.15	0.59	0.42	19	.681
	หลังการทดลอง	3.20	0.57			
ด้านสังคม/ ครอบครัว	ก่อนการทดลอง	2.93	0.49	0.78	19	.445
	หลังการทดลอง	2.85	0.47			
ด้านอารมณ์ จิตใจ	ก่อนการทดลอง	3.31	0.54	0.29	19	.774
	หลังการทดลอง	3.28	0.50			
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม	ก่อนการทดลอง	2.57	0.58	1.06	19	.301
	หลังการทดลอง	2.43	0.60			
ด้านอื่น ๆ	ก่อนการทดลอง	2.70	0.51	0.13	19	.898
	หลังการทดลอง	2.71	0.59			
ภาพรวมความผาสุก	ก่อนการทดลอง	2.92	0.40	0.47	19	.641
	หลังการทดลอง	2.88	0.39			

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในภาพรวม ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ($t_{19} = 0.47, p > .05$) มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทุกด้าน ในระยะก่อนการทดลอง และ

หลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ด้านร่างกาย ($t_{19} = 0.42, p > .05$) ด้านสังคม/ ครอบครัว ($t_{19} = 0.78, p > .05$) ด้านอารมณ์ จิตใจ ($t_{19} = 0.29, p > .05$) ด้านการปฏิบัติกิจกรรม ($t_{19} = 1.06, p > .05$) ด้านอื่น ๆ ($t_{19} = 0.13, p > .05$) และด้านจิตวิญญาณ ($t_{19} = 1.30, p > .05$)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงสุกรายด้านของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (N = 20) และกลุ่มควบคุม (N = 20)

ความพึงสุก	กลุ่ม	Mean	SD	Mean difference	t	df	p-value (2-Tailed)
ด้านร่างกาย	กลุ่มทดลอง	3.26	0.47	0.06	0.39	38	.700
	กลุ่มควบคุม	3.20	0.57				
ด้านสังคม/ ครอบครัว	กลุ่มทดลอง	3.23	0.52	0.38	0.24	38	.021*
	กลุ่มควบคุม	2.85	0.47				
ด้านอารมณ์ จิตใจ	กลุ่มทดลอง	3.48	0.57	0.19	1.14	38	.263
	กลุ่มควบคุม	3.28	0.50				
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม	กลุ่มทดลอง	2.86	0.62	0.43	2.22	38	.032*
	กลุ่มควบคุม	2.43	0.60				
ด้านอื่น ๆ	กลุ่มทดลอง	3.06	0.47	0.35	2.08	38	.044*
	กลุ่มควบคุม	2.71	0.59				

* $P < .05$

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงสุกรายด้าน 3 ด้าน หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ด้านสังคม/ ครอบครัว ($T_{38} = 0.24, p < .05$) ด้านการปฏิบัติกิจกรรม ($T_{38} = 2.22, p < .05$) และด้านอื่น ๆ ($T_{38} = 2.08, p < .05$)

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยรายด้าน 2 ด้าน หลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ($T_{38} = 0.39, p > .05$) และด้านอารมณ์ จิตใจ ($T_{38} = 1.14, p > .05$)





ภาคผนวก ข
แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

The Effect of Nursing Care Based on Swanson's Caring on well-being of Elderly with Colorectal Cancer Receiving
Chemotherapy

ชื่อนิสิต นางสาวกรองทอง แสงสว่าง

รหัสประจำตัวนิสิต 59920042 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 04 - 10 - 2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนัก ไม่จำกัดระยะของโรค จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 44 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล หน่วยตรวจอายุรกรรม 1
หน่วยตรวจศัลยกรรม หอผู้ป่วยในของสาขาอายุรกรรม สาขาศัลยกรรม และสาขาหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์
เฉลิมพระเกียรติ

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 27 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)**

1. ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

The Effect of Nursing Care Based on Swanson's Caring on well-being of Elderly with Colorectal Cancer Receiving Chemotherapy

2. ชื่อนิติ นางสาวกรองทอง แสงสว่าง

รหัสประจำตัวนิติ 59920042

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 04 - 10 - 2561

ให้เพิ่มเติม คือ ขยาย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 27 พฤศจิกายน 2562 ถึง วันที่ 27 พฤษภาคม 2563

4. วันที่ให้การรับรอง: 11 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2562

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ScF 03_01
ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยะชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง
จ.ปทุมธานี 12121 โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7358 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 081/2562

ใบรับรองโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : 008/2562
ชื่อโครงการวิจัย : ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุ
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
: THE EFFECT OF NURSING CARE BASED ON SWANSON'S CARING
ON WELL-BEING OF ELDERLY WITH COLORECTAL CANCER
RECEIVING CHEMOTHERAPY
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกรรทอง แสงสว่าง
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณา โดยใช้หลักของ Declaration of Helsinki, the Belmont report, CIOMS guidelines และ the International practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
จันทา ท่อง

(รองศาสตราจารย์ ดร.เกสัชกรหญิง จันทา หวังบุญสกุล)
รองประธานคณะอนุกรรมการฯ

ลงนาม.....
ดิศกร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลักษณา เหล่าเกียรติ)
อนุกรรมการและเลขานุการฯ

วันที่รับรอง : 18 มิถุนายน 2562

วันหมดอายุ : 17 มิถุนายน 2563

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 17 มิถุนายน 2563

เอกสารที่คณะอนุกรรมการฯรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการวิจัย
 - แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ Six Item Cognitive Impairment Test
 - แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย
 - แบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ScF 03_01
ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยะชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง
จ.ปทุมธานี 12121 โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7358 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 081/2562

ใบรับรองโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : 008/2562
ชื่อโครงการวิจัย : ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุ
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
: THE EFFECT OF NURSING CARE BASED ON SWANSON'S CARING
ON WELL-BEING OF ELDERLY WITH COLORECTAL CANCER
RECEIVING CHEMOTHERAPY
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกรองทอง แสงสว่าง
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณา โดยใช้หลักของ Declaration of Helsinki, the Belmont report, CIOMS guidelines และ the International practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.เนตัสกรหญิง จินดา หวังบุญสกุล)
ประธานคณะอนุกรรมการฯ

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เหล่าเกียรติ)
อนุกรรมการและเลขานุการฯ

วันที่รับรอง : 18 มิถุนายน 2562

วันหมดอายุ : 17 มิถุนายน 2563

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 17 มิถุนายน 2563

วันที่ต่ออายุใบรับรองครั้งที่ 1 : 18 มิถุนายน 2563

วันหมดอายุ : 17 มิถุนายน 2564

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 2: 17 มิถุนายน 2564

เอกสารที่คณะอนุกรรมการฯรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการวิจัย
 - แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ Six Item Cognitive Impairment Test
 - แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย
 - แบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวกรองทอง แสงสว่าง
วัน เดือน ปี เกิด	1 ธันวาคม พ.ศ. 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดนครสวรรค์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	92/ 334 หมู่บ้านชัยพฤกษ์คลอง 4 ซอย 56 ตำบลบึงขี้เฒ่า อำเภอชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2541-2548 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2549-ปัจจุบัน พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2541 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2564 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยบูรพา