

รายงานวิจัย

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 9012

ส่วนราชการ งานการพยาบาลสารสนเทศทางการแพทย์

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา นี้ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก ผู้บริหารโรงพยาบาลมะเร็งลำปางทุกระดับ อีกทั้งได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยจาก บุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โดยเฉพาะภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลมะเร็ง ลำปาง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิง งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต คลินิกออสโตมีและแผล ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จ ตามวัตถุประสงค์

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ด้วยความสมัครใจ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษาวิจัย และให้ข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์กับ งานวิจัย ผลของการวิจัย จะนำไปใช้ประโยชน์ต่อไปเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็ง

นางสาวทิวา ปัญญาชัย
หัวหน้าโครงการผู้วิจัย

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

หัวข้อ ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

ผู้จัดทำ นางสาวทิวา ปัญญาชัย พย.บ., นางสาวภัทรา สมนึก พย.บ. และนางสาวสิรินธร พูจา พ.ย.บ.

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ปัจจุบันวิธีการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาถูกนำมาเป็นหนึ่งในรักษาหลัก อย่างไรก็ตามอาจพบอาการไม่พึงประสงค์ได้ การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียวทดลองก่อนและหลัง **วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง **วิธีวิจัย:** รวบรวมข้อมูลเดือน มกราคม - เมษายน 2567 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา คู่มือให้ความรู้ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-C30 ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบวิลคอกชัน **ผลการวิจัย :** พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง ($\bar{X} = 3.64$, S.D. = 0.15) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม ($\bar{X} = 2.87$, S.D. = 0.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้าน ด้านอาการ และมีมิติด้านการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพหลังการใช้โปรแกรมฯ แตกต่างกับก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจภาพรวมต่อโปรแกรมนี้ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X} = 4.52$, S.D. = 0.40) **สรุป:** ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้ และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก, เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

Title Effectiveness of Self-Care Promotion Program on Quality of Life Among Colorectal Cancer Patients with Concurrent Chemoradiotherapy

Author Miss.Tiwa Panyachai B.N.S, Miss. Patra Somnuek B.N.S & Miss. Siinthon Puja B.N.S

Abstract

Background: Colorectal cancer are significant public health concerns. Currently, concurrent chemoradiotherapy is one of the main treatments; however, undesirable side effects may occur. Promoting appropriate self-care behaviors to improve the quality of life for patients with colorectal cancer undergoing concurrent chemoradiotherapy. This study is quasi-experimental research, with a pre- and post-test single-group design. **Objective:** To compare self-care behaviors and quality of life before and after receiving a self-care promotion program in patients with colorectal cancer undergoing concurrent chemoradiotherapy at Lampang Cancer Hospital. **Method:** Data was collected from January to April 2024 from a sample group of 30 individuals. The tools used in this study included: 1) Research operation tools, such as the self-care promotion program for patients with colorectal cancer undergoing concurrent chemoradiotherapy, and informational handout 2) Data collection tools, including personal data record forms, self-care behavior assessment forms developed by the researchers, and the Thai version of the EORTC QLQ-C30 quality of life assessment. **Data Analysis:** Statistical analysis involved descriptive statistics, Wilcoxon Signed Rank tests. **Results:** It was found that after participating in the self-care promotion program, patients with colorectal cancer demonstrated significantly higher average scores in self-care behaviors ($\bar{x} = 3.64$, S.D. = 0.15) compared to before the program ($\bar{x} = 2.87$, S.D. = 0.37), with statistical significance ($p < 0.001$). Additionally, there were significant differences in overall quality of life scores, symptom domain, and perceptions of quality of life and health status after the program compared to before, with statistical significance ($p < 0.05$). The sample group expressed high overall satisfaction with the program ($\bar{x} = 4.52$, S.D. = 0.40). **Conclusion:** This study indicates the effectiveness of the self-care promotion program for patients with colorectal cancer undergoing concurrent chemoradiotherapy in promoting positive changes in self-care behaviors and improving quality of life.

Keyword: Self-Care Promotion Program, Quality of Life, Colorectal Cancer, concurrent Chemoradiotherapy

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญรูปภาพ	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....
1.3 กรอบแนวคิดงานวิจัย	5
1.4 ขอบเขตของการศึกษา.....	6
1.5 นิยามศัพท์	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 โรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก.....	8
แนวทางในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก	16
แนวทางการรักษามะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก.....	25
2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองและทฤษฎีการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็ม	31
ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม.....	33
การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา.....	36
2.3 ความหมายของคุณภาพชีวิต.....	37
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	44
3.1 รูปแบบการวิจัย	44
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
3.4 การดำเนินการวิจัย	49
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	51

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	51
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	52
4.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา.....	54
4.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา.....	56
4.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง.....	57
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	59
5.2 อภิปรายผล.....	60
5.3 ข้อเสนอแนะ	
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	62
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	63
บรรณานุกรม	64
ผนวก ก เอกสารชี้แจงข้อมูลอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย.....	68
ผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	73
ผนวก ค หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม.....	85
ผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	87
ผนวก จ หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	88
ผนวก ฉ ตารางค่า IOC การหาค่าคุณภาพของเครื่องมือ.....	90
ผนวก ช QR Code ผลงานวิจัยและคู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเอง.....	92
ผนวก ซ ประวัติผู้วิจัย.....	93

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
รูปที่ 2 กายวิภาคระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง	9
รูปที่ 3 กายวิภาคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.....	10
รูปที่ 4 แสดงการเกิดมะเร็งลำไส้ระยะต่างๆ.....	11
รูปที่ 5 ลักษณะของติ่งเนื้อในลำไส้.....	12
รูปที่ 6 โรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น	19
รูปที่ 7 โรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น เฉพาะผิวของลำไส้	20
รูปที่ 8 stage of rectal stage IIA, IIB, IIC	20
รูปที่ 9 stage of rectal stage IIIA.....	21
รูปที่ 10 stage of rectal stage IIIB.....	21
รูปที่ 11 stage of rectal stage IIIC.....	22
รูปที่ 12 stage of rectal stage IV.....	22



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2-1 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.....	24
ด้วยระบบ TNM และ Dukes	
ตารางที่ 4-1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
ตารางที่ 4-2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง	
ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก	
ที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา.....	54
ตารางที่ 4-3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก	
ที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา.....	56
ตารางที่ 4-4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรม	
การส่งเสริมการดูแลตนเอง.....	57



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองมาจากมะเร็งปอด องค์การอนามัยโลกได้รายงานจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากเป็นอันดับ 3 ของโรคมะเร็งที่พบมากของประชากรทั่วโลก รองมาจาก มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ โดยพบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ทั้งหมด 1.93 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมดในจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกือบครึ่งหนึ่งเป็นมะเร็งบริเวณลำไส้ตรง ประมาณ 700,000 ราย แนวโน้มของมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักทั่วโลกในระยะ 55 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปีค.ศ. 1960 ถึง 2016 เพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและหญิง ในเพศชาย อัตราอุบัติการณ์ 10.5 เพิ่มขึ้น 12.7 ต่อประชากร 100,000 คน และเพศหญิงอัตราอุบัติการณ์ 5.8 เพิ่มขึ้น 8.7 ต่อประชากร 100,000 คน การคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ 2045 โรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักจะเพิ่มขึ้นทุกภูมิภาคของโลก ในทวีปเอเชียประชากรจะมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักเพิ่มขึ้นร้อยละ 70 (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทยจากรายงานสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากเป็นอันดับที่ 3 ในเพศชาย อัตราอุบัติการณ์ 18.7 ต่อประชากร 100,000 คน และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง อัตราอุบัติการณ์ 13.3 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (Rosjanamatin, J. et al., 2021) สำหรับภาคเหนือของประเทศไทย ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักทั้งเพศชายและเพศหญิงมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 3.6 ต่อปี โดยเพศชายมีอัตราอุบัติการณ์จาก 8.5 เพิ่มขึ้นเป็น 16.9 ต่อประชากร 100,000 คน และเพศหญิงมีอัตราอุบัติการณ์จาก 6.0 เพิ่มขึ้น 12.7 ต่อประชากร 100,000 คน (ดลสุข พงษ์นิกรและคณะ, 2563) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่ามะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก

ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าลำไส้ตรง (Rectum) คือ บริเวณที่มีความยาวประมาณ 6 นิ้วสุดท้ายของลำไส้ใหญ่ โดยติดกับทวารหนัก (Anal Canal) ลำไส้ตรงมีหน้าที่เก็บของเสียที่เหลือจากการดูดซึมสารอาหารที่มีประโยชน์เข้าสู่ร่างกาย ก่อนที่จะขับออกเป็นอุจจาระทางทวารหนัก มะเร็งลำไส้ตรงเกิดจากการแบ่งตัวผิดปกติของเซลล์บริเวณลำไส้ตรง ซึ่งในบางกรณีก้อนอาจมีตำแหน่งใกล้กับทวารหนัก (Anal Canal) ผู้ป่วยมักจะมาตรวจด้วยอาการผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระได้แก่อาการถ่ายอุจจาระเป็นมูกหรือมูกปนเลือด ท้องผูกสลับท้องเสีย อุจจาระมีขนาดเล็กหรือบางลง ถ่ายเป็นเม็ดกระสุน บางรายอาจจะมาด้วยอาการลำไส้อุดตัน ถ่ายไม่ออก ซีดอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงมากผิดปกติโดยไม่ทราบสาเหตุ และปวดเบ่งบริเวณทวารหนักเป็นต้น

(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักมีความซับซ้อน และต้องอาศัยความชำนาญของทีมแพทย์ผู้ให้การรักษา การรักษาหลักมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก ได้แก่ การผ่าตัด โดยตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรคและต่อมน้ำเหลืองออกไป หากมะเร็งลุกลามมาก หรือ มะเร็งของลำไส้ตรงส่วนปลายติดทวารหนัก การผ่าตัดอาจมีความจำเป็นต้องทำทวารเทียม (colostomy) เพื่อระบายอุจจาระแทนการขับถ่ายทางทวารหนัก และการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (Concurrent Chemoradiotherapy) เพื่อการรักษาเสริมก่อนหรือหลังผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นกับ สภาพของผู้ป่วย ตำแหน่งที่เป็น ระยะของโรคและดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา ซึ่งการรักษาจะ ประกอบด้วย การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือเคมีบำบัดร่วมกับการผ่าตัดและรังสีรักษา เป้าหมาย การรักษาเพื่อหยุดการกระจายตัวของมะเร็งไม่ให้ลุกลามต่อ รวมทั้งบรรเทาอาการหรือความทุกข์ ทรมานจากมะเร็งเพื่อคุณภาพในการดำเนินชีวิต และเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยได้นานขึ้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

แนวทางการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก ผู้ป่วยจะได้รับการฉายรังสีบริเวณช่องท้องและให้สูตรยาเคมีบำบัดได้แก่ 1) สูตรยาเคมีบำบัดชนิดฉีด ทางหลอดเลือดดำ ฟลูออโรยูราซิล (Fluorouracil) หรือไฟว์เอฟยู (5-FU) และลูวโคโวริน (Leucovorin) 2) ยาเคมีบำบัดชนิดรับประทานเคปไซตาบิน (Capecitabine) ร่วมกับการฉายรังสี ระยะเวลาการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาทั้งหมดประมาณ 4-6 สัปดาห์ ภาวะแทรกซ้อน จากการรักษาด้วยเคมีบำบัดดังกล่าว ร่วมกับรังสีรักษา อาทิเช่น ผิวน้ำบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี แห้ง แตก หรือผิวน้ำอักเสบแดง แตกเป็นแผลเกิดการติดเชื้อ หรือการได้รับเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมี อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อุจจาระเหลวถ่ายบ่อย การทำงานของไตบกพร่อง มีแผล ในปากหรือเยื่อช่องปากอักเสบเกิดขึ้นได้หลังได้รับยาเคมีบำบัด 1-2 วัน และผลข้างเคียงของยา Capecitabine ทำให้เกิดกลุ่มอาการมือและเท้าบวมแดง (Hand-Foot Syndrome หรือภาวะ Palmar-Plantar Erythrodysesthesia, PPE) เป็นการอักเสบของผิวน้ำบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าพบ ได้บ่อยร้อยละ 81 ระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับปริมาณยาที่ได้รับและปริมาณยาสะสม เกิดได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 2-3 สัปดาห์หลังจากรับประทานยา อาการจะดีขึ้นเมื่อหยุดยา 1-2 วันและเข้าสู่ ภาวะปกติประมาณ 2 สัปดาห์ (จันทิมา แจ่มจรัสและ พรณภา เพ็ชรมา, 2560) ภาวะแทรกซ้อน อื่นๆที่อาจพบโดยทั่วไปจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ซีด ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เนื่องจากยาเคมีบำบัดทำให้เกิดการกดไขกระดูก เกิดบาดแผล รอยฟกช้ำหรือมีเลือดออกง่าย และอาจส่งผล ให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย การรักษาโรคมะเร็งทั้งการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือฉายรังสี มัก เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาอยู่ตลอดเวลาก่อให้เกิดความทุกข์ รบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย นำไปสู่ปัญหาต่างๆเช่น การทำหน้าที่ในด้านต่างๆลดลงซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตลดลง การจัดการ อาการดังกล่าวเป็นความรู้พื้นฐานที่สำคัญที่พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อ

ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด แต่หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก็จะลดน้อยลงไป บุคคลที่มีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของร่างกายสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้โดยใช้ศักยภาพในการดูแลตนเองให้ได้สูงสุด ภาวะเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่มีผลต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อความผาสุก (รุ่งพร ภูสุวรรณ, 2563)

จากข้อมูลการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 40.4 ทั้งนี้การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับน้อย เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ไม่ดี (หยาดรุ้ง อุไรพันธุ์, 2558) และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่าระหว่างการได้รับเคมีบำบัด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะลดลง และเพิ่มสูงขึ้นเมื่อสิ้นสุดการให้เคมีบำบัด (พรพิมล เลิศพานิช, 2560) ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมได้รับข้อมูลและการสอนจากพยาบาล ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ร่วมกับได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ปัจจัยทางจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากกว่าปัจจัยส่วนบุคคล (ชลยา อรรถาภินันท์, 2560) ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียมจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็น มีทักษะที่ดีในการดูแลทวารเทียม รวมทั้งการมีทัศนคติที่ดี ยอมรับการมีทวารเทียมเพื่อให้สามารถดูแลและใช้ชีวิตร่วมกับทวารเทียมได้ (วิภาวดี ว่องวานนท์, 2560) โอลิเวีย ได้มีแนวคิดในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเชื่อว่าพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ซึ่งประกอบไปด้วยการสอน การชี้แนะการสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem, 2001) การสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเพิ่มความสามารถของผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ผลในการป้องกันและลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (สมพร วรรณวงศ์, 2557)

โรงพยาบาลมะเร็งลำปางให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งครบวงจรในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 จากรายงานสถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักรายใหม่ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปี.ศ. 2562-2565 จำนวน 314, 341 305 และ

349 ราย ตามลำดับ มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักพบมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม โดยในเพศชายพบเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 20.56 ของมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด และเพศหญิงพบเป็นอันดับที่สี่ร้อยละ 7.75 ของมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางร้อยละ 38 ให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา รองลงมา ได้แก่ รังสีรักษา ร้อยละ 34 และยาเคมีบำบัด ร้อยละ 6 ตามลำดับ (งานทะเบียนมะเร็ง, 2566) ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก โรงพยาบาลมะเร็งลำปางพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับโรคมะเร็งอื่นๆ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักบางรายมีทวารเทียมเปิดทางหน้าท้องเพื่อการขับถ่ายอุจจาระ (การุณ แก้วสอนและคณะ, 2560) ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาส่วนใหญ่ได้รับการวางแผนการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา เพื่อนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักและมะเร็งอื่นๆ ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงของผลข้างเคียงของการรักษาได้ และสามารถรับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาครบตามแผนการรักษา ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง

1.3 สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (educative supportive nursing system) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยที่โอเร็มมีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ หลีกเลี่ยงจากโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก มีความพร้อมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการณ์ดูแลตนเอง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการส่งเสริมให้ความรู้โดยมีพื้นฐานมาจากกรอบแนวคิดของ Orem บนแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก สามารถเรียนรู้พัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ หากมีความรู้ และได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้การดูแลตนเองก่อนการรักษาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา และให้คู่มือส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา 2) ติดตามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 3) การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา การดูแลตนเอง การจัดการอาการผลข้างเคียงจากการรักษาขณะให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก ตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001)

การพยาบาลเพื่อสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม คือ

1. การเตรียมตัวก่อน ระหว่าง และหลังการรักษา โดยให้ความรู้และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ก่อนระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา
2. การติดตามอาการระหว่างการรักษา ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์
3. การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา การดูแลตนเอง การจัดการอาการผลข้างเคียงจากการรักษาขณะให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

ประสิทธิผลโปรแกรม

1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.5 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดลองก่อนและหลัง (one group pre-posttest design) เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปางจำนวน 30 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2567

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) ประกอบด้วย การพยาบาลเพื่อสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม 1) ให้ความรู้การดูแลตนเองก่อนระหว่างและหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา และให้คู่มือส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา 2) การสนับสนุนช่วยเหลือ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และ 3) ติดตามอาการระหว่างการรักษาโดยสอบถามอาการทั่วไปและอาการไม่พึงประสงค์ ทบทวนพฤติกรรมดูแลตนเอง การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาเพื่อให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ระหว่างการรักษา วัดโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความสุขและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่มีต่อความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตของตนเอง ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ รวมถึงภาวะสุขภาพ ประเมินโดยแบบประเมินคุณภาพชีวิต The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30 V.3) แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย Silpakit.et al.

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตรยา Capecitabine หรือ 5-FU/LV (Fluorouracil/Leucovorin) ควบคู่ไปกับการฉายรังสี (Concurrent Chemoradiotherapy, CCRT) ได้รับการรักษาผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับการรักษาร่วมเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา
2. ผลการวิจัยสามารถนำไปวางแผน สนับสนุนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับการรักษาร่วมเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย
2. โปรแกรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับการรักษาร่วมเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องระหว่างการรักษา ช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา
3. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

ด้านการวิชาการพยาบาล

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้สนับสนุนในการทำวิจัยต่อเนื่อง เช่น การศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งระบบอื่นที่ได้รับการรักษาร่วมเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา
2. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้สนับสนุนในการทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการให้ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล (Caregiver)

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา” ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากหนังสือตำราเอกสารวิชาการ วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเนื้อหาตามลำดับดังต่อไปนี้

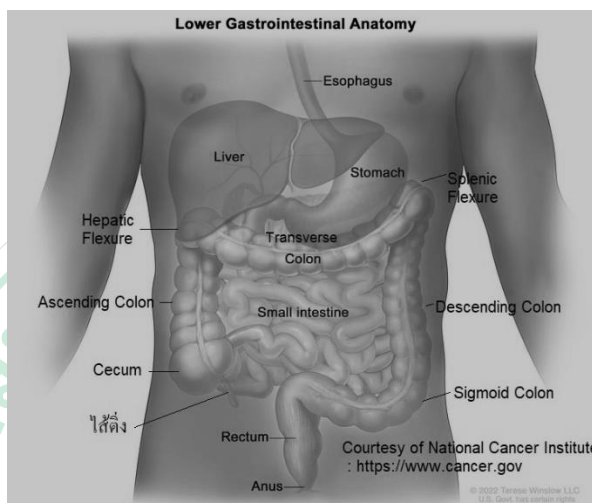
- 2.1 โรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก
 - 2.1.1 กายวิภาคและสรีระของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
 - 2.1.2 ความหมายและกลไกการเกิดโรคมะเร็ง
 - 2.1.3 จุลกายวิภาคของมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
 - 2.1.4 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนัก
 - 2.1.5 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนัก
 - 2.1.6 แนวทางในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนัก
 - 2.1.7 การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนัก
 - 2.1.8 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนัก
- 2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม
 - 2.2.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม
 - 2.2.2 การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา
- 2.3 คุณภาพชีวิต
 - 2.3.1 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง.
 - 2.3.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก

2.1.1 กายวิภาคและสรีระของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

กายวิภาคของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ลำไส้เล็กส่วนปลาย (Ilium) เปิดเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ผ่านรูเปิดที่เรียกว่า Ileocecal valve ส่วนแรกของลำไส้ใหญ่เรียกว่า Cecum ซึ่งอยู่บริเวณท้องน้อยด้านขวา ติดกับ ไส้ติ่ง จากนั้นทอดตัวขึ้นบนส่วนนี้เรียกว่า Ascending Colon เมื่อขึ้นถึงบริเวณใต้ตับ (Hepatic flexure) ลำไส้จะเป็นแนวทางขวางกับจากขวาไปซ้าย เรียก Transverse Colon ไกล่

บริเวณม้าม (Splenic Flexure) ลำไส้ทอดตัวลง เรียกว่า Descending Colon ในส่วนของอุ้งเชิงกรานจะโค้งเป็นตัว S เรียกว่า Sigmoid Colon จากนั้นจะวกลงเป็นไส้ตรง เรียกว่า Rectum เพื่อเปิดสู่ทวารหนัก (Anus) (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 กายวิภาคระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง Lower Gastrointestinal Anatomy

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์, 2567 <https://doh.hpc.go.th> สืบค้นเมื่อ 20/1/2567

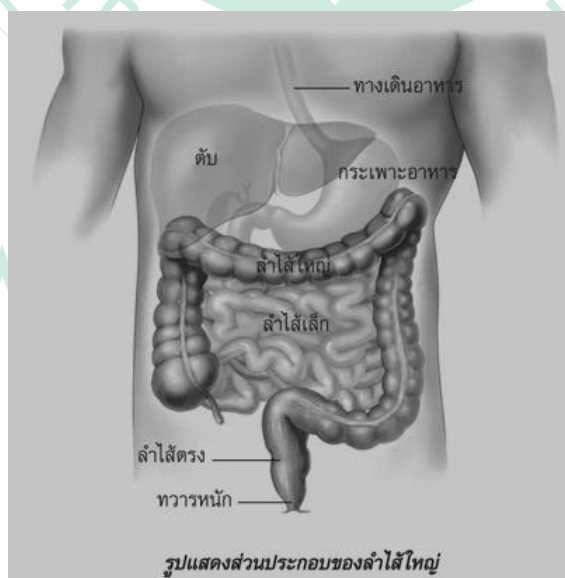
2.1.2 ความหมายและกลไกการเกิดโรคมะเร็งของโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก

โรคที่เกิดจากการมีเซลล์ผิดปกติในร่างกายและเซลล์เหล่านี้มีการเจริญเติบโตรวดเร็วเกินปกติ ร่างกายควบคุมไม่ได้มีการเจริญแพร่กระจายไปทั่วร่างกายทำให้เนื้อเยื่อปกติไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เป็นสาเหตุให้เสียชีวิต การเกิดโรคมะเร็งมีสาเหตุที่ไม่แน่ชัด แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคคือ 1) สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมภายนอกในร่างกาย เช่น สารเคมีในควันบุหรี่และเขม่ารถยนต์ สารพิษจากเชื้อรา สีย้อมผ้าหรือสารเคมีจากขบวนการอุตสาหกรรม รังสีต่างๆ เชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกาย เช่น ไวรัสตับอักเสบบี เชื้อไวรัส HPV ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก เชื้อ Helicobacter Pylori มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น 2) สาเหตุจากภายในร่างกาย ได้แก่ กรรมพันธุ์ที่ผิดปกติ ความไม่สมดุลของฮอร์โมน ภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง การระคายเคืองที่เกิดซ้ำๆ ภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น

กลุ่มของโรคที่เกิดเนื่องจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติที่ DNA หรือสารพันธุกรรม ส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโต มีการแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์ รวดเร็ว และมากกว่าปกติ ดังนั้น จึงอาจทำให้เกิดก้อนเนื้อผิดปกติ และในที่สุดก็จะทำให้เกิดการตายของเซลล์ในก้อนเนื้อนั้น เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงเพราะการเจริญเติบโตของหลอดเลือด ถ้าเซลล์พวกนี้เกิดอยู่ในอวัยวะใดก็จะเรียกชื่อมะเร็งตามอวัยวะนั้น เช่น มะเร็งปอด มะเร็งสมอง มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเม็ดเลือดขาว

มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งผิวหนัง มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นต้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565)

โรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่ลุกลามและแพร่กระจายได้ เกิดขึ้นที่เยื่อบุผิวภายในของลำไส้ตรงและทวารหนัก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก(Colorectal cancer : CRC) แบ่งการเรียกชื่อตามตำแหน่ง คือส่วนต้นของลำไส้ใหญ่ที่ติดกับส่วนปลายของลำไส้เล็กจนถึงลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่ต่อกับไส้ตรงโดยลำไส้ใหญ่จะขดอยู่ในช่องท้อง เรียกว่าลำไส้ใหญ่ (Colon) ประกอบด้วย Ascending colon ส่วนลำไส้ขึ้น, Transverse colon ส่วนลำไส้ขวาง (จุดหักเรียกว่า Hepatic flexer), Descending colon ส่วนลำไส้ลง (จุดหักเรียกว่า splenic flexer), Sigmoid colon ส่วนทอติโค้งเป็นรูปตัว S เป็นส่วนปลายของ Colon, Rectum ลำไส้ตรง, Anal canal และลำไส้ใหญ่ส่วนของไส้ตรง(Rectum) เป็นลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่ติดกับ Sigmoid colon รอยต่อดังกล่าวเรียกว่า Rectosigmoid junction (รูปที่ 3) โดยตำแหน่งดังกล่าวจะอยู่ประมาณครึ่งล่างของกระดูกเชิงกราน (Sacrum) ส่วนของลำไส้ตรง (Rectum) เป็นลำไส้ที่อยู่ในอุ้งเชิงกรานทำให้ต่อมน้ำเหลืองของลำไส้ตรงจะเป็นต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน (Pelvic node) ทั้งด้านซ้ายและด้านขวา (ต่อมน้ำเหลืองของลำไส้ใหญ่ส่วนช่องท้อง ต่อมน้ำเหลืองอยู่รอบๆท่อเลือดแดงช่องท้องคือ Peri aortic node ซึ่งการเกิดมะเร็งในลำไส้ทั้งสองส่วนคือลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการ การคัดกรอง การวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษา มีความคล้ายกัน แตกต่างกันในการรักษาต่อมน้ำเหลืองเนื่องจากตำแหน่งต่างกัน

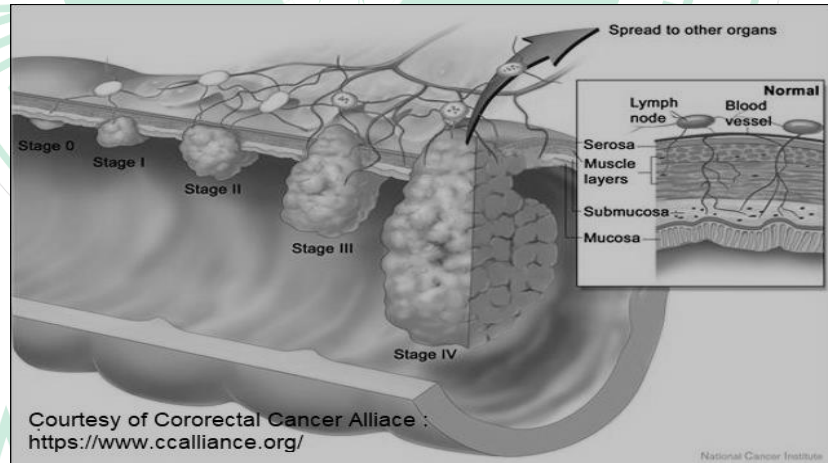


รูปที่ 3 แสดงกายวิภาคของลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง และทวารหนัก

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์, 2567 <https://doh.hpc.go.th> สืบค้นเมื่อ 20/1/2567

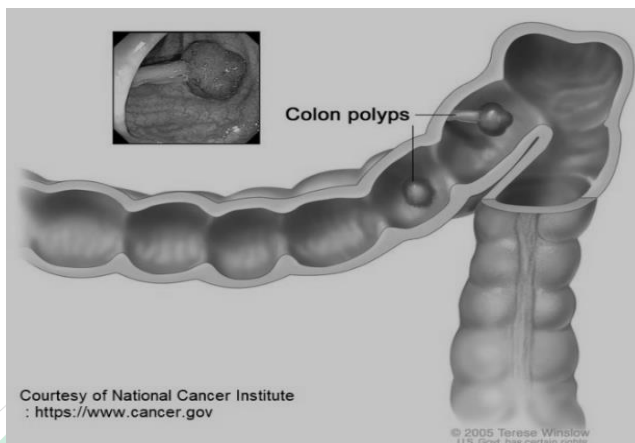
2.1.3 จุลกายวิภาคของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (รูปที่ 4-5)

1. ลำไส้ใหญ่ของผู้ใหญ่ยาวประมาณ 5 ฟุต ภายในกลวง ในส่วนของผนังลำไส้สามารถแยกเป็นชั้น เมื่อส่องด้วยกล้องจุลทรรศน์ ได้แก่ชั้นเยื่อ (Mucosa) โดยเยื่อเป็นเซลล์รูปแท่ง (Columnar) ชั้นใต้ลงมาเรียกว่าชั้นใต้เยื่อ (Submucosa) จากนั้นเป็นชั้นกล้ามเนื้อที่อยู่ภายในผนังลำไส้ (Muscular layer) และชั้นนอกสุดเรียกว่าชั้น Serosa
2. มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เริ่มจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อที่ติดปกติในชั้น Mucosa dysplasia โดยกระบวนการเปลี่ยนแปลงอาจจะเป็นเนื้องอก (Benign Neoplasia) กระบวนการเปลี่ยนแปลงใช้เวลานานเป็น 15-20 ปี ที่จะพัฒนาเป็นเซลล์มะเร็ง และติ่งเนื้อในลำไส้บางชนิดก็พัฒนาเป็นมะเร็งได้เหมือนกัน จุดเริ่มต้นของมะเร็งเกิดขึ้นที่ชั้นเยื่อ mucosa ก่อน จากนั้นมะเร็งก็เริ่มสอดแทรกลึกเข้าไปในชั้นใต้เยื่อ submucosa ไปยังกล้ามเนื้อแล้วทะลุผ่านไปยังชั้น Serosa ไปยังเนื้อเยื่อและต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง เข้าสู่ทางเดินน้ำเหลืองและกระแสเลือดไปสู่อวัยวะที่ห่างไกลออกไป
3. ติ่งเนื้อที่ลำไส้ใหญ่ แบ่งเป็นชนิดไม่อันตราย (Benign) และชนิดที่อันตราย (Malignant) เมื่อต้องตัดเพื่อตรวจ



รูปที่ 4 แสดงการเกิดมะเร็งในลำไส้ระยะต่างๆ

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์, 2567 <https://doh.hpc.go.th> สืบค้นเมื่อ 20/1/2567



รูปที่ 5 ลักษณะของติ่งเนื้อในลำไส้

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์, 2567 <https://doh.hpc.go.th> สืบค้นเมื่อ 20/1/2567

4. ตำแหน่งและประเภทของมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนัก
 - 4.1. พบมะเร็งด้านซ้าย ร้อยละ 65-70 โดยเฉพาะบริเวณ Rectum และ Sigmoid Colon เป็นด้านขวา ร้อยละ 30-35%
 - 4.2. ร้อยละ 98 เป็นมะเร็งชนิด Adenocarcinoma, ร้อยละ 80 เป็นชนิด Well and moderately differentiate ส่วน Poor differentiate ที่ poor prognosis พบร้อยละ 20 ถ้า poor differentiate เป็น mucinous หรือ colloid ร่วมด้วยซึ่งพบประมาณร้อยละ 15 Prognosis ยิ่งไม่ดีมากขึ้น
5. มะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนัก แบ่งตามประวัติครอบครัว 3 ประเภทดังนี้
 - 5.1. แบบที่ไม่มีประวัติครอบครัวหรือประวัติพันธุกรรม เรียกว่า แบบ Sporadic พบร้อยละ 70-85 พบในคนอายุ 50 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 80 เป็นมะเร็งชนิด Adenomatous polyps และชนิด Non-polypoidal (Flat หรือ depress lesion)
 - 5.2. ครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ เรียกว่า Familial พบถึงร้อยละ 20-25
 - 5.3. มะเร็งชนิดถ่ายทอดทางพันธุกรรมเรียกว่ากลุ่ม Hereditary โดยถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ Autosomal dominant ประกอบด้วย
 - 5.3.1. Familial Adenomatous Polyposis (FAP) แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ
 - 5.3.1.1. Familial Adenomatous Polyposis (FAP) พบ Adenomatous polyps เป็นร้อยถึงพัน ตั้งแต่อายุน้อยเฉลี่ยว 39 ปี แบ่งเป็น Classic FAP และ AFAP (Attenuated FAP)
 - 5.3.1.2. Other Polyposis Syndrome ได้แก่ Harmartomatous syndrome, Peutz Jeghers syndrome, Jughers syndrome, Juvenile Polyp

5.3.2 Hereditary Non polyposis Colorectal cancer (HNPCC) พบได้บ่อยกว่า FAP อายุเฉลี่ยของการเกิดโรคคือ 45 ปี และมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งชนิดอื่นได้แก่ Endometrial, Ovary, Urinary track cancer

6. การเปลี่ยนแปลงของ cell ลำไส้จนเป็นมะเร็ง

6.1 APC Mutation ซึ่งทำหน้าที่เป็น Suppressor gene ทำให้เนื้อเยื่อลำไส้แบ่งตัวมากกว่าปกติ เป็น Benign adenoma ตามด้วยการ Mutation ของ K-ras ทำให้เกิด mild, moderate ถึง severe dysplasia จนเป็นเซลล์มะเร็งในท้ายที่สุด ซึ่งกระบวนการนี้ใช้เวลา 5-10 ปี APC mutation เป็นสาเหตุของ Sporadic และ FAP

6.2 MYH (Human Mul Y Homology) ผิดปกติ ทำให้เกิดมะเร็งในกลุ่ม AFAP

6.3 ความผิดปกติของ Mismatch repair gene ได้แก่ MYH1, MSH2, MSH6 ผิดปกติ ทำให้เกิดมะเร็งในกลุ่ม HNPCC

2.1.4 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนัก

สาเหตุและปัจจัยของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนัก ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดแน่ชัด แต่มีปัจจัยบางอย่างเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนัก แบ่งเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยเสี่ยงจากตัวบุคคล (Non-modifiable risk factors)
2. ปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม (Environment risk factors)

ปัจจัยเสี่ยงจากตัวบุคคล (Non-modifiable risk factors)

1. อายุ (Age) มักพบในผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งในประเทศไทย (cancer in Thailand, 2564) และพบว่าอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้เพิ่มสูงขึ้นในคนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในอายุมากกว่า 50 ปี โดยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้มากกว่าร้อยละ 90 มีอายุมากกว่า 50 ปี และในช่วงอายุ 60-79 ปี พบว่ามีโอกาสเสี่ยงมากถึง 50 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มคนอายุน้อยกว่า 40 ปี

2. ประวัติการเกิดมะเร็งลำไส้ในครอบครัว (Family history of colorectal cancer)

ประวัติ การเจ็บป่วยมะเร็งลำไส้ของบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่คาดเดาว่า หากมีบุคคลเป็นโรคมะเร็งลำไส้ คือญาติสายตรงลำดับแรก ได้แก่ พ่อ แม่ พี่น้อง มีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้โดยเฉพาะเมื่อเกิดโรคในอายุน้อยกว่า 60 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ ได้มากกว่าคนทั่วไป เนื่องจากมะเร็งลำไส้ สามารถถ่ายทอดผ่านสู่สมาชิกครอบครัวได้ด้วยยีนก่อมะเร็ง ซึ่งพบประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ทั้งหมด เช่น Hereditary nonpolyposis colon cancer (HNPCCหรือLynch syndrome) และ Familial adenomatous polyposis (FAP) เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้มากขึ้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) ในส่วนของผู้ป่วย HNPCC หรือ Lynch syndrome

คิดเป็นร้อยละ 2-6 ของมะเร็งลำไส้ สาเหตุเกิดจากการ Mutation ใน MLH1 และ MLH2 gene DNA repair pathway ตลอดช่วงชีวิตมีโอกาสการเกิดมะเร็งลำไส้สูงถึงร้อยละ 70-80 และอายุเฉลี่ยของการเกิดมะเร็งลำไส้อยู่ที่ประมาณ 40-50 ปี และเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งอื่นๆ เช่น มะเร็งมดลูก, มะเร็งกระเพาะอาหาร, มะเร็งลำไส้เล็ก, มะเร็งตับอ่อน, มะเร็งไต, มะเร็งท่อน้ำดีในปัสสาวะได้อีก

3. ประวัติการเกิดติ่งเนื้อในลำไส้ (Personal history of Adenomatous polyp)

ประวัติติ่งเนื้อ ในลำไส้ที่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดมะเร็งลำไส้ Neoplastic polyp ได้แก่ tubular และ villous adenomas ซึ่งเป็นรอยโรคที่สามารถกลายเป็นมะเร็งลำไส้ในอนาคต (รูปที่ 5)

4. ประวัติการเกิดลำไส้อักเสบ(Personal history of inflammatory bowel disease)

ลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease) แบ่งออกเป็น 2 โรค คือ Ulcerative colitis ที่เกิดการอักเสบในส่วนของเยื่อบุลำไส้บริเวณ Mucosa และ Crohn disease มักเกิดการอักเสบที่ปากและทวารหนัก ซึ่งการเกิดการอักเสบของลำไส้ทั้งสองโรคนี้เพิ่มโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้มากขึ้น 4-20 เท่า ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็นลำไส้อักเสบควรได้รับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม (Environment risk factors)

1. อาหาร (Nutritional Practices) อาหารเป็นปัจจัยสำคัญ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ การรับประทานที่มีไขมันสูงโดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ เกิดการ Degrade bile salt ด้วยแบคทีเรียในลำไส้ ทำให้เกิด N-nitroso compound, การบริโภคเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะสัตว์เนื้อแดงในปริมาณที่สูง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ จากการย่อยสลาย Heme iron ในเนื้อแดง การปรุงอาหารด้วยอุณหภูมิสูง เช่นการปิ้งย่าง เป็นผลให้เกิด Heterocyclic amines และ Poly aromatic hydrocarbon ซึ่งสารประกอบทั้งคู่มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง และการมีอุณหภูมิสูงในลำไส้เวลานานหรือมีอาการท้องผูกบ่อยๆ อาจเกิดจากการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ได้

2. การออกกำลังกายและน้ำหนักเกิน (Physical activity and obesity) มีรายงานการออกกำลังกายและน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มหรือลดลงของการเป็นมะเร็งลำไส้ เมื่อออกกำลังกายและมีการเพิ่ม Metabolic rate จะส่งผลให้ลำไส้มีการทำงานมากขึ้นเคลื่อนไหวมากขึ้น มีการเพิ่มการใช้งานออกซิเจน ผลในระยะยาวจะทำให้ความดันโลหิตในร่างกายลดลง Insulin resistant ลดลง และส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง ผลที่ได้รับคือทำให้ ระดับ Estrogen hormone ในเลือดลดลง ซึ่งเชื่อว่า Estrogen ในระดับสูงจะเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นมะเร็ง

3. การสูบบุหรี่ (Cigarette smoking) การสูบบุหรี่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้พบ ร้อยละ 12 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ด้วย และการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิด Adenomatous polyp ในลำไส้

4. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Heavy alcohol consumption) เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ ผลลัพธ์ที่ได้จากการย่อยสลายแอลกอฮอล์ คือ Acetaldehyde ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งตัวหนึ่ง การบริโภคแอลกอฮอล์ร่วมกับการสูบบุหรี่จะมีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งมากขึ้น โดยบุหรี่จะกระตุ้น Mutation ของ DNA และแอลกอฮอล์จะไปยับยั้งกระบวนการซ่อมแซมเซลล์ทำให้ทำงานได้ไม่ดี อีกทั้งแอลกอฮอล์เป็นตัวทำลายสามารถเข้าสู่เซลล์ได้ง่าย และเป็นตัวกระตุ้นก่อให้เกิดมะเร็ง และยังทำให้เพิ่มการสร้าง Prostaglandins, Lipid peroxidation และเพิ่ม Free radical oxygen

การทราบถึงปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ ช่วยในการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็ง และช่วยเฝ้าระวังในกลุ่มที่มีความเสี่ยง และการเริ่มการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการระวังไม่ให้น้ำหนักตัวเกิน เป็นการส่งลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ (rama.mahidol.ac.th)

2.1.5 อาการและอาการแสดงของโรค

อาการและอาการแสดงของโรค อาจเป็นได้ตั้งแต่ไม่มีอาการใดๆ จนถึงมีอาการหลายอย่างขึ้นกับตำแหน่ง ขนาดและลักษณะอื่นทางกายภาพของก้อนมะเร็ง และการลุกลามเข้าสู่อวัยวะอื่น ลักษณะที่เด่นคือ อาการเหล่านี้มักเริ่มทีละน้อย เป็นไปอย่างต่อเนื่องและรุนแรงขึ้นเป็นลำดับ อาจใช้ระยะเวลานานกว่าอาการจะรุนแรงมากขึ้น อาการที่พบบ่อยคือ

1. ถ่ายเป็นเลือด เป็นผลจากการที่ก้อนมะเร็งแตกเป็นแผลและมีเลือดออกเลือดที่ออกอาบปนกับเนื้ออุจจาระหรือไหลซึมออกมาได้เอง ลักษณะเป็นสีแดงหรือดำคล้ำ หากเป็นสีแดงสดมักจะออกครั้งละไม่มาก ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งใกล้ปากทวารมักจะถ่ายเป็นเลือดสีแดงและมีอาการปวดเบ่งมีความรู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุดร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีก้อนไกลจากปากทวารลักษณะเลือดที่ปนออกมามักจะมีสีแดงคล้ำหรือดำคล้ำ บางรายอาจมองไม่เห็นว่ามีเลือดปนเนื่องจากมีเลือดปนออกมาน้อยต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบเลือดในอุจจาระ (Fecal occult blood)

2. ถ่ายอุจจาระผิดปกติ เช่นถ่ายอุจจาระก้อนเล็กลง จำนวนอุจจาระที่ถ่ายน้อยลง ความถี่ในการถ่ายอุจจาระลดลงหรือเพิ่มขึ้น หรือถ่ายท้องผูกสลับท้องเสีย อาการเหล่านี้เป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งที่ทำให้ลำไส้ตีบ

3. แน่นท้อง ปวดท้อง ท้องอืด อาการจะทุเลาเมื่อได้ถ่ายอุจจาระหรือผายลม พบได้เมื่อลำไส้ตีบมากและเมื่อลำไส้ตีบตันสนิทอาการจะรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์อย่างรีบด่วน

4. อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ผอมลง เบื่ออาหาร มักพบในระยะที่มะเร็งลุกลามมากแล้ว ผู้ป่วยเสียเลือดเรื้อรังจากก้อนมะเร็งทำให้มีภาวะโลหิตจางรุนแรง มีอาการซีด อ่อนเพลีย

5. คลำได้ก้อนในช่องท้อง ผู้ป่วยสามารถคลำพบก้อนได้เอง ซึ่งอาจเป็นตัวก้อนมะเร็งของ

ลำไส้ หรือก้อนมะเร็งที่แพร่กระจายไปยังอวัยวะในช่องท้องอาการที่กล่าวมานี้ ไม่ได้จำกัดเฉพาะอาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักเท่านั้น ยังมีโรคอื่นที่อาจพบอาการคล้ายกันนี้ได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้องเหมาะสม

2.1.6 แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก การคัดกรองมีดังนี้

1. **กลุ่มเสี่ยงปกติ** หรือ กลุ่มประชาชนทั่วไป คือกลุ่มที่ไม่มีอาการและไม่มีปัจจัยเสี่ยง ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แนะนำให้ตรวจเริ่มต้นที่อายุ 50 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง แนะนำการตรวจวิธีคัดกรองวิธีใด วิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1.1. ตรวจอุจจาระทุกปีเพื่อหาเลือดในอุจจาระ (FIT test; Fecal Immuno-chemical Test) ก่อนการตรวจควรงดอาหารที่เป็นเนื้อแดง ผักผลไม้สีแดง วิตามินซี ยาแก้ปวด เช่น Aspirin, Brufen เป็นต้น ก่อนการส่งตรวจทุกวัน 3 วันติดต่อกัน (วิชญ์ ปานจันทร์และคณะ, 2564) ถ้าให้ผลบวก แม้เพียงครั้งเดียวต้องได้รับการตรวจเพื่อสืบค้นต่อ โดยให้ตรวจ Colonoscopy สามารถคัดกรองและมีผลต่อการรักษาไวขึ้น ลดการเสียชีวิตได้ร้อยละ 25-33 (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567)
- 1.2. การตรวจทางทวารหนัก(Digital rectal examination: DRE) และ Proctoscopy
- 1.3. การตรวจ Flexible Sigmoidoscopy ทุก 5 ปี, Colonoscopy ร่วมด้วยทุก 5-10 ปี
- 1.4. การตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Computed tomographic ทุก 10 ปี
- 1.5. สำหรับการเจาะเลือดหาสารบ่งชี้โรคมะเร็ง Carcinoembryonic antigen(CEA) พบว่าไม่มีประโยชน์ เนื่องจากผลการตรวจไม่จำเพาะ ซึ่งอาจมีค่าสูงได้ใน โรคลำไส้อักเสบ ตับอ่อนอักเสบ หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่นเบาหวาน หรือในคนที่สูบบุหรี่จัด เป็นต้น

2. **กลุ่มเสี่ยงสูง** แนะนำให้ตรวจ Colonoscopy โดยคัดเลือกจากคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- 2.1. ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- 2.2. ผู้ที่เคยตรวจพบติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
- 2.3. มีญาติลำดับแรกเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง หรือ Advance adenoma ในขณะที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี หรือมีญาติลำดับแรกอย่างน้อย 2 คนเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือ Advance adenoma โดยไม่คำนึงถึงอายุ
- 2.4. ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็น Hereditary colorectal cancer เช่น FAP หรือ HNPCC ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักชนิด Familial adenomatous polyposis (FAP) แนะนำให้ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ 10-15 ปี ตรวจทุกปีจนอายุครบ 24 ปี จากนั้นตรวจทุก 2 ปีจนอายุครบ 34 ปี ตรวจทุก 3 ปี จน

อายุ 44 ปี จากนั้นทุก 3-5 ปีไปตลอด และควรตรวจเลือดหาความผิดปกติของยีนส์ ด้วย ผู้มีประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว แนะนำให้ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ตั้งแต่ อายุ 40 ปี

2.5. และควรตรวจก่อน 10 ปี ในรายที่มีญาติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่อายุ 40 ปี ควรตรวจ ตั้งแต่ อายุ 30 ปี ถ้าหากไม่พบความผิดปกติ แนะนำให้ตรวจติดตามทุก 3-5 ปี

2.6. ผู้ที่มีประวัติลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory Bowel Disease)

2.1.7 การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก

1. ขั้นตอนพื้นฐาน เพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและบ่งชี้ตำแหน่งของ ก้อนมะเร็ง บอกขอบเขตการกระจายของมะเร็งได้ถึงระดับที่ทำให้สามารถเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยได้
 - 1.1. ประวัติและการตรวจร่างกาย
 - 1.2. การใช้นิ้วคลำตรวจทางทวารหนัก (PR) จะช่วยบอกลักษณะ ขนาด และการลามออกนอกผนังของมะเร็งใน rectum ได้ดี
 - 1.3. Anoscopes, Proctoscopy, Sigmoidoscopy การตรวจด้วยกล้องต่างๆ เหล่านี้ใช้ตรวจก้อนที่อยู่ลึกจากปากทวารเข้าไปและสามารถตัดชิ้นเนื้อเพื่อพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา ใช้ตรวจสภาพปลายลำไส้ใหญ่เป็นข้อมูลสำคัญเพื่อการผ่าตัด และยังใช้แยกโรคอื่นๆ ที่มีอาการคล้ายกัน กล้องที่กล่าวมานี้ไม่สามารถตรวจลำไส้ใหญ่ได้ทั้งหมด ดังนั้นจึงใช้ร่วมกับ ข้อ 1.4
 - 1.4. BA enema ใช้ร่วมกับการใช้กล้องส่องในข้อ 1.3 เพื่อตรวจสภาพลำไส้ทั้งหมด เพื่อบอกสภาพลำไส้ใหญ่และเพื่อตรวจหาโรคอื่นๆได้ ที่อาจมีอยู่ด้วย เป็นข้อมูลสำคัญในการพิจารณาเพื่อการผ่าตัด (ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, 2560)
 - 1.5. Colonoscopy วิธีนี้ใช้ตรวจก้อนมะเร็งและตรวจตลอดลำไส้ใหญ่ได้ อาจใช้แทนข้อการตรวจ 1.3 และ 1.4 การตรวจโดยกล้อง colonoscope ต้องมีการเตรียมลำไส้ให้สะอาด อาจจำเป็นต้องใช้ยาสลบหรือยาแก้ปวดอย่างแรงช่วยขณะทำและต้องใช้บุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนมาโดยเฉพาะ
 - 1.6. การทำ chest X-rays และตรวจเลือดหา Liver function test (LFT) เป็นการหาการกระจายของมะเร็งไปสู่ปอดและตับ เป็นการตรวจที่ทำได้ง่าย แต่ความไวในการวินิจฉัยน้อย
 - 1.7. การตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) จำเป็นต้องทำก่อนผ่าตัดเสมอในรายที่เป็นมะเร็งของ rectum ซึ่งการผ่าตัดอาจทำให้มีปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระในภายหลัง

ในรายที่ก้อนมะเร็งอยู่สูงกว่าระดับ rectum อาจอนุโลมให้ไม่ต้องมีผลการตรวจชิ้นเนื้อ ก่อนผ่าตัดได้

2. การตรวจพิเศษ การตรวจเหล่านี้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในด้านการกระจายของโรค มีประโยชน์ในการพิจารณาเพื่อให้การรักษาด้วยวิธีอื่นที่เสริมการผ่าตัด และเพื่อประโยชน์ในการติดตามผลการรักษา
 - 2.1. Ultrasonography ของตับ ช่วยบอกการกระจายของมะเร็งในเนื้อตับได้ดีกว่าการตรวจเลือด LFT
 - 2.2. Endo-rectal ultrasonography ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขอบเขตการลุกลามของก้อนมะเร็ง ออกนอกผนังของ rectum และการลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองในบริเวณใกล้เคียง
 - 2.3. CT-scan ให้ข้อมูลในด้านการลุกลามของโรคเข้าอวัยวะภายใน เช่นอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ตับ ปอด ได้ดีกว่าการทำ X-rays ธรรมดา
 - 2.4. Carcinoembryonic antigen (CEA) การตรวจหาค่า CEA ในเลือดมีประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งผลิตสาร CEA ถ้ามะเร็งไม่กระจายระดับของ CEA ควรลดลงหลังการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกหรือการรักษาด้วยเคมีบำบัด การตรวจ CA 19-9 ผลคล้ายกันแต่ไม่ไวเท่าการตรวจ CEA

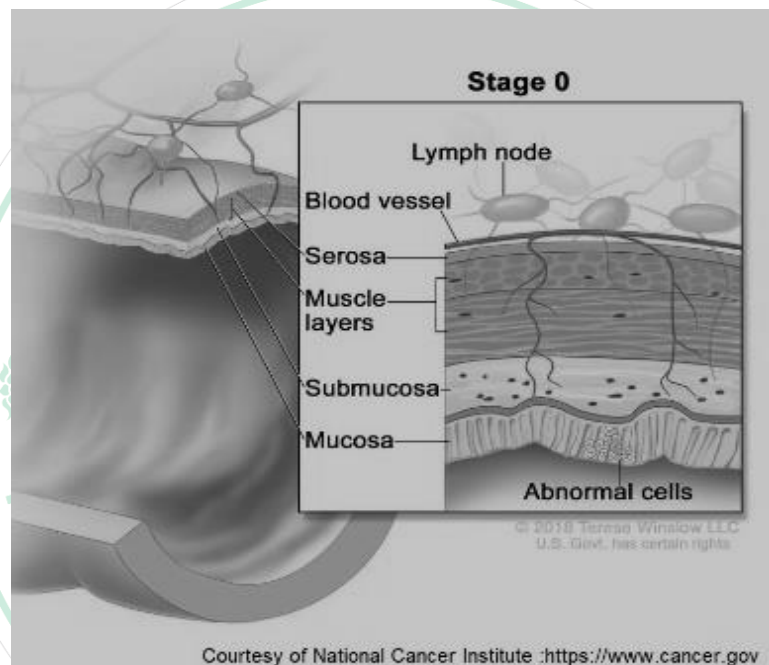
ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก (Staging of Rectal cancer)

แบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก ใช้ตาม American Joint Committee on Cancer (AJCC) โดยใช้ TNM System (ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์, 2567 <https://doh.hpc.go.th> สืบค้นเมื่อ 20/1/2024)

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อประโยชน์ต่อการรักษาและพยากรณ์โรคสามารถแบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

- | | |
|------------------|---|
| ระยะที่ 0 | โรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น มะเร็งอยู่เฉพาะผิวของลำไส้ Carcinoma in situ (Tis) Stage I (รูปที่ 6) |
| ระยะที่ 1 | มะเร็งอยู่เฉพาะผนังลำไส้ยังไม่แพร่กระจายออกนอกลำไส้ชั้นเยื่อบุผิว (Submucosa-T1) หรือชั้นกล้ามเนื้อ (muscularis propria-T2)
Stage II (รูปที่ 7) |
| ระยะที่ 2 | มะเร็งแพร่กระจายออกนอกลำไส้ ทะลุผ่านชั้นกล้ามเนื้อแต่ยังไม่แพร่กระจายไม่ถึงต่อมน้ำเหลือง (Muscularis Propria \geq T3)
Stage IIA, Stage IIB, Stage IIC (รูปที่ 8) |

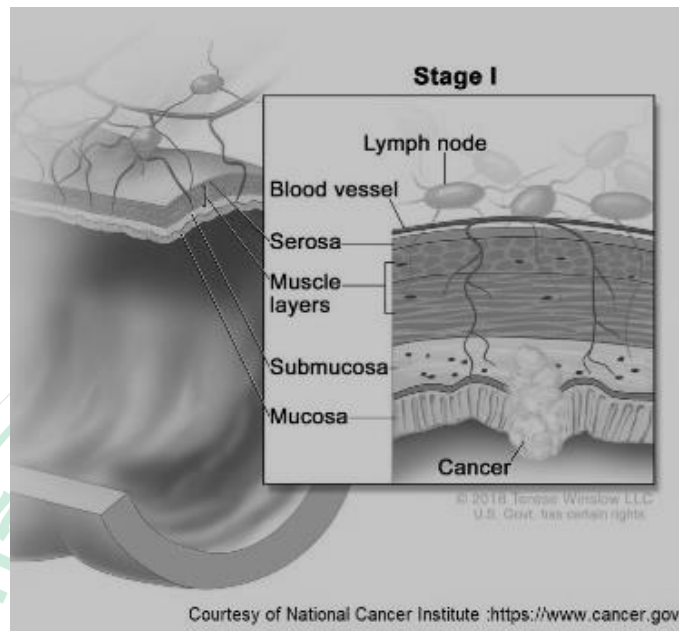
- ระยะที่ 3** มะเร็งแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงแต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ห่างไกล Stage IIIA, Stage IIIB, Stage IIIC, (รูปที่ 9, 10 และ 11)
- ระยะที่ 4** มะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นที่ห่างไกล โดยมากไปยังตับและปอด Stage IVA, Stage IVB (รูปที่ 12)



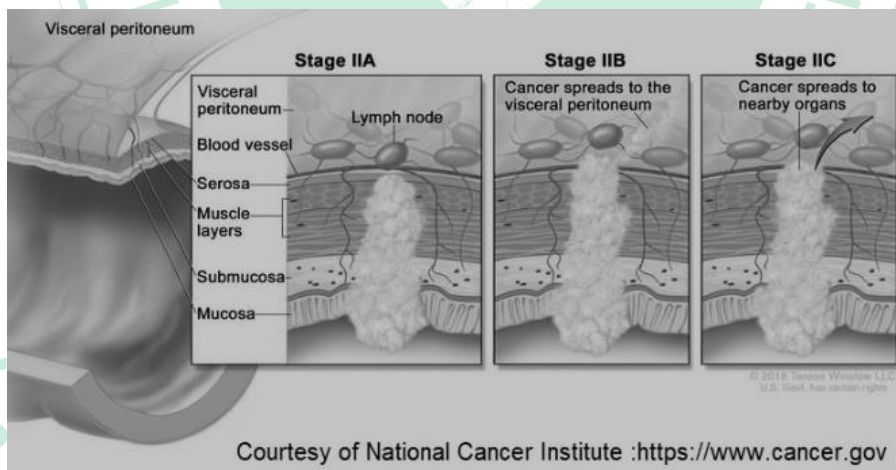
รูปที่ 6 โรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น มะเร็งอยู่เฉพาะผิวของลำไส้ Carcinoma in situ (Tis) Stage I

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์, 2567 <https://doh.hpc.go.th> สืบค้นเมื่อ 20/1/2567

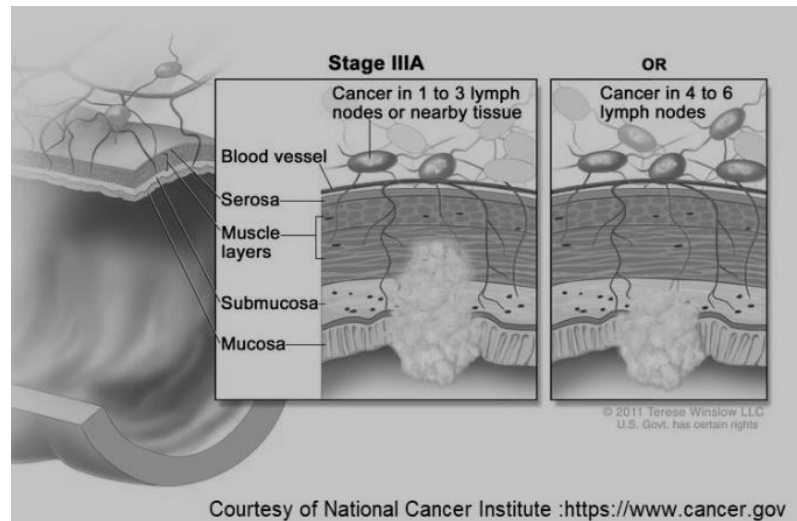
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์



รูปที่ 7 โรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น มะเร็งอยู่เฉพาะผิวของลำไส้ Carcinoma in situ (Tis) Stage I
ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์, 2567 <https://doh.hpc.go.th> สืบค้นเมื่อ 20/1/2567

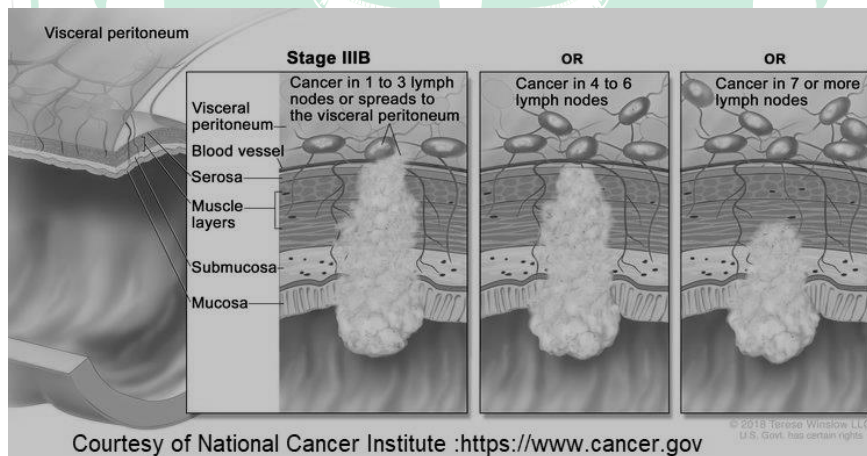


รูปที่ 8 Staging of Rectal stage IIA, stage IIB, stage IIC
ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์, 2567 <https://doh.hpc.go.th> สืบค้นเมื่อ 20/1/2567



รูปที่ 9 Staging of Rectal stage IIIA

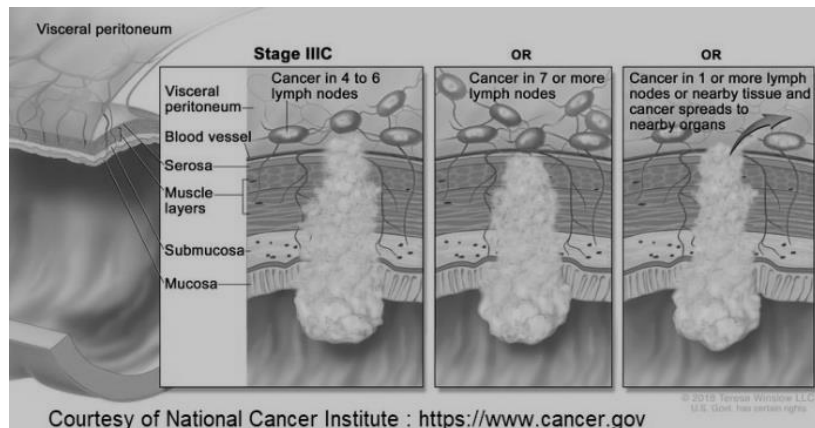
ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์, 2567 <https://doh.hpc.go.th> สืบค้นเมื่อ 20/1/2567



รูปที่ 10 Staging of Rectal stage IIIB

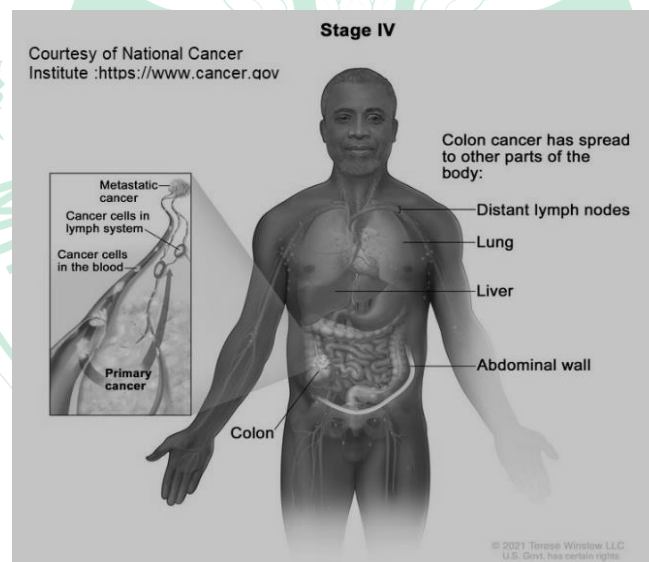
ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์, 2567 <https://doh.hpc.go.th> สืบค้นเมื่อ 20/1/2567

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง



รูปที่ 11 Staging of Rectal stage III C

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์, 2567 <https://doh.hpc.go.th> สืบค้นเมื่อ 20/1/2567



รูปที่ 12 Staging of Rectal stage IV

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์, 2567 <https://doh.hpc.go.th> สืบค้นเมื่อ 20/1/2567

กรมการแพทย์

การแบ่งความรุนแรงตามลักษณะทางคลินิกหรือระยะของโรคมะเร็ง(Cancer staging) เป็นการแบ่งโดยพิจารณาองค์ประกอบหลัก 3 ส่วนคือ ขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ(primary tumor size :T) การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง (node involvement : N) และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (metastasis : M) การแบ่งลักษณะนี้เรียกว่า “ระบบ ที-เอ็นเอ็ม”(TNM :tumor-node-metastasis system)ซึ่งพัฒนาโดยคณะกรรมการร่วมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Joint Committee on Cancer: AJCC) โดยใช้ TNM system (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567)

Primary Tumor (T) ขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ

- TX Primary tumor cannot be assessed
- T0 No evidence of primary tumor
- Tis Carcinoma in situ: intraepithelial or invasion of lamina propria
- T1 Tumor invades submucosa
- T2 Tumor invades muscularis propria
- T3 Tumor invades through the muscularis propria into colorectal tissues
- T4 Tumor penetrates to the surface of the visceral peritoneum
- T4a Tumor penetrates to the surface of the visceral peritoneum
- T4b Tumor directly invades or is adherent to other organs or structures

Regional Lymph Nodes (N) การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง

- NX Regional lymph nodes cannot be assessed
- N0 No regional lymph node metastasis
- N1 Metastasis in 1-3 regional metastasis
- NTa Metastasis in one regional lymph node
- NTb Metastasis in 2-3 regional lymph nodes
- NTc Tumor deposit(s) in the subserosa, mesentery, or non peritonealized pericolic or perirectal tissues without regional nodal metastasis
- N2 Metastasis in 4 or more regional lymph nodes
- N2a Metastasis in 4-6 more regional lymph nodes
- N2b Metastasis in 7 or more regional lymph nodes

Distant Metastasis (M) การกระจายไปยังอวัยวะอื่น

- M0 No distant metastasis
- MT Distant metastasis
- M1a Metastasis confined to one organ or site (for example, liver, lung, ovary, nonregional node)
- M1b Metastasis in more than one organ/site or the peritoneum

การแพร่กระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มีการแพร่กระจายได้หลายทาง ดังนี้

1. มะเร็งแพร่กระจายภายในชั้นของผนังลำไส้
2. มะเร็งแพร่กระจายไปตามระบบไหลเวียนน้ำเหลือง
3. มะเร็งแพร่กระจายไปตามระบบไหลเวียนเลือด บริเวณลำไส้และแพร่เข้าสู่อวัยวะอื่นๆได้ อวัยวะที่เซลล์มะเร็งส่วนใหญ่มักแพร่กระจายไป คือ ตับ รองลงมาคือ ปอด ส่วนอวัยวะอื่นที่เซลล์มะเร็งสามารถแพร่กระจายไป คือ ต่อมหมวกไต ผิวหนัง กระดูก และสมอง
4. มะเร็งแพร่กระจายไปที่เยื่อช่องท้อง จากการผ่าตัดก้อนเนื้ออกออกเซลล์มะเร็งอาจหลุดออกจากก้อนเนื้ออก ตกหล่นเข้าไปในเยื่อช่องท้อง

ตารางที่ 2-1 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยระบบ TNM และ Dukes

STAGE	T	N	M	Dukes*
0	TIS	N0	M0	-
1	Y1	N0	M0	A
I	T2	N0	M0	A
IIA	T3	N0	M0	B
IIB	T4a	N0	M0	B
IIC	T4b	N0	M0	B
IIIA	T1-T2	N1/N1c	M0	C
	T1	N2a	M0	C
IIIB	T3-T4a	N1/NTc	M0	C
	T2-T3	N2a	M0	C
	T1-T2	N2b	M0	C
IIIC	T4a	N2a	M0	C
	T3-T4a	N2b	M0	C
	T4b	N1-N2	M0	C
IVA	Any T	Any N	M1a	-
IVB	Any T	Any N	M1b	-

หมายเหตุ Dukes* classification

เป็นระบบที่ใช้แบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ใช้กันแพร่หลาย

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์, 2567 <https://doh.hpc.go.th> สืบค้นเมื่อ 20/1/2024

2.1.8 แนวทางการรักษามะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก

ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนัก อาจใช้วิธีการรักษาวิธีเดียวหรือหลายวิธีร่วมกัน การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนัก ขึ้นกับประเภทและระยะของมะเร็ง การค้นพบมะเร็งระยะเริ่มแรกจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567)

1. การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาหลักของมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนักซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง ระยะการกระจายของโรค ในกรณีที่ลุกลามไปที่ปอดหรือตับ อาจพิจารณาผ่าตัดได้ กรณีที่มีการอุดตันอาจพิจารณาให้ผ่าตัด colectomy เพื่อแยก colostomy หรือใส่ stent (NCCN, 2022) วิธีการผ่าตัดได้แก่

1.1. การตัดก้อนเนื้องอกออก ไม่ได้ผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ทำในรายที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก โดยอาจจะทำผ่านกล้องที่สอดผ่านทางทวารหนักไปยังลำไส้ที่เป็นมะเร็งเพื่อตัดเอาก้อนออก (Local Excision) หรือตัดดึงเนื้อที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง Polypectomy

1.2. การผ่าตัดลำไส้ในส่วนที่เป็นมะเร็งออกแล้วตัดต่อปลายทั้ง 2 ข้างของลำไส้ จะทำในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ โดยมีการตัดลำไส้ที่เป็นเนื้อดีออกบางส่วน เพื่อให้ส่วนปลายของทั้งสองปลอดจากเซลล์มะเร็ง โดยแพทย์จะเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองออกด้วย และนำไปตรวจทางจุลพยาธิวิทยาว่ามะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรือไม่ การตัดก้อนมะเร็งออกและนำส่วนปลายของลำไส้มาต่อกันนั้น หากเป็นมะเร็งทางด้านซ้ายของปลายทางลำไส้ใหญ่ ตั้งแต่ descending colon ลงไปจนถึง mid rectum การต่อปลายลำไส้หลังตัดออก (left colectomy, Sigmoidectomy, low anterior resection) รอยต่ออาจอยู่ตรงบริเวณเกือบถึงปากทวารหนัก Colo-anal anastomosis (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560)

1.3. การเปิดทวารเทียม ถ้ามะเร็งอยู่ที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่ติดกับทวารหนัก ไม่สามารถเชื่อมต่อลำไส้ได้ อาจต้องผ่าตัดปิดบริเวณทวาร และทำทวารเทียม โดยเอาปลายลำไส้ออกทางหน้าท้อง เป็นทางให้อุจจาระออก หรือกรณีโรคลุกลามมาก มีการอุดตันของลำไส้ การผ่าตัดยกลำไส้ออกมาเปิดที่หน้าท้อง (Colostomy) เช่นกัน

2. รังสีรักษา การรักษาด้วยรังสีรักษา โดยการฉายรังสีเอกซ์พลังงานสูง หรือรังสีอื่นๆ เพื่อฆ่าหรือหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งและระยะการแพร่กระจายของมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ รังสีรักษาภายนอก (Extra radiation therapy) คือ การฉายรังสีที่อยู่ภายนอกไปยังตำแหน่งที่กำหนด และรังสีรักษาภายใน (Internal radiation therapy) ใช้การสอดเข็มที่มีสารกัมมันตภาพรังสีผ่านทางลวดหรือสายสวนไปใกล้ก้อนมะเร็ง (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567)

รังสีรักษาเป็นการรักษาเฉพาะที่บริเวณรอยโรคมะเร็ง อาจร่วมกับวิธีการผ่าตัดหรือเคมีบำบัด การฉายรังสีรักษาโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก จะฉายรังสีคลุมตำแหน่งลำไส้ตรงและต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานทั้งหมด เรียกว่า whole pelvic irradiation นิยมใช้เครื่องฉายรังสีแบบเครื่องเร่งอนุภาค (Linear accelerator) หรือเครื่องโคบอลต์-60 โดยกำหนดลำรังสีเข้าเป็น 3-4 ทิศทาง (Multiple fields technique) หรือเรียกว่า 3 field technique (Posterior-anterior) (PA) filed และ 2-Lateral fields) หรือ 4 field technique (Antero-posterior (AP), Posterior-anterior (PA) filed และ 2-Lateral fields) โดยใช้เครื่อง Cobalt-60 ส่วน 3D-CRT หรือ IMRT สามารถใช้ได้ในการณีผู้ป่วยเคยฉายรังสีมาแล้ว (วิชญ์ ปานจันทร์และคณะ, 2564)

ประโยชน์ของการรักษามะเร็งด้วยการฉายรังสี

1. ฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด เพื่อลดขนาดของก้อนแล้วจึงทำการผ่าตัด
2. ฉายรังสีเสริมหลังผ่าตัด เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ หลังการผ่าตัดหรือกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดได้หมด ยังมีรอยโรคมะเร็งอยู่ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง
3. ฉายรังสีเพื่อลดหรือบรรเทาอาการมะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะอื่น เช่นการกระจายไปที่กระดูก ทำให้เกิดอาการปวด

การรักษามะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักด้วยการฉายรังสีจากภายนอก

รังสีรักษาถูกค้นพบและนำมาใช้ในการรักษาก่อนเนื่องจากตั้งแตศตวรรษที่ 20 และมีการพัฒนาเทคนิคการใช้รังสีในการรักษาเพื่อให้มีการทำลายเฉพาะเซลล์มะเร็ง ลดการทำลายเซลล์ปกติ และลดผลข้างเคียง กลไกสำคัญของรังสีที่สามารถทำลายเซลล์มะเร็งคือ ความสามารถในการทะลุทะลวงเข้าสู่เซลล์และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ DNA ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรงหมายถึงการที่ DNA ดูดซับเอาประจุรังสีแม่เหล็กไฟฟ้าหรืออนุภาคของรังสี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือทำลาย DNA ส่วนทางอ้อมหมายถึงการที่ส่วนประกอบที่เป็นน้ำในเซลล์ดูดซับรังสีไว้ ตามมาด้วยการเกิดปฏิกิริยาทางเคมีทำให้ DNA เปลี่ยนแปลงและผิดปกติไป คือยับยั้งกระบวนการแบ่งตัวของเซลล์ โดยพบว่าเซลล์จะมีความไวต่อรังสีมากในระยะ G2 และเมื่อเริ่มต้นระยะ M เมื่อเซลล์ได้รับปริมาณรังสีที่สูงเซลล์จะขาดความสามารถในการซ่อมแซม DNA ที่มีการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับรังสีและเกิดการตายของเซลล์รวมทั้งเซลล์ปกติ อย่างไรก็ตามเซลล์ปกติจะมีความสามารถในการซ่อมแซม DNA ได้ดีกว่าเซลล์มะเร็ง และออกซิเจนมักจะทำให้เซลล์มะเร็งมากกว่าเซลล์ปกติ ดังนั้นเซลล์มะเร็งจึงมีความไวต่อรังสีมากกว่าเซลล์ปกติทำให้ขาดออกซิเจนจึงถูกทำลายได้ง่าย

การรักษาด้วยการฉายรังสีจากภายนอกเป็นการรักษาโดยฉายรังสีไปยังบริเวณที่ต้องการให้การรักษา จะทำการฉายรังสีเพียงวันละ 1 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยสามารถรักษาแบบไปกลับได้ โดยทั่วไปการฉายรังสีรักษามักใช้ระยะเวลาประมาณ 5-6 สัปดาห์ การฉายรังสีวันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วัน ใน 1 สัปดาห์ เพื่อให้ปริมาณรังสีมากพอที่จะทำลายเซลล์มะเร็งและมีระยะเวลาให้เซลล์ร่างกายปกติ

สามารถฟื้นฟูตัวเองได้ในช่วงระหว่างการฉายรังสีแต่ละครั้ง เทคนิคการฉาย เลือกเข้าการฉายรังสีรักษาแบบสามมิติ (Three dimensional conformal radiation therapy: 3D CRT) หรือการฉายรังสีรักษาแบบปรับความเข้ม (Intensity modulated radiation therapy: IMRT) ซึ่งแพทย์ผู้ทำการรักษาจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการรักษากับผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษา (chulacancer.net)

3. ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า (chemotherapy and targeted therapy) มีวิธีบริหารโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดโดยตรง หรือผสมในสารละลายน้ำเกลือ หยดเข้าทางหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง หรือรับประทานยาเม็ด ปัจจุบันการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่มีความก้าวหน้ามากขึ้นได้มีการรักษาแบบมุ่งเป้าโดยการผลิตยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างเซลล์มะเร็ง ทำให้การรักษามีความเฉพาะเจาะจงกับเซลล์มะเร็งในแต่ละชนิด ผู้ป่วยจำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาความผิดปกติของยีนจำเพาะชื่อ K-ras ถ้าผลตรวจพบว่าเป็นปกติ การรักษาด้วยยากุ่มุ่งเป้าชื่อ ซีทูซิแม็บ (Cetuximab) ชื่อการค้า เออร์บิทัก (Erbix) จะสามารถควบคุมโรคได้ดี แต่ถ้าผลการตรวจยีนเป็นชนิดกลายพันธุ์ (mutation) การใช้ยาชนิดนี้ไม่มีประโยชน์ต่อการรักษา

4. การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การรักษามะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักด้วยยาเคมีบำบัด มีหลายสูตรแพทย์จะพิจารณาการรักษา ตามระยะโรค และความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย สูตรยาเคมีที่ใช้บ่อยในปัจจุบัน มีดังนี้ คือ (วิชญ์ ปานจันทร์และคณะ, 2564)

- 1) สูตร 5FU หรือ 5Fluorouracil Folinic acid, Leucovorin เป็นยาฉีด 5 วันต่อกันต่อ 1 ชุดการรักษา ทุก 28 วัน ให้ทั้งหมด 6 ชุด เป็นเวลา 6 เดือน
- 2) สูตร FOLFOX ประกอบด้วยยาฉีด 3 ชนิด คือ Folinic acid, 5FU, Oxaliplatin สูตรนี้ให้ทุก 2 สัปดาห์ ต่อ 1 ชุดการรักษา ทั้งหมด 12 ชุด
- 3) สูตร FOLFIRI ประกอบด้วยยาฉีด 3 ชนิด คือ Irinotecan, Folinic acid, 5FU ให้ทุก 2 สัปดาห์ต่อ 1 ชุดการรักษาทั้งหมด 12 ชุดหรือจนกว่าโรคจะสงบ
- 4) สูตร Capecitabine เป็นยาเม็ดชนิดรับประทานมีขนาด 500 มิลลิกรัมและ 150 มิลลิกรัม รับประทาน เช้าและเย็นหลังอาหารติดต่อกัน 14 วัน พัก 1 สัปดาห์ ต่อ 1 ชุดการรักษา รวม 8 ชุดหรือ 6 เดือน
- 5) สูตร XELOX/CAPOX ประกอบด้วยยา 2 ชนิด คือยาเม็ด Xeloda และยาฉีด Oxaliplatin โดยให้ยา Oxaliplatin ฉีดในวันแรก และให้รับประทาน Xeloda 14 วัน พัก 1 สัปดาห์ต่อ 1 ชุดการรักษาทั้งหมด 6 ชุด
- 6) ยามุ่งเป้า Targeted therapy ปัจจุบันมียาฉีด 2 ชนิดคือ Bevacizumab ชื่อการค้าคือ Avastin และยาฉีด Cetuximab ชื่อการค้าคือ Erbitux

การรักษาแบบเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา CCRT (Concurrent chemoradiotherapy)

(วิชญ์ ปานจันทร์และคณะ, 2564)

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักระยะที่ (T3-4 N0) และระยะที่ 3 (Node positive M0) มีความเสี่ยงที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ (Locoregional recurrence) สูง ควรพิจารณาการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาหรือให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้สำหรับการฉายรังสีแนะนำให้ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีก่อนการผ่าตัด (preoperative chemoradiation) ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี ก่อนผ่าตัดควรได้รับยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด (adjuvant chemotherapy) ด้วยทุกคน สูตรยาที่เคมีบำบัดซ้ำร่วมกับรังสีรักษา สามารถพิจารณาใช้ยาฟลูออโรราซิล (Fluorouracil) ตัวเดียวหรือร่วมกับลิวโคโวริน (Leucovorin) , หรือยาเคปไซตาบิน (Capecitabine) เพียงตัวเดียว โดยไม่แนะนำให้ยาอ็อกซาลิพลาติน (Oxaliplatin) ร่วมด้วย ผู้ป่วยที่ได้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีก่อนการผ่าตัด และผลพยาธิวิทยาหลังผ่าตัดพบมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลือง ควรพิจารณาให้ยาอ็อกซาลิพลาติน (Oxaliplatin) ร่วมกับเคมีบำบัดเสริมหลังผ่าตัด ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก ระยะที่ 2 และ 3 ส่วนใหญ่ ควรได้รับการรักษาก่อนการผ่าตัดด้วย CCRT แพทย์จะเลือกให้ยา Regimen ใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและสภาพร่างกาย ระยะโรคของผู้ป่วย

สูตรยา Concurrent chemoradiotherapy (วิชญ์ ปานจันทร์และคณะ, 2564)

1. 5-FU 400 mg/m² IV bolus + Leucovorin 20 mg/m² IV bolus for 4 days during week 1 and 5 of XRT
2. 5-FU 35 mg/m² IV bolus + Leucovorin 20 mg/m² IV bolus for 5 days during week 1 and 5 of XRT
3. Capecitabine 825 mg/m² twice daily 5 d/wk + XRT x 5 weeks
4. 5-FU 1,000 mg/m²/day continuous IV x 5 days during 1st and 5th week of XRT

ข้อควรระวังพิเศษของยาเคมีบำบัด

1. ฟลูออโรราซิล (Fluorouracil, 5FU) อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ เจ็บปาก แผลในปาก ท้องเสีย ผิวน้ำแข็ง เล็บมือ เล็บเท้าคล้ำ หลอดเลือดที่เคຍให้ยามีสีดำเป็นลายกิ่งไม้ มากน้อยขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล

การปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการเจ็บหรือมีแผลช่องปาก

ก่อนให้ยาทางหลอดเลือดดำ ควรให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็ง ทำให้ช่องปากเย็นก่อนให้ยา 5-10 นาที อมน้ำแข็งต่อเนื่องตลอดการให้ยา และหลังยาหมด 30 นาที เนื่องจากความเย็นจะทำให้หลอดเลือดฝอยช่องปากหดเล็กลง ลดการอักเสบในช่องปาก แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลปากและฟัน

1. ดื่มน้ำบ่อยๆ วันละ 2-3 ลิตร
 2. ควรรับประทานอาหารอ่อน และมีน้ำมาก เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ไอศกรีม ขนมปัง ผลไม้แต่งไม่ชมพู
 3. หลีกเลี่ยงอาหารมีกรด เช่น มะเขือเทศ ส้ม อาหารรสเค็มจัด ทำให้แสบปากมากขึ้น
 4. การดูแลความสะอาดปากฟันสม่ำเสมอ บ้วนปากด้วยน้ำเกลือเพื่อให้ปากชุ่มชื้น
 5. ควรใช้แปรงสีฟันอ่อน ไม่แปรงฟันแรง หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จะทำให้ปากแห้ง แสบมากขึ้น
 6. ควรใช้สีย้อม หรือวาสลีน ลิปสติกมัน ทาริมฝีปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอ
 7. อาจใช้ยาชาอมกั้วปากก่อนรับประทานอาหาร 30 นาที ตามแผนการรักษาของแพทย์
2. เคปไซตาบิน (Capecitabine) เป็นยาเม็ดรับประทาน วันละ 2 ครั้งหลังอาหารเข้าเย็น ระยะเวลาต่อมื้อห่างกัน 12 ชั่วโมง หากลืมรับประทานยาให้รับประทานเมื่อนึกขึ้นได้ และหากมื่อต่อไปน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ให้เว้นยามื้อที่ลืม บันทึกไว้และแจ้งให้แพทย์และพยาบาลทราบภายหลัง
- อาการข้างเคียง มักมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เจ็บปากเจ็บคอ และอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า (Hand-foot syndrome) ซึ่งอาการอักเสบของผิวหนังสามารถแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้
- ระดับที่ 1 ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ผิวแห้ง สีผิวคล้ำลงหรือบวมแดง แต่ไม่มีอาการปวด
- ระดับที่ 2 อาการเหมือนระดับที่ 1 และมีอาการปวด หรือเจ็บ คันๆเหมือนถูกเข็มตำ
- ระดับที่ 3 ผิวหนังอักเสบเป็นแผลมีอาการปวด และไม่สามารถทำงานได้

อาการไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสเกิดขณะรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี

1. อาการคลื่นไส้ อาเจียน
2. อาการผมร่วง
3. อาการซีดจากเม็ดเลือดแดงลดลง
4. อาการเหนื่อยล้า ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษามีโอกาสเกิดอาการเหนื่อยล้าได้
5. ภาวะภูมิคุ้มกันลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อ มักพบว่า มีค่าเม็ดเลือดขาวสมบูรณ์ น้อยกว่า 1500 เซลล์ต่อปริมาตรมิลลิเมตร ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายและมีอาการรุนแรง
6. อาการเลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำ
7. อาการเยื่อช่องปากอักเสบ
8. อาการท้องผูก

9. อาการท้องเสีย การฉายรังสีไปยังบริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกราน ส่งผลให้การบีบตัวของลำไส้เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีอาการถ่ายเหลว ปวดท้องและรู้สึกไม่สบายท้องได้ อาจทำให้เกิดการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะแสบ และอาจมีเลือดปนในอุจจาระได้ อาการดังกล่าวมักหายเองภายใน 1-2 สัปดาห์หลังการรักษาเสร็จสิ้นแล้ว
10. อาการทางผิวหนัง กลุ่มอาการมือ-เท้า (hand-foot syndrome) อาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัดชนิดรับประทาน เคปไซตาบิน (Capecitabine) มีอาการผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีทำให้เกิดอาการคัน หรือเกิดแผลได้

อาการไม่พึงประสงค์ จากการฉายรังสีตามระยะเวลา Radiation Complication 3 ช่วงเวลา ได้แก่ (พิทยา ด่านกุลชัย, มปป)

1. Acute Radiation Complication คือตั้งแต่เริ่มทำการฉายรังสี จนกระทั่ง 3 เดือน นับจากวันสุดท้ายของการฉายรังสี โดยผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะนี้มักจะจะเป็นแบบชั่วคราวสามารถรักษาให้หายได้
2. Subacute Radiation Complication คือในช่วง 3-6 เดือน หลังจากวันสุดท้ายของการฉายรังสี โดยผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะนี้โดยส่วนใหญ่สามารถที่จะรักษาให้หายได้
3. Chronic (Late) Radiation Complication คือหลัง 6 เดือน จากวันสุดท้ายของการฉายรังสี โดยผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะนี้โดยส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ มักจะเป็นถาวร

ปัจจัยเฉพาะของการเกิดผลข้างเคียงจากการฉายรังสี ได้แก่

1. Radiotherapy factors
 - 1.1 Total radiotherapy dose หากผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีโดยรวมในปริมาณที่สูงแล้วจะมีโอกาสที่จะเกิดผลข้างเคียงจากรังสีในปริมาณที่สูงขึ้นตามไปด้วย
 - 1.2 Area of treatment ในบางตำแหน่งที่ทำการฉายรังสี อาจจะมีอวัยวะปกติที่ตอบสนองไวต่อรังสี ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดผลข้างเคียงจากรังสีได้สูง หรือหากเราทำการฉายรังสีในขอบเขตที่กว้างก็อาจจะส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงจากรังสีได้มากตามด้วยเช่นเดียวกัน
 - 1.3 Overall treatment time ผู้ป่วยได้รับระยะเวลาที่ทำการฉายรังสีค่อนข้างนาน มีผลต่อการทำให้เกิดผลข้างเคียงจากรังสีได้สูง
2. Other factors
 - 2.1 Age ผู้ป่วยในช่วงของผู้ใหญ่ มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงทางรังสีน้อยกว่าผู้สูงอายุและเด็ก
 - 2.2 Underlying disease หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวบางโรคเช่น โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงทางรังสีมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว

2.3 Previous irradiation area หากบริเวณที่ทำการรักษานั้น เคยเป็นบริเวณที่เคยได้รับการฉายรังสีมาก่อน ผู้ป่วยจะมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงทางรังสีมากขึ้น

2.4 Combine with other treatments ในผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาอื่นร่วมด้วย เช่น Hyperthermia, Chemotherapy เป็นต้น ผู้ป่วยจะมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงทางรังสีมากขึ้นกว่าผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาด้วยรังสีเพียงอย่างเดียว

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง และทฤษฎีการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็ม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามความหมายของโอเร็ม คือ “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” (ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม, <https://www.gotoknow.org/posts/115427>)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ปฏิบัติต่อตนเองเพื่อประโยชน์ในการดำรงชีวิตสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆซึ่งวัดโดยใช้แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ปฏิบัติด้วยตนเองมีเป้าหมายตามความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติตามความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยได้แก่

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไป เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติตามความต้องการขั้นพื้นฐานได้แก่

- 1.1. การปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ความหมายคือ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ประกอบด้วย โปรตีน คาร์โบไฮเดรต วิตามินเกลือแร่ กากใยจากผักผลไม้และ ไขมันจากน้ำมันพืช ถั่ว ให้พลังงานช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมันเช่น วิตามิน A, D, E, K ในแต่ละวันควรรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ
- 1.2. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ อย่างน้อยดื่มน้ำวันละ 2 – 3 ลิตร หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่เป็นโทษต่อร่างกายเช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 1.3. การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ และหลีกเลี่ยงอากาศที่เป็นพิษ การอยู่อาศัยในสถานที่สะอาดอากาศถ่ายเทดี
- 1.4. การขับถ่ายและระบายของเสียเป็นปกติ กิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้มีการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะสะดวก

- 1.5. การปฏิบัติตนเพื่อให้มีกิจกรรมที่เหมาะสม และพักผ่อนเพียงพอ หมายถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในการออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน และการทำงานอดิเรก
- 1.6. การใช้เวลาส่วนตัวเพื่อการพบปะกับผู้อื่นเพื่อพูดคุย และการมีเวลาเป็นส่วนตัวหรือตามลำพัง
- 1.7. การปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ เช่นการสวมหน้ากากอนามัยก่อนเข้าชุมชน หรือพบปะผู้คน หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่ เป็นหวัด หมั่นล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่หรือน้ำยาแอลกอฮอล์สำหรับล้างมือ ล้างมือหลังเข้าห้องน้ำ, ก่อนการรับประทานอาหารทุกครั้ง
2. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาเป็นการปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ หรือเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา
 - 2.1 การดูแลช่องปากให้สะอาด บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำเกลือหลังรับประทานอาหารเสร็จ แปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันที่ไม่ระคายเคืองช่องปาก อาจใช้ยาสีฟันสำหรับเด็ก ใช้แปรงสีฟันขนอ่อนนุ่ม หมั่นสำรวจช่องปากสังเกตแผลในช่องปาก ริมฝีปาก
 - 2.2 ไม่รับประทานอาหารหมักดอง อาหารรสจัด อาหารปรุงสุกใหม่ อาหารอ่อนมีกากใยย่อยง่าย
 - 2.3 การดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ไม่ลบเส้นบริเวณที่ฉายรังสี ไม่ทาโลชั่น ไม่ทาแป้ง หรือไม่ขัดถูบริเวณที่ฉายรังสี เมื่อพบอาการแดง แสบคัน หรือมีแผล ไม่แกะเกา ควรรีบแจ้งพยาบาลและแพทย์ทราบ
 - 2.4 สำรวจผิวหนังของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า ควรทาโลชั่นตามร่างกาย ฝ่ามือ และเท้า เว้นบริเวณที่ฉายรังสี
 - 2.5 ทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำได้ตามปกติ แต่ไม่ขัดถูบริเวณที่ฉายรังสี ชับน้ำด้วยผ้าขนหนูอ่อนนุ่มเบาๆ ไม่ซับหรือขัดแรงโดยเฉพาะบริเวณที่ฉายรังสี
 - 2.6 สวมใส่เสื้อผ้าที่สบาย ไม่คับแน่น สวมเสื้อแขนยาว หรือกางร่มเมื่อต้องอยู่ในบริเวณแสงแดดจัด
 - 2.7 เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาเช่นอาเจียนบ่อย ถ่ายเหลวมากกว่า 4 ครั้งต่อวัน รับประทานอาหารไม่ได้ หรือมีอาการเจ็บป่วยเช่นเป็นหวัด ให้แจ้งพยาบาลและปรึกษาแพทย์ ไม่ซื้อยามารับประทานเอง
 - 2.8 สังเกตลักษณะอุจจาระ ปัสสาวะทุกครั้ง เนื่องจากการฉายรังสีบริเวณหน้าท้องและอุ้งเชิงกรานส่งผลให้ลำไส้มีการบีบตัวมากขึ้น ผู้ป่วยอาจมีการขับถ่ายอุจจาระบ่อยครั้งขึ้น ปวดท้อง อุจจาระหรือปัสสาวะอาจมีเลือดปนได้
 - 2.9 การรับประทานยาเคมีบำบัดควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเภสัชกรอย่างเคร่งครัด บันทึกการรับประทานยาในสมุดประจำตัวของผู้ป่วยที่เภสัชกรให้ไว้

2.10 หลังการฉายรังสี มักมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ผู้ป่วยควรพักผ่อน รับประทานอาหาร และน้ำให้เพียงพอ

2.2.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem D.E., 2001)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือกำหนดวิธีการพยาบาล “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี” การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โอเร็มใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายมโนทัศน์ หลักของทฤษฎี การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่สำคัญได้แก่

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care theory)
2. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)
3. ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system)

กระบวนทัศน์เกี่ยวกับ คน สุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการพยาบาล

บุคคล ตามแนวคิดของโอเร็ม เชื่อว่า บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการกระทำต่างๆอย่างจงใจ (deliberate action) มีความสามารถในการเรียนรู้ วางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับตนเองได้ และบุคคลมีลักษณะต่างๆ และเป็นระบบเปิดทำให้บุคคลมีความเป็นพลวัต คือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ(สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง ผู้ที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์สามารถทำหน้าที่ของตนได้ ซึ่งการทำหน้าที่นั้นเป็นการผสมผสานกันของทางศีลระ จิตใจสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และด้านสังคมโดยไม่สามารถแยกจากกันได้ และการที่จะมีสุขภาพดีนั้นบุคคลจะต้องมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องจนมีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพดี ส่วนภาวะปกติสุขหรือความผาสุก(Well being) โอเร็มให้ความหมายแยกออกจากสุขภาพว่า เป็นการรับรู้ถึงความเพียงพอของตนในแต่ละขณะ เป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความยินดีและมีความสุข สุขภาพกับความผาสุกมีความสัมพันธ์กัน

สิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ และด้านสังคมวัฒนธรรม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของโอเร็มเป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่กำหนดความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเอง

การพยาบาล เป็นบริการการช่วยเหลือบุคคลอื่นให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอกับความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งเป้าหมายการพยาบาลคือช่วยให้บุคคลตอบสนองต่อ

ความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพออย่างต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง จุดเน้นของกรอบแนวคิดของโอเร็ม เน้นที่บุคคล คือ ความสามารถของบุคคลที่จะต้องสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demand) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไข พื้นฐาน (Basic conditioning factors) โอเร็มได้มีแนวคิดในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเชื่อว่าพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ซึ่งประกอบไปด้วยการสอน การชี้แนะการสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem, 2001)

ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ภาวะความพร่องในการดูแลตนเองพิจารณาจากความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็น (Therapeutic self-care demand) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลทั้งหมดที่บุคคลกระทำในช่วงหนึ่ง เพื่อให้บรรลุความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการและการดูแลตนเองเป็นผลมาจากความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเองทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากการพยาบาลเพื่อที่จะจัดภาวะพร่องในการดูแลตนเองและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 2001)

ทฤษฎีระบบการพยาบาล คือ ระบบการพยาบาลที่ได้มาจากการพยาบาลใช้ความสามารถของตนเองในการออกแบบ วางแผน ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่ได้จากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาลได้วินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเองและจัดระบบการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยที่มีความพร่องหรือมีโอกาสจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง โอเร็ม ได้กำหนดออกเป็น 3 ระบบ ดังนี้ (Orem, 2001)

1. **ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system)** ระบบใช้กับบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง และใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตัวตัวเองเป็นผู้ชี้แนะหรือควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวไม่สามารถกระทำ

กิจกรรมการดูแลตนเองได้เลย ระบบการพยาบาลนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ในระบบนี้บทบาทพยาบาลเป็นผู้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยการชดเชยประคับประคองและปกป้องผู้ป่วย ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้รับ(inactive role)

2. ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองเพียงบางอย่างโดยที่ผู้ป่วยและพยาบาลมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเองชดเชยข้อจำกัดบางอย่างของผู้ป่วย รวมทั้งปรับความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น

3. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้กับผู้ป่วยที่กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะทำการดูแลตนเองได้รวมทั้งสามารถปรับกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมแต่ยังขาดความรู้ ทักษะและต้องการการสนับสนุน ชี้แนะ แนะนำแนวทางและจูงใจจากพยาบาลในการปฏิบัติ การดูแลตนเองรวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อผู้ป่วย ที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองหรือปรับกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การสอนต้องให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยด้วย ในระบบนี้พยาบาลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามดูแลตนเอง

โอเร็มได้อธิบายถึงลักษณะของระบบการพยาบาลในแง่ของความสามารถของพยาบาลในการดูแลเรื่องกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งความสามารถของพยาบาลดังกล่าวได้แก่ ความสามารถในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ ทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาล การปฏิบัติดังกล่าวพยาบาลจะต้องเป็นผู้วางแผนการดูแลตนเอง เพื่อให้การตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem,2001)

วิธีการปฏิบัติพยาบาลเพื่อปรับสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองดังนี้ (Orem, 2001)

1. ช่วยปฏิบัติหรือปรับกิจกรรมการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยหรือช่วยผู้ป่วยให้แสดงกิจกรรมการดูแลตนเอง
2. ร่วมมือกับผู้ป่วยและบุคลากรอื่น ๆ ในการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งจะทำให้เกิดการสร้างแผนการแสดงกิจกรรมการดูแลตนเอง
3. ช่วยผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ ในการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งจะทำให้เกิดการสร้างแผนการแสดงกิจกรรมการดูแลตนเอง
4. ชี้แนะให้แนวทางและสนับสนุนผู้ป่วยในการทำกิจกรรม หรือคงไว้ซึ่งกิจกรรมตามความสามารถของผู้ป่วย

5. กระตุ้นความสนใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการตั้งปัญหาและส่งเสริมการซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
6. สนับสนุนชี้แนะผู้ป่วยให้มีกิจกรรมการเรียนรู้ และจัดสิ่งกระตุ้นเพื่อการเรียนรู้ในเวลาเรียน
7. สนับสนุนชี้แนะผู้ป่วยตามประสบการณ์ในการเจ็บป่วย หรือภาวะสูญเสียความสามารถตามความต้องการของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง รวมทั้งสนับสนุนชี้แนะแนวทางใหม่
8. ประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการประเมิน หรือตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง
9. ตัดสินเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลตนเอง การปรับหรือการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการช่วยเหลือจากพยาบาล
10. ตัดสินเกี่ยวกับความหมายของผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพยาบาลเพื่อที่จะก่อให้เกิดสวัสดิภาพในผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลในข้อที่ 1-7 เป็นกิจกรรมที่พยาบาลทำต่อผู้ป่วย ส่วนในข้อ 8-10 เป็นเครื่องชี้แนะหรือตัดสินใจระยะหลังว่าควรดำเนินการพยาบาลต่อไปหรือปรับเปลี่ยนวิธีการใหม่ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง และทวารหนักที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจึงสอดคล้องกับทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้ (educative supportive nursing system)

2.2.2 การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ตามกรอบแนวคิดของโอเร็มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

1. การเตรียมตัวก่อนการรักษา ประกอบด้วย การพบแพทย์เพื่อทราบแผนการรักษา ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับฉายรังสี เช่น การตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องมือคอมพิวเตอร์ (CT scan) การจำลองการฉายรังสี (CT Simulator)
2. การปฏิบัติและดูแลตนเองระหว่างการได้รับเคมีบำบัดร่วมกับฉายรังสี
3. อาการไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสเกิดระหว่างการได้รับเคมีบำบัดร่วมกับฉายรังสี
4. การปฏิบัติเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับเคมีบำบัดร่วมกับฉายรังสี
5. ผู้วิจัยใช้ระบบการพยาบาลและสนับสนุนให้ความรู้ส่งเสริมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมอาการทางโทรศัพท์ในระหว่างการรักษาเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง

อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับเคมีบำบัดร่วมกับฉายรังสี ได้แก่

1. อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน อาการเบื่ออาหาร
2. อาการผอมร่าง
3. อาการซีดจากเม็ดเลือดแดงลดลง
4. อาการเหนื่อยล้า

5. ภาวะภูมิคุ้มกันลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อ
6. อาการเลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำ
7. อาการเยื่อช่องปากอักเสบ
8. อาการท้องผูก
9. อาการท้องเสีย
10. อาการทางผิวหนัง เช่นผิวหนังแห้งคัน ผิวหนังอักเสบของฝ่ามือฝ่าเท้า(Hand-foot syndrome)
11. อาการชาปลายมือ ปลายเท้า

2.3 ความหมายของคุณภาพชีวิต (Quality of life)

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึงความรู้สึกมีความสุขอันมาจากความเป็นอยู่ที่ดี สภาพแวดล้อมที่ดี มีความผูกพันที่ดีทั้งในครอบครัวและสังคมเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน คุณภาพชีวิตที่ดี คือ การมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี มีปัจจัย 4 ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรคที่เหมาะสมและเพียงพอ อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดีปลอดภัย มีความสามารถเผชิญปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในทางสร้างสรรค์ สามารถพัฒนาตนเองและสังคมให้อยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข องค์การอนามัยโลก (World health Organization: WHO) คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม และค่านิยมในเวลานั้นๆและมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวังและมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติดังนี้ 1) มิติด้านสุขภาพกาย (Physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม(Social relationships) และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม(Environmental) คุณภาพชีวิต (Quality of life) มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคล การอยู่ร่วมกันทางสังคม และมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความต้องการของมนุษย์ตามทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow, 1943) ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ (เดโช แชนน้ำแก้ว, 2565)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยหรือผู้รอดชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งว่าตนมีความสามารถในการทำหน้าที่หรือมีความสุขในมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิตเป็นภาวะแห่งความสุข ประกอบด้วย 2 มิติคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่สะท้อนความผาสุกด้านกาย จิต และสังคม และความพึงพอใจของตน (ผู้ป่วย) ต่อระดับความสามารถในการทำหน้าที่และ ความสามารถในการควบคุมโรคของตนเอง (Gotay, 1992 อ้างใน วงจันทร์ เพชรพิเชษฐ เชียร, 2554)

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความผาสุก ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจของชีวิต ในด้านต่างๆ ที่บุคคลนั้นคิดว่ามีความสำคัญสำหรับคน (Ferran and Powers, 1992 อ้างใน วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2554) คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้หลายมิติของบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมการให้คุณค่า และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นๆ แล้วจึงบูรณาการเป็นการรับรู้ในภาพรวมซึ่งสะท้อนอารมณ์และความคิดของบุคคลนั้น (Fox S, 2004 อ้างใน วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2554)

สรุปคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก หมายถึง การรับรู้ความสุขและความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่มีต่อความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตของตนเอง ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ รวมถึงภาวะสุขภาพ

2.3.1 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต มีหลายแนวคิดมาอธิบาย เช่น แนวคิดมิติเดียว (Uni-dimension) เป็นความคิดรวบยอดของบุคคลนั้นๆ ประเมินตนเองในภาพรวม ว่าชีวิตตนเองเป็นอย่างไร ส่วนแนวคิดหลายมิติ (Multi-dimension) มีความซับซ้อน หลายมิติครอบคลุม ด้านกาย จิตวิญญาณ สังคม และลักษณะพิเศษหรือลักษณะรวมของผู้ป่วยแต่ละโรค หรือวิธีการรักษา นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ บุคคลรู้สึกถึงความผาสุก และความพึงพอใจในชีวิต (สุรพร ธนศิลป์, 2552) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง ดูแลสุขภาพ ของตนเองโดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ความสามารถในการหาการประกอบกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับความเป็นอยู่ของตนเอง รวมถึงความสามารถในการดูแลงานที่รับผิดชอบในครอบครัว และสามารถที่จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่นได้
2. สังคมและเศรษฐกิจ เกี่ยวกับการดำรงชีวิตในสังคมไทยอย่างเป็นปกติสุข สามารถเข้าร่วมกิจกรรม หรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การได้รับการยอมรับและได้รับกำลังใจจากคนรอบข้างรวมถึงความสามารถในการบริหารจัดการด้านการเงิน เศรษฐกิจและที่พักอาศัย
3. จิตใจและจิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับความสุขสงบของจิตใจ ความรู้สึกมั่นคงหรือความกังวลในการดำเนินชีวิต ความหวังในการมีชีวิตอยู่ การมีความเชื่อ ศรัทธาในสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ตลอดจนความสำเร็จในชีวิตตามเป้าหมายที่ได้วางไว้
4. ครอบครัวเป็นความเกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัว การได้ให้และรับการช่วยเหลือกำลังใจจากคนในครอบครัว เช่นจากพ่อแม่ สามีหรือภรรยา ลูกหลานและญาติพี่น้อง รวมถึงสุขภาพของคนในครอบครัว

Aronson และคณะ (Aronson et al., 1993) ได้พัฒนาแบบวัด EORTC QLQ-C30 ในด้านการให้ความหมายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งสามารถอธิบายองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผ่านความสามารถในการทำหน้าที่ ดังนี้

1) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical function) หมายถึงความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆที่ต้องออกแรง ความสามารถในการเดินไม่ว่าจะไกลหรือใกล้ การจำกัดกิจกรรมต่างๆอยู่แต่เพียงหรือแก้้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่นการรับประทานอาหาร การแต่งตัว

2) การทำหน้าที่ด้านบทบาท (Role function) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆตามบทบาทหน้าที่ เช่นความสามารถในการทำงานหรือการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงความสามารถในการทำงานอดิเรกและกิจกรรมยามว่างต่างๆ

3) การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ (Cognitive function) หมายถึงความสามารถในการทำสิ่งต่างๆที่ต้องใช้สมาธิ เช่นการอ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์ รวมถึงความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆได้

4) การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ (Emotional function) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางด้านอารมณ์ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆในชีวิตเช่น ความรู้สึกตึงเครียด ความรู้สึกกังวล หงุดหงิดและความรู้สึกซึมเศร้า เป็นทุกข์ ท้อแท้ หมดหวัง เป็นต้น

5) การทำหน้าที่ด้านสังคม (Social function) หมายถึงการทำหน้าที่ด้านสังคมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เช่นการได้รับผลกระทบจากการรักษาหรือสภาพร่างกายที่เจ็บป่วยต่อการทำหน้าที่ด้านชีวิต ครอบครัว รวมถึงความสามารถของบุคคลที่จะออกสังคมเพื่อไปทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับบุคคลอื่น

6) อาการ ครอบคลุมการประเมินกลุ่มอาการ 3 กลุ่มอาการได้แก่ อาการอ่อนเพลีย อาการปวด และอาการคลื่นไส้อาเจียนและการประเมินอาการอาการเดียว 5 อาการที่พบบ่อยได้แก่อาการหายใจไม่อิ่ม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก และท้องเสีย

7) การประเมินสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม

2.3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการคัดกรองค้นหาโรคมะเร็ง การรักษาโรคมะเร็งมีความก้าวหน้า แต่การรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการรักษาแบบต่างๆ ก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์มากมายทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยขณะรับการรักษาและภายหลังการรักษา ทำให้จำนวนผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง (Cancer survivors) เพิ่มสูงขึ้น โดยผู้รอดชีวิตเหล่านี้จำเป็นต้องทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงระยะยาวของการรักษา และอาจใช้ชีวิตอยู่กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

คุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (สุริพร ธนศิลป์, 2552) จึงมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาเป็นพลวัตไม่คงที่ ดังนั้นคุณภาพชีวิตของบุคคลในแต่ละช่วงชีวิตแตกต่างกันตามปัจจัยด้านวัฒนธรรม จริยธรรม ศาสนาและความเชื่อของบุคคลมีผลต่อการรับรู้ความหมายของคุณภาพชีวิต (Zhan, 1992 อ้างใน การุณ แก้วสอนและคณะ, 2560) ดังนั้นการประเมินของแต่ละบุคคลตามบริบทและสถานการณ์ เวลา สถานที่ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ อายุ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรัง สัมพันธภาพในครอบครัวและรายได้ โดยสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 37.4 (มูทิตา วรณชาติและคณะ, 2558)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ อาการ กลุ่มอาการ ความรุนแรงของโรค และการกลับมาเป็นก้อนมะเร็งซ้ำ ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอน และแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางด้านการทำหน้าที่ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกายและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557)

เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาเป็นพลวัตไม่คงที่ ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตจึงมีความยากและแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคลตามบริบทและสถานการณ์ เวลา สถานที่ที่บุคคลนั้นดำรงอยู่ ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลในแต่ละช่วงชีวิตให้ผลแตกต่างกัน (Dupuis et al., 2000 อ้างใน ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2555) ได้กล่าวว่า “คุณภาพชีวิตควรถูกวัด ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งแต่ละคนย่อมมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละระดับ

2.3.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

การวิจัยนี้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QOL C-30 (The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ชัยวัฒน์ ศิลปะกิจและคณะ (Silpakit et al., 2006) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลักคือ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ 5 ด้าน ได้แก่ ความสามารถด้านร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ ด้านอารมณ์ และด้านสังคมมีข้อความถามจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน 1) ด้านร่างกาย ด้านบทบาท ด้านอารมณ์ ด้านการรู้คิด และด้านสังคมเศรษฐกิจ และ 2) อาการครอบคลุมการประเมิน 3 อาการหลักได้แก่ อาการอ่อนเพลีย อาการปวด และอาการคลื่นไส้อาเจียน และการประเมินอาการอาการเดี่ยว 6 อาการที่พบบ่อยได้แก่อาการเหนื่อย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก และท้องเสีย ตั้งแต่ข้อที่ 1-28 จะมีคำตอบเป็นประมาณค่า 4 ระดับโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้ 1 หมายถึง ไม่มีเลย 2 หมายถึง เล็กน้อย 3 หมายถึง ค่อนข้างมาก 4 หมายถึง มากที่สุด การประเมินสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 29,30

มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 1-7 ซึ่งมีการให้คะแนนดังนี้ ตำแหน่งที่ 1 หรือจุดที่ 1 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ภาวะสุขภาพที่แย่มาก และตำแหน่งที่ 7 หรือจุดที่ 7 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ภาวะสุขภาพที่ดีเยี่ยม ซึ่งเครื่องมือนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) โดยเฉลี่ยมากกว่า 0.7 แสดงว่าเครื่องมือนี้มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ในการประเมินอาการและสะท้อนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ ดังนั้นบุคลากรผู้ดูแลโดยเฉพาะพยาบาลต้องให้ความสำคัญและให้การดูแลที่ดีในทุกๆระยะของการรักษาโรคมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามสภาพของแต่ละบุคคล (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร,2554)

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปรียาภรณ์ วรรณตอนและทิพวรรณ เทียมแสน (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในหน่วยเคมีบำบัด จำนวน 30 คน โดยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

หยาดรุ้ง อุไรพันธุ์ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 280 คนในกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีและกลุ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 61-70 ปี และปัจจัยเสี่ยงให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองระดับน้อย และได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับน้อย

สุชาดา พุฒิเพ็ญ, อัมภาพร นามวงศ์พรหมและน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2561) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ จำนวน 31 ราย โปรแกรมประกอบด้วย การสร้างสิ่งแวดล้อม สอน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การชี้แนะและการสนับสนุนเป็นเวลา 9 สัปดาห์ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสูงกว่าก่อนและระหว่างเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จารุณี แก้วอุบล (2563) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม จำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำนวน 25 รายเท่ากัน และใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ชุดย่อภาษาไทย

(WHOQOL-BREF-THAI) พบว่า คะแนนเฉลี่ยชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางใจ และด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางใจ และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม คุณภาพด้านสัมพันธภาพทางสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

วีรวัดน์ ทางธรรม, สุจิตรา พึ่งเฟื่อง, ผ่องพรรณ ภาโว, สมศรี ทิพย์ประสบโชค และสารนิตินุญประสพ (2563) นำเสนอการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะแพร่กระจาย ประกอบด้วย 4 ด้านหลักคือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์และสุขภาพจิต 3) ด้านครอบครัวและสังคม 4) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เพื่อให้ทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตกำกับติดตาม ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษา และการดำเนินของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุทธิมาศ สุขอัมพรและวลัยนารี พรมลา (2564) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 27 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงกว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ปรารธนา กันทอนและเกสร สำเภาทอง (2564) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดของผู้ดูแล กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมประกอบด้วย 1) กิจกรรมเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแล ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติวิธีการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมการดูวิดีโอ และ 2) กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมโดยพยาบาลหน่วยให้ยาเคมีบำบัดที่ให้ช่องทางการติดต่อขอคำปรึกษาและคู่มือการดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นมีการโทรติดตามเพื่อทบทวนวิธีการดูแลและเฝ้าระวังอาการหลังจากกลับบ้าน 1 สัปดาห์และ 2 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบได้รับคำแนะนำตามปกติ ใช้เวลาดำเนินการทั้งหมด 6 สัปดาห์ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนพฤติกรรมโดยรวมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สุธิสา เต็มทับ, กิตติกร นิลมานัด, รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์ และกิริติ หงส์สกุล (2563) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับที่รับการรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่

ไปเลี้ยงมะเร็งตับครั้งแรก (Transcatheter Arterial Chemoembolization: TACE) พบว่าค่า
คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมหลังการรักษาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการรักษา



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรมการแพทย์

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา” เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดลองก่อนและหลัง (one group pretest posttest design) เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง และใช้แบบสอบถาม(questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest posttest design) เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ระยะเวลาหลังการได้รับโปรแกรม 7 วัน และ 20 วัน ของกลุ่มประชากรตัวอย่าง โดยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และประเมินความพึงพอใจหลังการใช้โปรแกรมที่ 30 วัน โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้



O₁ คือ ทดสอบก่อนการทดลอง

X คือ ให้โปรแกรม

O₂ คือ ทดสอบหลังการทดลอง

3.2 ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปางทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในงานวิจัยนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ใช้ Test for Mean, Difference between two dependent means (matched pairs) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดปานกลาง = 0.5, alpha (α) = 0.05 และกำหนด

อำนาจการทดสอบ (power of test, $1-\beta$) = 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 27 ราย เก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 ของขนาดตัวอย่าง (เท่ากับ 2.7 ดังนั้นเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 3 ราย) ดังนั้นขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้ทั้งหมด 30 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักรายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา
2. สามารถสื่อสารด้วยการพูด การฟังภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยต้องยุติการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา
2. ผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ และผู้ดูแลหลัก

2) ข้อมูลที่คัดลอกจากเวชระเบียนของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากระบบเวชระเบียนโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค สิทธิการรักษา เป้าหมายการรักษา สูตรของยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ จำนวนครั้งของการวางแผนฉายรังสี ปริมาณรังสีที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 2 หมวด คือ 1) การดูแลตนเองทั่วไป 2) การดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดผลข้างเคียงของการรักษา โดยแบบสอบถามมีคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยมีความหมายของการให้คะแนนดังนี้

- 1 คะแนน คือ ไม่เคยมีพฤติกรรมนี้เลยในการดูแลตนเอง
 - 2 คะแนน คือ มีพฤติกรรมนี้ในการดูแลตนเองสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
 - 3 คะแนน คือ มีพฤติกรรมนี้ในการดูแลตนเองสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
 - 4 คะแนน คือ มีพฤติกรรมนี้ในการดูแลตนเองสม่ำเสมอทุกครั้ง
- จากการคำนวณหาอันตภาคชั้น

$$\text{อันตภาคชั้น} = \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{อันตรายภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{อันตรายภาคชั้น} = \frac{4-1}{3}$$

$$\text{อันตรายภาคชั้น} = 1.00$$

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาเป็น 3 ระดับคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งในการวิจัยครั้งนี้ พัฒนาขึ้นโดยองค์การการศึกษาและวิจัยการรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรป (The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Study Group on Quality of Life: EORTC QLQ-C30) ฉบับภาษาไทย แปลโดย ชัชวาล ศิลปะกิจและคณะ (Silpakit et al., 2006) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน 1) การทำหน้าที่ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านบทบาท ด้านอารมณ์ ด้านการรู้จัก และด้านสังคม และ 2) อาการ ครอบคลุมการประเมิน 3 อาการหลักได้แก่ อาการอ่อนเพลีย อาการปวดและอาการคลื่นไส้อาเจียน และการประเมินอาการเดี่ยว 5 อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการเหนื่อย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก และถ่ายเหลว ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (1) และมากที่สุด (4) โดยคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ต่างๆต่ำ และถูกรบกวนด้วยอาการต่างๆสูง ยกเว้นข้อที่ 29 และข้อที่ 30 เป็นคำถามที่สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือแย่มาก (1) และดีเยี่ยม (7) คุณภาพของเครื่องมือได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า CVI เท่ากับ .91, มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยเฉลี่ยมากกว่า .93 แสดงว่าเครื่องมือนี้มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ในการประเมินอาการและสะท้อนคุณภาพของผู้ป่วยมะเร็งได้

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตของแบบวัด EORTC QLQ-C30 (Aaronson NK, et al., 1993 อ้างใน วีรวัฒน์ ทางธรรมและคณะ (2563) ข้อที่ 1-28

คะแนน 1.00-2.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ในระดับดีและถูกรบกวนด้วยอาการต่างๆต่ำ

คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆและถูกรบกวนด้วยอาการต่างๆปานกลาง

คะแนน 3.01-4.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆในระดับต่ำและถูกรบกวนด้วยอาการต่างๆ สูง

ข้อ 29 และข้อ 30 โดยนำคะแนนทั้ง 2 ข้อ มารวมกัน และแบ่งช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนน 1.00 -3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 3.01- 5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 5.01-7.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมรังสีรักษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ แบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ (5 คะแนน)

- 1 หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน)
- 2 หมายถึงพึงพอใจน้อย (2 คะแนน)
- 3 หมายถึงพึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน)
- 4 หมายถึงพึงพอใจมาก (4 คะแนน)
- 5 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน)

3.3.2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา มีขั้นตอนดำเนินการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย การนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จุดมุ่งเน้นแตกต่างกันออกไป กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ตามคู่มือส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา มีการทบทวนความรู้ในการดูแลของตนเองก่อนการจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. ระบบการพยาบาลเพื่อสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม คือ

1.1 การเตรียมตัวก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาโดยให้ความรู้เกี่ยวกับ 1) การเตรียมตัวทั่วไปก่อนการได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา 2) การเตรียมตัวเพื่อรับรังสีรักษาหรือการฉายรังสี

3) ยาเคมีบำบัดที่แพทย์พิจารณาให้ร่วมกับการฉายรังสี และการใช้ยาเคมีบำบัดชนิดรับประทาน ข้อควรระวังในการใช้เคมีบำบัดชนิดรับประทาน 4) อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดระหว่างการรักษา และการปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์และ การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ 5) ให้ผู้ป่วยและญาติทบทวนความรู้โดยการถามย้อนกลับ 6) ให้ผู้ป่วยและญาติสอบถาม และมอบคู่มือการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ก่อนระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ให้กับกลุ่มตัวอย่าง

1.2 การติดตามอาการระหว่างการรักษาด้วยการติดตามทางโทรศัพท์อย่างน้อย 1 ครั้ง ข้อมูลที่ติดตาม ประกอบด้วย 1) สอบถามอาการทั่วไป และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดระหว่างการรักษาเช่น อาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการเบื่ออาหาร อาการอ่อนล้า อาการนอนไม่หลับ การตรวจและดูแลช่องปากและฟัน มีแผลในช่องปากหรือไม่ ผิวหนังบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้ามีลักษณะแห้งแตกเป็นแผลหรือไม่ อาการท้องผูกหรือท้องเสีย การรับประทานเคมีบำบัดถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์หรือไม่ หรือลืมนับประทานยาเคมีบำบัดหรือไม่ ผู้ป่วยแก้ไขอย่างไร 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดผลข้างเคียงจากการรักษา 3) ทบทวนและแนะนำการดูแลตนเองเพื่อลดผลข้างเคียงจากการรักษา 4) ทบทวนการนัดตรวจติดตามผลเลือดประจำสัปดาห์ 5) หากผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดระหว่างการรักษาแนะนำให้มาพบพยาบาลประจำคลินิกและพบแพทย์ก่อนการฉายรังสีและควรดยาเคมีบำบัดในมือเช้าวันนั้นก่อนพบแพทย์

1.3 การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา การดูแลตนเอง การจัดการอาการผลข้างเคียงจากการรักษาขณะให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาการ

3.3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.3.1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity)

โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) และความเหมาะสมของภาษา (Face validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน คำนวนค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องและผู้อตอบแบบสอบถามเข้าใจง่ายขึ้น

3.3.3.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของแบบวัด EORTC QLQ-C30 ไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 10 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอ

นบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.93 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hunger, 1999)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้เท่ากับ 0.83 และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพึงพอใจได้เท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hunger, 1999)

3.4 การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการเตรียมการก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำการขอตรวจสอบจริยธรรมการวิจัย จากโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
2. จัดทำหนังสือเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการขอเข้าศึกษาและดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
3. นำแบบสอบถามที่ทำการปรับปรุงความตรงของเนื้อหาจากความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาไปทดลองสอบถามผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 10 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และปรับปรุงแบบสอบถามให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด
4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือขอข้อมูลประจำวันจากศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทราบการนัดหมายของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักรายใหม่ที่ถูกส่งตัวมาเพื่อรักษาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ขอความร่วมมือจากแผนกรังสีรักษา เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล
5. เตรียมความพร้อมของทีมพยาบาลที่ทำการวิจัย ทบทวนเนื้อหาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการแจ้งเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย
6. เตรียมสื่อการสอนอุปกรณ์การสอนและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาให้มีความพร้อมก่อนการเริ่มโครงการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 16 สัปดาห์ ดังนี้

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

ครั้งที่ 1 DAY 0 ก่อนการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยทบทวนแผนการรักษาของแพทย์ ผู้วิจัยส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และให้คู่มือส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา
2. ให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาหรือความไม่เข้าใจในการดูแลตนเองก่อนการรักษา
3. ให้ผู้ป่วยเพิ่มช่องทางการสอบถามเมื่อมีความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างการรักษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันหรือเบอร์โทรศัพท์
4. แจ้งการนัดหมายและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ของคณะผู้วิจัย

ครั้งที่ 2 DAY 7 ระหว่างจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา 7 วัน ใช้เวลา 25 นาที

1. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมอาการ สอบถามอาการทั่วไป อาการข้างเคียงที่เกิดระหว่างการรักษาและพฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. ผู้วิจัยสนับสนุนช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาการดูแลตนเอง การจัดการอาการผลข้างเคียงจากการรักษาขณะให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

ครั้งที่ 3 DAY 14 ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ใช้เวลา 15 นาที

1. ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์
2. ผู้วิจัยสนับสนุนช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการรักษา

ครั้งที่ 4 DAY 20 ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ใช้เวลา 15 นาที

1. ผู้วิจัยสนับสนุนช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาการดูแลตนเอง การจัดการอาการผลข้างเคียงจากการรักษาขณะให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ให้ความรู้ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการรักษา
2. เตรียมความพร้อมจำหน่าย การปฏิบัติตัวหลังการรักษา

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติการ สติทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Rank test)
3. ระดับความพึงพอใจหลังการใช้โปรแกรม ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ โดยส่งโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พิจารณาให้ความเห็นชอบ และมีการแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล หรือมีคำอธิบายใดๆ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับ นำมาใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้นและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง หมายเลขใบรับรอง 13/2567 ลงวันที่ 17 มกราคม 2567

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา รูปแบบการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดลองก่อนและหลัง (one group pre-posttest design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ระยะเวลารวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม - เมษายน ปีพ.ศ. 2567 ผลการวิเคราะห์เป็นการนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบ คำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 30 คน จำแนกเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลหลัก ระยะของโรค เป้าหมายการรักษา และสูตรเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับร่วมกับรังสีรักษา

ตารางที่ 4-1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	50.00
หญิง	15	50.00
อายุ (ปี)		
< 49 ปี	3	10.00
50 – 59 ปี	6	20.00
60 ปี ขึ้นไป	21	70.00

(\bar{X} =64.17, S.D. =11.16, min = 36 ปี, max =93 ปี)

ตารางที่ 4-1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	3.33
ประถมศึกษา	18	60.00
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	5	16.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส./อนุปริญญา	3	10.00
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	10.00
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	30.00
เกษตรกร	12	40.00
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	4	13.33
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	6.67
แม่บ้าน	2	6.67
สิทธิการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	25	83.33
ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	5	16.67
ผู้ดูแลหลัก		
สามี/ภรรยา	7	23.33
บุตร	17	56.67
ญาติพี่น้อง	6	20.00
ระยะโรค		
ระยะที่ 2	12	40.00
ระยะที่ 3	16	53.33
ระยะที่ 4	2	6.67
เป้าหมายการรักษา		
หายขาด	25	83.33
ประคับประคอง	5	16.67
ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ		
4,600 cGy	7	23.33
5,000 cGy	23	76.67

ตารางที่ 4-1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดยาเคมีบำบัดที่ได้รับ		
เคมีบำบัดชนิดรับประทาน (Capecitabine)	26	86.67
เคมีบำบัดให้ทางหลอดเลือดดำ (5FU/Leucovorin)	4	13.33

จากตารางที่ 4-1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 30 คน พบว่าเป็นเพศชาย และเพศหญิงจำนวนเท่ากันกลุ่มละ 15 คน มีอายุเฉลี่ย 64.17 ปี (SD =11.16) อายุน้อยสุด 36 ปี อายุมากที่สุด 93 ปี เมื่อแบ่งตามช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุมีช่วงอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่พบในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 การประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.00 มีอาชีพเกษตรกร และร้อยละ 30 ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ค่าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 13.33 ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจร้อยละ 6.67 และอาชีพแม่บ้านร้อยละ 6.67 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 83.33 และสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 16.67 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 56.67 เป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย ร้อยละ 23.33 และเป็นญาติพี่น้อง ร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักในระยะที่ 3, 2, และ 4 คิดเป็นร้อยละ 53.33, 40.00 และ 3.33 ตามลำดับ เป้าหมายของการรักษาคือ เพื่อหายขาด ร้อยละ 83.33 และประคับประคอง ร้อยละ 16.67 ปริมาณรังสีตามแผนการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคือ 4,600 cGy ร้อยละ 23.33 และ ปริมาณรังสี 5,000 cGy ร้อยละ 76.67 สูตรของยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับร่วมกับรังสีรักษาส่วนใหญ่คือ เคมีบำบัดชนิดรับประทาน เคปไซตาบิน (capecitabine) ร้อยละ 86.67 และเคมีบำบัดให้ทางหลอดเลือดดำสูตร MAYO regimen (5FU/Leucovorin) ร้อยละ 13.33

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

ตารางที่ 4-2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (n=30)

พฤติกรรม	ก่อนการใช้โปรแกรม			หลังการใช้โปรแกรม			Z	P-value
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ		
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	2.87	0.37	ปานกลาง	3.64	0.15	ดี	-4.78	< 0.001

ตารางที่ 4-2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวาร
หนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (n=30) (ต่อ)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ก่อนการใช้โปรแกรม			หลังการใช้โปรแกรม			z	P-value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
ด้านการดูแลตนเอง ทั่วไป	3.09	0.47	ดี	3.65	0.33	ดี	-4.48	< 0.001
ด้านการดูแลตนเอง เพื่อ ป้องกันหรือลดอาการไม่ พึงประสงค์จากการรักษา	2.80	0.40	ปาน กลาง	3.64	0.12	ดี	-4.78	< 0.001

จากตารางที่ 4-2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่ม
ตัวอย่าง พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล
ตนเองโดยรวมเท่ากับ 2.87 (S.D.= 0.37) พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้
โปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเท่ากับ 3.64 (S.D.= 0.15) พฤติกรรมการ
ดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เมื่อแยกพฤติกรรมดูแลตนเองรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง
ทั่วไป ก่อนการใช้โปรแกรมฯ เท่ากับ 3.09 (S.D.= 0.47) พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปอยู่ในระดับ
ปานกลาง หลังการใช้โปรแกรมฯ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปเท่ากับ 3.65 (S.D.=
0.33) พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปอยู่ในระดับดี และ พฤติกรรมด้านการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน
หรือลดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา ก่อนการใช้โปรแกรมฯ เท่ากับ 2.80 (S.D.= 0.40)
พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้โปรแกรมฯ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองเท่ากับ 3.64 (S.D.= 0.12) พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบได้ทดสอบการกระจายของข้อมูล พบมีตัวแปรที่มี
การกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติได้ใช้การทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test เมื่อ
เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง พบว่า
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้านทั้งด้านการดูแลตนเองทั่วไป และด้านการดูแลตนเอง
เพื่อป้องกันหรือลดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา หลังการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้
โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาแบบ ประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-30 (Version 3) แบ่งการประเมินออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ ด้าน ร่างกาย ด้านบทบาท ด้านอารมณ์ ด้านการคิดและตัดสินใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านอาการ ต่างๆ แบ่งเป็นกลุ่มอาการ และอาการเดี่ยวดังนี้ กลุ่มอาการปวด กลุ่มอาการอ่อนล้า กลุ่มอาการ คลื่นไส้อาเจียน และอาการเดี่ยวได้แก่ อาการหายใจไม่อิ่ม อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร อาการท้องผูก อาการท้องเสีย การประเมินภาวะสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (n=30)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการใช้โปรแกรม			หลังการใช้โปรแกรม			Z	p-value
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	1.80	0.37	ดี	1.58	0.37	ดี	-3.98	<0.001
ด้านร่างกาย	1.77	0.47	ดี	1.71	0.65	ดี	-1.80	0.041
ด้านบทบาท	1.75	0.74	ดี	1.55	0.66	ดี	-2.23	0.017
ด้านการคิดและตัดสินใจ	1.92	0.56	ดี	1.72	0.52	ดี	-2.14	0.017
ด้านอารมณ์	1.72	0.35	ดี	1.28	0.33	ดี	-3.86	<0.001
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	1.88	0.54	ดี	1.75	0.53	ดี	-2.55	0.023
ด้านอาการ	1.75	0.31	ต่ำ	1.49	0.34	ต่ำ	-3.51	0.000
การประเมินภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต	4.73	0.55	ปานกลาง	5.35	0.44	ดี	-4.20	< 0.001

จากตารางที่ 4-3 ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการใช้โปรแกรมค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.80 (S.D. = 0.37) อยู่ในระดับดี สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านก่อนการใช้โปรแกรม ได้แก่ ด้านร่างกายค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.77 (S.D. = 0.47) อยู่ในระดับดี ด้านบทบาทค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.75 (S.D. = 0.74) อยู่ในระดับดี ด้านการคิดและตัดสินใจค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.92 (S.D. = 0.56) อยู่ใน

ระดับดี ด้านอารมณ์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.72 (S.D. = 0.35) อยู่ในระดับดีด้านสังคมและเศรษฐกิจ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.88 (S.D. = 0.54) อยู่ในระดับดี ด้านอาการค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.75 (S.D. = 0.31) อยู่ในระดับต่ำ และการประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.73 (S.D. = 0.55) อยู่ใน ระดับปานกลาง หลังการใช้โปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.58 (S.D. = 0.37) อยู่ในระดับดี สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านหลังการใช้โปรแกรม ได้แก่ ด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.71 (S.D. = 0.65) อยู่ในระดับดี ด้านบทบาทค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.55 (S.D. = 0.66) อยู่ใน ระดับดี ด้านการคิดและตัดสินใจค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.72 (S.D. = 0.52) อยู่ในระดับดี ด้าน อารมณ์ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.28 (S.D. = 0.33) อยู่ในระดับดี ด้านสังคมและเศรษฐกิจค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.75 (S.D. = 0.53) อยู่ในระดับดี ด้านอาการค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.49 (S.D. = 0.34) อยู่ในระดับต่ำ และการประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตค่าเฉลี่ย เท่ากับ 5.53 (S.D. = 0.44) อยู่ในระดับดี

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบได้ทดสอบการกระจายของข้อมูล พบมีตัวแปรที่มี การกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติได้ใช้การทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test ผล การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสี รักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวม รายด้าน และด้านอาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยที่ ลดลงแสดงถึงคุณภาพชีวิตและอาการดีขึ้น ส่วนการเปรียบเทียบมิติด้านการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดย หลังได้รับโปรแกรมฯ มีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง

ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ดังแสดงในตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ตรงและทวารหนัก (n=30)

ข้อที่	ข้อความถาม	\bar{x}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1	ท่านได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองก่อนได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา	4.50	0.51	มาก

ตารางที่ 4-4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง จำนวนผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก (n=30) (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความคำถาม	\bar{x}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
2	ท่านสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองระหว่างการได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา	4.50	0.51	มาก
3	การติดตามเยี่ยมสอบถามอาการทางโทรศัพท์ช่วยให้คุณเข้าใจการดูแลตนเอง ระหว่างการได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา	4.53	0.51	มาก
4	ความพึงพอใจต่อข้อความ ภาพ และสื่อของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่ท่านได้รับการดูแล	4.50	0.51	มาก
5	ท่านมีความพึงพอใจต่อการจัดโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง	4.60	0.49	มาก

ตารางที่ 4-4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X} = 4.52$, S.D. = 0.40) เมื่อแยกรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจแต่ละด้านอยู่ในระดับพึงพอใจมากเช่นกัน โดยมีความพึงพอใจด้านการจัดโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.49) รองลงมา ได้แก่ การติดตามเยี่ยมสอบถามอาการทางโทรศัพท์ ($\bar{X} = 4.53$, S.D. = 0.51) การได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองก่อนการได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.51) การนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองระหว่างการได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.51) และข้อความภาพและสื่อของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่ได้รับ ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.51) ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดลองก่อนและหลัง (one group pre-posttest design) เพื่อศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักรายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 30 ราย ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ระยะเวลารวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2567 - เมษายน 2567

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 30 คน เป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากันกลุ่มละ 15 คน มีอายุเฉลี่ย 64.17 ปี (S.D. = 11.16) อายุน้อยสุด 36 ปี อายุมากที่สุด 93 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่พบในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่การประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.00 มีอาชีพเกษตรกร และร้อยละ 30.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 83.33 และสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 16.67 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 56.67 กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักในระยะที่ 3 ร้อยละ 53.33 และระยะที่ 2 ร้อยละ 40.00 เป้าหมายของการรักษาคือ เพื่อหายขาด ร้อยละ 83.33 และประคับประคอง ร้อยละ 16.67 สูตรของเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับร่วมกับรังสีรักษาส่วนใหญ่คือ เคมีบำบัดชนิดรับประทาน เคปไซตาบิน (capecitabine) ร้อยละ 86.67 และเคมีบำบัดให้ทางหลอดเลือดดำสูตร MAYO regimen (5FU/Leucovorin) ร้อยละ 13.33

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม และรายด้านทั้งด้านการดูแลตนเองทั่วไป และด้านการดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา หลังการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและ

หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้าน และด้านอาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยที่ลดลงแสดงถึงคุณภาพชีวิตและอาการดีขึ้น มิติด้านการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ มีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจภาพรวมต่อโปรแกรมนี้ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X} = 4.52, S.D. = 0.40$)

5.2 อภิปรายผล

ผู้วิจัยขอเสนอสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะตามวัตถุประสงค์ 2 ข้อ ดังนี้

5.2.1 วัตถุประสงค์ที่ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ($\bar{X} 87.57, S.D. = 3.58$) สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ($\bar{X} 68.90, S.D. = 8.90$) เมื่อเปรียบเทียบหลังการได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติ พุฒิเพ็ญ, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2561) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ มีความสามารถในการดูแลตนเองและรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดสูงขึ้นกว่าก่อนและระหว่างเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมนี้นุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษา เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเองทั่วไป และเพื่อป้องกันหรือลดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา การวิจัยนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นกรอบในการดำเนินงานวิจัย การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี การบริการพยาบาลเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การวิจัยนี้มุ่งเน้นระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ การสนับสนุนความรู้ ทักษะและการสนับสนุน ชี้แนะแนวทางเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียาภรณ์ วรรณตอน, ทิพวรรณ เทียมแสน (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในหน่วยเคมีบำบัด โดยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการ

ดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรูปแบบโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

5.2.2 วัตถุประสงค์ที่ 2) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 1.58$, S.D. = 0.37) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ($\bar{X} = 1.80$, S.D. = 0.37) ทั้งนี้ค่าคะแนนเฉลี่ยยิ่งน้อยแสดงถึงคุณภาพชีวิตดี คุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอาการก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X} = 1.75$, S.D. = 0.31) สูงกว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X} = 1.49$, S.D. = 0.34) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีอาการในระดับต่ำทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และการประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตเท่ากับ ($\bar{X} = 4.73$, S.D. = 0.55) อยู่ในระดับปานกลาง การประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตหลังการได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ ($\bar{X} = 5.53$, S.D. = 0.44) อยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมักพบปัญหาทางกาย ได้แก่ ความรู้สึกอ่อนล้า คลื่นไส้ อาการปวด รongลงมา คือความกังวลใจ และปัญหาในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การเดินทาง สิ่งเหล่านี้ส่งผลทางด้านลบต่อคุณภาพชีวิตการทำหน้าที่ คือด้านร่างกาย ด้านบทบาท ด้านอารมณ์ ด้านสังคม (นิทยา สุนทรานนท์ และคณะ, 2563) การวิจัยนำแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์เพื่อสร้างโปรแกรมให้ข้อมูลด้วยกระบวนการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มทดลอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมตามคำแนะนำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จารุณี แก้วอุบล, 2563) การนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-education nursing system) ของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี แก้วอุบล (2563) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านรายด้าน ได้แก่ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางใจ และด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมให้ข้อมูล สูงกว่า

ก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางใจและด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก เท่ากับ (\bar{X} = 4.52, S.D. = 0.40) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มผู้ป่วยสามารถนำความรู้การดูแลตนเองก่อน ระหว่างการรักษาและหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาได้มาก ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากในการติดตามเยี่ยมสอบถามอาการทางโทรศัพท์เนื่องจากมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการดูแลตนเองระหว่างการรักษา จากการสอบถามข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจในโปรแกรมนี้ โดยให้เหตุผลว่า “รู้สึกดีใจที่มีพยาบาลเอาใจใส่ โทรศัพท์สอบถามอาการเนื่องจากตนเองต้องพักอยู่บ้านเข้าเพียงลำพัง ไม่มีญาติดูแล”, “สามารถติดต่อขอคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากพยาบาลได้ทันทีในขณะที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา เช่น เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย”

โดยสรุปโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปางมีความเหมาะสมและมีประโยชน์ สามารถนำไปใช้ได้จริง นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็ง

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

- นำโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างมีแบบแผนมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกมะเร็ง หรือใช้ในแผนการรักษามะเร็งด้วยวิธีต่างๆ เช่นการรักษาด้วยเคมีบำบัด การรักษามะเร็งด้วยรังสีรักษา หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดเช่นการผ่าตัดเต้านม การผ่าตัดลำไส้ เป็นต้น
- นำรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างมีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการให้บริการผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และมีการศึกษาติดตาม ประเมินผลลัพธ์การใช้โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านวิชาการ

- มีการเผยแพร่ผลงานวิชาการแก่หน่วยงานอื่นๆภายในโรงพยาบาล ,เครือข่ายโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาคและโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่1และ2
- ส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองกับผู้ป่วยทุกมะเร็งที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีต่อผู้ป่วย

ด้านบริหารการพยาบาล

- ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ขยายผลสร้างโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา
- พัฒนานโยบายทางการพยาบาลนำแบบแผนโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองให้เป็นวิธีปฏิบัติเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยมะเร็งทุกมะเร็งที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

- 5.4.1. ควรมีการพัฒนาารูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีความเฉพาะกับผู้ป่วยโรคมะเร็งต่างๆที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา
- 5.4.2. ควรมีการพัฒนาต่อยอดรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองใช้สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์ หรือก่อนผ่าตัด มาับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็ง และเครือข่ายสุขภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยและญาติ

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

บรรณานุกรม

- การุณ แก้วสอน, กัลยารัตน์ วรรณวงศ์, กาญจนา ดาวประเสริฐ, ยุพา วงษ์มูล, อาภรณ์ พุกกุล, รัตนาภรณ์ รักษาติ และ ฤทัยกานต์ ปาโกวงศ์. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง.ลำปาง: โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง.*
- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. *มะเร็งลำไส้ใหญ่*. <https://med.mahidol.ac>.
- งานทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. (2564). *สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ปี พ.ศ. 2564*. <https://www2.lpch.go.th/lpch/uploads/20220721110211633270.pdf>
- จารุณี แก้วอุบล.(2563). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 4(7),13-27.*
- ชวลิต เลิศบุษยานุกุล. *รังสีรักษาร่วมสมัย*.<https://www.chulacancer.net>
- ชลทิศ อุไรฤกษ์. (2567). *Colorectal cancer*. <https://doh.hpc.go.th>
- ชลธิรา กาวโรตอง.(2562). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ ลำไส้ตรงของประชาชนทั่วไปจังหวัดราชบุรี, มหาวิทยาลัยราชภัฏจอมบึง*. <http://rms.mcru.ac.th/researches/298>
- ณัฐพัชร์ แสงเปลี่ยน. *Nursing Management in Radiation Oncology*. https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/onco2558/burerum/06.pdf
- เดโช แชน้ำแก้ว. (2565). *คุณภาพชีวิตและการสร้างความหมายใหม่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพ, 10(1), 72-82.*
- ดลสุข พงษ์นิกร, กาญจนา ดาวประเสริฐ, บุรินทร์ วงค์แก้ว, ศิริินยา แสงคำ, มนฐิตินันท์ ประดิษฐ์ค้าย และ วริสา มีมาก (2563). *Trends In Cancer Incidence and Mortality in Northern Thailand,1993- 2017.*
- นิตยา สุนทรานนท์, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภัคติวงศ์. (2563). *ความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 40(1), 58 –70.*
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง.(2555). *ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม*.<https://www.gotoknow.org/posts/115427>
- นิรมล พจน์ด้วง.(2558). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาสำหรับชุมชน*. https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/onco2558/burerum/06.pdf
- ประไพ เชนทวิ. (2561). *รู้ทันมะเร็งลำไส้ใหญ่และยาเคมีบำบัด*.https://www.rama.mahidol.ac.th/Cancer_center/th/about/committee/board_colorectal_cancer

- ปรารภณา กันทอน, เกสร สำเภาทอง. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาล*, 23(2), 14-29.
- ปริยาภรณ์ วรรณตอน, ทิพวรรณ เทียมแสน. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 8(2), 72-86.
- พิทยา ด้านกุลชัย. (มปป). *Radiation Complication*. <https://www.tako.moph.go.th>
- พร้อมจิตร ท่อนบุญheim. (2553). *ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแนวคิดและการประยุกต์*. มหาสารคาม: อภิชาติการพิมพ์.
- เรณู สอนเครือ. (2557). *แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 1*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- วิภาวดี ว่องวรานนท์. (2560). *ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต], มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์], <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/12975>
- วิษณุ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน, อาคม ชัยวีระวัฒน์ และ วีรวุฒิ อิมสำราญ. (2564). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง*. บริษัท โฆสิตการพิมพ์ จำกัด.
- วีรวรรณ ทางธรรม, สุจิตรา ฟุ้งเฟื่อง, ผ่องพรรณ ภาโว, สมศรี ทิพย์ประสพโชค และ สารนิต บุญประสพ. (2563). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะแพร่กระจาย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(2), 471-478.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง Best Nursing Practice in Cancer Care. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และ จรรย์พร ให้อายอง. (2557). พิมพ์ครั้งที่ 2. *Quality of life, work and happiness, คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข*. นนทบุรี: บริษัท อัทธยุครีเอทนิท จำกัด.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2564*. https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/HOSPITAL-BASED_2021.pdf
- สิริอร สีนุ. (2565). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา*. กรุงเทพมหานคร: วัฒนา การพิมพ์.
- สุชาติ พุฒิเพ็ญ, อัมภพร นามวงศ์พรหม และ น้ำอ้อย รักดีวงศ์. (2561). *ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้*. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 13.

- สุธีสา เต็มทับ, กิตติกร นิลมานัต, รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์ และ กิรติ หงส์สกุล. (2563). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับที่รับการรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งตับครั้งแรก. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 34*(1), 63-78.
- สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิลป์, ประไพ อริยประยูร และ แม้นมมา จิระจรัส. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสินทวิกิจ พรินต์ติ้ง.
- สุทธิมาศ สุขอัมพร, วลัยนารี พรหมลา. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาล. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 15*(38), 632-644.
- โสภภาพันธุ์ สอาด. (2558). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 26*(2), 41-49.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *แนวคิดและทฤษฎีการปฏิบัติการพยาบาล*. <http://lib.bcnpy.ac.th>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- หยาดรุ้ง อุไรพันธุ์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก, 15*(1), 87-92.
- อนุสตรา ประยงค์รัตน์. (2566). *การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ*. <https://www.chulacancer.net>
- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., Haes, J. C. J. M. d., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute, 85*(5), 365-376.
- Med CMU. (มปป.). *คำแนะนำสำหรับผู้ที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกรานและท้องน้อยก่อนการฉายรังสี*. <https://w2.med.cmu.ac.th/opd/wp-content/uploads/2022/04/OPDRT>.
- National Comprehensive Cancer Network. (2022). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 20*(10). <https://jnccn.org/view/journals/jnccn/20/10/article-p1139.xml>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Rojanamatin, J., Ukranun, W., Suprattagorn, P., Chiawiriyabunya, I., Wongsena, M.,
Chaiwerawattana, A., et.al. (2021). *Cancer in Thailand Vol. X, 2016-2018*.
https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html

Silpakit C, Sirilertrakul S, Jirajarus M, Sirisnha T, Sirachainan E, Ratanatharathorn V.
(2006). *The European Organization for Research and Treatment of Cancer
Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30): Validation study of the Thai
version*. Qual Life Res

World Health Organization. (2020). Colorectal cancer incidence. [https://www.who.int/
news-room/fact-sheets/detail/cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer)



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรมการแพทย์

ภาคผนวก ก

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Information sheet for research Volunteer)

ชื่อโครงการวิจัย ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

ชื่อและสังกัดของผู้วิจัย

นางสาวทิวา ปัญญาชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าโครงการวิจัย
นางสาวภัทรา สมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้ร่วมวิจัย
นางสาวสิรินธร พูจา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้ร่วมวิจัย

สถานที่ทำงานของผู้วิจัย

งานสารสนเทศทางการแพทย์ การพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน หรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาวทิวา ปัญญาชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0861895846

ผู้ให้ทุนสนับสนุน

ไม่มี

ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่มาใช้บริการการรักษา ด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษารายใหม่ในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนการที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านข้อมูลดังต่อไปนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการการวิจัยครั้งนี้จากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับ หรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าไปโครงการวิจัยท่านจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อกรรับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้แล้วขอให้ท่านลงนามในเอกสารยินยอมของ โครงการวิจัยนี้

เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันของโลกและในประเทศไทย พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 140,000 คน หรือประมาณ 400 คน และพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักรายใหม่เป็นอันดับที่ 2 ในเพศชาย และอันดับที่ 3 ในเพศหญิง อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 38.55 ต่อประชากร 100,000 ราย อุบัติการณ์สูงสุดพบที่ภาคกลาง สำหรับภาคเหนือ ของประเทศไทย มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักพบมากเป็นอันดับ 3 ในเพศชายและเป็นอันดับ 3 ในเพศหญิง อัตราอุบัติการณ์ เพศชาย 19.7 ต่อแสนประชากร เพศหญิง 14.3 ต่อแสนประชากร แนวโน้มของ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักใน ภาคเหนือเพิ่มขึ้นเพศชายร้อยละ 17.36 เพศหญิงเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.07 จะเห็นได้ว่า มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การให้เคมีบำบัด และรักษาด้วยรังสีรักษา ซึ่งสามารถรักษาให้โรคสงบลงได้ ระหว่างการรักษา ด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา หรือเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่พึงประสงค์จากเคมีบำบัดและรังสีรักษา เช่น มี อาการคลื่นไส้อาเจียน มีแผลในปาก อ่อนเพลีย มีผื่นผิวหนังอักเสบ ติดเชื้อง่ายจากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำและผมร่วง อาการดังกล่าว อาจลดความรุนแรงลง หรือป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาได้หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง จัดการอาการที่เกิดจากโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสี รักษาได้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับ รังสีรักษาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาหลังได้รับโปรแกรมการ ส่งเสริมการดูแลตนเอง

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับทราบถึงโครงร่าง วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยก่อนการเข้าร่วมโครงการ มีการขอ ความยินยอมในการตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยถูกสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ความรู้การ ปฏิบัติตัวก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา หลังได้รับรังสีรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้ง ความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ร่วมกับรังสีรักษา

ประโยชน์ที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

เมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง และได้คำตอบตามวัตถุประสงค์แล้ว จะทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการ รักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา การประสานงานติดต่อสื่อสารในปัญหาที่ซับซ้อน และอื่นๆ เพื่อดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล และสามารถนำผลวิจัยนี้ไปปรับใช้เพื่อการพัฒนา โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองในหน่วยงานด้านสาธารณสุขอื่นๆต่อไป การเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเป็นความลับ ไม่มี การเปิดเผยชื่อผู้เข้าร่วม การวิจัย และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็น

ระยะเวลา 3 เดือน ภายหลังสิ้นสุด การวิจัย และจะถูกทำลายภายหลังครบกำหนดดังกล่าว การ
นำเสนอเผยแพร่ผลการวิจัยนี้ในวารสาร วิชาการหรือการประชุม วิชาการ จะเป็นการนำเสนอใน
ลักษณะภาพรวม ไม่มีข้อมูลใดที่ระบุหรือเชื่อมโยงถึงตัวท่านได้

ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อประธาน
คณะกรรมการวิจัยและ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โทรศัพท์ 054-
335262 ต่อ 535



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

AF 05_07

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เลขที่.....

อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ร่วมกับรังสีรักษา ชื่อผู้วิจัย นางสาวทิวา ปัญญาชัย

ที่อยู่ติดต่อ 199 หมู่ที่ 12 ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

โทรศัพท์ 086 189 5846

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอน ต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัย เรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอดและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดย ข้าพเจ้ายินยอมสละเวลาตอบแบบสอบถาม จำนวน 25 ข้อคำถาม ใช้เวลา 40 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย แล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น ทั้งสิ้น เป็นต้นว่าไม่มี ผลกระทบต่อการดูแลรักษา หรือการรับบริการทางด้านสุขภาพอื่นๆ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวทิวา ปัญญาชัย)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

กรมการแพทย์

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

อาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอ ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้า สามารถร้องเรียนได้ที่: คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โทรศัพท์ 054-335262 ต่อ 535 ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับ อาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรมการแพทย์

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
แบบสอบถาม

เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง
ลำไส้ตรงและ

ทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแล
ตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบคำถามตามแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็น
จริงข้อมูลที่ได้จากการสอบถามครั้งนี้ถือเป็นความลับและจะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษา

ประกอบการวิจัยเท่านั้นและผู้ตอบคำถามไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล

แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วนประกอบด้วย

- | | |
|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน 6 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ
เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา | จำนวน 24 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต | จำนวน 30 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจหลังการใช้โปรแกรม | จำนวน 5 ข้อ |

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถามนี้ ท่านสามารถสอบถามได้จากผู้สอบถามและ
ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลตามแบบสอบถามด้วยความ
ตั้งใจและเต็มใจ

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

(นางสาวทิวา ปัญญาชัย)

กรมการแพทย์
พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

งานสารสนเทศทางการแพทย์ กลุ่มงานวิชาการพยาบาล

ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุดและโปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ 1. ไม่มี
 2. มี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน
 โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง
 อื่นๆระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
 1.ไม่ได้เรียน
 2.จบการศึกษาระดับ
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.
 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า
5. อาชีพ
 1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2.เกษตรกร
 3.ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว 4.ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 5.แม่บ้าน 6.รับจ้าง
 7.อื่นๆ ระบุ.....
6. ผู้ดูแลหลัก 1. ไม่มีผู้ดูแล
 2. มีผู้ดูแล
 1.สามี 2.ภรรยา
 3.บุตร 4.ญาติพี่น้อง ระบุ.....

ข้อมูลที่คัดลอกจากเวชระเบียน (สำหรับผู้วิจัยเท่านั้น)

1. การวินิจฉัยโรค..... ระยะโรค
.....
2. สิทธิการรักษา 1.สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 2.สิทธิประกันสังคมหรือกองทุน
ทดแทน 3.สิทธิข้าราชการหรือพนักงาน
รัฐวิสาหกิจ 4.อื่นๆ ระบุ
.....
3. เป้าหมายการรักษา
 1.หายขาด
 2.ประคับประคอง
4. สูตรของยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ
 1.Capecitabine 2.5FU/Leuovorin
5. จำนวนครั้งของการวางแผนฉายรังสีครั้ง
6. ปริมาณรังสีที่ได้รับcGy

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

โดยมีคำตอบ 4 ตัวเลือก ดังนี้ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง ทุกครั้ง

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์

บางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติ 1 - 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติ 3 - 4 ครั้ง ต่อสัปดาห์

ทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวันใน 1 สัปดาห์

ข้อที่	คำถาม	การปฏิบัติ			
		ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ทุกครั้ง
การดูแลตนเองทั่วไป					
1	ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่				
2	ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อในแต่ละวัน				
3	ท่านดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร				
4	ท่านนอนหลับเพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง				
5	ที่พักอาศัยของท่านสะอาดและมีอากาศสดชื่น ถ่ายเทดี				
6	ท่านออกกำลังกายแบบเบาๆ เช่น <input type="radio"/> การเดิน <input type="radio"/> การปั่นจักรยาน <input type="radio"/> การเต้น <input type="radio"/> อื่นๆ.....				
การดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดผลข้างเคียงของการรักษา					
7	ท่านรับประทานยาแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียน เมื่อมีอาการและตามคำสั่งแพทย์				
8	ท่านสังเกตอาการเจ็บปาก เจ็บคอ และอ้าปาก ดูความผิดปกติในช่องปากทุกวัน				
9	ท่านบ้วนปากอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ โดยใช้น้ำยาที่ใช้ในการบ้วนปาก NSS หรือน้ำอุ่น				

ข้อที่	คำถาม	การปฏิบัติ			
		ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ทุกครั้ง
10	ท่านใช้แปรงสีฟันนุ่มและยาสีฟันที่ไม่ระคายเคืองช่องปาก เพื่อป้องกันการเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ				
11	ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ เป็นหวัด หรือมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ				
12	ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ที่ออกนอกบ้านหรือ เมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น หรือเมื่อเข้าไปในแหล่งชุมชน				
13	ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่และสะอาด				
14	ท่านเลือกรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ลดอาหารทอด อาหารที่มีกลิ่นฉุน รสจัด เพื่อช่วยบรรเทาอาการไอ อาการคลื่นไส้ อาเจียน				
15	ท่านล้างมือครบ 7 ขั้นตอนให้สะอาดด้วยน้ำสบู่ หรือน้ำยาแอลกอฮอล์สำหรับล้างมือ ก่อน/หลังการรับประทานอาหาร และการเข้าห้องน้ำ				
16	ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใย เพื่อป้องกันอาการท้องผูก				
17	กรณีที่ฉายแสงท่านอาบน้ำ หลีกเลี่ยงการฟอกสบู่ บริเวณที่ตีเส้นขอบเขตการฉายรังสี ไม่ทาแป้ง ไม่ทาโลชั่น แกะเกาบริเวณผิวหนังที่ฉายแสง				
18	ท่านทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีด้วยการอาบน้ำ และซับให้แห้งด้วยผ้านุ่มๆ				
19	ท่านตรวจสภาพผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ฝ่ามือและฝ่าเท้าของท่าน				
20	ท่านทาโลชั่นบริเวณผิวหนัง ฝ่ามือ ฝ่าเท้าทุกวัน บริเวณที่ฉายรังสีทุกวัน				
21	ท่านสวมเสื้อแขนยาวหรือกางร่มป้องกันแสงแดด				
22	ท่านสังเกตลักษณะ และจำนวนครั้งของการปัสสาวะ และอุจจาระ				
23	ท่านรับประทานยาเคมีบำบัดตามคำสั่งการรักษาของแพทย์				
24	เมื่อมีไข้ ท่านซื้อยามารับประทานเอง				

ก่อนการใช้โปรแกรม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QLQ – 30 (version 3)

วันที่ประเมิน.....

รายการ	ไม่ เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ค่อนข้างมาก (3)	มาก ที่สุด (4)
1. คุณมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงเอง เช่น การหิ้วถุงหรือกระเป๋าที่หนัก ๆ หรือไม่				
2. คุณมีความลำบากในการเดินไกล ๆ หรือไม่				
3. คุณมีความลำบากในการเดินระยะใกล้ ๆ นอกบ้านหรือไม่				
4. คุณจำเป็นต้องอยู่แต่บนเตียงหรือเก้าอี้ในช่วงเวลากลางวันหรือไม่				
5. คุณมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ หรือการใช้ห้องน้ำ หรือไม่				
ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ค่อนข้างมาก (3)	มาก ที่สุด (4)
6. คุณมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันหรือไม่				
7. คุณมีข้อจำกัดในการทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างอื่น ๆ หรือไม่				
8. คุณมีอาการหายใจไม่เต็มอิมหรือไม่				
9. คุณมีอาการปวดหรือไม่				
10. คุณจำเป็นต้องพักผ่อนหรือไม่				
11. คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหรือไม่				
12. คุณรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่				
13. คุณรู้สึกเบื่ออาหารบ้างหรือไม่				
14. คุณมีอาการคลื่นไส้หรือไม่				
15. คุณอาเจียนหรือไม่				
16. คุณมีอาการท้องผูกหรือไม่				

หลังการใช้โปรแกรม

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

โดยมีคำตอบ 4 ตัวเลือก ดังนี้ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง ทุกครั้ง

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์

บางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติ 1 - 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติ 3 - 4 ครั้ง ต่อสัปดาห์

ทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวันใน 1 สัปดาห์

ข้อที่	คำถาม	การปฏิบัติ			
		ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ทุกครั้ง
การดูแลตนเองทั่วไป					
1	ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่				
2	ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อในแต่ละวัน				
3	ท่านดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร				
4	ท่านนอนหลับเพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง				
5	ที่พังกาอาศัยของท่านสะอาดและมีอากาศสดชื่น ถ่ายเทดี				
6	ท่านออกกำลังกายแบบเบาๆ เช่น <input type="radio"/> การเดิน <input type="radio"/> การปั่นจักรยาน <input type="radio"/> การเต้น <input type="radio"/> อื่นๆ.....				
การดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดผลข้างเคียงของการรักษา					
7	ท่านรับประทานยาแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียน เมื่อมีอาการและตามคำสั่งแพทย์				
8	ท่านสังเกตอาการเจ็บปาก เจ็บคอ และอ้าปาก ดูความผิดปกติในช่องปากทุกวัน				
9	ท่านบ้วนปากอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อลด อาการคลื่นไส้ อาเจียน และป้องกันการเกิดเยื่อ บุช่องปากอักเสบ โดยใช้น้ำยาที่ใช้ในการบ้วน ปาก NSS หรือน้ำอุ่น				

ข้อที่	คำถาม	การปฏิบัติ			
		ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ทุกครั้ง
10	ท่านใช้แปรงสีฟันนุ่มและยาสีฟันที่ไม่ระคายเคืองช่องปาก เพื่อป้องกันการเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ				
11	ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ เป็นหวัด หรือมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ				
12	ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ที่ออกนอกบ้านหรือ เมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น หรือเมื่อเข้าไปในแหล่งชุมชน				
13	ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่และสะอาด				
14	ท่านเลือกรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ลดอาหารทอด อาหารที่มีกลิ่นฉุน รสจัด เพื่อช่วยบรรเทาอาการไอ อาการคลื่นไส้ อาเจียน				
15	ท่านล้างมือครบ 7 ขั้นตอนให้สะอาดด้วยน้ำสบู่ หรือน้ำยาแอลกอฮอล์สำหรับล้างมือ ก่อน/หลังการรับประทานอาหาร และการเข้าห้องน้ำ				
16	ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใย เพื่อป้องกันอาการท้องผูก				
17	กรณีที่ฉายแสงท่านอาบน้ำ หลีกเลี่ยงการฟอกสบู่ บริเวณที่ตีเส้นขอบเขตการฉายรังสี ไม่ทาแป้ง ไม่ทาโลชั่น แกะเกาบริเวณผิวหนังที่ฉายแสง				
18	ท่านทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีด้วยการอาบน้ำ และซับให้แห้งด้วยผ้านุ่มๆ				
19	ท่านตรวจสภาพผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ฝ่ามือและฝ่าเท้าของท่าน				
20	ท่านทาโลชั่นบริเวณผิวหนัง ฝ่ามือ ฝ่าเท้าทุกวัน บริเวณที่ฉายรังสีทุกวัน				
21	ท่านสวมเสื้อแขนยาวหรือกางร่มป้องกันแสงแดด				
22	ท่านสังเกตลักษณะ และจำนวนครั้งของการปัสสาวะ และอุจจาระ				
23	ท่านรับประทานยาเคมีบำบัดตามคำสั่งการรักษาของแพทย์				
24	เมื่อมีไข้ ท่านชื่อยามารับประทานเอง				

หลังการใช้โปรแกรม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QLQ – 30 (version 3)

วันที่ประเมิน.....

รายการ	ไม่ เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ค่อนข้างมาก (3)	มาก ที่สุด (4)
1. คุณมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงเอง เช่น การหิ้วถุงหรือกระเป๋าที่หนัก ๆ หรือไม่				
2. คุณมีความลำบากในการเดินไกล ๆ หรือไม่				
3. คุณมีความลำบากในการเดินระยะใกล้ ๆ นอกบ้านหรือไม่				
4. คุณจำต้องอยู่แต่บนเตียงหรือเก้าอี้ในช่วงเวลากลางวันหรือไม่				
5. คุณมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ หรือการใช้ห้องน้ำ หรือไม่				
ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ค่อนข้างมาก (3)	มาก ที่สุด (4)
6. คุณมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันหรือไม่				
7. คุณมีข้อจำกัดในการทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างอื่น ๆ หรือไม่				
8. คุณมีอาการหายใจไม่เต็มอิมหรือไม่				
9. คุณมีอาการปวดหรือไม่				
10. คุณจำเป็นต้องพักผ่อนหรือไม่				
11. คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหรือไม่				
12. คุณรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่				
13. คุณรู้สึกเบื่ออาหารบ้างหรือไม่				
14. คุณมีอาการคลื่นไส้หรือไม่				
15. คุณอาเจียนหรือไม่				
16. คุณมีอาการท้องผูกหรือไม่				

รายการ	ไม่ เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ค่อนข้างมาก (3)	มาก ที่สุด (4)
17. คุณมีอาการท้องเสียหรือไม่				
18. คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่				
19. อาการปวดรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันของคุณหรือไม่				
20. คุณมีความยากลำบากในการทำสิ่งต่าง ๆ ที่ต้องใช้สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ หรือดูโทรทัศน์หรือไม่				
21. คุณรู้สึกตึงเครียดหรือไม่				
22. คุณรู้สึกกังวลหรือไม่				
23. คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่				
24. คุณรู้สึกซึมเศร้าหรือไม่				
25. คุณมีปัญหาในการจดจำสิ่งต่าง ๆ หรือไม่				
26. สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวของคุณหรือไม่				
27. สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของคุณหรือไม่				
28. สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินหรือไม่				

สำหรับคำถามต่อไปนี้ กรุณาวางกลมล้อมตัวเลขระหว่าง 1 ถึง 7 ที่ตรงกับคุณมากที่สุด

29. คุณประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของคุณในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร

1 2 3 4 5 6 7
แย่มาก ดีเยี่ยม

30. คุณประเมินคุณภาพชีวิตของคุณโดยรวมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร

1 2 3 4 5 6 7
แย่มาก ดีเยี่ยม

หลังการใช้โปรแกรม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง
คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดโดย
 มีคำตอบ 5 ตัวเลือก ดังนี้

- 5 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก
 3 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย
 1 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด


ข้อที่	ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
		5 มากที่สุด	4 มาก	3 ปานกลาง	2 น้อย	1 น้อยที่สุด
1	ท่านได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองก่อนการได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา					
2	ท่านสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองระหว่างการได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา					
3	การติดตามเยี่ยมสอบถามอาการทางโทรศัพท์ช่วยให้ท่านเข้าใจการดูแลตนเองระหว่างการได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา					
4	ความพึงพอใจต่อข้อมูล ความภาพ และสื่อของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่ท่านได้รับ					
5	ท่านมีความพึงพอใจต่อการจัดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง					

6.. ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

ภาคผนวก ค
หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม

 กระทรวงสาธารณสุข ราชอาณาจักรไทย กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์	
ใบรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เลขที่หนังสือ 21 / 2567	
ชื่อโครงการ:	ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (Effectiveness of Self-Care Promotion Program on Quality of life Among Colorectal Cancer Patients with Concurrent Chemoradiotherapy)
รหัสโครงการ:	21/2567
ชื่อหัวหน้าโครงการ:	นางสาวทิวา ปัญญาชัย
หน่วยงานที่สังกัด:	งานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
สถานที่ทำวิจัย:	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
เอกสารที่รับรอง:	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงร่างการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย 4. คู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา 5. แบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา <ul style="list-style-type: none"> - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล - ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา - ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต - ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจหลังการใช้โปรแกรม
วันที่รับรอง :	18 มกราคม 2567
วันที่สิ้นสุดการรับรอง:	17 มกราคม 2568
การพิจารณา:	แบบเต็มชุด (Full board)

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (คู่ด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

หน้า 1/2

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม(ต่อ)

คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็่งลำปาง
ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสารที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ

คิลา

ลงนาม.....

(นายพิพัฒน์ คุประเสริฐยิ่ง)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วิภา

ลงนาม.....

(นายวิวัฒน์ อุดรวานันท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็่งลำปาง

ภาคผนวก ง


รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ดร. พิริยลักษณ์ ศิริศุภลักษณ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
2. พว.กาญจนา ดาวประเสริฐ
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็็งลำปาง
3. พว.แสงดาว ศรีสังสิทธิสันติ
หัวหน้างานถ่ายทอดทางการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็็งลำปาง



โรงพยาบาลมะเร็็งลำปาง
กรมการแพทย์

ภาคผนวก จ
หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

 ภารกิจด้านการพยาบาล วันที่ 15 ม.ค. 2567 54 เวลา 10.00 น.	งานบริหารทั่วไป รับที่ 54 วันที่ 17 ม.ค. 2567 เวลา 14.05 น.
--	--

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล โทร.๒๕๑
 ที่ สธ ๐๓๑๕.๓ (๓.๑)/๐๐๙ วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็็งลำปาง

ด้วย ข้าพเจ้านางสาวทิวา ปัญญาชัย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสารสนเทศ
 ทางการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล เป็นหัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง
 “ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและ
 ทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา”

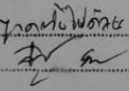
ในการนี้ ผู้วิจัยมีความประสงค์ขอเชิญผู้มีนามท้ายนี้ ได้แก่

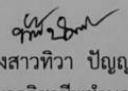
- ๑) นางสาวภัทรภร วงศ์วิง ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ
กลุ่มงานเคมีบำบัด ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์
- ๒) นางกาญจนา ดาวประเสริฐ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล
- ๓) นางสาวแสงดาว ศรีสังสิทธิ์สันติ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล

ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความสามารถอย่างสูงทางด้านการศึกษาผู้ป่วยมะเร็ง เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบ
 ความเที่ยงตรงตามเนื้อหาตลอดจนข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้วิจัยในการปรับปรุงเครื่องมือ
 เพื่อการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็็งลำปาง

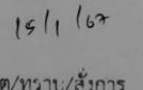

 (นางสาวทิวา ปัญญาชัย)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 หัวหน้าโครงการวิจัย



 (นางกาญจนา ดาวประเสริฐ)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 15 ม.ค. 67

เรียน ผู้อำนวยการ


- เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ/อนุญาต/ทราบ/สั่งการ
 - มอบงาน/กลุ่มงาน/ภารกิจ กลุ่มงานวิจัยพิเศษ

ดำเนินการต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ


 15/1/67
 17 ม.ค. 2567
 18 ม.ค. 67


 (นายวีรวัต อัครานันท์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็็งลำปาง
 18 ม.ค. 2567

หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ (ต่อ)



ที่ สธ. ๐๓๑๕.๓ / ๗๔๑

โรงพยาบาลมะเร็งบ้าง กรมการแพทย์
ถนนลำปาง - เชียงราย ตำบลพิชัย
อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ๕๒๐๐๐

๑๕ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะคณาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี


สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิจัย เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา” จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา จำนวน ๑ ชุด

ด้วย ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งบ้าง ได้รับอนุมัติให้ทำการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา” โดยมี นางสาวทิวา ปัญญาชัย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย





ในการนี้ โรงพยาบาลมะเร็งบ้างพิจารณาแล้วว่า ดร.พิริยลักษณ์ ศิริศุภลักษณ์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถอย่างสูงทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่าน ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาตลอดจนข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้วิจัยในการปรับปรุงเครื่องมือเพื่อการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ


 (นายวิรัตน์ อุครานันท์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งบ้าง

ภารกิจด้านการพยาบาล
โทร. ๐ ๕๔๓๓ ๕๒๖๒ ต่อ ๑๗๔,๑๗๑
โทรสาร ๐ ๕๔๓๓ ๕๒๖๒ ต่อ ๖๔๖

010
 รัง
 พิมพ์
 ทาน
 ตาน

ภาคผนวก ฉ

ตารางค่า IOC

การหาค่าคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความตรงระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

พิจารณาประเมินและให้คำแนะนำแบบสอบถามการวิจัย

การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถามงานวิจัย Index of item Objective Congruence (IOC)

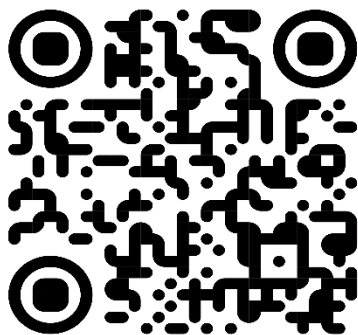
คำถามข้อที่	คะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ			ΣR	IOC	การแปลผล
	คนที่ 1	คนที่2	คนที่3			
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล						
1 เพศ	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
2 อายุ	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
3 โรคประจำตัว	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
4 ระดับการศึกษา	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
5 อาชีพ	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
6 ผู้ดูแลหลัก	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อมูลที่คัดลอกจากเวชระเบียน						
1 การวินิจฉัยโรคระยะโรค	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
2 สิทธิการรักษา	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
3 เป้าหมายการรักษา	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
4 สูตรของยาเคมีบำบัด	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
5 จำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสี	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแล						
ตนเองการดูแลตนเองทั่วไป	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 1	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 2	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 3	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 4	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 5	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 6	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้

คำถามข้อที่	คะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ			ΣR	IOC	การแปลผล
	คนที่ 1	คนที่2	คนที่3			
<u>การดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดผลข้างเคียงของการรักษา</u>						
ข้อที่ 7	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 8	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
ข้อที่ 9	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
ข้อที่ 10	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 11	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 12	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 13	0	+1	+1	2	0.67	ใช้ได้
ข้อที่ 14	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 15	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้
ข้อที่ 16	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 17	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 18	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 19	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 20	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 21	+1	+1	+1	2	1	ใช้ได้
ข้อที่ 22	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้
ข้อที่ 23	+1	-1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 24	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
ส่วนที่ 4						
แบบประเมินความพึงพอใจ						
ข้อที่ 1	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 2	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 3	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 4	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 5	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ข้อที่ 6	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
					0.91	ใช้ได้

สรุป ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ที่คำนวณได้มีค่ามากกว่า 0.5 ถือว่าใช้ได้

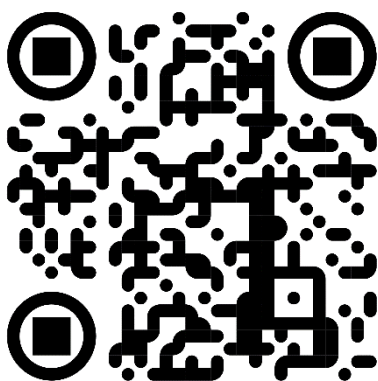
ภาคผนวก ข

QR Code ผลงานวิจัยและคู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเอง



QR Code

งานวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา



QR Code

คู่มือส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

ภาคผนวก ซ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาวทิวา ปัญญาชัย
วัน เดือน ปี เกิด	9 สิงหาคม พ.ศ. 2515
ประวัติการศึกษา	
ระดับมัธยมศึกษา	มัธยมตอนปลาย โรงเรียนลำปางกัลยาณี จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2534
ระดับปริญญาตรี	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2538
ทุนการศึกษา	-
ประวัติการทำงาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลงาว อ.งาว จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 – 2544 2. พยาบาลปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลงาว อ.งาว จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 – 2552 3. พยาบาลปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่ทะ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 – 2560 4. พยาบาลปฏิบัติงานหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลมะเริงลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2560 – 2565 5. หัวหน้างานสารสนเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลมะเริงลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2565 – ปัจจุบัน

โรงพยาบาลมะเริงลำปาง
กรมการแพทย์



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรมการแพทย์



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรมการแพทย์