

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด

นางสาวอุษณีย์ ทับทอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PERCEIVED SELF-EFFICACY PROGRAM ON QUALITY OF LIFE
AMONG COLORECTAL CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY



Miss Aussanee Thubthong

ศูนย์วิทยุทันตกรรม
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ
เคมีบำบัด

โดย

นางสาวอุษณีย์ ทับทอง

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

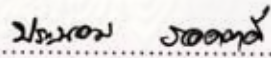
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

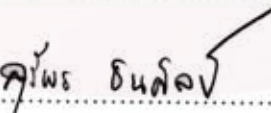
รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

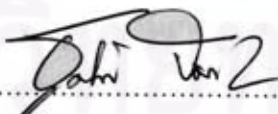
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)


.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ศูนย์วิจัยและพัฒนา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุษณีย์ ทับทอง : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด. (THE EFFECT OF PERCEIVED SELF-EFFICACY PROGRAM ON QUALITY OF LIFE AMONG COLORECTAL CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 183 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบที (Dependent t-test and Independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.13, p < .05$)
2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.60, p < .05$)

นั่นคือโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....
 ปีการศึกษา.....2552..... ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5077670636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: A SELF- EFFICACY PROGRAM / QUALITY OF LIFE / COLORECTAL CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY

AUSSANEE THUBTHONG: THE EFFECT OF PERCEIVED SELF-EFFICACY PROGRAM ON QUALITY OF LIFE AMONG COLORECTAL CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY THISIS ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 183 pp.

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of perceived self – efficacy program on quality of life among colorectal cancer patients undergoing chemotherapy. The participants were 40 colorectal cancer patients undergoing chemotherapy at Suratthani Hospital. They were divided into two groups: 20 for the control group and other 20 for the experimental group. The control group received conventional nursing care while the experimental group received the Perceived Self – Efficacy Program. The collecting instruments was the Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C) that was tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of .86. Data were analyzed using descriptive statistics, and t-test statistic (Dependent t-test and Independent t-test).

The major findings were as follows:

1. The post-test mean scores of quality of life of the experimental group was significantly higher than the pre-test phase. ($t = -10.13, p < .05$).
2. The post-test mean scores of quality of life of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($t = -4.60, p < .05$).

The results of this study suggest that the Perceived Self – Efficacy Program could improve the quality of life among colorectal cancer patients undergoing chemotherapy.

Field of Study :Nursing Science.....

Student's Signature : *Aussanee Thubthong*

Academic Year : 2009.....

Advisor's Signature : *Sureeporn Thanasilp*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ด้วยความกรุณาเอาใจใส่อย่างยิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำมาปรับปรุงแก้ไขในกระบวนการทำวิทยานิพนธ์และคอยให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้กรุณาถ่ายทอดวิชาความรู้และข้อแนะนำ รวมถึงถ่ายทอดประสบการณ์อันมีค่าอย่างยิ่งแก่ศิษย์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มการพยาบาล ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวก ในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย และพี่ๆน้องๆ ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดีและมีส่วนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ให้การสนับสนุนทุนส่วนหนึ่งที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาและสมาชิกในครอบครัวทุกคน ทุกคนที่ให้ความหวังใจ เป็นแรงผลักดันและสนับสนุนในทุกด้านด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณ นายแพทย์ ดำรงค์ศักดิ์ และแพทย์หญิง สุมณี อธิกุลรัตน์ ตลอดจนทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.....	14
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด.....	38
แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	53
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด.....	62
บทบาทพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.....	69
โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	71
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	74
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	82
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	82
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	83
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	96

การวิเคราะห์ข้อมูล.....	97
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	98
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	99
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	108
สรุปผลการวิจัย.....	108
อภิปรายผลการวิจัย.....	111
ข้อเสนอแนะ.....	117
รายการอ้างอิง.....	119
ภาคผนวก.....	135
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	136
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	138
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	147
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	156
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ผลข้อมูลเพิ่มเติม.....	174
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	183

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวน และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	100
2	แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลสุขภาพปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง.....	102
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลอง รายด้านและโดยภาพรวม	104
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิต ของกลุ่มควบคุมรายด้านและโดยภาพรวม.....	105
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3 สัปดาห์	106
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ	106
7	เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	107
8	แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการ จับคู่เข้ากลุ่ม.....	175
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่ม ทดลองรายข้อ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน.....	176
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่ม ควบคุมรายข้อก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ	179
11	ข้อมูลของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมี ภายหลัง การทดลองในกลุ่มทดลอง n =20.....	182

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	81
2	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	98



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	54
2	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	55



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญมากขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในแต่ละวันที่ต้องแข่งขันกันมากขึ้น ความจำกัดในเรื่องของเวลาและอุปนิสัยในการบริโภคอาหารประเภทไขมันสัตว์ เนื้อสัตว์สูงขึ้น โอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจึงสูงตามขึ้นด้วย (Vatanasapt et al., 1993) ในประเทศไทย พบอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอันดับ 3 ในเพศชายรองจากมะเร็งตับและมะเร็งปอด โดยมีอุบัติการณ์ 8.8 ต่อประชากร 1 แสนคน และในเพศหญิงพบอัตราการเกิดโรคเป็นอันดับ 5 รองจากมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ และมะเร็งปอด คิดเป็น 7.6 ต่อประชากร 1 แสนคน ทั้งนี้อัตราการส่วนการเกิดโรคระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงคิดเป็น 1.24 ต่อ 1 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับประเทศต่างๆทั่วโลก แต่ระยะการพบโรค และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยไทยจะแตกต่างจากในต่างประเทศ เนื่องจากอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่จะไม่แสดงให้เห็นชัดเจนในระยะแรก ร่วมกับนโยบายการคัดหามะเร็งในระยะแรกยังไม่ได้เข้าถึงประชาชนในวงกว้าง จึงทำให้ประชาชนยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพ ฉะนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 60 จึงมาพบแพทย์และรับการรักษาเมื่อมีการแพร่กระจายของโรคมากแล้ว (ประพันธ์ กิตติสิน, 2538) สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าร้อยละ 85-90 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรับประทานอาหารประเภท ไขมันสัตว์ เนื้อสัตว์ ที่มีแคลอรีสูงและรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยลง (ประสงค์ คุณานุกัณณ์ชัยเดช, 2532; Varges and Alberts, 1993) อาการและอาการแสดงคือ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ลักษณะนิสัยการถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไป (Change in bowel habit) เป็นได้ ทั้งท้องผูกและท้องเสีย อาการปวดท้อง ปวดในไส้ตรง (Rectal pain) อาการมีความรู้สึกอุจจาระไม่หมด (Tenesmus) เป็นต้น (ชนวิวัฒน์ เทชะวิบูล, 2544 ; พจน์ชวิทย์ อภินิเวศ, 2543; สุพล จินดาทรัพย์, 2544)

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มี 3 วิธี คือ การผ่าตัด การฉายรังสีและการรักษาด้วยเคมีบำบัด นอกจากนี้ยังมีแนวทางการรักษาวิธีใหม่ที่เรียกว่า

ทาร์เก็ตเธอราปี (Targeted therapy) หมายถึง การรักษาตามเป้าหมายอย่างเฉพาะเจาะจง โดยตัวยาออกฤทธิ์ ด้านตัวรับสัญญาณเซลล์มะเร็ง (EGFR:Epidermal growth factor receptor) โดยเฉพาะจะมีผลให้ลดการขยายตัวของเซลล์มะเร็ง (American Cancer Society, 2008) โดยแนวทางในการรักษานั้นแพทย์อาจพิจารณาใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งปัจจุบันเชื่อว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีลักษณะการดำเนินโรคที่แพร่กระจายไปทั่วระบบ (Systemic disease) มากกว่าโรคที่จำกัดอยู่เฉพาะแห่ง (Localized disease) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจึงจำเป็นต้องได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงใดช่วงหนึ่งของการรักษา ซึ่งอาจเริ่มภายหลังการผ่าตัดหรืออาจรักษาก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant chemotherapy) เพื่อให้ก้อนมะเร็งลดขนาดลงและง่ายต่อการผ่าตัดมากขึ้น อีกทั้งในการรักษานั้นมีความจำเป็นต้องให้ยาาร่วมกันหลายชนิดที่มีขนาดเพียงพอที่จะทำลายเซลล์มะเร็งในร่างกาย โดยจะคำนึงถึงระยะของโรคเป็นสำคัญ (ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547)

การรักษาด้วยเคมีบำบัดจะใช้เวลาในการรักษานานประมาณ 6- 12 เดือน โดยทั่วไปนิยมให้เป็นรอบ (Cycle) กล่าวคือ เป็นช่วงของการรักษา ตามด้วยช่วงของการพัก แล้วตามด้วยช่วงของการรักษาต่อไปเรื่อยๆ ระยะห่างของแต่ละรอบในการได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 3-4สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 1-2 วัน (จิราภรณ์ ทองสุโชติ, 2548) เคมีบำบัดทำให้เกิดอาการข้างเคียงของยาที่ค่อนข้างรุนแรงต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก Schober et al., (1992) ได้รวบรวมรายงานตั้งแต่ปี 1981-1990 จำนวน 24 รายงาน รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมากกว่า 1500 คน สรุปอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะที่ 2-3 ตามความรุนแรงขององค์การอนามัยโลกที่พบบ่อย คือ ท้องเสีย เยื่อหูของปากอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน เม็ดเลือดขาวต่ำ และอาการทางระบบประสาทส่วนปลาย และพบบ้างเล็กน้อย คือ อ่อนเพลีย มีไข้ เบื่ออาหาร อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาร่วมทั้ง 3 วิธี โอกาสเกิดอาการแทรกซ้อนยังเพิ่มมากขึ้น พบว่า อาการแทรกซ้อนระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ปัญหาในระบบทางเดินอาหาร และไขกระดูกถูกทำลาย ส่วนอาการแทรกซ้อนระยะยาวพบได้น้อยเพียงร้อยละ 2 ได้แก่ ลำไส้อุดตัน หรือลำไส้อักเสบที่อาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด (Cummings, 1996) จากการศึกษาของ Scheithauer et al., (1993) ได้เปรียบเทียบระยะรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่อยู่ในระยะลุกลามของโรคไม่สามารถผ่าตัดได้และไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน แบ่ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง 12 ราย กับกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาแบบประคับประคอง 24 ราย คุณลักษณะของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันและเป็นการสมมติใจของผู้ป่วยที่จะเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง

วัดคุณภาพชีวิตทุก 2 เดือนด้วยแบบวัด Optimised Functional Living Index-Cancer Scale พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมีชีวิตรอดยืนยาว 11 เดือน และที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดมีชีวิตรอดได้ 5 เดือน การวัดคุณภาพชีวิตวัดได้เฉลี่ย 5 ครั้งต่อคน ผลคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนใหญ่มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาเหลือผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ 3 ราย ทั้งหมดเป็นกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยแม้จะรู้ว่าตนเองมีอาการที่หนักก็ยังคงมีความต้องการที่จะรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งคิดว่าอาจจะจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะทำให้สุขภาพของตนดีขึ้น และมีความหวังในการมีชีวิตรอด

Cunningham (1991) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 273 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับสูง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและอาการมีมีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับสูง และจากการศึกษาของมินา ชูใจ (2552) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.55, p < 0.05$) และจากการศึกษาของ Akin et al., (2008) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 141 ราย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และการให้เคมีบำบัดครั้งแรกส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านความผาสุกด้านร่างกายและความผาสุกด้านอารมณ์ในระดับสูง และส่งผลกระทบต่ออาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง และในช่วงของการรักษาเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อทางร่างกายและจิตใจในระดับสูง แต่ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลด้านบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมอาการ การปฏิบัติตามการรักษาและคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Lev et al., (2001) ที่ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตและกลุ่มอาการรบกวนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในครั้งแรกจำนวน 56 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่พบผู้ป่วย 5 ครั้งใน 1 เดือน แบ่งการวัดออกเป็นระยะ คือ 4 เดือนแรกและอีก 8 เดือนถัดไป ผลการศึกษาพบว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

สูงขึ้น และกลุ่มอาการบกพร่องลดลง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงขึ้น

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ความเชื่อ การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองเพื่อลดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ทั้งนี้อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดถือว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ผู้ป่วยจึงไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ประกอบกับมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตเนื่องจากอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ซึ่งเป็นอาการที่มีความรุนแรง อาการที่มีความทุกข์ทรมาน และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด หากเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectation) ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นหรือมั่นใจในความสามารถของบุคคลว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มั่นใจที่จะดูแลตนเองเพื่อลดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด กล่าวคือเกิดความกลัว และความวิตกกังวล คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถจึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบและปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไม่ได้เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่เกิดอย่างถาวร แต่สามารถพัฒนาให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เกิดขึ้นได้ โดยการสนับสนุนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การใช้คำพูดชักจูง(Verbal persuasion)โดยการให้ความรู้ คำแนะนำ คำพูดที่ใช้จะเป็นในลักษณะการชักชวน แนะนำ อธิบาย ให้กำลังใจหรือชื่นชมให้บุคคลมีความเชื่อว่าตนสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ การติดตามทางโทรศัพท์เป็นอีกวิธีในการชักจูงด้วยคำพูด Lanigan (2000) กล่าวว่า การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ทบทวนสิ่งสำคัญในแผนการรักษา ซึ่งผู้ป่วยอาจจำไม่ได้ทั้งหมด การนัดหมาย การบริการ และให้ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Nail et al.,(1989) ได้สร้างระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างมีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยมะเร็งทางอายุรศาสตร์ คลินิกรังสีรักษา และคลินิกนรีเวช ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 5,400, 17,000 และ 2,200 รายตามลำดับ เก็บบันทึกรายละเอียดของการให้คำปรึกษาด้วยแบบบันทึก The Record of Patient Care Telephone การให้คำปรึกษาเน้นการจัดการกับอาการข้างเคียงต่างๆ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการข้างเคียงพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาทุกคนจะได้รับการอบรมก่อน พร้อมทั้งได้รับคู่มือคำแนะนำการปฏิบัติกรพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับ

การดูแลตนเองตามปัญหาต่าง ๆ ขั้นตอนการให้คำปรึกษาพยาบาลทุกคนจะต้องประเมินอาการผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล และให้คำแนะนำรวมทั้งติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยที่ปรึกษาร้อยละ 10.5 เป็นผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 19.6 เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 29.7 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างรับการรักษา ปัญหาส่วนใหญ่ที่ได้รับคำปรึกษา คือ ขอรายละเอียดข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง ปรึกษาการปรับตัวกับการเจ็บป่วย และการจัดการกับภาวะไม่สบาย หัวข้อที่พยาบาลสามารถจัดการได้อย่างอิสระ คือ การให้ข้อมูล การเลือกรับประทานอาหาร และการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่วนหัวข้อที่ต้องปรึกษาแพทย์ ได้แก่ ภาวะไม่สบาย รูปแบบนี้เป็นส่วนหนึ่งที่เหมาะกับสถานการณ์ที่ต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็ว และเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษา ชี้แนะ ให้กำลังใจ เป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้สำเร็จและต่อเนื่อง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ลักษณะของตัวแบบควรเป็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นมีความเหมาะสมและตนเองสามารถที่จะกระทำได้ 3) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) จะต้องให้บุคคลได้ปฏิบัติให้เกิดทักษะที่เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จไปพร้อม ๆ กับการให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and affective states) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ในด้านการปรับแก้ปัญหา (Coping) การลดความเครียด (Stress reduction), การตัดสินใจ (Making decision) และการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน (Enjoying life) รูปแบบวิธีการช่วยเหลือ เช่นการผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การนวด การฝึกสมาธิ การจินตนาการ การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือ การสอนและให้ข้อมูล วิธีการต่าง ๆ เหล่านี้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักดูแลตนเองและปรับตัวกับปัญหาได้ดีขึ้น (Smith, Holcombe and Stullenbarger, 1994) ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่เจ็บป่วยจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง (วรชัย รัตนธรร, 2541) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย นอกเหนือจากการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้ว การพัฒนาความผาสุกด้านร่างกาย ด้านครอบครัว และสังคม ด้านอารมณ์ และด้านการปฏิบัติกิจกรรมให้เหมาะสมตามภาวะสุขภาพ

ที่เปลี่ยนไปจากการเจ็บป่วย การมีความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่นั้นสำคัญกว่าการมีชีวิตที่ยืนยาว (Taylor, 1987) และมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจ ยอมรับสภาพหรือภาวะต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นรวมทั้งทำการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการบำบัดอาการที่เกิดจากโรค และผลข้างเคียงจากการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่ยังเหลืออยู่ต่อไป (อาคม เขียวศิลป์ และคณะ, 2531) ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อและบรรเทาอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการให้ข้อมูลต่างๆ ไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้วยการสอนที่ไม่เน้นการปฏิบัติ และขาดการประเมินความต้องการ ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังให้ข้อมูลจึงพบว่าผู้ป่วยยังได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองหรือการชี้แนะสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอหรือ ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ (จุฑากานต์ กิ่งเนตร, 2539) นอกจากนี้จากการมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเนื่องจากความเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือเลื่อนการรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่องอาจทำให้มีโอกาสกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ หรือเพิ่มการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง และส่งผล ถึงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย (Aistars, 1987; Irvine et al., 1991; Piper, 1993) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาใช้ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองเพื่อลดอาการแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคาดว่าผลของการศึกษาจะเป็นประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น มีความสามารถที่จะดูแลตนเอง สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลถือเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนได้รับโปรแกรม แตกต่างกับหลังได้รับโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและการคงอยู่ของพฤติกรรมมากกว่าปัจจัยอื่นๆ และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ(Bandura, 1997; ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ, 2544) นอกจากนี้ยังเป็นสิ่งสำคัญในการเชื่อมโยงระหว่างการตัดสินใจเลือกที่จะกระทำสิ่งใด และจะพยายามมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ (Bandura, 1982) ดังนั้นการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ หรืออาจกล่าวได้ว่าการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นผลจากความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม หากความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นความรู้สึกทางบวก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Pender (2001) ที่ได้เสนอว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรม คือ หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะพบว่ามีการรับรู้อุปสรรคต่ำ บุคคลนั้นก็จะมีความพยายามทำในสิ่งที่ยาก และทำหายเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันถ้ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำก็จะพบว่ามีการรับรู้อุปสรรคสูง ดังนั้นบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ (Bandura, 1986) นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีความสัมพันธ์ทั้งโดยตรง และโดยอ้อมกับพฤติกรรม

ซึ่งแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura(1997) สามารถกระทำได้ 4 แนวทางที่สำคัญ คือ

1.การใช้คำพูดชักจูง เป็นกิจกรรมที่ใช้การชักจูงด้วยคำพูด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองได้สำเร็จ โดยการอธิบายให้ความรู้ ให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด เพื่อส่งเสริมสุขภาพและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลตนเอง ในด้านการปรับแก้ ปัญหา การลดความเครียด การตัดสินใจ การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน และการชักจูงด้วยคำพูด สนับสนุนกระตุ้นให้กำลังใจ และการชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด มั่นใจว่าพฤติกรรมดูแลตนเองที่ปฏิบัติอยู่มีความสำคัญต่อสุขภาพตนเอง การให้กำลังใจ และคำชมเชยตามความเหมาะสมเพื่อเป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีความพยายามและตั้งใจให้มากขึ้น และพูดคุยทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง/ ราย หลังได้ยาเคมีบำบัดครบ 8 วัน

2.การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น จัดให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริงที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วย ตัวแบบจะมาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับประสบการณ์ทางอ้อม จากการสังเกตความสามารถของตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริง ซึ่งเป็นไปตามที่ Bandura (1986) ได้ อธิบายไว้ว่า ประสบการณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นมีความเหมาะสมและตนเองสามารถที่จะกระทำได้ เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตน

3.ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง การฝึกฝนให้ผู้ป่วยเกิดความสำเร็จด้วยการลงมือกระทำด้วยตนเองนั้น การกระทำกิจกรรมที่ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนแล้วพบกับความสำเร็จ เช่น การผ่อนคลาย การสวดมนต์ ภาวนา การทำสมาธิ และการจินตนาการ เมื่อได้กระทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อนและยากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความพยายามให้มากขึ้นจนประสบความสำเร็จในที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและสามารถคงพฤติกรรมที่ดีได้ตลอดไป

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในช่วงของการรักษา การได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ การได้เข้าร่วมทำกลุ่มทำให้ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองกับผู้ป่วยอื่นๆ ได้เห็นแบบอย่างจากผู้ป่วยอื่น (Bandura, 1986) ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกันพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยและผู้วิจัยตอบข้อซักถาม โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และมีการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยโทรศัพท์ไปพูดคุยซักถามผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด หลังจากได้รับเคมีบำบัดครบ 8 วัน ผู้วิจัยซักถามถึงอาการผิดปกติ ปัญหาการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการต่างๆ ให้คำชี้แนะและความช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ กิจกรรมครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 10 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล ส่งผลให้สามารถดูแลตนเอง และดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำมาตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลอง มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดที่รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด อายุระหว่าง 20-59 ปีที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2552 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2553 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุมจนครบ 20 ราย แล้วจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มตามสถานการณ์ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับโปรแกรม

4. ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional Well-Being : FWB) คือ ความสามารถในการทำงานทั่วไปได้ ความพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน การมีชีวิตที่ยังสนุกสนานได้ การนอนหลับ ความสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสำราญ ความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตน จำนวน 7 ข้อ

5. ข้อคำถามเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal Cancer Subscale ; CCS) คืออาการท้องอืดหรือปวดเกร็งบริเวณช่องท้อง น้ำหนักลดลง ความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย ความสามารถในการย่อยอาหาร อาการท้องเสีย ความรู้สึกอยากรับประทานอาหาร ความพึงพอใจกับรูปลักษณ์ทางกาย (รูปร่างหน้าตา) ความรู้สึกอายนี่มีถุงอุจจาระทางหน้าท้อง ความยุ่งยากในการดูแลถุงใส่อุจจาระทางหน้าท้อง จำนวน 9 ข้อ

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติกรรพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดกระทำขึ้นอย่างมีแบบแผนและต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูด(Verbal persuation) เป็นกิจกรรมที่ใช้การชักจูงด้วยคำพูด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัด เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการพฤติกรรมดูแลตนเองได้สำเร็จ โดยการอธิบายให้ความรู้ให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม 4 ด้าน คือการจัดการในด้านการปรับแก้ปัญหา การลดความเครียด การตัดสินใจ การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยการกล่าวสนับสนุนกระตุ้นให้กำลังใจ ชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด มั่นใจว่าพฤติกรรมดูแลตนเองที่ปฏิบัติอยู่มีความสำคัญต่อสุขภาพตนเอง

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) จัดให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริงที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด มาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้รับเคมีบำบัด และพฤติกรรมดูแล

ตนเองที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัด ได้รับประสบการณ์ทางอ้อม จากการสังเกตความสามารถของตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริง

3. การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง การฝึกฝนให้ผู้ป่วยเกิดความสำเร็จด้วยการลงมือกระทำด้วยตนเองนั้น การกระทำกิจกรรมที่ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนแล้วพบกับความสำเร็จ เช่น การผ่อนคลาย (Relaxation) การสวดมนต์ภาวนา (Prayer) และการทำสมาธิ (Meditation) เมื่อได้กระทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อนและยากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความพยายามให้มากขึ้นจนประสบความสำเร็จในที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและสามารถคงพฤติกรรมที่ดีได้ตลอดไป

4. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and affective states) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกันพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและได้รับเคมีบำบัดได้ซักถามข้อสงสัยและผู้วิจัยตอบข้อซักถาม โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด วิตกกังวล สามารถแก้ไขได้โดยการสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีการจัดการในด้านการปรับแก้ปัญหา การลดความเครียด การตัดสินใจ การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และมีการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยโทรศัพท์ไปพูดคุยซักถามผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและได้รับเคมีบำบัด หลังจากได้รับเคมีบำบัดครบ 8 วัน ผู้วิจัยซักถามถึงอาการผิดปกติ ปัญหาการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการต่างๆ ให้คำชี้แนะและความช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ กิจกรรมครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลประจำการที่เป็น การดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ โดยเป็นการให้ความรู้และข้อมูลในลักษณะที่จะเน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องของแผนการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษาต่อผู้ป่วยจำนวนมากหรือพร้อม ๆ กันหลายคนหรือรายบุคคลตามสถานการณ์ โดยเน้นการตอบสนองต่อความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย จะเป็นในลักษณะของการตอบคำถาม และอธิบายแก้ไขข้อสงสัยหรือปัญหาตามที่ผู้ป่วยแต่ละรายซักถาม

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นแก่พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญโดยกำหนดเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด
3. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด
5. บทบาทพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
6. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มมะเร็งระบบทางเดินอาหาร พบมากในช่วงอายุ 40 ปี ขึ้นไป โดยยิ่งอายุมากขึ้นอุบัติการณ์จะมากขึ้นด้วย แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยโรคนี้ที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะอายุน้อยกว่า 40 ปี พบได้ร้อยละ 2-8 (Keswani et al., 2002) จากข้อมูลสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยในปี 2541-2543 (Cancer In Thailand, 1998-2000) พบอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นอันดับ 3 ในเพศชายรองจากมะเร็งตับและมะเร็งปอด โดยมีอุบัติการณ์ 8.8 ต่อประชากร 1 แสนคน และในเพศหญิงพบอัตราการเกิดโรคเป็นอันดับ 5 รองจากมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ และมะเร็งปอด คิดเป็น 7.6 ต่อประชากร 1 แสนคน ทั้งนี้อัตราส่วนการเกิดโรคระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงคิดเป็น 1.24 ต่อ 1

1.1 สาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ซินินทร์ ลิ้มวงศ์, 2545; วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543 ; อำนาง ศรีรัตนบัลล์, 2543; Raw. 2002 : Rudy, 2000 : Slattery, 2000) ดังนี้

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงจากติ่งเนื้อเป็นเซลล์มะเร็ง (Polyp cancer sequence) เชื่อว่าสาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนมากจะเริ่มต้นจากการเป็นติ่งเนื้อของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1.1.2 โรคลำไส้อักเสบ(Inflammatory bowel disease) และโรคแผลลำไส้ (Ulcerative colitis) ที่เป็นมากกว่า 10 ปี หรือที่เริ่มเป็นในเด็กมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมาก และพบว่าผู้ที่เป็โรคลำไส้อักเสบ มีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าบุคคลทั่วไป 11 เท่า

1.1.3 เกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetics) ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.1.3.1 กลุ่มอาการที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ที่มีลักษณะเป็นติ่งเนื้อ (Hereditary polyposis syndrome) ส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติด้านพันธุกรรมในการยับยั้ง และต่อต้านการเกิดมะเร็ง ซึ่งส่งผลให้เซลล์มีการแบ่งตัวผิดปกติ และมีรูปร่างเป็นติ่งเนื้อที่มีลักษณะเป็นแท่ง ๆ (Polyp cell) โดยเซลล์เหล่านี้มีการเจริญเติบโตที่เป็นไปอย่างไม่หยุดยั้ง และกลายเป็นมะเร็งไปในที่สุด ซึ่งจะมีการถ่ายทอดโดยเป็นลักษณะเด่น (Autosomal dominant) ทางพันธุกรรม

1.1.3.2 การถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่มีลักษณะไม่เป็นติ่งเนื้อ (Hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma : HNPCC) กลุ่มอาการนี้เป็นสาเหตุของมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากการกลายพันธุ์ของดีเอ็นเอมีการซ่อมแซม และจับผิดคู่ (DNA mismatch repair gene family : MMR) ยีน MMR มี 6 ยีน ได้แก่ MSH2, MLH1, PMS1, PMS2, MSH6 และ MLH3 ซึ่งพบว่า MLH1 เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งการกลายพันธุ์ของ MMR ทำให้เซลล์แก้ไขความผิดพลาดจากการจำลองโมเลกุล DNA ไม่ได้ เกิดการผิดพลาดของการจำลองโมเลกุล (Replication error) ส่งผลให้เกิดการกลายพันธุ์อย่างสุ่มในยีนกลายเป็นเซลล์มะเร็งเกิดขึ้น

1.1.4 การรับประทานอาหารที่มีกากน้อย โดยเชื่อว่าอาหารที่มีกากน้อยจะมีการขับถ่ายน้อยครั้งกว่า ทำให้สารก่อมะเร็ง (Carcinogen) สัมผัสกับเยื่อเมือกภายในของลำไส้ใหญ่และทวารหนักนานกว่า จึงเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มากกว่า แต่การรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) ได้แก่ เบต้าแคโรทีน วิตามินซี วิตามินอี และซีลีเนียม โดยสารเหล่านี้จะต่อต้านอนุมูลอิสระ (Free radical) ซึ่งเป็นตัวที่ทำให้ดีเอ็นเอภายในเซลล์เกิดอันตราย (DNA damage) ซึ่งจะก่อกลายให้เกิดมะเร็งได้ (สิรินทร์ พิบูลย์นิยม และประไพศรี ภูเสถียร, 2546)

1.1.5 ไขมันในอาหาร พบว่าอาหารจำพวกไขมันไม่อิ่มตัว (High unsaturated fat) และโปรตีนทำให้มีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง ซึ่งมีความสำคัญทั้งจำนวนและชนิดของไขมัน โดยไขมันที่ได้จากพืชและปลา เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปลา จะทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักน้อย เมื่อเทียบกับไขมันในสัตว์ กลไกการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากไขมันเชื่อว่าเกิดือน้ำดี (Bile acid) และโคเลสเตอรอลในอุจจาระกระตุ้นให้เกิดการเจริญเติบโตของเซลล์ไขมัน ในกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) และกรดพาลมิติก (Palmitic acid) จะทำให้มีการสร้างเกลือน้ำดีจำนวนมากจึงทำให้โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง

1.1.6 แคลเซียม (Calcium) จะสามารถรวมตัวกับเกลือน้ำดี และกรดไขมัน (Fatty acids) ในลำไส้ทำให้ลดจำนวนตัวกระตุ้นให้เกิดมะเร็งได้ ดังนั้นแคลเซียมจะทำให้มีการเกิดมะเร็งลดลงได้ ซึ่งพบว่าอาหารที่มีแคลเซียมต่ำจะก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง

1.1.7 การดื่มแอลกอฮอล์ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางเคมี ของเอทานอล โดยแบคทีเรียในกระเพาะอาหารและลำไส้เป็นอะซิแทลดีไฮด์ (Acetaldehyde) ซึ่งสารเคมีดังกล่าวจะทำให้เกิดการทำลายเยื่อเมือวลำไส้ (Mucosal damage) และเกิดการสร้างเยื่อลำไส้ใหม่ที่หนาตัวกว่าปกติ (Mucosal hyperregeneration) ซึ่งมีผลทำให้เกิดมะเร็งขึ้น โดยพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันจะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มากกว่าคนปกติ 2 เท่า

1.1.8 การฉายรังสี ผู้ป่วยมะเร็งในอุ้งเชิงกรานหลังจากได้รับการฉายแสงแล้วจะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะเวลาประมาณ 15 ปี

1.1.9 การผ่าตัดเปลี่ยนไต พบว่าในรายที่ทำการผ่าตัดเย็บท่อไตติดกับลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง (Ureterosigmoidectomy) มีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มากกว่าปกติถึง 500 เท่าโดยพบได้ในระยะเวลา 5 – 41 ปี

1.1.10 การผ่าตัดถุงน้ำดี (Cholecystectomy) โดยยึดหลักกว่าหลังทำการผ่าตัดถุงน้ำดีแล้วจะมีเกลือน้ำดีไปสัมผัสกับเยื่อภายในของลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าปกติ ทำให้โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีมากกว่าปกติ

1.1.11 Diverticulosis disease เป็นโรคที่เกิดจากผนังลำไส้ส่วนหนึ่งยื่นเป็นกระพุ้งเลยผนังลำไส้ส่วนที่อยู่รอบ ๆ ออกไป พบว่าจะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าปกติประมาณ 3 เท่า

1.1.12 การออกกำลังกาย ผู้ที่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักน้อยกว่าปกติ

1.2 การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ถ้าสามารถรู้รายละเอียดเกี่ยวกับตำแหน่ง ขนาด ชนิดของเซลล์มะเร็ง ระยะของโรคที่เป็นอยู่ จะช่วยบอกการพยากรณ์ของโรคได้ดีมาก เช่น ถ้าก้อนมะเร็งที่เป็นอยู่นั้นยังไม่ลุกลามออกนอกโพรงลำไส้ใหญ่ ยังไม่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลือง โอกาสที่จะผ่าตัดรักษาจนหายขาดก็มี และที่สำคัญคืออัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปี (5 year survival rate) จะสูงถึง ร้อยละ 90 แต่ถ้ามะเร็งลุกลามไปถึงต่อมน้ำเหลืองแล้วอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี จะลดเหลือ ร้อยละ 65 หรือต่ำกว่านั้น ซึ่งข้อดีเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือส่วนใหญ่จะเจริญเติบโตอย่างช้า ๆ บางรายอาจแฝงอยู่ในร่างกายเกือบ 10 ปี แล้วยังอยู่ในสภาพที่ผ่าตัดรักษาให้หายขาดได้ เพราะมะเร็งยังไม่ลุกลามจนเกินขีดความสามารถในการรักษา (ซุมศักดิ์ พฤษชาพงษ์, 2544) มะเร็งลำไส้โตช้าทำให้ไม่ค่อยก่ออาการในระยะแรก ๆ จึงต้องใช้วิธีเชิงรุกในการออกค้นหามะเร็งตั้งแต่ก่อนที่อาการจะปรากฏโดยการตรวจคัดกรอง (screening) และการตรวจพิเศษ การตรวจที่นิยมแพร่หลายในปัจจุบัน (วรมินทร์ เจริญสุวรรณ, 2545 : Raw, 2002 : Willis, 2002) มีดังนี้

1.2.1 การตรวจทวารหนักด้วยมือ (Digital rectal examination) วิธีนี้แพทย์จะทำการตรวจโดยใช้ถุงมือแล้วทาน้ำมันหล่อลื่นที่นิ้วชี้ก่อนสอดเข้าไปทางทวารหนัก เพื่อตรวจคลำดูว่ามีสิ่งผิดปกติ เกิดขึ้นหรือไม่

1.2.2 การตรวจหาเลือดที่แฝงกับอุจจาระ (Fecal occult blood testing) จากการศึกษาเบื้องต้นออกถูกอุจจาระเปื้อน หรือเสียดสีทำให้มีเลือดออก แต่ส่วนใหญ่จะออกเพียงเล็กน้อยและมองไม่เห็นด้วยตาเปล่า วิธีนี้เป็นการนำอุจจาระไปตรวจด้วยกระบวนการทางเคมีเพื่อดูว่ามีเลือดออกมาในอุจจาระ

1.2.3 การส่องกล้องตรวจ (Endoscopy) ที่ใช้โดยปกติมี 3 ชนิดได้แก่

1.2.3.1 Rigid sigmoidoscopy มีความยาว 25 เซนติเมตร สามารถตรวจได้ถึงบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง ถ้าพบรอยโรคก็สามารถส่งตรวจชิ้นเนื้อได้ จะวินิจฉัยโรคได้ค่อนข้างง่าย แต่มีข้อจำกัด คือ หากรอยโรคอยู่สูงจะไม่สามารถตรวจพบได้

1.2.3.2 Flexible fiberoptic rigid sigmoidoscopy เป็นกล้องตรวจที่สามารถงอได้ซึ่งมีลักษณะรูปตัว S มีความยาว 60 เซนติเมตร จะวินิจฉัยโรคได้สูงกว่า Rigid sigmoidoscopy ทำให้สามารถตรวจพบติ่งเนื้อ หรือเนื้องอกได้มากกว่า แต่มีข้อจำกัด คือ

การตรวจจะไปถึงลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น หรือซีคัม ซึ่งอาจทำให้พลาดการตรวจรอยโรคที่ตำแหน่งเหล่านั้นได้

12.3.3 Colonoscopy มีความยาว 150 เซนติเมตรเป็นวิธีการตรวจลำไส้ใหญ่ที่ดีที่สุด สามารถตรวจลำไส้ได้ทุกส่วนสามารถตัดชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิสภาพได้ และหากตรวจพบติ่งเนื้อก็สามารถทำการรักษาโดยการตัดติ่งเนื้อออกได้ (Polypectomy) มีข้อจำกัดคือในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของลำไส้ไม่สามารถเตรียมลำไส้ได้ และมีโอกาสเกิดลำไส้ทะลุได้สูง

1.2.4 รังสีวิทยา การสวนแป้งแบเรียมเพื่อฉายภาพลำไส้ใหญ่แล้วถ่ายภาพเอกซเรย์ (Barium enema) มี 2 วิธีคือ การใส่ลมเข้าไปในลำไส้ร่วมกับแป้งแบเรียม (Double contrast barium enema) มีประโยชน์ในการหาติ่งเนื้อก้อนเล็ก ๆ และจะทำให้การตรวจมีความถูกต้องแม่นยำขึ้น และวิธีการใส่แป้งแบเรียมเพียงอย่างเดียว (Single-contrast barium enema) มีประโยชน์ในการหามะเร็งก้อนโต ๆ โดยเฉพาะที่มีการอุดตัน เพราะไม่สามารถเห็นรอยโรคที่มีขนาดเล็กได้ และจะได้ภาพไม่ชัดเจน

1.2.5 การส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิสภาพ (Cytology) โดยการใช้แปรงเก็บเยื่อเมือกบุผิวลำไส้ (Brush cytology) จะได้ผลประมาณ ร้อยละ 86 ซึ่งได้ผลพอ ๆ กับการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ควรทำในรายที่มีการอุดตัน และไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อไปตรวจได้สะดวก

1.2.6 การตรวจสารที่มะเร็งแต่ละชนิดผลิตขึ้นมา (Tumor markers) สามารถตรวจพบได้จากส่วนประกอบที่มีเป็นสารน้ำในร่างกายซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเลือด ซึ่งจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งชนิดใด เป็นการช่วยยืนยันการวินิจฉัยและใช้ในการติดตามผลการรักษา (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2545) ได้แก่

1.2.6.1 การตรวจสมรรถนะการทำหน้าที่ของตับ (Liver function test) และการตรวจภาพถ่ายรังสีตับ (Liver scan) หากคล้ำได้ตับโต หรือ อัลคาไลน์ ฟอสฟาเทส (Alkaline phosphatase) สูงแสดงว่าอาจมีการกระจายของมะเร็งมาที่ตับ

1.2.6.2 การตรวจโปรตีนซีอีเอ (Carcinoembryonic antigen : CEA) ซึ่งปกติจะพบในเนื้อเยื่อทางเดินอาหารของทารกที่อยู่ในครรภ์มารดา และจะตรวจไม่พบหลังคลอด แต่จะตรวจพบได้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร และมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งเต้านม มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งปอด เป็นต้น ตรวจไม่ค่อยพบในระยะเริ่มแรก จึงไม่สามารถนำมาวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ แต่จะเหมาะสำหรับการติดตามผลหลังผ่าตัดของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่า

1.2.7 การตรวจดีเอ็นเอ (DNA) จากอุจจาระ การใช้อุจจาระมาตรวจหาสารทางพันธุกรรม (genetic material) ที่ผิดปกติสามารถบ่งบอกโอกาสที่จะมีเนื้องอก หรือมะเร็งได้ ซึ่งการตรวจชนิดนี้จะมีควมไวถึงร้อยละ 70-90 ซึ่งในปัจจุบันยังถือเป็นการตรวจเพื่อการศึกษาวิจัย (รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร, 2548)

1.3 การจัดระดับความรุนแรงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การจัดระดับความรุนแรงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นการประเมิน และติดตามการดำเนินการของโรคว่ามีความรุนแรง และลุกลามไปที่ใด ทำให้ทราบถึงตำแหน่งที่เจาะจงของมะเร็งภายในร่างกาย ซึ่งจะมีความสำคัญช่วยในการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค การวางแผนการรักษา รวมทั้งช่วยเปรียบเทียบประเมินผลการรักษา ซึ่งสามารถสรุปการแบ่งชนิดต่าง ๆ ดังนี้

1.3.1 การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระบบ TNM (tumor node metastasis) เป็นระบบที่นิยมใช้กัน ซึ่งมี 2 ระบบ คือ AJCC (American Joint Committee on Cancer) และ UICC (The Union International center Lc cancer) มีรายละเอียดดังนี้ (พัสมณท์ คุ่มทวีพร, 2540; Lowry and Eisestate, 2005)

ลักษณะบริเวณก้อนมะเร็ง : Primary tumor (T)

- Tx = ไม่สามารถประเมินก้อนมะเร็งได้
- T0 = ไม่พบก้อนมะเร็งในชั้นเนื้อเยื่อที่ผ่าตัดได้
- Tes = มะเร็งอยู่ในชั้นเยื่อบุผิว (intraepithelium) หรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในชั้นเยื่อบุผิว (lamina propria)
- T1 = มะเร็งรุกรามถึงชั้นใต้เยื่อบุผิว (submucosa)
- T2 = มะเร็งลุกลามถึงชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่ (muscularis propria)
- T3T4 = ขึ้นอยู่กับว่าบริเวณนั้นมีเยื่อบุลำไส้ใหญ่นอกหรือไม่

ถ้ามีเยื่อบุลำไส้ใหญ่

- T3 = มะเร็งลุกลามถึงชั้นใต้เยื่อบุลำไส้ใหญ่นอก (subserosa) แต่ไม่ผ่านเยื่อบุผิวนอก
- T4 = มะเร็งทะลุผ่านเยื่อบุผิวนอกลำไส้ใหญ่ไปสู่ช่องท้อง (perforation of visceral peritoneum) หรือสู่อวัยวะข้างเคียง

ถ้าไม่มีเยื่อบุลำไส้ใหญ่ (ได้แก่ สองในสามส่วนด้านปลายของลำไส้ใหญ่ส่วน ทวารหนักและส่วนหลังของลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย และขวา)

T3 = มะเร็งทะลุผ่านกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่ (muscularis propria) เข้าสู่เนื้อเยื่อโดยรอบซึ่งไม่มีเยื่อช่องท้องปกคลุม (non peritonealized pericolic or perirectal tissue)

T4 = มะเร็งลุกลามสู่อวัยวะอื่น

ลักษณะของต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง : regional lymph node (N)

Nx = ไม่สามารถประเมินได้

N0 = ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองในบริเวณนั้น (regional nodes)

N1 = มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง 1 ถึง 3 ต่อมน้ำ

N2 = มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง 4 ต่อมน้ำ ขึ้นไป

N3 = มีการกระจายไปตามกระแสเลือด

การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น : metastasis (M)

Mx = ไม่สามารถประเมินได้

M0 = ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

M1 = มีการแพร่กระจายมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

1.3.2 การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็ง (degree of malignant neoplasms) พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของนิวเคลียส การแบ่งเซลล์มะเร็งที่แตกต่างจากลักษณะของเซลล์ปกติ แบ่งออกเป็น 4 เกรด (grade) (Broder's classification) เรียงลำดับความรุนแรงจากน้อยไปมาก (พัสมณท์ คุ่มทวีพร, 2540) ดังนี้

grade I	หมายถึง	เซลล์มะเร็งทั้งหมดมีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์ของเนื้อเยื่อเดิม จัดเป็น 100% well differentiated
grade II	หมายถึง	เซลล์มะเร็ง 3 ใน 4 มีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อเดิม จัดเป็น 75% well differentiated
grade III	หมายถึง	เซลล์มะเร็งครึ่งหนึ่งมีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อเดิมจัดเป็น 50% well differentiated

grade IV หมายถึง เซลล์มะเร็งเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่สามารถพัฒนาจน คล้ายเซลล์เนื้อเยื่อเดิม จัดเป็น 25% well differentiated

1.3.3 การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยอาศัยการแพร่กระจาย ตามผลทางพยาธิสภาพออกเป็น 5 ระยะ (บันลือ เฉลยกิตติ, 2545) ได้แก่

ระยะที่ 0 (stage 0)	เซลล์มะเร็งยังเติบโตอยู่ในชั้นเยื่อบุลำไส้ใหญ่
ระยะที่ 1 (stage 1)	เซลล์มะเร็งลุกลามผ่านทะลุชั้นเยื่อบุ แต่ยังไม่ผ่านทะลุ ตลอดผนังลำไส้ใหญ่
ระยะที่ 2 (stage 2)	มะเร็งลุกลามผ่านทุกชั้นของผนังลำไส้ใหญ่แล้วแต่ยังไม่ลุกลามต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง
ระยะที่ 3 (stage 3)	มะเร็งลุกลามผ่านทุกชั้นของผนังลำไส้ใหญ่แล้วแต่ยังไม่ลุกลามอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย
ระยะที่ 4 (stage 4)	มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตับ ปอด เยื่อบุช่องท้อง รังไข่

และในปัจจุบันได้มีการนำแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระบบTNM เปรียบเทียบกับ Dukes เพื่อความสะดวกในการเข้าใจ และการวินิจฉัย (บรรจบ อินทรสุศรี, 2542) ดังนี้

Dukes A	=	stage I	T1 N0 M0 T2 N0 M0
Dukes B	=	stage II	T1 N0 M0 T4 N0 M0
Dukes C	=	stage III	Any T1 N0 M0 Any T1 N2 N3 M0
Dukes D	=	stage IV	Any T, any N0 M0

1.4 การแพร่กระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเกิดที่เยื่อบุผิวของลำไส้ก่อน โดยมักจะเปลี่ยนแปลงมาจากรอยโรคก่อนมะเร็ง (Premalignant lesion) ที่เรียกว่าติ่งเนื้อแล้วจึงเปลี่ยนเป็นก้อนมะเร็ง จะมีการแพร่กระจายไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย 5 วิธี (สุพล จินดาทรัพย์, 2544) ดังนี้

1.4.1 กระจายไปที่อวัยวะรอบลำไส้ (Direct continuity) มะเร็งจะกระจายไปตามกล้ามเนื้อตามขวางมากกว่าความยาว ถ้าหากลุกลามไปได้ 1/4 ของรอบวงลำไส้ จะใช้เวลาประมาณ 6 เดือนและกระจายรอบลำไส้ใหญ่ ใช้เวลาประมาณ 2 ปี

1.4.2 กระจายไปตามผนังเยื่อภายในช่องท้อง (Transperitoneal spread) จากการกระจายผ่านผนังลำไส้ใหญ่ อาจจะไปที่ยื่นบุภายในช่องท้อง และเมื่ออวัยวะส่วนอื่นมาสัมผัสกับเยื่อภายในช่องท้องก็จะไปเกิดกับอวัยวะนั้น พบว่ามีการกระจายไปที่เยื่อภายในช่องท้องประมาณ 10%

1.4.3 กระจายไปตามต่อมน้ำเหลือง (Lymphatic spread) ระยะแรกจะไปที่ Paracolic gland ก่อนและไปตามท่อน้ำเหลือง (Lymphatic channel)

1.4.4 กระจายไปตามกระแสเลือด (Hematogenous spread) พบว่าในขณะที่มีการวางยาสลบจะมีการพบเซลล์มะเร็งในเลือดประมาณ 28% และขณะผ่าตัดจะพบประมาณ 50% ส่วนมากจะกระจายไปที่ตับ และกระดูก

1.4.5 การไปงอกที่ส่วนอื่นของร่างกาย (Implantation) อาจพบเซลล์มะเร็งหลุดติดกับพื้นผิวที่ขรุขระในช่องท้อง แล้วเซลล์มะเร็งจะไปเกาะติดเป็นมะเร็งอีกแห่งหนึ่ง (Implanted carcinoma) เช่น ที่รอยแผลผ่าตัดรอบๆ ช่องเปิดทวารเทียม (Colostomy) และบาดแผลหน้าท้อง ตำแหน่งที่มีการกระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่ามีการกระจายไปตามอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้ 1) ตับ 75% 2) ปอด 15% 3) กระดูก 5% และ 4) สมอง 5%

1.5 อาการและอาการแสดง อาการและอาการแสดงทางคลินิก ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของก้อนมะเร็ง (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2543) ดังนี้

1.5.1 ลำไส้ใหญ่ซีกขวา เป็นท่อนที่มีขนาดค่อนข้างกว้าง และอุจจาระที่ผ่านเข้ามา ก็มีลักษณะเหลวเมื่อเกิดมะเร็งในบริเวณนี้ จึงไม่ทำให้ท่อลำไส้แคบลง จนกระทั่งมีก้อนขนาดใหญ่มากแล้ว ส่วนใหญ่จึงไม่ก่อให้เกิดการอุดตัน หรือกีดขวางต่อการผ่านของอุจจาระ จึงไม่เกิดอาการปวดท้อง หรือการเปลี่ยนแปลงต่อการถ่ายอุจจาระ หรือเกิดได้ในระยะหลังแล้ว อาการหลักเกิดจากที่ก้อนเกิดเป็นแผลมีเลือดออกช้า ๆ เกิดภาวะเลือดจางเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคด้วยอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เป็นต้น

1.5.2 ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ท่อลำไส้แคบกว่าซีกขวา และอุจจาระเริ่มมีลักษณะเป็นก้อนแล้ว และมะเร็งในบริเวณนี้มักลุกลามเป็นวงรอบผนังลำไส้ จึงทำให้เกิดการอุดตันได้ง่าย อุจจาระผ่านลำบาก ผู้ป่วยจึงแสดงออกด้วยอาการปวดมวนท้องแบบเกร็ง หรือรุนแรงเป็นระลอก

(Colic) มีการแปรปรวนของการถ่ายอุจจาระ คืออุจจาระจากลำไส้อุดตันไม่ได้มีอาการท้องผูก แน่นท้อง ท้องอืด ไม่ถ่าย ไม่ผายลม บางครั้งอาเจียนลักษณะคล้ายอุจจาระจากลำไส้อุดตัน หลังจากทีลำไส้บีบตัวรุนแรงจนอุจจาระที่เหลวผ่านไปได้จะเกิดอาการท้องเดิน จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกสลับกับท้องเดิน

1.5.3 ทวารหนักเป็นตำแหน่งที่อุจจาระรวมตัวเป็นก้อนเล็ก การมีก้อนมะเร็งก็คล้ายกับการมีก้อนอุจจาระ ผู้ป่วยจะมีอาการถ่ายอุจจาระบ่อย แม้ไม่มีอุจจาระออกอีกแล้ว และมีอาการปวดเบ่งอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากมีความรู้สึกเหมือนมีก้อนอุจจาระค้างอยู่ และอาการเกิดจากการลุกลามของโรคไปสู่อวัยวะรอบ ๆ ทำให้เกิดอาการจากอวัยวะเหล่านั้น เช่น เมื่อมีการลุกลามเข้ากระเพาะปัสสาวะ ช่องคลอด กระดูกก้นกบ ทำให้มีอาการถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด เลือดออกทางช่องคลอด หรือปวดบริเวณก้นกบได้

1.6 การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป้าหมายหลักของการรักษา คือ การทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสูงสุดในการหายขาดจากโรคมะเร็ง โดยมีการทำงานของอวัยวะที่ใกล้เคียงสภาวะปกติให้มากที่สุด และมีรูปร่างลักษณะใกล้เคียงลักษณะเดิม การรักษาจะใช้วิธีใด ขึ้นอยู่กับระยะของโรคว่ามีการแพร่กระจายไปมากน้อยเพียงใด โดยสรุปการรักษามะเร็งแต่ละวิธีมีรายละเอียดดังนี้ (วรรณษา เปาอินทร์ , 2544 ; Pignone ,2002; Wu,2000) ดังนี้

1.6.1 การผ่าตัด (Surgical therapy) การผ่าตัดจะได้ผลดีถ้าสามารถตัดเซลล์มะเร็งออกได้หมด และเหลือเฉพาะลำไส้ส่วนดีเอาไว้เย็บต่อกัน (End to end anastomosis) รวมทั้งสามารถตัดหลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง และต่อมน้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปถึงออกได้หมด การผ่าตัดที่ใช้กันบ่อย ได้แก่

1.6.1.1 การตัดเอาส่วนที่เป็นมะเร็งออก แล้วเอาส่วนปลายเย็บต่อกัน (Segmental resection with end to end anastomosis) เช่น การตัดลำไส้ใหญ่ทางด้านขวาออก (right hemicolectomy)

1.6.1.2 การผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและบริเวณฝีเย็บ (Abdominoperineal resection = A – P resection) มักทำในรายที่เป็นมะเร็งส่วนทวารหนัก โดยเฉพาะตำแหน่งของทวารหนักส่วนล่าง เพราะไม่สามารถเก็บรักษาหูดทวารหนักไว้ได้ โดยการผ่าตัดทั้งทางหน้าท้องและฝีเย็บ โดยทางฝีเย็บจะตัดเอาทวารหนักออกหมดจนถึงเหนือตำแหน่งที่เกิดมะเร็งแล้วเอาลำไส้ส่วนต้นที่เหลือจากการผ่าตัดมาเปิดทางหน้าท้อง เพื่อเป็นทางให้อุจจาระออกตลอดเวลา

1.6.1.3 การผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง (Colostomy) เพื่อเป็นทางออกของอุจจาระแทนทวารหนัก นอกจากทำในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้ว ยังทำในกรณีที่ช่องทวารหนักไม่เปิด ลำไส้ใหญ่อักเสบ หรือลำไส้ใหญ่ได้รับการกระทบกระเทือน เช่น ถูกรังหรืออุบัติเหตุอื่น ๆ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.6.1.3.1 ชนิดถาวร (Permanent colostomy) ทำในกรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและบริเวณฝีเย็บ (A-P resection) ซึ่งส่วนของลำไส้ใหญ่ที่ตัดมาเปิดทางหน้าท้องเพื่อให้อุจจาระออกนั้น เรียกว่า Single-barrelled colostomy หรือ End colostomy ผู้ป่วยไม่สามารถถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้อีกตลอดไป

1.6.1.3.2 ชนิดชั่วคราว (Temporary colostomy) การทำผ่าตัดมีชนิดนี้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้อีกเป็นการทำเพื่อบรรเทาอาการแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดคือ

1.6.1.3.2.1 ลูปโคลอสโตมี (Loop colostomy) การทำผ่าตัดชนิดนี้แพทย์จะยกเอาลำไส้ไว้บนหน้าท้องแล้วใช้หลอดแก้วรองรับลำไส้เพื่อไม่ให้ลำไส้กลับเข้าไปในช่องท้อง ในรายที่ไม่เร่งด่วนแพทย์จะใช้เวลาสลิทก็อปปิดลำไส้ส่วนนี้เพื่อป้องกันลำไส้แห้ง โดยยังไม่เปิดช่องท้องทางให้อุจจาระออกทันที ช่วยไม่ให้อุจจาระแปดเปื้อนแผลที่เย็บไว้ ประมาณวันที่ 3-4 จึงจะเปิดช่องท้องให้อุจจาระออก

1.6.1.3.2.2 ดับเบิลบาร์เรลโคลอสโตมี (Double barreled colostomy) หมายถึง การนำเอาปลายลำไส้ใหญ่ที่เหลือจากการผ่าตัดเอาพยาธิสภาพออกมาเปิดทางหน้าท้อง ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนซึ่งตัดออกจากกันโดยเด็ดขาด คือส่วนต้นจะเป็นทางออกของอุจจาระ และส่วนปลายซึ่งเป็นส่วนที่ไม่มีอุจจาระผ่าน แต่จะมีน้ำเมือกออกมาได้บ้าง มักทำในโรคลำไส้อักเสบ ลำไส้ใหญ่ได้รับบาดเจ็บหรือในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้วไม่สามารถต่อเย็บส่วนปลายได้ในทันที เป็นต้น การทำผ่าตัดชนิดนี้จะป้องกันอุจจาระจากส่วนบนมาปนเปื้อนบริเวณที่มีพยาธิสภาพชั่วคราว ช่วยให้โรคหายดีขึ้น หรือแผลที่เย็บไว้ติดเชื้อเสียก่อน จากนั้นจะมีการผ่าตัดเย็บต่อลำไส้ไว้ที่เดิม (Closure colostomy)

ในการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก บางครั้งต้องมีการผ่าตัดอวัยวะส่วนนั้นออกทั้งหมด จึงทำให้มีการสูญเสียอวัยวะมีผลกระทบต่อการทำงานที่ของอวัยวะนั้น ๆ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะนั้น ๆ ลดลง หรือไม่สามารถทำงานได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อนมะเร็งชนิดการผ่าตัด และสภาพร่างกายผู้ป่วยโดยทั่วไป นอกจากนี้

การผ่าตัดอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสียใจ เกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การถ่ายอุจจาระทางช่องเปิดทวารเทียม หรือเกิดความรู้สึกวิตกกังวล และขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

1.6.2 รังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการนำเอาสารกัมมันตภาพรังสีมาใช้ โดยอาศัยประจุรังสี (Ionizing radiation) ไปทำลายดีเอ็นเอทำให้เนื้องอกถูกทำลายลง และเซลล์ไม่สามารถเกิดการขยายจำนวนเพิ่มขึ้น (Reproduction) ต่อได้ ทำให้เซลล์ตายในช่วงการแบ่งนิวเคลียส (Mitosis) โดยที่อวัยวะยังคงรูปร่างเดิมอยู่ได้โดยอาจรักษาให้หน้าที่และความสวยงามของอวัยวะยังคงอยู่มีการใช้อนุภาครังสีได้หลายรูปแบบ เช่น รังสีแกมมา รังสีเอกซ์ ปิตาพาติเคิล และแสงอิเล็กตรอน การรักษานิยมใช้รังสีขนาดสูง (4,000 – 6,000 เซนติเกรย์) ก่อนการผ่าตัด เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง และลดอาการต่าง ๆ จากก้อนมะเร็งกดเบียด และหลังผ่าตัด ใช้ในกรณีมะเร็งลุกลามมาก ไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด การนำรังสีมาใช้มี 3 ลักษณะ (ปริมาตรบำบัด และยูปาวรรณ ศรีสวัสดิ์ , 2548; วุฒิศิริ วีรสาร, 2547) คือ

1.6.2.1 การให้รังสีจากสารกำเนิดภายนอกเข้าสู่ร่างกาย (External radiation therapy) มีการรักษา 2 วิธีคือ

1.6.2.1.1 การฉายแสง (Teletherapy) เป็นวิธีการรักษาโดยฉายรังสีจากแหล่งกำเนิดรังสีซึ่งมีอำนาจทะลุทะลวง ที่อยู่ห่างจากตัวคนไข้ หรืออยู่ภายนอกร่างกาย โดยฉายรังสีเข้าไปบริเวณที่มีก้อนมะเร็ง รังสีจะผ่านผิวหนังไปทำลายเซลล์มะเร็งที่อยู่ลึกภายในร่างกายได้ รังสีที่ใช้เช่น โคบอลต์ 60 ซีเซียม 137 เป็นต้น

1.6.2.1.2 การใส่แร่ (Brachytherapy) เป็นการรักษาที่ต้นกำเนิดของรังสีอยู่ติดกับรอยโรคที่จะรักษา เช่น การใช้กัมมันตรังสีวางบนอวัยวะที่ต้องการรักษาโดยตรง รังสีที่ใช้เช่น โคบอลต์ 60 สตอนเซียม 90 เป็นต้น

1.6.2.2 การให้สารกำเนิดรังสีเข้าไปในร่างกาย (Internal radiation therapy) เป็นการให้รังสีโดยต้นกำเนิดรังสีอยู่ภายในร่างกาย หรือเนื้อเยื่อที่จะทำการรักษาโดยการสอดใส่สารกัมมันตภาพรังสีเข้าไปในโพรงของอวัยวะ การฝังกัมมันตภาพรังสีเข้าไปในเนื้องอกโดยตรง ซึ่งสารกัมมันตภาพรังสีที่ใช้ อาจเป็นเข็ม หรือเป็นแท่ง และการรับประทาน หรือฉีดสารกัมมันตภาพรังสี เช่น การรับประทานสารไอโซโทปบางตัวของไอโอดีน 131 การฉีดคอลลอยด์ของทอง 198 เข้าไปในเยื่อหุ้มปอด หรือช่องท้อง เป็นต้น

1.6.2.3 การใช้รังสีรักษาพร้อม ๆ กับการผ่าตัด (Intraoperative radiation therapy) คือ นำรังสีรักษามาใช้พร้อม ๆ กับการผ่าตัด โดยพิจารณาใช้ในผู้ป่วยที่คาดการณ์ว่าการผ่าตัดไม่สามารถตัดก้อนมะเร็งออกได้หมด หรืออาจมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ (Microscopic residual disease) แต่มีข้อจำกัดของการรักษาวิธีนี้ คือมะเร็งต้องไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น จะทำโดยการฉายรังสีอิเล็กทรอนิกส์ผ่านท่อลักษณะเป็นกรวยปลายเปิด ให้ครอบคลุมตำแหน่งรอยโรคที่มีการหลงเหลืออยู่ขณะที่ศัลยแพทย์ยังไม่ได้เย็บปิดแผล ปริมาณรังสีที่ให้ประมาณ 10-20 เกรย์ โดยให้ครั้งเดียวเมื่อทำการฉายรังสีแล้วจึงเย็บปิดแผล และฉายรังสีคลุมบริเวณกว้างอีกครั้งหนึ่ง การรักษาวิธีนี้เป็นการเพิ่มปริมาณรังสีเฉพาะที่บริเวณเล็ก ๆ เพื่อควบคุมโรคเฉพาะที่ หรือลดอาการจากก้อนมะเร็งและช่วยลดผลแทรกซ้อนจากรังสีรักษาด้วย

1.6.3 เคมีบำบัด (Chemotherapy) การรักษาดังด้วยเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ สามารถรักษามะเร็งที่มีการแพร่กระจายหรือเป็นการรักษาร่วมหลังการผ่าตัดหรือก่อนผ่าตัด โดยการให้เคมีบำบัดในปริมาณที่มีความเข้มข้นขนาดที่เหมาะสมและให้ในช่วงเวลาที่กำหนดตามฤทธิ์ของยาต่อวงจรชีวิตของเซลล์ เคมีบำบัดจะทำลายเซลล์มะเร็งในลักษณะของการทำลายแบบ fractional cell kill ทำลายเซลล์มะเร็งสัดส่วนคงที่ไม่ขึ้นกับจำนวนเซลล์ทั้งหมดในขณะนั้น ซึ่งการให้เคมีบำบัดแต่ละครั้ง จะมีการทำลายเซลล์ (ร้อยละ 99.90) และเซลล์มะเร็งอาจมีการเจริญเติบโตขึ้นใหม่ จึงจำเป็นต้องให้เคมีบำบัดหลายครั้งเพื่อลดปริมาณเซลล์มะเร็งมาจนถึง 0 อาจใช้เวลาในการรักษานาน 6-12 เดือนโดยจะให้ 4-6 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 3-4 สัปดาห์ แต่แต่ละครั้งการใช้ยาอาจใช้เวลา 1-2 วัน หรือ 5 วัน ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ชนิดของเคมีบำบัด แผนการรักษา ผลการตอบสนองต่อการรักษาและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่ออาการข้างเคียงของยา (จิราภรณ์ ทองสุโชติ, 2548) โดยมีเป้าหมายการรักษา (Forman, 1994: 2151-2153) คือ

1. การรักษาเสริมหลังการผ่าตัด (Adjuvant treatment) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนมะเร็งหมดไปแล้ว และมีจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่เป็นมะเร็งมากจะมีโอกาสเป็นมะเร็งซ้ำสูง พบว่าถ้ามีต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 5 ต่อมน จะมีโอกาสเกิดเป็นมะเร็งซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 (Kane, 1991:442) การให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดนี้ ควรให้ทันทีที่แผลผ่าตัดแห้ง เนื่องจากยังมีจำนวนเซลล์มะเร็งต่ำ โดยยึดแนวทางรักษาตามมาตรฐาน ดังนี้

1.1 มะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะที่ 2 (Dukes' B colon cancer) ทุกสาย (Macdonald and Astrow, 2001: 30-40) ยาเคมีบำบัดที่ให้คือ 5- Fluorouracil(5-FU) ร่วมกับ Leucovorin

1.2 มะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะที่ 3 ยาเคมีบำบัดที่ให้คือ 5-FU หรือ 5-FU ร่วมกับ Leucovorin เป็นเวลา 6 เดือน หรือ 5-FU ร่วมกับ Levamisole เป็นเวลา 12 เดือนหลังการผ่าตัด (สุตสวาท เลหาวิณีจ, 2545; Haydon, 2003)

1.3 มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectal carcinoma) ระยะที่ 2, 3 ยาเคมีบำบัดที่ให้คือ 5-FU เป็นเวลา 1 ปี ร่วมกับการฉายรังสี

2. การรักษากรณีที่โรคแพร่กระจาย (Treating advance disease) กรณีนี้ถ้ายังทำการผ่าตัดได้ก็ควรจะทำก่อน โดยเฉพาะมะเร็งที่มีการกระจายไปเพียงตำแหน่งเดียว เช่นไปที่ตับหรือปอด จากนั้นจึงตามด้วยการรักษาด้วยยา 5-FU, Leucovorin, Oxalipatin และ Irinotecan หรือกรณีมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่มีการกระจายเฉพาะที่มากไม่สามารถผ่าตัดได้หมด จะให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีก่อนแล้วจึงพิจารณาการผ่าตัดอีกครั้ง (วรชัย รัตนธรร, 2538) การให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยระยะที่ 4 นี้ ปัจจุบันยังไม่สามารถบอกผลของการรักษาได้ชัดเจนดังนั้นการรักษาเพียงเพื่อหวังเพิ่มการทำลายของเซลล์มะเร็ง การยืดระยะเวลาความก้าวหน้าของโรคหรือเพียงหวังผลแบบประคับประคอง แต่อย่างไรก็ตามมีรายงานสรุปว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ผลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้ยาเคมีบำบัดโดยเฉลี่ยร้อยละ 20 (สุมิตราทองประเสริฐ, 2536) จากการศึกษาของ Jonker, et al.(2000) ได้รวบรวมงานวิจัยชนิด Randomized clinical trials จำนวน 7 งานวิจัย รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 614 ราย พบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ถ้าได้รับยาเคมีบำบัดชนิด 5-FU เป็นพื้นฐานร่วมกับได้รับการดูแลรักษาที่ดีจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในช่วงระยะเวลา 1 ปี ได้ร้อยละ 42-60 และลดอัตราการตายได้ร้อยละ 31 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ายา 5-FU ร่วมกับ Leucovorin หรือ 5-FU ร่วมกับ Levamisole เป็นสูตรที่ดีที่สุด ซึ่งถือเป็นมาตรฐานการรักษาขณะนี้ (วรชัย รัตนธรร, 2538; Haydon, 2003)

3. การรักษาประคับประคอง (Palliative treatment) ผู้ที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น ๆ และมีอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดภาวะไม่สุขสบายมากแล้ว ยาเคมีบำบัดที่นำมาให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายเพื่อลดภาวะไม่สุขสบายหรืออาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นและช่วยให้อาชีพชีวิตในระยะเวลาที่เหลืออยู่นั้นดีขึ้น ร่วมกับการรักษาตามอาการ ในระยะนี้ผู้ป่วยควรจะรับประทานอาหารที่ครบถ้วน รับเลือดกรณีที่มีปัญหาซีด ได้ยาแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพถ้ามีอาการปวด

ได้ยาปฏิชีวนะถ้ามีการติดเชื้อ และได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่มีความครอบคลุมความต้องการทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

1.6.3.1 กลุ่มเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง แบ่งตามคุณสมบัติทางเคมีหรือกลไกการออกฤทธิ์ ออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ (นรินทร์ วรวิทย์, 2548)

1.6.3.1.1 กลุ่ม Alkylating agent เคมีบำบัดกลุ่มนี้กลไกการออกฤทธิ์โดยให้อนุมูล Alkyl จับกับอนุไฮโดรเจนในสารประกอบอินทรีย์ รวมทั้ง DNA ของเซลล์มะเร็ง โดยเฉพาะ guanine ทำให้สาย DNA แยกจากกันไม่ได้ ทำให้เซลล์แบ่งตัวไม่ได้และตายไปในที่สุดจัดเป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะต่อระยะของวงชีพของเซลล์ (Cell cycle phase-non specific chemotherapy) เช่น Cyclophosphamide, Ifosphamide และ Busulfan เป็นต้นอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดกลุ่มนี้ได้แก่ กดการทำงานของไขกระดูก ทำให้การสร้างเม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำหรือโลหิตจาง ผลต่อระบบทางเดินอาหารและตับทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปากเปื่อย เยื่อในช่องปากอักเสบ ผลต่อระบบประสาทอาจเกิดการเสียหายที่ของประสาทส่วนปลาย นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผมร่วง กระเพาะปัสสาวะอักเสบมีเลือดออก

1.6.3.1.2 กลุ่ม Antimetabolites เป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์จำเพาะต่อระยะของวงชีพของเซลล์ (Cell cycle phase specific chemotherapy) โดยออกฤทธิ์เฉพาะต่อเซลล์ที่อยู่ในระยะ S (S-phase) เท่านั้น ซึ่งเป็นระยะที่เซลล์มีการสังเคราะห์ nucleotide และ DNA โดยยับยั้งการทำงานของเอ็นไซม์ในกระบวนการสังเคราะห์ ทำให้เซลล์ไม่สามารถสังเคราะห์ nucleotide ที่สำคัญต่อการสร้าง DNA เป็นผลให้เซลล์ไม่สามารถเจริญเติบโตและไม่สามารถแบ่งเซลล์ได้ในที่สุด เช่น Methotrexate (MTX), 5-Fluorouracil (5-FU) และ 6-Thioguanine (6-TG) เป็นต้นอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาการที่เกิดอย่างช้า ๆ การเกิดการอักเสบในช่องปาก กระเพาะอาหารและลำไส้ ตับอักเสบ ไตพิการ กระดูกผุ ผมร่วง ผิวหนังเปลี่ยนสีเข้มขึ้นเนื่องจากมี Hyperpigmentation

1.6.3.1.3 กลุ่ม Vinca alkaloids เป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์จำเพาะต่อระยะของวงชีพของเซลล์ (Cell cycle phase specific chemotherapy) ที่ระยะ M (Metaphase) เท่านั้น โดยออกฤทธิ์จับกับ tubulin ยับยั้งการสร้าง microtubule และ spindle fibers ที่ใช้ในการดึงโครโมโซมแยกออกจากกัน (Chromo-somal segregation) ในระยะการแบ่งโครโมโซม ทำให้เซลล์ไม่สามารถแบ่งเซลล์และตายในที่สุด เช่น Vincristine, Paclitaxel และ Etoposide เป็นต้น อาจมีผลต่อระบบประสาททำให้การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อผิดปกติทำให้เกิด

ประสาทส่วนปลายอักเสบ ได้แก่ หมดความรู้สึกรเฉพาะที่ ชาบริเวณปลายมือปลายเท้า สูญเสียการตอบสนองของอวัยวะ (Reflex) อาการเท้าห้อย (Footdrop) การเคลื่อนไหวไม่มั่นคง (Ataxia) กล้ามเนื้อเกร็งปวดเส้นประสาท ส่งผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีการตอบสนองของอวัยวะ ถ้าให้หยุดทำงาน ท้องผูกอย่างรุนแรง และอาจเกิดผมร่วงระยะหนึ่ง (ร้อยละ 20) จะแต่จะหายเป็นปกติโดยไม่ต้องหยุดใช้ยา นอกจากนี้ยังเกิดอาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้คลื่นไส้อาเจียน กดการทำงานของไขกระดูก ทำให้การสร้างเม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดหรือเม็ดเลือดแดงลดลง

1.6.3.1.4 กลุ่ม Antitumor Antibiotic เป็นกลุ่มที่ได้มาจากเชื้อราที่มีฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งได้ เป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะต่อวงซีพ ทำให้เซลล์ไม่สามารถสังเคราะห์ DNA และ RNA ขัดขวางการแบ่งเซลล์ เช่น Doxorubicin (Adriamycin) และ Bleomycin เป็นต้น อาการข้างเคียง ได้แก่ กดไขกระดูก มีแผลในปาก ผมร่วง พิษต่อหัวใจ ถ้ายารั่วออกนอกเส้นเลือดเนื้อเยื่อจะถูกทำลายรุนแรง (Doroshov, 2001 อ้างถึงใน ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547)

1.6.3.1.5 กลุ่ม Miscellaneous กลไกการออกฤทธิ์ของกลุ่มนี้ จะทำปฏิกิริยากับ Quinine ทำให้เกิดการเสียหาย โมเลกุลอื่นของ DNA จะจับกัน สลับที่กันทำให้ DNA ไม่สามารถจำลอง DNA ชุดใหม่สำหรับการแบ่งตัวของเซลล์ เช่น Cisplatin, Carboplatin, Oxaliplatin, Mitozantrone, Paclitaxel, Docetaxel, Etoposide และ Irinotecan เป็นต้น อาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน การรับรู้ของประสาทส่วนปลายลดลง กดไขกระดูก

สำหรับกลุ่มที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือกลุ่ม alkylating agent และ antimetabolites (นิลิตา บำรุงวงศ์ , 2542; Schonwald, 2004) ได้แก่

1.5-fluorouracil : 5 -FU เป็นยาในกลุ่ม antimetabolites ออกฤทธิ์เฉพาะเซลล์ที่อยู่ในระยะ S (S-phase) เท่านั้น ซึ่งเป็นระยะที่เซลล์มีการสังเคราะห์นิวคลีโอไทด์และดีเอ็นเอ ออกฤทธิ์รบกวนกระบวนการสร้างนิวคลีโอไทด์ ซึ่งมีผลให้เซลล์ไม่สามารถสังเคราะห์ดีเอ็นเอ และไม่สามารถแบ่งเซลล์ได้เพื่อเจริญเติบโตได้

2. Folic acid หรือ Leucovorin เป็นยาในกลุ่ม antimetabolites เป็นรูปหนึ่งของกรดโฟลิก ซึ่งเป็นสารสำคัญในการสังเคราะห์นิวคลีโอไทด์และดีเอ็นเอ มีคุณสมบัติสำคัญคือ สามารถเข้าสู่เซลล์ปกติได้ดีกว่าเซลล์มะเร็ง มีการนำมาใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม alkylating agent เพื่อช่วยไม่ให้เซลล์ปกติขาดกรดโฟลิก ในการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ เนื่องจากพิษของยาในกลุ่มนี้จะทำให้เซลล์ปกติขาดกรดโฟลิก หรือในบางครั้งเรียกว่ายาด้านพิษ (Folic acid rescue)

3. Oxaliplatin เป็นยาในกลุ่ม Alkylating agent ออกฤทธิ์ต่อเซลล์ได้ทุกระยะ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อดีเอ็นเอทำให้ดีเอ็นเอเสียหายไม่สามารถสังเคราะห์ดีเอ็นเอสายใหม่และแบ่งเซลล์ทำให้เซลล์ตายในที่สุด

4. Capecitabine หรือ Xeloda เป็นยาชนิดรับประทาน อยู่ในกลุ่ม Antimetabolites ใช้หลังจากการผ่าตัด หรือใช้ในกรณีมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย

สำหรับยาที่ใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาจมีการใช้ยาเพียงชนิดเดียวหรือใช้ร่วมกับยาอื่น เนื่องจากยาเพียงชนิดเดียว มักให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร จากการศึกษาพบว่าการใช้ยามะเร็งหลายชนิดร่วมกัน (Combination chemotherapy) ทำให้ผลการรักษาดีขึ้นโดยมีหลักในการพิจารณาใช้ยารักษามะเร็งหลายชนิดร่วมกันดังนี้ 1) เลือกยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน เพื่อให้มีผลเสริมฤทธิ์กันในการทำลายเซลล์มะเร็ง 2) เลือกยาที่มีความเป็นพิษต่ออวัยวะที่ซ้ำกัน (Overlapping toxicities) ให้น้อยที่สุดเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดพิษต่ออวัยวะที่มากเกินไป และ 3) ให้อาบน้ำขนาดสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และให้ในระยะเวลาสั้น ๆ เพื่อป้องกันการดื้อยาโดยยาที่ใช้จะมีหลายสูตร โดยแพทย์จะพิจารณาตามความเหมาะสมเช่น 5-fluorouracil : 5 FU ร่วมกับ Folinic acid และ 5-fluorouracil : 5-FU ร่วมกับยา oxaliplatin ทุก 2-4 สัปดาห์รวม 6 ครั้ง

ปัจจุบันแม้การรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคและมีโอกาสในการรอดชีวิต รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงการใช้เคมีบำบัดโดยนิยมนำเคมีบำบัดเพียงตัวเดียวจากหลายกลุ่มมาใช้ร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดพิษของเคมีบำบัดแต่ละชนิดและลดการดื้อต่อการใช้เคมีบำบัด (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ที่รุนแรงภายหลังการได้รับเคมีบำบัดโดยสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในขณะที่ได้รับและหลังจากได้รับเคมีบำบัดแล้ว ซึ่งถือว่าไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไม่สุขสบายและมีความทุกข์ทรมานมาก (Rhodes et al., 2000) ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งลักษณะอาการที่เกิดขึ้น มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เนื่องจากได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเกี่ยวข้องของทางด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านบุคคล ด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยและด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลมีการรับรู้ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การเลือกแนวทางการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของคนที่แตกต่างกันไป

1.6.3.2 ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด เคมีบำบัดเมื่อเข้าสู่กระแสเลือดแล้ว จะทำลายเซลล์มะเร็งที่มีการแบ่งตัวผิดปกติ แต่ไม่สามารถแยกเซลล์มะเร็งจากเซลล์ปกติ ดังนั้นเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่น ไชกระดูก เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร รากผม จะถูกทำลายด้วย ทำให้เกิดปฏิกิริยาหรือการตอบสนองอันไม่พึงประสงค์ของร่างกาย ทำให้เกิดอาการข้างเคียงในระบบต่าง ๆ (ชวณพิศ นรเดชาพันธ์, 2547; สมจิต หนูเจริญกุล, 2539; สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) ซึ่งการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานและต่อเนื่อง ทำให้ตลอดระยะเวลาการรักษาผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับอาการและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ อันเนื่องมาจากอาการที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการมากกว่าผลจากการเป็นโรคมะเร็งเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง ลดประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหา (ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, 2539)

ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก Schober et al.,(1992) ได้รวบรวมรายงานตั้งแต่ปี 1981-1990 จำนวน 24 รายงาน รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมากกว่า 1500 คน สรุปอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะที่ 2-3 ตามความรุนแรงขององค์การอนามัยโลกที่พบบ่อย คือ ท้องเสีย เยื่อบุช่องปากอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน เม็ดเลือดขาวต่ำ และอาการทางระบบประสาทส่วนปลาย และพบบ้างเล็กน้อย คือ อ่อนเพลีย มีไข้ เบื่ออาหาร อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาร่วมทั้ง 3 วิธีโอกาสเกิดอาการแทรกซ้อนยังเพิ่มมากขึ้น พบว่า อาการแทรกซ้อนระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะระบบทางเดินอาหาร และไชกระดูกถูกทำลายส่วนอาการแทรกซ้อนระยะยาวพบได้น้อยเพียงร้อยละ 2 ได้แก่ ลำไส้อุดตัน หรือลำไส้อักเสบที่อาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด (Cummings,1996) และแม้ว่าอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษานี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็เกิดขึ้นในระยะเวลาดังกล่าวอาการจะดีขึ้นและหายไปภายหลังหยุดการรักษา

อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะที่ 2-3 ตามความรุนแรงขององค์การอนามัยโลกที่พบบ่อย

1. ท้องเสีย (Diarrhea) เคมีบำบัดจะผ่านเข้าสู่กระแสเลือดและหลอดเลือดที่มาเลี้ยงเยื่อผนังลำไส้ ทำให้เกิดการทำลายผนังลำไส้อย่างเฉียบพลัน (Dias and Saral,1978 cite in Hogan, 1998) เกิดการตายของเซลล์ผนังลำไส้และลูกกลมสู่ผนังกระเพาะอาหาร (Dask et al.,1979 cite in Hogan, 1998) ทำให้เกิดการย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง เกิดอาการ

ท้องเสีย นอกจากนี้ อาจเกิดความวิตกกังวลหรือความเครียด ซึ่งอาการจะเป็นอยู่ชั่วคราวและจะดีขึ้นเมื่อหมดฤทธิ์ของยา อาการท้องเสีย มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ ด้านร่างกายทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ (Dehydration) และขาดสารอาหาร ระบบภูมิคุ้มกันทำหน้าที่ไม่ดีและมีโอกาสติดเชื้อ เนื่องจากเซลล์มีการตายมาก (Hogan, 1998) ถ้าอาการท้องเสียรุนแรงอาจทำให้เกิดการสูญเสียความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เกิดภาวะกรดคั่งในร่างกาย (Acidosis) ได้ ซึ่งอาจเกิดอาการตามมา คือ ระบบทางเดินหายใจมีอาการหายใจเร็วขึ้นและลึกขึ้น (Kussmaul respiration) มีอาการของทางเดินระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ในรายที่มี pH ต่ำกว่า 7 จะเกิดอาการของหลอดเลือด ส่วนปลายขยาย ความดันโลหิตต่ำลง ตัวเย็น มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ การบีบตัวของหัวใจไม่ดี เนื่องจากมีโปแตสเซียมในซีรัมสูงขึ้น เนื่องจากภาวะกรดคั่ง ก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาท คือ ซึม ไม่รู้สึกตัว (อรุณศรี เตชะสงส์, 2545)

2. เยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ต่อเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว โดยเฉพาะเซลล์เยื่อช่องปาก (Burke et al., 2001 อ้างถึงในชวณพิศ นรเดชานนท์, 2547) พบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (ร้อยละ 40) (Graham et al., 1993) และในผู้ป่วยที่ได้รับ 5-FU (ร้อยละ 75) (Shepherd, 1978 cite in Dodd et al., 1996) เกิดจากการที่เคมีบำบัดไปยับยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อช่องปาก และทำลายเยื่อชั้นต้นของปากและคอ (Dodd et al., 1996; Lason et al., 1998) ทำให้เยื่อช่องปากฝ่อและบางลง เกิดการอักเสบ ทำให้เกิดบาดแผลในช่องปาก จึงยิ่งเพิ่มการอักเสบขึ้น ซึ่งเคมีบำบัดบางตัวลดการทำงานของต่อมน้ำลาย ทำให้ปากแห้ง (Xerostomia) ได้โดยตรง ส่วนผลโดยอ้อมเกิดจากเคมีบำบัดไปกดการทำงานของไขกระดูก ทำให้จำนวนเกร็ดเลือด เม็ดเลือดแดง และเม็ดเลือดขาวลดลง เกิดการอักเสบในช่องปากได้ โดยผู้ป่วยมักเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบในวันที่ 3-7 ภายหลังได้รับเคมีบำบัดและเกิดแผลขึ้นที่ปากใน 3-5 วันต่อมา ซึ่งพบว่าอาการอาจคงอยู่นาน 2-3 สัปดาห์ แม้จะได้รับเคมีบำบัดครบแล้วก็ตาม (Lertwongpaopun, 2003) อาการมีแผลในปากส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ภายในช่องปาก (Madeya, 1996) ทำให้เยื่อช่องปากมีความไวต่อความร้อนหรือความเย็นของอาหาร ปวดแสบ ปวดร้อนในปาก นอกจากนี้ อาการเจ็บปวดแผลในปาก ทำให้ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการเคี้ยวและกลืนอาหาร ผู้ป่วยอาจมีโอกาสได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายมีไข้และเกิดการติดเชื้อเฉพาะที่ (Lason et al., 1998) ส่งผลต่อคุณภาพ

ชีวิตและความสามารถในการทนต่อการรักษาของผู้ป่วยและสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกายได้ (Sonis, 1993)

3. อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) จะเกิดอาการภายใน 1-2 ชั่วโมงจนถึง 24 ชั่วโมงภายหลังได้รับเคมีบำบัดและอาจหายภายใน 36 ชั่วโมง ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนก่อนได้รับเคมีบำบัดเนื่องจากความวิตกกังวลเรียกว่า Anticipatory nausea and vomiting ซึ่งอาการนี้เป็นการตอบสนองแบบมีเงื่อนไขที่เกิดจากการเรียนรู้มาก่อนมักเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดในครั้งก่อนแล้วได้รับการรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นไม่เพียงพอ แต่ปัจจุบันได้มีการค้นพบยาแก้ อาเจียนชนิดใหม่ๆ ทำให้อุบัติการณ์และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง แต่ยังไม่สามารถป้องกันอาการนี้ได้ทั้งหมด (Berger and Clark-snow, 2001)

4. ผลต่อระบบโลหิต เนื่องจากเคมีบำบัดจะมีผลลดการทำงานของไขกระดูกในร่างกาย (myelosuppression) ซึ่งมีหน้าที่ในการสร้างเม็ดเลือดทั้งเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะโลหิตจาง (Anemia) ส่งผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย มึนงง ขาดสมาธิ เป็นต้น ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Leukopenia) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้ง่ายโดยเฉพาะถ้าเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 3,000 เซลล์/ลบ.มม. ผู้ป่วยอาจมีอาการผิดปกติที่เกิดจากการติดเชื้อซึ่งอาจรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดความรุนแรงและรักษาภาวะติดเชื้อ ในบางครั้งอาจจำเป็นต้องใช้ยาที่กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาวในกลุ่ม recombinant cytokine เช่น lenograstim (G-CSF), molgramostim (GM-CSF) เพื่อป้องกันหรือรักษาภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ นอกจากนี้ยังเกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) จะมีผลทำให้เลือดแข็งตัวช้าลงซึ่งอาจทำให้เลือดออกได้ง่ายหรือมีจุดเลือดออกตามร่างกาย การประเมินผลข้างเคียงในเรื่องกดไขกระดูกจะประเมิน 2 ช่วง กล่าวคือ ช่วงก่อนการรักษาครั้งต่อไปเพื่อยืนยันว่าไขกระดูกกลับมาทำงานเป็นปกติโดยพิจารณาจากจำนวนเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดซึ่งต้องมีค่าสูงกว่า 3,000 เซลล์/ลบ.มม. และ 100,000 เซลล์/ลบ.มม. ตามลำดับ ช่วงที่เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดมีจำนวนต่ำที่สุด (ระยะ nadir) ซึ่งจะประมาณวันที่ 10-14 หลังการให้ยาเพื่อปรับขนาดยา โดยถ้าเม็ดเลือดขาวหรือเกล็ดเลือดต่ำมากการให้ยาครั้งต่อไปต้องปรับลดขนาดยาลง

5. อาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ได้แก่ อาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า (Numbness of extremities) กล้ามเนื้ออ่อนแรง เนื่องจากมีการเสื่อมสลายของ

ใยประสาท (Axon) และทำลายระบบประสาทส่วนปลายของร่างกายจากเคมีบำบัด (NCH Healthcare System, 2005) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการชาปลายมือปลายเท้า อาการปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้าหรือแขนขา ต่อมาจะมีอาการอ่อนแรงของแขนขา กล้ามเนื้อและเท้าจะลีบลง สูญเสียการทรงตัว บางรายมีอาการใจสั่นเมื่อตั้งใจ (Intention tremor) นัยน์ตากระตุก (Nystagmus) ถ้ารุนแรงอาจทำให้เกิดอันตรายจนถึงขั้นอัมพาตได้ บางรายอาจมีอาการสับสนและซึมลงระยะหนึ่ง อาการเหล่านี้จะดีขึ้นภายหลังหยุดยา อาการชาปลายมือปลายเท้าเป็นอาการที่ได้รับเคมีบำบัด (Almadrones and Arcot, 1999) กระทบความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Wilkes, 1996) อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา ทำให้สูญเสียการทรงตัวเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย รวมทั้งการรับรู้คุณนทภูมิ การสัมผัสลดลง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา

อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักระยะที่ 2-3 ตามความรุนแรงขององค์การอนามัยโลกที่พบเล็กน้อย

1. อาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรง (Fatigue) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าจะเกิดภาวะผิดปกติ หรือร่างกายรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้า ไม่มีแรงมาก อาจเกิดอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง โดยการพักผ่อนไม่สามารถทำให้ความรู้สึกอ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรงหายไปและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Piper, 1993; Piper and Dibble, 1987) อาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรงเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากภายหลังได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 3 ไปแล้วและจะมีอาการระดับเล็กน้อยเกิดขึ้นต่อเนื่องนาน 2 เดือน ภายหลังได้รับการรักษาครั้งสุดท้าย เกิดจากผลของเคมีบำบัดต่อกลิ้ามเนื้อและเส้นประสาท โดยมีอาการนานถึง 1 สัปดาห์หรือมากกว่านั้น นอกจากนี้เคมีบำบัดมีฤทธิ์กดการทำงานของไขกระดูก จะพบว่าค่าเม็ดเลือดแดงต่ำ ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) อาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรง ส่งผลกระทบต่อทุกมิติของคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันลดลงอยากพักผ่อนมากขึ้น ผู้ป่วยมักปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและแยกตัวจากสังคม (NCCN, 2004) ความไม่แน่นอนของอาการอ่อนล้าที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคและต้องการพึ่งพาคูคนอื่นมากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ความรู้สึกโดดเดี่ยวและถูกแยกจากผู้อื่นและเกิดภาวะซึมเศร้า (Rose et al., 1998) ผู้ป่วยอาจรู้สึกถูกทอดทิ้ง สูญเสียพลังอำนาจและรู้สึกคับข้องใจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า แยกตัว หงุดหงิด โกรธ

และรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ของตนเอง ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ รายได้ลดลง (Curt et al., 2000) รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น (Mock et al., 2001) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง กลัวการเสียชีวิตและความยากลำบากในการยอมรับการตาย (Nail, 2004; Potter, 2004; Tavió et al., 2002) และอาจทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาหรือการรักษาไม่เป็นไปตามช่วงเวลาที่เหมาะสมซึ่งอาจเพิ่มโอกาสของการกลับเป็นซ้ำหรือเพิ่มการแพร่กระจายของโรค ซึ่งมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตด้วย (Hann et al., 1998)

2. ไข้(Fever) เคมีบำบัดไปกดการทำงานของไขกระดูก (Myelosuppression) เนื่องจากเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ต่อเนื้อเยื่อที่มีการแบ่งตัวมากทำให้การสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดงและเกร็ดเลือดลดลง (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) จำนวนเม็ดเลือดขาวที่ต่ำกว่าปกติ (Leukopenia) ทำให้ความสามารถในการกำจัดเชื้อโรคในระบบโลหิตและการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของเซลล์ต่าง ๆ จะลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำและมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เกิดขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัด 7-14 วัน แล้วเม็ดเลือดขาวจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์ โดยอาการไข้เป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่พบในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายจะกระตุ้นให้เม็ดเลือดขาว ที่เรียกว่า Endogenous pyrogen ซึ่งมีผลต่อการควบคุมอุณหภูมิที่สมองส่วน Hypothalamus ทำให้อุณหภูมิกายสูงขึ้น (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2545) อาจเกิดภายหลังได้รับเคมีบำบัดทันที จนถึง 6 ชั่วโมง และจะหายไปภายหลัง 24 ชั่วโมง (Luken and Middleton, 1995) เมื่อมีภาวะไข้เกิดขึ้นในผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมานจากการเป็นไข้ ตัวร้อน หากมีภาวะติดเชื้อร่วมด้วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการขาดสารอาหารเพิ่มขึ้นและมีอาการติดเชื้อที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่การรักษาด้วยเคมีบำบัดต้องมีความต่อเนื่อง หากเกิดอาการที่รุนแรงมากในระยะใดระยะหนึ่งจะทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่อการรักษาในระยะต่อไป จนเป็นผลให้การดำเนินโรคลุกลามมากขึ้น จนยากแก่การควบคุมได้และมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้

3. เบื่ออาหาร (Anorexia) หมายถึง การสูญเสียความต้องการการรับประทานอาหารหรือไม่อยากอาหาร มีผลทำให้ร่างกายได้อาหารน้อยลง (Ohnuma, 1993) เนื่องจากเคมีบำบัดทำให้ต่อมรับรสเสียไป ความอยากรับประทานอาหารลดลง อาการนี้จะเกิดขึ้นชั่วคราวและหายไปภายใน 2-6 สัปดาห์ หลังจากได้รับเคมีบำบัด การคลื่นไส้อาเจียนรุนแรงจากเคมีบำบัด เป็นผลทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเบื่ออาหารได้ (ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547) นอกจากนี้ความตึงเครียดทางอารมณ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยจะเกิดการ

เปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการที่ได้รับอาหารน้อยลง ขาดสารอาหารโปรตีน ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เพราะการรักษาด้วยเคมีบำบัด ร่างกายต้องการอาหารเพิ่มขึ้นในการซ่อมแซมเซลล์ปกติที่ถูกทำลายจากเคมีบำบัด หากไม่รักษาจะเป็นปัญหาที่สำคัญที่มีผลต่อแผนการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา

4. อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป แบ่งเป็น

4.1 เครียด/วิตกกังวล/กลัว ผู้ป่วยมะเร็งมักมีปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ การได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็ง จะทำให้ผู้ป่วยกลัว วิตกกังวล หมดหวัง ซึมเศร้า ความรู้สึกเหล่านี้จะเกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยพบว่า ความวิตกกังวลพบมากในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างการรักษาและเป็นสิ่งรบกวนต่อการนอนหลับและเพิ่มความรู้สึกอ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรง (Dodd et al., 1996; Foltz et al., 1996; Greene et al., 1994) ผู้ป่วยมะเร็งมักกลัวการให้เคมีบำบัด (Kraul and Fauser, 2001 cite in Marek, 2003) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Schreier and Williams (2004) ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาและมีความวิตกกังวลสูงเมื่อเริ่มได้รับการรักษา ส่วนการศึกษาของ Chemecky (1999) พบว่าก่อนให้เคมีบำบัดผู้ป่วยจะมีความตึงเครียดระบบสูงปานกลาง เนื่องจากผลเคมีบำบัดที่มีส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยไปพร้อมกัน เช่น อาการผมร่วงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริไท พฤกษ์ศรี (2546) เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด พบว่า อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานภายหลังกลับจากโรงพยาบาลทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความกลัว หรือวิตกกังวลและฉันทิรา จิตต์วิบูลย์ (2543) ศึกษาการรับรู้สุขภาพและการดูแลตามทางเลือกในการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่า ขณะที่ได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยมีการรับรู้สุขภาพว่า เป็นสุขภาพที่อยู่กับความทุกข์ทรมานและความไม่แน่นอน คือ สุขภาพจิตแย่ลงมีความกังวล โดยผู้ป่วยอธิบายและสะท้อนถึงการมีสุขภาพจิตแย่ว่าเป็นจิตใจที่เต็มไปด้วยความรู้สึกตกใจกลัว รู้สึกเหมือนกำลังจะตายไม่สามารถทำจิตใจให้ยอมรับได้ ท้อแท้ เสียใจและเจ็บปวดที่เป็นโรคนี้นอกจากนี้ยังสะท้อนความรู้สึกออกมาในลักษณะของความวิตกกังวลหลายด้าน ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับทรัพย์สิน ชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัว หน้าที่การงานและเป็นห่วงกังวลว่าต้องเสียชีวิตโดยที่มืกรรมติดตัว

4.2 ซึมเศร้า (Depress) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยจากการรักษามะเร็ง (Munkres et al., 1992) โดยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล อารมณ์อ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรงและความปวดเจ็บ (McDonald et al., 1999; Winningham et al., 1994) เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการที่เกิดจากการดำเนินของโรคและผลการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลาและต่อเนื่อง ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ผอมว่อง ผิวหนัง เล็บสีคล้ำ ความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองลดลง หรือการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่า หดหวัง รวมทั้งการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งไปในทางลบว่าเป็นโรคที่น่ากลัว เป็นสัญลักษณ์แห่งความตาย รับรู้การมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานและมีความรู้สึกไม่แน่นอนของชีวิต (ทิพมาส ชินวงศ์, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ Knuppelomaki and Lauri (1998) พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกซึมเศร้ามากที่สุดจากการรับรู้ว่ามีมะเร็งเป็นโรครักษาไม่หายและคุกคามต่อชีวิต เกิดความไม่แน่นอนในความมั่นคงในชีวิตและตนเอง มีความวิตกกังวล ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัวการเสียชีวิต การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการได้รับเคมีบำบัดจึงถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตและไม่สามารถแก้ไขหรือควบคุมได้ เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดรูปแบบความคิดบิดเบือนไป ผู้ป่วยจะเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัวและอนาคต จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่า หดหวังและมีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีเรี่ยวแรงเก็บตัวไม่สนใจตัวเอง เกิดการถดถอย ความรู้สึกดังกล่าวหากเกิดขึ้นมาก ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายได้ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้าจะใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น (ร้อยละ 90) อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงและต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Stoudemire et al., 1998)

4.3 อารมณ์เสีย/หงุดหงิด ผู้ป่วยมะเร็งมักมีอาการเสียหงุดหงิดได้ง่าย โดยอาจมีสาเหตุมาจากความกลัวและวิตกกังวล ทั้งนี้เนื่องจากโรคมะเร็งตามการรับรู้ของบุคคลทั่วไป มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่เป็นอันตรายร้ายแรง เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ก่อให้เกิดความเครียดและสถานการณ์ที่วิกฤตของชีวิต (Krause, 1991) อีกทั้งต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์รวมทั้งอาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและผลการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ ทรมานกับอาการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและบุคคลอื่น ผู้ป่วยบางรายจะแสดงออกทางพฤติกรรม โดยมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย เนื่องจากความสามารถในการเผชิญกับความเครียดลดลง

4.4 เปื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่มีแบบแผนการดำเนินโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการและปัญหาต่าง ๆ มากมาย ตลอดระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของโรคและผลจากการรักษา ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลาอันยาวนาน รวมทั้งโรคมะเร็งเป็นโรคที่ควบคุมได้ยาก มีการแพร่กระจายและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่นอนในภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการเป็นโรคมะเร็งว่าเป็นการรอความตาย รู้สึกไม่แน่นอนและเป็นสิ่งที่น่าหวาดหวั่นอย่างมาก รู้สึกโดดเดี่ยวและเป็นภาระต่อครอบครัว (Thome et al., 2003) มีความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเปื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด แม้ว่าจะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคและมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น แต่พบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการที่รุนแรงทั้งในขณะที่ได้รับเคมีบำบัดและหลังจากได้รับเคมีบำบัดแล้ว ทำให้ตลอดช่วงการรักษาด้วยเคมีบำบัดผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับอาการและความทุกข์ทรมานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา ดังนั้น การป้องกัน บรรเทาและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานของอาการและการรบกวนชีวิตประจำวัน จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด

การให้เคมีบำบัดทำให้เกิดอาการข้างเคียงของยาที่ค่อนข้างรุนแรงต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนั้นการบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นในช่วงการรักษา จะเป็นผลทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น (อาคม เจริญศิลป์ และคณะ, 2531; Brunner and Suddarth, 1988 อ้างถึงใน ปริยา รอดปรีชา และ ยุพาวรรณ ศรีสวัสดิ์, 2541) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด อาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งองค์รวมเป็นผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเพิ่มมากขึ้นการดูแลตนเองอย่าง

ต่อเนื่องเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญสำหรับชีวิตสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วย ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองจะทำให้พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น (Orem, 1985) และจะช่วยลดอาการต่าง ๆ จากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาโรคมะเร็ง และการรักษาได้ดีขึ้น (Padilla and Grant, 1985; Sella, 1991; Smart and Yates, 1987 อ้างถึงใน จุฬากานต์ กิ่งเนตร, 2539) พยาบาลในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงต้องมีบทบาทในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดและการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น (Padilla and Grant, 1985) ดังนั้นการให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นทำให้สามารถจัดการอาการข้างเคียงต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการให้ความรู้และคำแนะนำดังกล่าว สรุปได้ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนได้รับเคมีบำบัด

2.1.1. การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย

2.1.1.1 ประเมินความพร้อมด้านร่างกายดังนี้

2.1.1.1.1 ประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาครั้งก่อน เช่น การผ่าตัด การได้รับรังสีรักษา

2.1.1.1.2 ประวัติการได้รับเคมีบำบัดครั้งก่อน การสนองตอบต่อเคมีบำบัด และภาวะแทรกซ้อนจากการให้เคมีบำบัด

2.1.1.1.3 ประวัติการได้ยาอื่น ๆ เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้อาเจียน และการตอบสนองต่อยานั้น

2.1.1.1.4 สภาพร่างกายโดยทั่วไป เช่น ภาวะโภชนาการขาดสารอาหาร การติดเชื้อ ภาวะช็อคและเลือดออกความเจ็บปวดและปัญหาทางจิตใจ

2.1.1.1.5 ติดตามและประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยก่อนได้รับเคมีบำบัด

2.1.1.1.6 ให้ข้อมูลความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยและญาติในเรื่องต่อไปนี้

2.1.1.1.6.1 เหตุผลและผลดีของการให้เคมีบำบัด

2.1.1.1.6.2 ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้เคมีบำบัด

2.1.1.1.6.3 แผนและขั้นตอนในการให้เคมีบำบัด

2.1.1.1.6.4 การดูแลร่างกายให้มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง มีความพร้อมในการรักษาด้วยเคมีบำบัดโดย

2.1.1.6.4.1 ให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

2.1.1.6.4.2 ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2,000 - 3,000 มิลลิลิตร

2.1.1.6.4.3 หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2.1.1.6.4.4 การรักษาความสะอาดทั่วไปของร่างกาย

2.1.1.6.4.5 ดูแลรักษาความสะอาดในช่องปากอย่าง

สม่ำเสมอ

2.1.1.2 บันทึกผลการประเมินและข้อมูลการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยใน Nurse's Note และ Nursing Admission Data Base I

2.1.2. การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ

2.1.2.1 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามและให้เวลาในการพูดคุย

2.1.2.2 ตอบคำถามแก่ผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยและตามบทบาทของพยาบาล

2.1.2.3 ให้กำลังใจและกระตุ้นผู้ป่วยให้พร้อมรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2.1.2.4 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ค่าใช้จ่าย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงขั้นตอน และผลของการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2.1.2.5 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวขณะรับการรักษาและกลับบ้าน

2.1.2.6 กรณีประเมินพบว่าผู้ป่วยมีความเครียด วิดกกังวล แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายโดยใช้ Complementary Nursing ได้แก่ นั่งสมาธิ ฟังดนตรี การนวด การกดจุด เพื่อความผ่อนคลาย เป็นต้น

2.2 การพยาบาลเพื่อให้อาการคลี่คลายจากผลข้างเคียงที่พบบ่อยของเคมีบำบัด

2.2.1 การพยาบาลเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2.2.1.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจเกิดได้จากการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2.2.1.2 ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยเรื่องยาป้องกันการอาเจียนก่อนให้ ขณะให้ และหลังให้เคมีบำบัด

2.2.1.3 แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ไขมันน้อย และให้รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง

2.2.1.4 จัดบรรยากาศในการรับประทานอาหารให้น่ารับประทาน หลีกเลี่ยงกลิ่น เสียงหรือภาพที่กระตุ้นภาวะคลื่นไส้

2.2.1.5 ให้อาหารที่ผู้ป่วยชอบและสามารถรับประทานได้มาให้ผู้ป่วยรับประทาน

2.2.1.6 หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำมากขณะรับประทานอาหาร

2.2.1.7 ขณะรับประทานอาหาร ถ้ารู้สึกคลื่นไส้ให้หยุดรับประทานอาหารและให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารใหม่เมื่อมีความพร้อม

2.2.1.8 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

2.2.1.9 สังเกตและบันทึกลักษณะจำนวนครั้งของการอาเจียน ประเมินภาวะขาดน้ำและสารเกลือแร่

2.2.1.10 ให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำอุ่นหลังอาเจียนเพื่อให้รู้สึกสบายขึ้น

2.2.1.11 ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจ

2.2.1.12 ถ้าอาการไม่ทุเลาลง รายงานแพทย์ผู้รับผิดชอบ

2.2.2. การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เนื่องจากได้รับเคมีบำบัด

2.2.2.1 ในรายที่ได้เคมีบำบัดเป็นครั้งแรกต้องส่งปรึกษาทันตกรรมทุกรายเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรก

2.2.2.2 ประเมินสภาพเยื่อช่องปากผู้ป่วยทุกวันเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรก

2.2.2.3 แนะนำผู้ป่วยในการดูแลช่องปาก

2.2.2.3.1 ตรวจสอบสภาพเยื่อช่องปากด้วยตนเอง โดยสังเกตจากเสียงการกลืน ริมฝีปาก ลิ้น น้ำลาย เยื่อในช่องปาก เหงือก ฟัน ความปวด รอยแดง จุดฝ้าขาว จาก การติดเชื้อรา ความรู้สึกไวต่อรสชาติและอุณหภูมิมากขึ้น

2.2.2.3.2 ทำความสะอาดช่องปากโดยบ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 1-2 ชั่วโมง

2.2.2.3.3 ใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่มและยาสีฟันสำหรับเด็ก แปรงทำความสะอาดทุกครั้งหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน

2.2.2.3.4 กรณีแปรงฟันไม่ได้ ให้ทำความสะอาดปากและฟันด้วยไม้ฟันลำลีชุบ 0.9% NSS หรือบ้วนปากด้วยน้ำเกลือหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน

2.2.2.4 แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เย็นจัด ร้อนจัด

2.2.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อ เนื่องจากได้รับเคมีบำบัด

2.2.3.1 แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ไอ ปัสสาวะแสบขัด

2.2.3.2 แนะนำผู้ป่วยเฝ้าระวังการป้องกันการติดเชื้อจากญาติและสิ่งแวดล้อม เช่น หลีกเลี่ยงผู้ป่วยที่เป็นไข้หวัด โรคติดต่อ ฯลฯ

2.2.3.3 แนะนำผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและช่องปากอย่างเคร่งครัดใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม บ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกครั้งและก่อนนอน

2.2.3.4 แนะนำให้รับประทานอาหารที่สะอาด สุกใหม่ ๆ ผักสดล้างทำความสะอาดให้ดี งดของหมักดอง ส่วนผลไม้ให้รับประทานผลไม้ที่มีเปลือกหนาซึ่งล้างทำความสะอาดเปลือกแล้ว

2.2.3.5 ติดตามและรายงานอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ปัสสาวะแสบขัด

2.2.3.6 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้ามีเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 1,000 เซลล์/มล. จัดแยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยกหรือมุมที่ไกลผู้อื่น

2.2.3.7 วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ

2.2.4 การพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากได้รับเคมีบำบัด

2.2.4.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงภาวะเลือดออกง่าย

2.2.4.2 แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกง่าย เช่น มีจุดจ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เลือดออกตามไรฟัน อุจจาระหรือปัสสาวะปนเลือด

2.2.4.3 แนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะเลือดออกง่าย

2.2.4.3.1 รับประทานอาหารอ่อน

2.2.4.3.2 แปรงฟันด้วยแปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม ถ้ามีเลือดออกตามไรฟันให้ใช้ไม้ฟันลำลีเช็ดเบา ๆ และบ้วนปากด้วย 0.9% NSS ทุก 1 - 2 ชั่วโมง

2.2.4.3.3 หลีกเลี้ยงหรือระมัดระวังการใช้ของมีคม ในผู้ชายให้ใช้เครื่องโกนหนวดไฟฟ้าแทนมีดโกน

2.2.4.3.4 หลีกเลี้ยงการกระทบกระแทกอย่างรุนแรงและการเกิดอุบัติเหตุ

2.2.4.3.5 หลีกเลี้ยงอาการท้องผูก เพราะอาจทำให้เกิดเลือดออกบริเวณทวารหนักขณะถ่ายอุจจาระ

2.2.4.3.6 รักษาผิวหนังและริมฝีปากให้ชุ่มชื้น เช่น ทาโลชั่น , Vaseline

2.2.4.4 ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง และจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ

2.2.4.5 ติดตามผล CBC และ Platelet count

2.2.4.6 ถ้ามีภาวะเลือดออกง่าย

2.2.4.6.1 งดชื่อยาเข้ากล้ามเนื้อ

2.2.4.6.2 ในกรณีที่ต้องเจาะเลือด ให้เลือกเข็มที่มีขนาดเล็ก เช่น No. 21, 22 และไม่รัดสายยางแน่นเกินไป ภายหลังจากเจาะเลือดแล้วใช้ก๊อสน์ที่ปราศจากเชื้อกดบริเวณที่แทงเข็มนาน 3-5 นาที หรือจนแน่ใจว่าไม่มีเลือดออก

2.2.4.7 ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับเกล็ดเลือดตามแผนการรักษา

2.2.5 การพยาบาลผู้ป่วยที่สูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากได้รับเคมีบำบัด

2.2.5.1 ให้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ของตนเอง

2.2.5.2 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงภาพลักษณ์ที่อาจเปลี่ยนแปลงและการกลับฟื้นคืนสภาพ เช่น ผิวหนังคล้ำดำ ผมหงอกหรือขนร่วง เมื่อได้รับเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา ผมงอกขึ้นใหม่ภายใน 1 เดือน

2.2.5.3 ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยเพื่อรักษาภาพลักษณ์ของผู้ป่วย

2.2.5.3.1 ผิวหนังคล้ำดำใช้ Lotion ทาผิว

2.2.5.3.2 ผมง่วงจัดหาผ้าโพกศีรษะ หมวก ผมปลอมไว้ก่อนที่ผมง่วง

2.2.5.4 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยเมื่อมีภาวะผมง่วง

2.2.5.4.1 สระผมได้ตามปกติ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ควรใช้แชมพูชนิดอ่อน

2.2.5.4.2 ใช้แปรงหวีผมที่มีซี่ห่าง และแปรงผมเบา ๆ

2.2.5.4.3 หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาและสารเคมี เช่น ย้อมผม ดัดผม การฉีดสเปรย์ผม

2.2.6 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่

2.2.6.1 ประเมินระดับความรู้สึกและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2 – 4 ชั่วโมงตามความจำเป็น

2.2.6.2 สังเกตลักษณะสี จำนวนของอาเจียนหรือปัสสาวะ หรืออุจจาระทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินการสูญเสียน้ำและสารเกลือแร่ของร่างกาย

2.2.6.3 สังเกตและบันทึกสภาพทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ความชุ่มชื้นของเยื่อในช่องปาก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ อาการชาตามปลายมือปลายเท้า เพื่อประเมินการสูญเสียสมดุลของน้ำและสารเกลือแร่ของร่างกาย

2.2.6.3.1 ดูแลให้ได้รับสารละลายเกลือแร่ให้ถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษา

2.2.6.3.2 ส่งและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.2.6.4 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องเสีย

2.2.6.4.1 แนะนำผู้ป่วยประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะท้องเสียด้วยตนเอง

2.2.6.4.2 บันทึกลักษณะสี กลิ่น ปริมาณและจำนวนครั้งของอุจจาระเพื่อประเมินการสูญเสียน้ำและสารเกลือแร่

2.2.6.4.3 แนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะท้องเสีย

2.2.6.5 รับประทานอาหารอ่อน กากน้อย ย่อยง่าย งดอาหารรสจัด ผักและผลไม้

2.2.6.6 ดื่มน้ำวันละ 2,000 - 3,000 มล.

2.2.6.7 ทำความสะอาดบริเวณทวารหนักและทา Vasalin Petroteum Jelly รอบทวารหนักทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระ

2.2.6.8 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะขาดน้ำและสาร
เกลือแร่

2.2.6.9 ดูแลผู้ป่วยได้รับน้ำและสารละลายเกลือแร่ตามแผนการรักษาของแพทย์

2.2.6.10 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Stool C/S เพื่อแยกภาวะ
ท้องเสียจากการ ติดเชื้อ

2.2.6.11 ดูแลผู้ป่วยได้ยาแก้ท้องเสียตามแผนการรักษาของแพทย์

2.2.7 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องผูก

2.2.7.1 แนะนำผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,000 - 3,000 มล.

2.2.7.2 แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ที่สุกและ

สะอาด

2.2.7.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกาย หรือ ออกกำลังกายเป็นประจำ

ตามความสามารถของตนเอง

2.2.7.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระบายตามแผนการรักษาของแพทย์

2.2.8 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ
เนื่องจากได้รับเคมีบำบัด

2.2.8.1 บันทึกสัญญาณชีพและซักถามประวัติความสามารถในการทำ
กิจกรรมก่อนให้เคมีบำบัดเพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ

2.2.8.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจสภาพของหัวใจก่อนและหลังให้เคมี
บำบัด เช่น EKG, X-ray และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.2.8.3 แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น รู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อทำ
กิจกรรม ใจสั่น หายใจลำบาก ฯลฯ ให้รายงานทีมสุขภาพทราบเมื่อมีอาการดังกล่าว

2.2.8.4 บันทึกสัญญาณชีพ และอาการผิดปกติต่าง ๆ ขณะได้รับเคมีบำบัด

Adriamycin

2.2.9 การพยาบาลในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด

2.2.9.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและหรือญาติในการปฏิบัติตนหลังได้รับเคมี
บำบัดครบ

2.2.9.2 ควรพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง

2.2.9.3 ทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ แต่ไม่ควรทำงานหนัก

2.2.9.4 การออกกำลังกายทำได้แต่ไม่ควรเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก

2.2.9.5 ควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารจำพวกโปรตีน ได้แก่ นม เนื้อสัตว์ ถั่ว

2.2.9.6 รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ปาก ฟัน ผิวหนัง และอวัยวะสืบพันธุ์

2.2.9.7 หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัด เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์

2.2.9.8 หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดหรือสัมผัสกับบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ

2.2.9.9 สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ มีสิ่งคัดหลั่งเป็นเลือด หนอง หรือมีกลิ่นเหม็น ท้องโตผิดปกติ ต้องมาพบแพทย์ทันที

2.2.9.10 ต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ถ้ามีปัญหาให้ติดต่อแพทย์หรือพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

2.2.9.11 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติเมื่อพบภาวะแทรกซ้อนบางอย่างของเคมีบำบัดภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.2.9.11.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อการกดไขกระดูกทำให้มีโอกาส เกิดภาวะซีด การติดเชื้อ หรือภาวะเลือดออกง่าย

2.2.9.11.1.1 แนะนำให้ผู้ป่วยแยกอยู่ในห้องเฉพาะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2.2.9.11.1.2 แนะนำให้ตรวจดูภาวะซีดจากเยื่อบุตา ผิวหนัง เล็บ และสังเกตจ้ำเลือด จุดเลือดออกตามร่างกายผู้ป่วยทุกวัน เพื่อทราบอาการของโลหิตจางหรือภาวะเลือดออกผิดปกติ

2.2.9.11.1.3 แนะนำให้ผู้ป่วยระวังและป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ เพราะเลือดออกแล้วหยุดยาก แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีเหล็กและโปรตีน เช่น ไข่ นม และ ผักใบเขียว เนื้อสัตว์ เพื่อช่วยลดภาวะซีด และเป็นส่วนสำคัญของการสร้างภูมิคุ้มกัน ป้องกันการติดเชื้อจากภายนอก

2.2.9.11.1.4 แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดทั่วไป โดยเฉพาะปากและฟัน ควรทำความสะอาดทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร ชำระล้างบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ภายหลังจากขับถ่ายทุกครั้ง เพื่อลดจำนวนเชื้อแบคทีเรีย

2.2.9.11.1.5 หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ถ้าจำเป็นต้องกดให้นานพอควรแน่ใจว่าไม่มีเลือดซึมออกมา

2.2.9.11.1.6 หลีกเลี่ยงการให้ยาที่ขัดขวางการทำงานของเกร็ดเลือด เช่น แอสไพริน แอลกอฮอล์

2.2.9.11.1.7 แนะนำญาติห้ามบุคคลที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉื่อยเพราะจะทำให้ผู้ป่วยได้รับเชื้อ

2.2.9.11.1.8 ถ้ามีไข้สูง อ่อนเพลีย มีแผลหรือเชื้อราในช่องปาก มีไข้เลือดตามตัว ควรรีบมาพบแพทย์

2.2.9.11.2 การให้ความรู้ผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อเยื่อช่องปาก และเยื่อระบบทางเดินอาหาร

2.2.9.11.2.1 แนะนำให้ผู้ป่วยตรวจดูเยื่อภายในช่องปาก ลิ้น เหงือก เพดาน อย่างน้อยวันละครั้ง เพื่อทราบอาการเริ่มแรกของการอักเสบ

2.2.9.11.2.2 แนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำเกลืออย่างน้อยทุก 2 - 4 ชั่วโมง และทุกครั้งภายหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน การใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม ถ้าเริ่มมีอาการอักเสบอาจใช้ผ้าก๊อซทำความสะอาดแปรงสีฟัน ถ้ามีฟันปลอมให้ถอดทำความสะอาดแช่ในน้ำที่สะอาด ใส่เฉพาะตอนกลางวันเท่านั้น

2.2.9.11.2.3 ถ้าผู้ป่วยมีแผลเจ็บปวดมาก แพทย์อาจให้ยาเพื่อระงับความเจ็บปวดก่อนอาหาร เช่น 2% Xylocain viscous

2.2.9.11.2.4 แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 3,000 มล.

2.2.9.11.3 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ/ญาติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อผิวหนังและรูขุมขนทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ

2.2.9.11.3.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าว่ามีโอกาสผอมร่วงจากภาวะแทรกซ้อนของยา

2.2.9.11.3.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกและซักถามข้อ
ข้องใจ

2.2.9.11.3.3 ให้ความเชื่อมั่นว่าผมจะขึ้นภายใน 6 - 8 สัปดาห์
หลังหยุดยา

- 2.2.9.11.3.4 แนะนำให้ผู้ป่วยจัดเตรียมผมปลอมหรือเตรียมผ้าโพกศีรษะล่วงหน้า
- 2.2.9.11.3.5 แนะนำให้ผู้ป่วยใช้หวีซี่ห่าง ๆ หวีผมอย่าสระผมบ่อย และอย่าหวีผมแรง
- 2.2.9.11.3.6 แนะนำให้ผู้ป่วยสวมหมวก หรือผ้าโพกผมถ้าออกไปกลางแจ้ง เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกร้อนกว่าปกติ
- 2.2.9.11.3.7 แนะนำผู้ป่วยอย่าถูกแสงแดดโดยไม่จำเป็น เพราะจะทำให้ผิวหนังมีสีคล้ำขึ้น
- 2.2.9.11.3.8 แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณผิวหนังควรใช้สบู่อ่อน ๆ ฟอกตัว เพื่อลดการระคายเคืองต่อผิวหนัง
- 2.2.9.11.3.9 ควรใส่เสื้อที่ทำจากผ้าฝ้ายเพราะมีการระคายเคืองอากาศดี และใส่เสื้อผ้าหลวม ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการระคายเคืองของผิวหนัง
- 2.2.9.11.3.10 แนะนำผู้ป่วยไม่ให้เกาเพราะจะเกิดแผลได้ง่าย
- 2.2.9.11.3.11 ให้ความมั่นใจว่าอาการทางผิวหนัง เล็บ จะหายไปภายใน 10 - 12 สัปดาห์หลังหยุดยา
- 2.2.9.11.4 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อบุคคลอื่นให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดแน่นหน้าท้องส่วนบนที่ด้านขวา (ใต้ชายโครง) อาการอ่อนเพลียเมื่อมีอาการ ตาเหลือง ตับโต หรือภาวะบวมน้ำ (Ascites) สีของปัสสาวะเหลืองเข้ม ควรมาพบแพทย์
- 2.2.9.11.5 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากปอด
- 2.2.9.11.5.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ ไอแห้ง หายใจลำบาก เป็นต้น
- 2.2.9.11.5.2 สอนให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไอแห้ง หายใจลำบาก เหนื่อยเร็ว ตัวเขียว ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที
- 2.2.9.11.6 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ/ญาติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดกล้ามเนื้อ เห็นภาพซ้อน ปวดท้องและท้องผูก

- 2.2.9.11.6.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และสอนให้รู้จักสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการชาตามปลายมือ เป็นต้น
- 2.2.9.11.6.2 ให้ความมั่นใจว่าอาการเหล่านี้จะหายได้ถ้าหยุดยา 4 – 6 สัปดาห์
- 2.2.9.11.6.3 แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ เพราะกล้ามเนื้ออ่อนแรง จะหยิบจับสิ่งของไม่สะดวก ความรู้สึกชาถ้าสัมผัสของ
- 2.2.9.11.6.4 แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผักผลไม้ จะช่วยลดอาการท้องผูก
- 2.2.9.11.6.5 ให้รับประทานยาละลายตามแผนการรักษา
- 2.2.9.11.7 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ/ญาติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อตา
- 2.2.9.11.7.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและสอนให้รู้จักสังเกตอาการผิดปกติดังกล่าว
- 2.2.9.11.7.2 แนะนำให้ผู้ป่วยตรวจดูตาทุกวัน ถ้าพบอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์
- 2.2.9.11.7.3 ถ้าผู้ป่วยมีเลือดออกที่เยื่อตา แพทย์อาจสั่ง steroid เพื่อหยุดตา ต้องอธิบายเหตุผลและแนะนำการหยุดตาให้ผู้ป่วย
- 2.2.9.11.7.4 ถ้าผู้ป่วยมีอาการทางตา ต้องระมัดระวังอุบัติเหตุเนื่องจากมองเห็นภาพซ้อน หรือมองเห็นภาพไม่ชัด
- 2.2.9.11.8 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ/ญาติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อหู
- 2.2.9.11.8.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและสอนให้รู้จักสังเกตอาการได้ยินผิดปกติ
- 2.2.9.11.8.2 แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการได้ยินทุกวัน ถ้าผิดปกติให้มาพบแพทย์
- 2.2.9.11.9 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบสืบพันธุ์ในเรื่องเพศสัมพันธ์และมีโอกาสเกิดการเป็นหมันชั่วคราวหรือถาวร

2.2.9.11.9.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและคู่สมรสทราบถึงภาวะแทรกซ้อน
ที่อาจเกิดขึ้น

2.2.9.11.9.2 แนะนำให้ผู้ป่วยให้น้ำยาหล่อลื่นช่องคลอด เช่น
K-Y jelly เพื่อป้องกันการ Trauma ต่อช่องคลอดเนื่องจากเยื่อช่องคลอดจะมีแผลได้ง่าย ถ้า
เกร็ดเลือดต่ำต้องงดการมีเพศสัมพันธ์

2.2.9.11.9.3 ในผู้ป่วยที่ยังต้องการมีบุตรควรปรึกษาแพทย์ก่อน
เริ่มใช้ยา

2.2.9.11.10 การพยาบาลในการจำหน่ายผู้ป่วยอาการผิดปกติที่ผู้ป่วย
ควรปรึกษาแพทย์

2.2.9.11.10.1 ทบทวนความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังได้รับเคมี
บำบัดให้กับผู้ป่วย

2.2.9.11.10.2 สังเกตอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ ถ้าพบติดต่อ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพบแพทย์ก่อนวันนัด

2.2.9.11.10.3 ใช้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส

2.2.9.11.10.4 ไอ มีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ

2.2.9.11.10.5 มีเลือดกำเดาออก

2.2.9.11.10.6 มีจุดหรือจ้ำเลือดออกตามตัว

2.2.9.11.10.7 มีผื่นขึ้นตามลำตัว หรือตุ่มน้ำใส

2.2.9.11.10.8 คลำพบก้อน

2.2.9.11.10.9 อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง

2.2.9.11.10.10 คลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น

2.2.9.11.10.11 ท้องผูก ท้องเดินอย่างรุนแรง

2.2.9.11.10.12 กรณีที่ไม่มีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ตาม

วันและเวลาที่นัด

2.3 การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด

2.3.1 การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ยาเคมีบำบัดจะทำให้เม็ดเลือดขาวลดลง
ซึ่งทำให้ความสามารถในการต่อสู้กับเชื้อโรคลดลงด้วย วิธีที่จะช่วยหลีกเลี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่

2.3.1.1 ควรล้างมือบ่อยๆ

2.3.1.2 หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานที่แออัดหรือแหล่งชุมชนที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้หรือสัมผัสผู้ที่เป็นโรคติดต่อโดยเฉพาะโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และรักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ

2.3.1.3 รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ และสะอาดเสมอ

2.3.2 รับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด หรืออาหารมัน ของทอดหรืออาหารที่มีกลิ่นจัด หลีกเลี่ยงการนอนราบทันทีหรือใน 2 ชั่วโมงแรกหลังจากรับประทานอาหารเสร็จ พยายามรับประทานอาหารเช้าเพิ่มขึ้น เช่น นม น้ำเต้าหู้ น้ำผลไม้ เป็นต้น

2.3.3 หากมีอาการเบื่ออาหาร ควรแสวงหาวิธีที่จะช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น อย่าปล่อยให้เครียดหรือซึมเศร้า เนื่องจากอารมณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหารเช้าลองเปลี่ยนสถานที่ในการรับประทานอาหาร เช่น ออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน เลือกจัดรายการอาหารที่ตนเองชอบ เป็นต้น

2.3.4 ดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซีต่อวัน ในระหว่างได้รับเคมีบำบัดเนื่องจากน้ำจะช่วยขับของเสีย เช่น กรดยูริกออกจากร่างกายทางไต ช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกาย ทำให้ร่างกายสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อชุ่มชื้น ลดการติดเชื้อในช่องปาก ป้องกันอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดต่อระบบทางเดินปัสสาวะได้

2.3.5 นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมงในเวลากลางคืน สำหรับในเวลากลางวัน ควรนอนพักอย่างน้อยวันละ 1-2 ชั่วโมง แต่ไม่ควรนอนตลอดทั้งวัน เพราะกล้ามเนื้อจะอ่อนแรงจนเกิดอาการเหนื่อยง่ายขึ้นได้ แต่หากนอนไม่หลับให้ปฏิบัติดังนี้

2.3.5.1 หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม

2.3.5.2 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและควรทำให้จิตใจผ่อนคลายก่อนเข้านอน

2.3.5.3 หากยังนอนไม่หลับอีกควรแจ้งให้แพทย์ทราบ

2.3.6 ออกกำลังกายตามความสามารถของร่างกาย เช่น เดินรอบบ้านวันละ 20-30 นาทีเนื่องจากทำให้เลือดไหลเวียนได้ดี มีผลทำให้ร่างกายขับของเสียออกมา และทำให้ร่างกายสดชื่นแจ่มใส

2.3.7 ลดความเร็วในการทำกิจกรรมต่างๆ ลง และไม่ควรทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานหยุดพักบ่อยๆ แต่ไม่ควรนานเกิน 30-40 นาที

2.3.8 ดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติ หากมีอาการท้องผูกควรบรรเทาอาการโดยการดื่มน้ำมากๆ วันละ 2-3 ลิตร ดื่มน้ำผลไม้ หรือรับประทานอาหารที่มีกากมีเส้นใยมากๆ เช่น ผัก ผลไม้

2.3.9 ลดหรือผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวล โดยระบายความรู้สึกกับผู้ใกล้ชิดหรือบุคคลที่ไว้ใจ เช่น เพื่อนสนิทหรือคนในครอบครัวหรือใช้วิธีอื่นๆ เช่นการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การทำกิจกรรมอื่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง

2.3.10 ป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่ได้รับ ดังต่อไปนี้

2.3.10.1 บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยการหลีกเลี่ยง การรับประทาน อาหาร 1-2 ชั่วโมงก่อนได้รับเคมีบำบัด หรือรับประทานอาหารมื้อหนักก่อนได้รับเคมีบำบัด 3-4 ชั่วโมง แล้วจึงรับประทานอาหารอ่อนๆ โดยรับประทานอาหารทีละน้อยๆ ซ้ำๆ แต่บ่อยครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะอาหารแน่นเกินไป จนเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด เย็นจัดหรือร้อนจัด เป็นต้น

2.3.10.2 ป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบโดยทำความสะอาดปากฟัน อย่างถูกวิธีภายหลังรับประทานอาหารทุกมื้อด้วยแปรงสีฟันที่มีขนนุ่ม หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดหรืออาหารแข็งที่อาจทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ง่าย

2.3.10.3 อาการท้องเสีย เมื่อมีอาการท้องเสียบรรเทาอาการโดย รับประทานอาหารอ่อนที่ง่าย สุกสะอาดมีกากและเส้นใยน้อย แต่มีโปรตีนและแคลอรีสูง เช่น ชุปน้ำใส หลีกเลี่ยงการดื่มนมสดและอาหารหรือเครื่องดื่มที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร และควร สังเกตจำนวน ลักษณะ ความถี่ของการถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน ถ้ามีมากต้องรีบมาพบแพทย์

2.3.10.4 ป้องกันและบรรเทาอาการผมร่วง สระผมด้วยแชมพูชนิดอ่อนๆ หัวผมเบาๆ ใช้แปรงหวีผมลักษณะนุ่ม หลีกเลี่ยงการใช้สเปย์ การใช้ไดร์เป่าผม การอบผม หรือตัดผม ไว้ผมสั้น เพื่อให้ผมร่วงดูไม่มากเกินไป อาจใช้วิธีสวมวิกผมปลอมไว้เมื่อผมร่วงมาก หรืออาจ สวมหมวก หรือใช้ผ้าโพกศีรษะไว้ซึ่งจะช่วยป้องกันหนังศีรษะ และไม่ทำให้ผมร่วงดูชัดเจนมาก

2.3.10.5 ผิวแห้งและคัน รักษาความสะอาดของผิวหนัง และใช้ครีมหรือ โลชั่นทาผิวให้ชุ่มชื้นหลังอาบน้ำทุกครั้ง ไม่เกาหรือถูผิวหนังแรงๆ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด

2.3.10.6 การป้องกันการติดเชื้อจากการที่มีเม็ดเลือดขาวลดลงทำได้โดย รับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ทำความสะอาดร่างกายและปากฟันอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยง

การสัมผัสกับเชื้อหรือการได้รับเชื้อจากบุคคลอื่น เช่น คนเป็นหวัด หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า หรือหอประชุม เป็นต้น หมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

2.3.10.7 การป้องกันภาวะซีด รับประทานได้โดยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กได้แก่ตับสัตว์ ไข่แดง นม และควรรับประทานผลไม้ประเภทส้ม ฝรั่ง ให้วิตามินซี เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กให้ดีขึ้น

2.3.10.8 ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ การป้องกันการเกิดเลือดออกจากการที่มีเกร็ดเลือดลดลง โดยหลีกเลี่ยงจากกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อผิวหนังหรือเยื่อต่างๆ และคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่แสดงถึงการมีเลือดออก เช่น ถ่ายอุจจาระดำ มีเลือดออกตามไรฟัน หรือมีเลือดออกตามไรฟัน หรือมีจุดจ้ำเลือดออกตามผิวหนัง

2.3.10.9 หลอดเลือดดำอักเสบ สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณผิวหนังที่ให้เคมีบำบัดอย่างสม่ำเสมอและรีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

3. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีหลักการจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) (Bandura, 1986) ซึ่งประกอบด้วยแนวคิด 3 ประการ คือ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation Learning) แนวคิดการกำกับตนเอง(Self-Regulatory) และแนวคิดของความสามารถหรือสมรรถนะของตนเอง (Self-Efficacy) Bandura ให้ความหมายของสมรรถนะแห่งตนว่า เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือตัดสินความสามารถส่วนบุคคลในการกระทำพฤติกรรมและดำเนินพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ โดยที่การรับรู้ทักษะ และความสามารถในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมนั้นขึ้นถือเป็นการช่วยสร้างพลังให้กับตนเองและมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางของจิตใจ (Ross, 1992) กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีบทบาทสำคัญในการที่จะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจว่าจะทำได้ (Bandura, 1986) และความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ และมีความชำนาญจะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมได้มากกว่า ความรู้สึกขาดทักษะความชำนาญ คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถมักจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย กระตือรือร้น มีความอดทน (Evans, 1989) โดย Bandura (1986) เชื่อว่าการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคลซึ่งแต่ละคนจะรับรู้ความสามารถแตกต่างกัน ในขณะที่เดียวกันการรับรู้สมรรถนะในแต่ละด้านของบุคคลก็ไม่เท่ากัน และการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดการกระทำของบุคคล (Bandura, 1977) กล่าวคือ บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกันแต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกัน

ถ้า 2 คนนี้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองแตกต่างกัน Bandura ยังเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีความเกี่ยวข้องกับความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น ซึ่ง Bandura (1997) ได้กล่าวว่า การกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดมาจากแนวคิด 2 ประการ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิด ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา Bandura, A. (1997). Self efficacy: the exercise of control. New York: W.H.:Freemanand company. p. 22.

จากแผนภูมิข้างต้นจะเห็นว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว จากแนวคิดของทฤษฎีนี้ ความคาดหวัง 2 อย่างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น คือ ความคาดหวังต่อผลที่ได้ซึ่งเป็นความมั่นใจที่ว่าพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นความมั่นใจที่ว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมอันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้สำเร็จ ในขณะที่ความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้นจะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความต้องการที่จะกระทำกับการกระทำจริงๆ (Lawrence & McLeroy, 1990) นอกจากนี้ Bandura (1997) ได้แสดงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรม โดยปัจจัยทั้ง 3

ส่วนนี้ยังทำหน้าที่ในการกำหนดซึ่งกันและกัน โดยปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมจะกำหนดการแสดงพฤติกรรมโดยกระบวนการของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง เจือใจเชิงพฤติกรรมและเจือใจเชิงสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กันมากและมีผลต่อการตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งแสดงดังแผนภูมิที่ 2

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
ความคาดหวังในสมรรถนะแห่ง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น
 ที่มา สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. (2539). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. (พิมพ์ครั้งที่2).
 กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 59.

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งสำคัญในการเชื่อมโยงระหว่างการตัดสินใจเลือกที่จะกระทำสิ่งใด และจะพยายามมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จได้ (Bandura,1982) ดังนั้นการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่หรืออาจกล่าวได้ว่าการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นผลจากความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม หากความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นความรู้สึกทางบวก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Pender(2001) ที่ได้เสนอว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรม คือ หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะพบว่ามีการรับรู้

อุปสรรคต่ำ บุคคลนั้นก็มีความพยายามทำในสิ่งที่ยาก และทำท่ายเพิ่มมากขึ้นขณะเดียวกันถ้ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำก็จะมีรับรู้อุปสรรคสูง ดังนั้นบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ (Bandura, 1986) นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีความสัมพันธ์ทั้งโดย ตรงและโดยอ้อมกับพฤติกรรม และการที่บุคคลจะรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงหรือต่ำจะขึ้นกับปัจจัย 4 อย่าง ได้แก่

1. การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูด ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant persuasion) ได้แสดงออก โดยคำพูดว่า เขามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงให้เชื่อความสามารถของตนเองนี้ย่อมทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (Self - doubts) แต่เกิดกำลังใจและมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ซึ่งสมโภชน์ เขียมสุภาษิต (2543) ได้เสนอลักษณะของตัวแบบ ไว้ดังนี้

- 2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ลักษณะของตัวแบบควรเป็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ควรจะมีทัศนคติและความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นมีความเหมาะสมและตนเองสามารถที่จะกระทำได้ เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตน

- 2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิดีทัศน์และการตูน เป็นต้น การเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้จะสามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบได้ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรมที่ต้องการได้ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มบุคคลจำนวนมากและในสถานที่ต่างๆ ได้ ปัจจุบันสื่อมีความสำคัญและมีอิทธิพลมากเนื่องจากมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้บุคคลมีการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ผ่านสื่อง่ายขึ้น

Bandura (1997) กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ นั้นประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่

1. กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ และจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบ ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ คือตัวแบบต้องมีความเหมาะสม มีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกต้องไม่ซับซ้อนและมีประโยชน์ต่อผู้สังเกต รวมทั้ง

ควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของผู้สังเกตด้วย ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ เช่น ความสามารถในการเห็น และการได้ยิน ประสบการณ์เดิม ความสามารถทางปัญญาที่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลสนใจพฤติกรรมของตัวแบบและตีความสิ่งที่ได้รับรู้มาแตกต่างกัน

2. กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมของตัวแบบ แล้วแปลงเป็นข้อมูลไปเป็นรูปแบบสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างทางปัญญาเพื่อให้จดจำได้ง่ายขึ้น

3. กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ออกมาเป็นการกระทำ การกระทำพฤติกรรมนั้นจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และการได้เทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกตจะต้องมีสมรรถภาพทางกายและทักษะที่จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

4. กระบวนการจูงใจ (Motivation processes) การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะมีการกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับความจูงใจให้กระทำ ได้แก่ สิ่งจูงใจภายนอก เช่น สิ่งของรางวัล ความรู้สึกพอใจ การยกย่อง ชมเชย การเป็นที่ยอมรับของสังคม สิ่งจูงใจที่เห็นผู้อื่นได้รับจากการกระทำพฤติกรรม ซึ่งถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลเป็นที่น่าพึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตกระทำพฤติกรรมนั้น เพราะบุคคลอาจจะเกิดความคาดหวังว่าจะได้ผลเหมือนดังเช่นตัวแบบได้รับ สิ่งจูงใจของตนเองอาจเป็นสิ่งของหรือการประเมินตนเอง บุคคลจะมีมาตรฐานของตนเอง ที่เป็นแรงจูงใจให้กระทำตามตัวแบบ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบ ถ้าการกระทำนั้นเกิดผลดีต่อตนเอง

3. การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง การกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จจะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง โดยเชื่อว่าถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ตนจะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคย ความสำเร็จหลาย ๆ ครั้งที่ได้รับจะช่วยสร้างความเชื่อที่แรงกล้าในความสามารถของตนเองแต่ความล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่าจะบั่นทอนความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นก่อนที่ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะถูกสร้างขึ้น ถ้าหากบุคคลใดได้สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้วก็มักจะมีความพยายามในการทำกิจกรรมที่กำหนด และถึงแม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ก็ไม่ย่อท้อง่าย ประสบการณ์ของ

การได้รับความสำเร็จมาก่อนเป็นแหล่งที่มาที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ ในการตัดสินใจความสามารถของตนเอง ของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นเมื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่นเกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ซึ่งโดยทั่วไปคนเรามักจะท้อถอย และคิดถึงควมล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ เมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหรือตึงเครียด เพราะคนเรามักจะตีความหมายของการปฏิบัติความเครียดว่าเป็นผลมาจากการไม่มีความสามารถดีพอ

ดังนั้นความมั่นใจในการตัดสินใจว่าตนมีความสามารถแค่ไหนจึงเป็นตัวชี้ให้เห็นว่าบุคคลจะพยายามทำงานนั้นมากเพียงใด ถ้าเขาเชื่อว่าตนไม่มีความสามารถที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จได้ จะเกิดความกลัว และพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura(1977) ที่ว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นความเชื่อมั่นเฉพาะบุคคลหรือเป็นการตัดสินใจในความสามารถของตนที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง ให้เป็นผลสำเร็จและมีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำกิจกรรมต่างๆอย่างต่อเนื่อง (Utz, 1990; Stretcher, 1986) โดยขึ้นอยู่กับความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และผลของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ยังเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ที่มีกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล(Moore, 1990) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของLawrence et al., (1990) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองนั้นเป็นสื่อกลางที่สำคัญระหว่างความรู้กับพฤติกรรม กล่าวคือถ้าวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลได้ก็จะทำนายพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างถูกต้อง สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เข้ามากระทบได้ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง จะช่วยให้ไม่หวาดหวั่นล่วงหน้าในการทำงานและทำให้เกิดความเพียรพยายาม ไม่ท้อถอยเมื่อพบอุปสรรค ยิ่งมีการรับรู้สมรรถนะของตนมากก็ยิ่งมีความพยายามและกระตือรือร้นในการทำงานมาก ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองระดับสูงจะสามารถกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่ำ (Lev and Owen, 1996) การรับรู้สมรรถนะจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินใจว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องตลอดไป

3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สรุปได้ดังนี้

3.1.1 เพศ เป็นปัจจัยที่แสดงความแตกต่างด้านสรีระของบุคคล เป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพ บทบาทในสังคม ชุมชนและครอบครัว (Kutner, 1979 อ้างใน สมทรง คำฝ่าย, 2540) เพศทำให้มีความแตกต่างด้านความสามารถกล่าวคือ เพศหญิงมีความสามารถทางภาษา การเขียนและศิลปะ ส่วนเพศชายมีความสามารถทางด้านคณิตศาสตร์ ประวัติศาสตร์ ภูมิศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ทำให้เกิดความแตกต่างในการทำกิจกรรมที่เป็นลักษณะเฉพาะเพศ จึงทำให้การแสดงความสามารถออกมาแตกต่างกัน

3.1.2 อายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคลหรือเป็นความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับเรื่องราว หรือปัญหาต่างๆของตนเอง และบุคคลที่มีอายุมากกว่าย่อมมีโอกาสมากกว่าที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง และการได้สังเกตแบบอย่างการกระทำจากบุคคลอื่นดั่งนั้นอายุที่แตกต่างจึงน่าจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Froman and Owen ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารก และทักษะการดูแลทารกของมารดา จำนวน 200 ราย จากผลศึกษา พบว่า อายุของมารดา มีความสัมพันธ์ และมีอำนาจทำนายการรับรู้สมรรถนะในการดูแลทารกในระดับสูง (Froman and Owen อ้างถึงใน เบญจวรรณ ละของผล, 2543)

3.1.3 การศึกษา เป็นพื้นฐานของความคิด การตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ มองเห็นประโยชน์ และแสวงหาความรู้ หรืออาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจได้ง่าย รู้จักแสวงหาข้อมูล และสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ จากการศึกษาของรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.1.4 ประสบการณ์เดิม เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการเรียนรู้ สถานการณ์ใหม่ได้ ผู้ที่เคยประสบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับสถานการณ์ปัจจุบันทำให้มีการเรียนรู้สถานการณ์ใหม่ได้เร็ว (Rice, 1999)

3.1.5 สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้และสถานภาพสมรส รายได้มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเอง (Pender, 1996) สถานภาพสมรสเป็นแหล่งประโยชน์ เป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Wede (1990) พบว่า

สถานภาพสมรรถสัณัสนุนความสามารถในการดูแลช่องเปิดลำไส้ในผู้ป่วยเพศชาย ทำให้มีการรับรู้คุณค่าของตนเอง และการยอมรับตนเองได้ดี

3.2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bekkers et al, (1996) ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลช่องเปิดลำไส้ (stoma self-efficacy scale) เพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลช่องเปิดลำไส้เป็นรายข้อ จำนวน 29 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ความสามารถในการดูแลช่องเปิดลำไส้ (Stoma care efficacy) และความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Social efficacy) ลักษณะการให้คะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ จาก 1 คะแนน ไม่นั่นใจเลยถึง 5 คะแนน นั่นใจมากที่สุด จากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ผ่านทางหน้าท้อง รายใหม่จำนวน 59 ราย พบว่าข้อคำถามทั้งหมดมีความตรงตามโครงสร้างและมีความเชื่อมั่นภายในสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ส่วนที่หนึ่ง เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลช่องเปิดลำไส้ 0.94 และส่วนที่สองเกี่ยวกับความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม 0.95 ก่อนนำเครื่องมือไปใช้ได้ศึกษาถึงความสอดคล้องสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลช่องเปิดลำไส้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม พบว่ามีความสอดคล้องสัมพันธ์กันสูง (Pearson $r = .73$) และพบว่าตัวทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลช่องเปิดลำไส้ คือ อายุ การวินิจฉัยโรค และอาการแสดง

Oetker-Black and Kurth, (1995) ได้สร้างเครื่องมือในการประเมินผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับตัวต่อการเผชิญกับสถานการณ์การผ่าตัดเพื่อเป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยในการเผชิญสถานการณ์ที่ซับซ้อนไม่เคยประสบมาก่อน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยมีความตรงตามเนื้อหา ความตรงภายในมากกว่าหรือเท่ากับ .84 ครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทุกมิติ แบ่งระดับคะแนนเป็น 11 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่นั่นใจเลยถึง 10 นั่นใจมากที่สุด แต่ไม่ได้กล่าวถึงเหตุผลของการให้ระดับคะแนนเช่นนี้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ มีนา ชูใจ (2552) โดยเป็นแบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง ที่ได้ดัดแปลงมาจากในกลวิธีที่ ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (Strategies Used by People to Promote Health: SUPPH) ของ Lev and Owen (1996) ภายใต้กรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งแบบวัดนี้เป็นประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองในมิติด้านความแข็งแกร่งหรือความมั่นใจในการ

ที่จะปฏิบัติจากแนวคิดที่ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง Lev and Owen (1996) จึงได้สร้างแบบวัดนี้ขึ้นและนำไปใช้ครั้งแรกกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 114 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.94 และต่อมาได้ปรับปรุง แก้ไข โดยตัดข้อคำถามออกจากเดิม 36 ข้อ ให้เหลือเพียงจำนวน 29 ข้อ และนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 64 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 จากนั้นได้นำแบบวัดที่ได้ปรับปรุง แก้ไขจนเหลือจำนวน 29 ข้อ นี้ไปใช้อีกครั้งกับผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการทำฮีโมไดอะไลซิส (Hemodialysis) จำนวน 97 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 และเมื่อผู้วิจัยทำการศึกษาในรายละเอียดของแบบสอบถามกลวิธีที่ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของ Lev and Owen (1996) พบว่าแบบวัดนี้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1. การปรับแก้ปัญหา (Coping) แบบดูรากกล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะในการปรับแก้ปัญหาของตนเอง (Self-percepts of coping efficacy) สามารถลดระดับของความพยายามในการแก้ปัญหามากมายในชีวิตได้เนื่องมาจากการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลนั้นจะต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามากระทบทั้งทางร่างกาย และจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นบุคคลจึงพยายามที่จะหาทางปรับแก้ปัญหานั้นๆ เพื่อให้สภาพจิตใจคืนสู่สมดุล และการพัฒนาความสามารถในการปรับแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันยังจัดเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถวิเคราะห์และหาทางแก้ปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) จึงกล่าวได้ว่าการปรับแก้ปัญหานั้นเป็นการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และไม่สามารถที่จะตัดสินได้ว่าวิธีใดดีที่สุด ขึ้นอยู่กับบริบทของสภาพการณ์ และผู้ป่วยที่สามารถใช้กลวิธีเฉพาะในการปรับแก้ปัญหากับความกดดันที่เกิดขึ้นจากการรักษาได้ก็จะทำให้เกิดความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้กลวิธีเฉพาะในการปรับแก้ปัญหากับความกดดันที่เกิดจากการรักษาได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองลดน้อยลง (Lev, 1992) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จึงจะต้องคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ โดยการแสวงหากลวิธีเฉพาะในการปรับแก้ปัญหานั้นๆ ที่เหมาะสมกับตัวเองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

2. การลดความเครียด (Stress Reduction) การแสดงออกทางที่แสดงถึงการรับรู้การผ่อนคลายอาจจะมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังและความรู้สึกเชื่อมั่นในความสำเร็จ (Bandura, 1986) เนื่องจากการผ่อนคลายเป็นกลวิธีเฉพาะของบุคคลในการที่จะลดความเครียด

ด้วยวิธีต่างๆ กันตามความเหมาะสม และความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งจะได้ผลก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าการลดความเครียดด้วยวิธีนี้จะให้ผลจริงจั่งซึ่ง Lev (1992) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้มีการใช้กลวิธีในการดูแลตนเองเฉพาะอย่าง เช่น การผ่อนคลาย (Relaxation) การสวดมนต์ภาวนา (Prayer) การทำสมาธิ (Meditation) และการจินตนาการ (Imaging) จะมีความเครียดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้

3. การตัดสินใจ (Making Decision) (Bandura, 1986) พบว่าการที่บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเองได้จะเป็นการลดการกระตุ้นทางร่างกายและจิตใจได้จากการที่บุคคลต้องตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เป็นการเพิ่มความกดดันให้กับสภาพจิตใจและการตัดสินใจที่ดีและไม่ดี จะเป็นตัวสะท้อนถึงความสมบูรณ์ของสภาพจิตใจได้ สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษา การยอมรับการรักษา การเลือกที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การรับฟังข้อมูล รวมทั้งการตัดสินใจเลือกที่กระทำการดูแลตนเองที่เหมาะสมนั้นจัดเป็นการสะท้อนถึงความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจดูแลตนเองที่เหมาะสมในภาวะเจ็บป่วย

4. การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน (Enjoying Life) (Bandura, 1986) กล่าวว่า การประเมินสมรรถนะแห่งตนของแต่ละบุคคล มีผลต่อปริมาณความพึงพอใจที่บุคคลได้รับจากสิ่งที่ทำแตกต่างกันไป ซึ่งมนุษย์ทุกคนย่อมปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข แต่ความสุขในชีวิตของแต่ละคนย่อมไม่เหมือนกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วย กล่าวคือ ถ้าบุคคลสามารถมีประสบการณ์หรือทำสิ่งดีๆ ให้กับตนเองในขณะที่เจ็บป่วยนั้นได้ บุคคลนั้นก็สมารถที่จะมีช่วงเวลาแห่งความสุขในขณะที่เจ็บป่วยได้และเกิดเป็นกำลังใจในการรักษา ช่วยให้สามารถปรับตัวกับภาวะความเจ็บป่วยนั้นได้

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด

คุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดที่สำคัญเกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตของบุคคล เพราะถ้าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพส่วนทางด้านสุขภาพก็ได้นำแนวคิดของคุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการรักษาพยาบาล โดยเน้นด้านการส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี มิใช่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (WHO, 1947 cited in Cooley, 1998) การมีสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บถือเป็นเป้าหมายสำคัญของบุคคลทั่วไป เมื่อบุคคลเจ็บป่วยโดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง เช่น ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งอาจจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การจะกลับมีสุขภาพดีเป็นปกติ

ยอมเป็นไปได้อย่าง ฉะนั้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่เจ็บป่วยจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของบุคคลในการเผชิญกับโรคและการรักษา

4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คำว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่ และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี วัฒนธรรมแตกต่างกัน จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นนามธรรมอย่างชัดเจน มีผู้อธิบายความหมายของคุณภาพชีวิต ไว้ดังนี้

Dalkey and Rourke (1973 cited in Hanucharunkul, 1988) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุกในชีวิต เป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในชีวิต เป็นความสุขหรือไม่สุขของบุคคล

Padilla and Grant (1985) กล่าวว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี สุขภาพและความพึงพอใจในชีวิต

Goodinson and Singleton (1989) กล่าวว่า เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการมีชีวิตของบุคคล

Ferran and Powers (1992) กล่าวว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุกที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งที่บุคคลนั้นเห็นว่ามีค่าต่อตนเอง

Zhan (1992) กล่าวว่า เป็นความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิตรวมทั้งฐานะเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ

McCall (1975 cited in Meeberg, 1993) กล่าวว่า เป็นภาวะของชีวิตหรือเป็นประสบการณ์ของชีวิต ซึ่งอาจพิจารณาเป็นส่วนของบุคคลหรือสังคมโดยรวมก็ได้

Ferrell et al., (1995) กล่าวว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

Cella (1993) หมายถึง ขอบเขตซึ่งผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดได้คาดหวังไว้ไม่ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ประเมินจากความรู้สึกของผู้ป่วย 7 วัน ที่ผ่านมาภายหลังได้รับเคมีบำบัดต่อความผาสุกในชีวิตประจำวัน

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ว่าเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้ เป็นความรู้สึกของบุคคล ซึ่งเกิดจากความรู้และประสบการณ์เดิมและโดยการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น และยังกล่าวว่า คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แสดงถึงการมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานการณ์ ปัญหาครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์และทรัพยากร ตลอดจนวัตถุประสงค์ของต่าง ๆ สำหรับปัจจัยด้านบุคคลของคุณภาพชีวิตนั้น ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย หรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด (Cognitive ability) และศักยภาพและความสามารถของตนเองในการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์

ดังจะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้มากมาย ซึ่งส่วนใหญ่กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุก ความพึงพอใจ และความสุขในชีวิต (Dalkey and Rourke, 1973 cited in Hanucharurnkul, 1988; Padilla and Grant, 1985; Goodinson and Singleton, 1989; Ferran and Powers, 1992) ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวเกิดจากความรู้และประสบการณ์เดิม และจากการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น และยังเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย หรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดและศักยภาพและความสามารถในการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์ ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานการณ์ ปัญหาครอบครัวและสังคมแหล่งประโยชน์และทรัพยากร ตลอดจนวัตถุประสงค์ของต่าง ๆ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539)

Fries and Spitz (1990 cited in Montazeri, Grill, and McEwen, 1996) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในคลินิกนั้น ไม่ใช่เฉพาะความสุข ความพึงพอใจ และความเป็นอยู่ที่มีมาตรฐาน ที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวเท่านั้น แต่ต้องรวมสิ่งที่มีอิทธิพลจากสถานการณ์ทางคลินิกด้วย ดังที่ Padilla and Grant (1985) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีคุณค่า และมีความเกี่ยวเนื่องกับการดูแลที่ได้รับจากพยาบาล ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล จึงต้องคำนึงถึงทั้งตัวผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งบริบทที่เป็นจริงซึ่งจะส่งผลทั้งทางบวกและทางลบ อันได้แก่ การรักษา การพยาบาลการเตรียมผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าความหมายของคุณภาพชีวิตมีหลากหลาย การเข้าใจถึงความหมายของคุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญ คุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลวัต

(Dynamic) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปของกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่คงที่นี้เป็นลักษณะหนึ่งของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลในช่วงชีวิตต่าง ๆ ก็จะได้ผลแตกต่างกันได้

ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตจึงมีความยุ่งยาก เนื่องจากวัฒนธรรม จริยธรรม ศาสนา และความเชื่ออื่น ๆ ของบุคคลมีผลต่อการรับรู้ความหมายของคุณภาพชีวิตและผลที่ตามมาของคุณภาพชีวิตด้วย (Zhan, 1992) ฉะนั้นการที่จะนำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นในวัฒนธรรมตะวันตกมาใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมตะวันออกจึงต้องมีการพิจารณาอย่างถี่ถ้วน

4.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

Yoo et al.,(2005) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตFACT-C Version4 ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด 52 ราย แบ่งการวัดออกเป็น 2 ระยะ คือ 1 เดือนแรกและอีก 6 เดือนหลังผ่าตัด คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.70 – 0.93 และคุณภาพชีวิต 1 เดือนหลังผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำและอีก 6 เดือนหลังผ่าตัดคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปกติ สอดคล้องกับ Scheithauer, et al. (1993) ได้เปรียบเทียบระยะรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในระยะลุกลามของโรคไม่สามารถผ่าตัดได้และไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน แบ่ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง 12 ราย กับกลุ่มที่ได้รับการยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาแบบประคับประคอง 24 ราย คุณลักษณะของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันและเป็นการสมัครใจของผู้ป่วยที่จะเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง วัดคุณภาพชีวิตทุก 2 เดือนด้วยแบบวัด Optimisted Functional Living Index-Cancer Scale พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมีชีวิตยืนยาว 11 เดือนและที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดมีชีวิตได้ 5 เดือน การวัดคุณภาพชีวิตวัดได้เฉลี่ย 5 ครั้งต่อคน ผลคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนใหญ่มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาเหลือผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ 3 ราย ทั้งหมดเป็นกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยแม้จะรู้ว่าตนเองมีอาการที่หนักก็ยังมีความต้องการที่จะรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งคิดว่าอาจจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะทำให้สุขภาพของตนดีขึ้นและให้มีความหวังในการมีชีวิตรอด

4.3 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

Ferrell, (1996) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้

1. ด้านความผาสุกของร่างกาย (physical well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุม หรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย

2. ด้านความผาสุกทางจิตใจ (psychological well-being) เป็นวิธีที่จะเผชิญต่อความเจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ในด้านการเผชิญความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ และการให้ทางเลือกของชีวิต

3. ด้านความผาสุกทางสังคม (social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพ และบทบาททางสังคม

4. ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ได้แก่ ความหวัง และความเชื่อของบุคคลทั้งในด้านศาสนา หรือสิ่งอื่นที่เป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของบุคคล

คุณภาพชีวิต Cella (1993) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical Well-Being : PWB) เกี่ยวข้องกับผลกระทบของการรักษาต่อร่างกาย เช่น ความรู้สึกหมดเรี่ยวแรง อาการคลื่นไส้ ปัญหาในการรับประทานอาหาร ของครอบครัวที่เป็นผลกระทบจากการรักษาต่อสภาพร่างกาย อาการปวดความรำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา ความรู้สึกไม่สบาย การใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง

2. ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม (Social / Family Well-Being : SWS) เกี่ยวกับความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อน ๆ และการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ การได้รับกำลังใจจากครอบครัว และการยอมรับความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ความพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว ความรู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครองหรือคนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ ความพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง

3. ความผาสุกด้านอารมณ์ (Emotional Well-Being : EWB) เกี่ยวกับความรู้สึกเศร้าใจ ความรู้สึกพอใจกับวิธีที่ตนเองปรับตัวกับการเจ็บป่วย ความรู้สึกหมดหวังกับการต่อสู้กับการเจ็บป่วย ความรู้สึกกระวนกระวายใจ กังวลเกี่ยวกับความตาย กังวลว่าอาการจะแย่ลง

4. ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional Well-Being : FWB) ความสามารถในการทำงานทั่วไปได้ ความพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน การมีชีวิตที่ยังสนุกสนานได้

การนอนหลับ ความสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสำเร็จ ความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตน

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ Cella (1993) มาใช้เนื่องจากมีความสอดคล้อง และครอบคลุมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ความผาสุกด้านร่างกาย 2) ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม 3) ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ 4) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยเฉพาะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

4.4 การประเมินคุณภาพชีวิต

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคล ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีจึงควรเป็นการประเมินด้วยตนเอง การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพมี 2 ลักษณะ (Mc Sweeny, 1995) คือ

1. การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบกว้าง ๆ ไม่มุ่งไปที่ผลกระทบของโรคหรือความเจ็บป่วยใดเป็นพิเศษ สามารถประเมินได้ครอบคลุมกับกลุ่มบุคคลทั่วไปทุกสถานการณ์ หรือมีความแตกต่างของลักษณะประชากรศาสตร์ด้านวัฒนธรรม ความแตกต่างของโรค รวมทั้งที่ให้การดูแลรักษาอาจใช้ประเมินกับกลุ่มบุคคลซึ่งไม่ได้มีการประเมินคุณภาพชีวิตมาก่อน หรือใช้กับการศึกษาผลของการรักษาวิธีใหม่ได้ เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปจะมีความเป็นกลางสูง จึงสามารถนำมาเปรียบเทียบได้

2. การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโดยเฉพาะ เนื่องจากมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยในแต่ละโรคจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติที่มีความแตกต่างกันออกไป แบบประเมินคุณภาพชีวิตนี้จะใช้ในการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองต่อการปฏิบัติ (Intervention) ที่มีความสำคัญสำหรับการดำรงชีวิตของบุคคลเฉพาะกลุ่ม การประเมินด้วยเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคนี้ ผู้ที่ได้รับการประเมินจะสามารถบอกได้ตรงและง่ายเพราะเป็นเรื่องที่ตนเองกำลังประสบอยู่ นอกจากนี้ยังสามารถใช้บอกความเปลี่ยนแปลงในการดำเนินของโรคในระยะต่าง ๆ ได้ดี

Cella (1993) ได้สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (Functional assessment of cancer therapy) ในปี 1989 ซึ่งมีความเหมาะสมในการใช้ประเมินผู้ป่วยโรคมะเร็ง

เต้านมลักษณะของแบบสอบถาม FACT (Functional Assessment of Cancer Therapy) ประกอบด้วย

1. ข้อคำถามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปจำนวน 27 ข้อ (FACT – C) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

1.1 ความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ

1.2 ความผาสุกด้านครอบครัว/สังคม จำนวน 7 ข้อ

1.3 ความผาสุกด้านอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ

1.4 ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ

2. ข้อคำถามประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 9 ข้อ ได้ผ่านการศึกษาค้นคว้าหาความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิต Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุวรรณี สิริเลิศตระกูล และคณะ ว่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านทั้งฉบับมีความน่าเชื่อถือได้ในระดับสูงเป็นที่น่าพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ในแต่ละด้านดังนี้คือ ด้าน PWB .85, EWB .82, SWB .64, BCS .79, FACT-G .87 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อพบว่าข้อคำถามส่วนใหญ่สามารถแยกผู้ที่มีคุณภาพชีวิตดีและไม่ดีจากกันได้ ($t > 1.75$)

4.5 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ทำการศึกษานี้ จำแนกได้ดังนี้

1. เพศ พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย (Holzemer, Gygax, Wilson, Kempainen, and Coleman, 1998)

2. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ Padilla and Grant (1985) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่าตัดลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีประสบการณ์ของชีวิตมากกว่าทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตได้ดีรวมทั้งมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

3. การผ่าตัดลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง (Colostomy) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ Yoo et al.,(2005) พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ไม่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง

4. สูตรเคมีบำบัด เคมีบำบัดที่นิยมใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีด้วยกันหลายสูตร แต่ละสูตรประกอบด้วยตัวยาหลายชนิดร่วมกัน ทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยในระดับที่แตกต่างกัน (Piper et al., 1987; Holmes, 1991; Green et al. 1994; Mock et al., 1997; นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542)

5. จำนวนครั้งของการให้เคมีบำบัด การให้เคมีบำบัดชุด 1-3 เป็นช่วงที่เกิดอาการข้างเคียงสูงสุด (Berger and Higginbotham, 2000; ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสี, 2543)

6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ Akin et al., (2008) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านการปฏิบัติตามการรักษาโรคมะเร็งและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของมินา ซุใจ (2552) , (Lev and Owen, 1996) การรับรู้สมรรถนะจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องตลอดไป และการศึกษาของ Cunningham and Lockwood (1991) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพชีวิตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 273 ราย พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ด้านบวกอยู่ในระดับสูง

5. บทบาทพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

5.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

5.1.1 ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาอย่างละเอียด ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ ทั้งในระยะก่อนและหลังให้ยาเคมีบำบัด

5.1.2 ติดตามความก้าวหน้าของโรคและการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

5.1.3 ริเริ่มและกำหนดแผนดูแลที่เฉพาะและเหมาะสมตามปัญหาที่พบโดย บุรณการ ความรู้ทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุนที่มีหลักฐานอ้างอิงกับปัญหานั้นมาตัดสิน ให้การพยาบาลอย่างอิสระและมีระบบ เช่น

1. ดูแลให้ได้รับยาเคมีบำบัดและป้องกันอาการข้างเคียง
2. ดูแลฟื้นฟูสภาพ
3. นำการบำบัดทางการพยาบาลมาใช้ เช่น ดนตรีบำบัด เพื่อลดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน

4. ความวิตกกังวลโดยให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) ในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด Course แรก ทุกคน

5. ให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help group) ในกรณีมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป

6. ป้องกันภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง

5.1.4 ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแผนการดูแลที่ต่อเนื่องขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน และจัดระบบการส่งต่อไปที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อรับยาเคมีบำบัดต่อ Day 8 หรือรับยากระตุ้นเม็ดเลือด เป็นต้น

5.1.5 เป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัวในการเจรจาต่อรอง เพื่อคงไว้ซึ่งสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด

5.1.6 ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของโรค เศรษฐฐานะและปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง

5.1.7 สร้างมาตรฐานและแนวปฏิบัติในการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด

5.1.8 ประเมินประสิทธิผลของการพยาบาลการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด โดยมีดัชนีชี้วัดการปฏิบัติที่ชัดเจน

5.1.9 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (Case manager)

5.2 ด้านการให้ความรู้

5.2.1 จัดระบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด มีการพัฒนาสื่อการให้ข้อมูลเป็นวิดิทัศน์ และมีคู่มือการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด และพัฒนาทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม สามารถเผชิญกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้

5.2.2 จัดทำโครงการพัฒนาระบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีคู่มือการสอนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด สำหรับพยาบาลและคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งจัดทำสมุดประจำตัวของผู้ป่วยเพื่อบันทึกการดูแลการให้ยาและข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย

5.2.3 สอนและให้คำแนะนำและจัดโปรแกรมการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง แก่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

5.3 ด้านการให้คำปรึกษา

5.3.1 ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤติต่างๆ และหาทางช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

5.3.2 ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยต้องรักษาต่อเนื่องกรณีโรคกลับเป็นซ้ำ

5.3.3 ให้คำปรึกษาและแนะนำแหล่งประโยชน์

5.3.4 ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาต่างๆ เช่นอาการข้างเคียงของยา หรือปัญหาบริเวณที่ต้องการความช่วยเหลือ

5.4 ด้านบริหาร

5.4.1 มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระดับโรงพยาบาล โดยจัดทำเป็น Care map ในการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่าย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

5.4.2 นำเสนอปัญหาที่พบจากระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารักษาเคมีบำบัดต่อผู้บริหารระดับต่างๆ

5.4.3 วางแผนร่วมกับพยาบาลภายในหอผู้ป่วย ในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย

5.4.4 วางแผนร่วมกับคณะกรรมการบริหาร ในการจัดทำโครงสร้างในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่พบบ่อย 10 โรคแรก เพื่อพัฒนาบุคลากรไปสู่พยาบาลชั้นสูงหรือพยาบาลชำนาญการ

5.4.5 ประสานงานกับแพทย์และทีมสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

6. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและงานวิจัยที่ผ่านมาได้สนับสนุนว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Schwarzer and Fuchs, 1995; Strecher, 1986 อ้างถึงใน ทศนีย์ ประสภิตตติคุณ, 2544) และเป็นตัวทำนายการคงอยู่และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Holloway and Watson, 2002) สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

6.1 การใช้คำพูดชักจูง เป็นกิจกรรมที่ใช้การชักจูงด้วยคำพูด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการพฤติกรรมดูแลตนเองได้สำเร็จ โดยการอธิบายให้ความรู้ ให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด เพื่อส่งเสริมสุขภาพและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลตนเอง ในด้าน การปรับแก้ปัญหา (Coping). การลดความเครียด (Stress Reduction). การตัดสินใจ (Making Decision) และการใช้ชีวิตให้เพลิดเพลิน (Enjoying Life) และการชักจูงด้วยคำพูดสนับสนุนกระตุ้นให้กำลังใจ และชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด มั่นใจว่าพฤติกรรมดูแลตนเองที่ปฏิบัติอยู่มีความสำคัญต่อสุขภาพตนเองการให้กำลังใจ และคำชมเชยตามความเหมาะสมเพื่อเป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วยความพยายามและตั้งใจให้มากขึ้น และพูดคุยทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง/ ราย หลังได้ยาเคมีบำบัดครบ 8 วันโดยข้อมูลที่จะให้ ได้จากการที่ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรม และจัดทำสื่อประกอบโปรแกรม ดังนี้

6.1.1 แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด รายละเอียดของเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และแผนการสอนเรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายใช้เวลาในการสอน 50 นาที

6.1.2 คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

6.2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ จัดให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริงที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วย ตัวแบบจะมาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับประสบการณ์ทางอ้อม จากการสังเกตความสามารถของตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริง ซึ่งเป็นไปตามที่ Bandura (1986) ได้อธิบายไว้ว่า ประสบการณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นมีความเหมาะสมและตนเองสามารถที่จะกระทำได้ เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตน

6.3 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง การฝึกฝนให้ผู้ป่วยเกิดความสำเร็จด้วยการลงมือกระทำด้วยตนเองนั้น การกระทำกิจกรรมที่ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนแล้วพบกับความสำเร็จ เช่น การผ่อนคลาย การสวดมนต์ภาวนา การทำสมาธิ และการจินตนาการ เมื่อได้กระทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อนและยากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความพยายามให้มากขึ้นจนประสบความสำเร็จในที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและสามารถคงพฤติกรรมที่ดีได้ตลอดไป

6.4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในช่วงของการรักษา การได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ การได้เข้าร่วมทำกลุ่มทำให้ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองกับผู้ป่วยอื่นๆ ได้เห็นแบบอย่างจากผู้ป่วยอื่น (Bandura, 1986) ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้รับเคมีบำบัดร่วมกันพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยและผู้วิจัยตอบข้อซักถาม โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และมีการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยโทรศัพท์ไปพูดคุยซักถามผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และได้รับเคมีบำบัด หลังจากได้รับเคมีบำบัดครบ 8 วัน ผู้วิจัยซักถามถึงอาการผิดปกติ ปัญหาการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการต่างๆ ให้คำชี้แนะและความช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ กิจกรรมครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 10 นาที เพื่อไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล ส่งผลให้สามารถดูแลตนเอง และดำรงชีวิตอย่างมีความสุขกับภาวะความเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและการคงอยู่ของพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ (ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ, 2544) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไม่ได้เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่เกิดอย่างถาวร แต่สามารถพัฒนาให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เกิดขึ้นได้ โดยการสนับสนุนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1. การใช้คำพูดชักจูง 2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3. การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง และ 4. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ในด้านการปรับแก้ปัญหา การลดความเครียด การตัดสินใจ และการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน รูปแบบวิธีการช่วยเหลือ เช่น

การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การนวด การฝึกสมาธิ การจินตนาการ การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือ การสอนและให้ข้อมูล วิธีการต่าง ๆ เหล่านี้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักดูแลตนเองและปรับตัวกับปัญหาได้ดีขึ้น (Smith, Holcombe and Stullenbarger 1994) ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตดี ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคาดว่าผลของการศึกษาจะเป็นประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น มีความสามารถที่จะดูแลตนเอง สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง

นันทา เล็กสวัสดิ์, พิชานี แสนมโนวงศ์, ทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์ และเพชรฯ หาญศิริวัฒน์กิจ (2543) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 80 ราย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวม และรายด้านทางร่างกาย และทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและวิญญาณอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมีอายุ สถานภาพสมรส รายได้ และจำนวนชุดของการให้เคมีบำบัดที่ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

วนิดา รัตนานนท์ (2545) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จำนวน 130 ราย พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษา รายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาทต่อเดือน สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวีพร ธนศิลป์ และพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2548) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แบบจำลองการจัดการอาการเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 120 คน พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ การสนับสนุน

จากครอบครัว และประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่
ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 36

มาศอุบล วงศ์พรหมชัย(2548) ได้ศึกษาความสัมพันธ์กลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการ
กับอาการ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน
150 คน พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับสูง จำนวนอาการ
กลยุทธ์การจัดการกับอาการปวด กลยุทธ์การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ กลยุทธ์การจัดการกับ
อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี
บำบัด กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ (2541) ทำการศึกษาผลการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการส่งเสริม
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน
20 ราย เป็นการศึกษาในกลุ่มเดียว ทดสอบก่อน-หลัง โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการ
ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้แหล่งสนับสนุน 2 แหล่ง ได้แก่ การให้ผู้ป่วยสังเกตจากตัว
แบบจากวิถีทัศน์ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีระดับ
คะแนนของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

นุชรี ไล่พันธ์ (2542) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ
พฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ออกทางหน้าท้องจำนวน 14 ราย โดยกลุ่ม
ทดลองได้รับโปรแกรมการสอนการดูแลช่องเปิดลำไส้ ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ตามแนวคิดของแบนดูรา โดยให้ผู้ป่วยสังเกตตัวแบบจากวิถีทัศน์นำเสนอถึงประสบการณ์
ความสำเร็จของผู้อื่น หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำการดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง และ
การได้รับการพูดชักจูงเป็นเวลา 3 วัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสอนการดูแล
ช่องเปิดลำไส้ ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ
คะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
แสดงให้เห็นว่า การสอนโดยให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อพฤติกรรมการ
ดูแลช่องเปิดลำไส้

อรพินท์ ภายโรจน์ (2543) ได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคน ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 218 ราย ได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจนัด พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนาย การปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่สามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพได้

สร้อยจันทร์ พานทอง (2545) ได้ศึกษาผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงลดลงกว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จจเรจ พิมพาภรณ์ (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการหายใจลำบากสูงกว่าระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าและมีพฤติกรรมการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบากดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สายฝน กันธมาลี, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และสมบัติ ไชยวัฒน์ (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 40 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ต่ำ กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จิตรานันท์ กุลทนนท์ (2551) ได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่เป็นเบาหวาน ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รักษาด้วยการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 88 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า รายด้าน การให้ยา ด้านการพักผ่อนและการขจัดความเครียด ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการดูแลเท้า ด้าน การดูแลสุขภาพทั่วไป และด้านการงดสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ใน ระดับปานกลาง และพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มีนา ชูใจ (2552) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล ตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรีพบว่า คุณภาพ ชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ รายด้านพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่สูงสุดและด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อนต่ำที่สุด มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าในด้านการปรับแก้ปัญหา ด้านการลดความเครียด ด้านการตัดสินใจ และด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในเชิงบวกในระดับปานกลาง ทุกด้าน และพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และอาชีพรับราชการ สามารถ ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้ ร้อยละ 32.4 ($p < 0.05$)

งานวิจัยในต่างประเทศ

Nail et al., (1989) จากการศึกษา ได้สร้างระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างมี แบบแผนสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยมะเร็งทางอายุรศาสตร์ คลินิกรังสีรักษา และคลินิกรีเวช ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 5,400, 17,000 และ 2,200 ตามลำดับ เก็บบันทึกรายละเอียด ของการให้คำปรึกษาด้วยแบบบันทึก The Record of Patient Care Telephone การให้คำปรึกษา เน้นการจัดการกับอาการข้างเคียงต่าง ๆ การดูแลตนเพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการข้างเคียง พบว่าผู้ป่วยที่ปรึกษาร้อยละ 10.5 เป็นผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 19.6 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 29.7 ผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างรับการรักษา ปัญหาส่วนใหญ่ที่ได้รับคำปรึกษา คือ ขอรายละเอียดข้อมูลเพื่อ การดูแลตนเอง ปรึกษาการปรับตัวกับการเจ็บป่วย และการจัดการกับภาวะไม่สุขสบาย หัวข้อที่ พยาบาลสามารถจัดการได้อย่างอิสระ คือ การให้ข้อมูล การเลือกรับประทานอาหาร และการดูแล

อย่างต่อเนื่อง ส่วนหัวข้อที่ต้องปรึกษาแพทย์ ได้แก่ ภาวะไม่สุขสบาย รูปแบบนี้เป็นส่วนหนึ่งที่
 เหมาะกับสถานการณ์ที่ต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็ว และเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง

Cunningham and Lockwood (1991) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพชีวิตและ
 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 273 ราย พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมี
 ความสัมพันธ์ด้านบวกอยู่ในระดับสูงและความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและ
 อารมณ์ก็มีความสัมพันธ์ด้านบวกอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

Scheithauer et al., (1993) ได้เปรียบเทียบระยะรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
 มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในระยะลุกลามของโรคไม่สามารถผ่าตัดได้และไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน
 แบ่ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง 12 ราย กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบ
 ร่วมกับการรักษาแบบประคับประคอง 24 ราย คุณลักษณะของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันและ
 เป็นการสมัครใจของผู้ป่วยที่จะเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง วัดคุณภาพชีวิตทุก 2 เดือนด้วยแบบ
 วัด Optimised Functional Living Index-Cancer Scale พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมีชีวิตยืน
 ยาว 11 เดือนและที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดมีชีวิตได้ 5 เดือน การวัดคุณภาพชีวิตวัดได้เฉลี่ย 5 ครั้ง
 ต่อคน ผลคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อาการข้างเคียงที่เกิดจากการ
 รักษาอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนใหญ่มีผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร และเมื่อสิ้นสุด
 การศึกษาเหลือผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ 3 ราย ทั้งหมดเป็นกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย
 แม้จะรู้ว่าตนเองมีอาการที่หนักก็ยังมีความต้องการที่จะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งคิดว่า
 อาจจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะทำให้สุขภาพของตนดีขึ้นและให้มีความหวังในการมีชีวิตรอด

Lev and Owen (1999) ได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และการ
 ปรับตัวในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะ จำนวน 307 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดคือ The Strategies Used
 by Patients to Promote Health (SUPPH) วัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง The
 Functional Assess Cancer Treatment (FAC-T) วัดคุณภาพชีวิต ใช้ The Profile of Mood
 Status (POMS) ประเมินความเครียดและใช้ Symptom Distress Scale (SDS) ในการประเมิน
 ความกังวลของผู้ป่วย จากนั้นทำการแบ่งการวัดออกเป็นระยะ คือ 4 เดือนแรกวัดผู้ป่วยจำนวน
 181 รายและอีก 8 เดือนต่อมาวัดผู้ป่วย จำนวน 124 ราย ซึ่งพบว่า การรับรู้สมรรถนะและการ
 ปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งจะเพิ่มขึ้นตลอดเวลาและการรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการ
 ปรับตัว

Lev et al.,(2001) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิต และกลุ่มอาการรบกวนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในครั้งแรก จำนวน 56 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่กำหนดใน 5 ครั้งต่อเดือนแบ่งการวัดออกเป็นระยะ คือ 4 เดือนแรกและอีก 8 เดือนต่อมา เครื่องมือที่ใช้ คือ Functional Assessment of Cancer Treatment-Breast (FACT-B), symptom distress, measured by the Symptom Distress Scale (SDS), and factors of self-care self-efficacy, measured by Strategies Used by Patients to Promote Health (SUPPH) ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสูงขึ้น และกลุ่มอาการรบกวนลดลง

Yoo et al.,(2005) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต FACT-C Version4 ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด 52 ราย แบ่งการวัดออกเป็น 2 ระยะ คือ 1 เดือนแรกและอีก 6 เดือนหลังผ่าตัด คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.70 – 0.93 และคุณภาพชีวิต 1 เดือนหลังผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำและอีก 6 เดือนหลังผ่าตัดคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปกติ

Akin et al.,(2008) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 141 ราย โดยใช้เครื่องมือคือ The Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer (FACT-B), The Strategies Used by Patients to Promote Health (SUPPH), The Rotterdam Symptom Checklist(RSCL) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และการให้เคมีบำบัดครั้งแรกส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านความผาสุกด้านร่างกายและความผาสุกด้านอารมณ์ในระดับสูง และส่งผลกระทบต่อ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง และในช่วงของการรักษาเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อทางร่างกายและจิตใจในระดับสูง แต่ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลด้านบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมอาการ การปฏิบัติตามการรักษาและคุณภาพชีวิต

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากเคมีบำบัด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจัดเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันจะคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองจัดเป็นสิ่งสำคัญในการเชื่อมโยงระหว่างการตัดสินใจเลือกที่จะกระทำการใดและพยายามมุ่งมั่นที่จะกระทำให้สำเร็จได้เกิดเป็นพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลด้านบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมอาการ การปฏิบัติตามการรักษาและคุณภาพชีวิต และในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในครั้งแรกที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่กำหนดใน 5 ครั้งต่อเดือน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสูงขึ้น และกลุ่มอาการรบกวนลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

1. การพูดชักจูง

- โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเป็นรายกลุ่มในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดและเทคนิคการผ่อนคลาย และพูดคุยทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง หลังได้ยาเคมีบำบัดครบ 8 วัน ด้วยคำพูดสนับสนุนกระตุ้นให้กำลังใจ และชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวก

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น

- โดยการได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริงที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วย และร่วมฝึกทักษะเทคนิคการผ่อนคลาย ร่วมกับตัวแบบ

3. การมีประสบการณ์หรือ การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง

- โดยการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง เช่นการฝึกทักษะกระทำกิจกรรมที่ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนแล้วพบกับความสำเร็จ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อกับการหายใจ การฝึกสมาธิ ดนตรีบำบัด หรือการสร้างจินตภาพ

4. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์

- จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมทำกลุ่ม ร่วมกันพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองและประสบการณ์ในการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จกับผู้ป่วยอื่นๆด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายเพื่อไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล

คุณภาพชีวิต

1. ความผาสุกด้านร่างกาย
2. ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม
3. ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ
4. ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การพยาบาลตามปกติ การดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ การให้ความรู้และข้อมูลในเรื่องของแผนการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษาจากพยาบาลประจำการ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้ (Burns and Grove, 1997)

กลุ่มทดลอง O1 — X — O2

กลุ่มควบคุม O3 ————— O4

X	หมายถึง	โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
O1	หมายถึง	การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
O2	หมายถึง	การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3 สัปดาห์
O3	หมายถึง	การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนได้รับการพยาบาลแบบปกติ
O4	หมายถึง	การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ประชากร

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยอายุระหว่าง 20- 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2552 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2553 ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัด ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุระหว่าง 20- 59 ปี
2. ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตั้งแต่ชุดที่ 1 เป็นต้นไปที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
3. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็นสามารถสื่อสารโดยการพูดและเขียนภาษาไทย
4. มีความเต็มใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
5. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก
6. ไม่มีประวัติโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคเบาหวานและไม่มีอาการทางจิตประสาท

เกณฑ์ในการคัดออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถจดจำสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาได้
2. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่รุนแรง

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่นัดมารับเคมีบำบัด ในวันอังคาร และวันพฤหัสบดี ที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate) ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองผู้วิจัย จึงแบ่งวันอังคารเป็นกลุ่มทดลอง วันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มควบคุม
2. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดเกณฑ์การเลือกจับคู่เข้ากลุ่มแต่ละกลุ่ม (Matched pair) เพื่อไม่ให้มีข้อแตกต่างกัน ตามการแบ่งคะแนนแบบจัดข้อมูลเป็นชั้นหรือกลุ่ม (Group data) โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ โดยกำหนดให้มีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศ จำนวนครั้งของการให้เคมีบำบัด สูตรยาเคมีบำบัด มี Colostomy และไม่มี Colostomy เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รายละเอียดแสดงในตารางที่ 8 (ภาคผนวก หน้า 175)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้และสิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน ตำแหน่งของโรคมะเร็ง ผลทางพยาธิสภาพของเซลล์ การรักษาที่ได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับยาเคมีบำบัดได้แก่ สูตรการได้รับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ของการได้รับยาเคมีบำบัดและประวัติการเป็นมะเร็งของบุคคลในครอบครัว บันทึกโดยผู้วิจัย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต สำหรับการศึกษา วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทยที่เฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยแปลจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของต่างประเทศชื่อ Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C) แปลโดย วรชัย รัตนธรรมาธิ มั่นมณา จิระจรัสและสุวรรณี สิริเลิศตระกูลปี 2543 จากฐานข้อมูลที่รวบรวมแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ จากคณะผู้บริหารฐานข้อมูล ของ www.facit.org ปี 2009 ประกอบด้วย

1. ข้อคำถามทั่วไป 27 ข้อ (FACT-G) แบ่งเป็น 4 ด้านคือ

- 1.1 ความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-7
- 1.2 ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8 – 14
- 1.3 ความผาสุกด้านอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15 – 20
- 1.4 ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21 – 27

2. ข้อคำถามเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 28 – 36

ข้อคำถามในแต่ละข้อ ถามความรู้สึกว่าเป็นอย่างไรบ้างในระยะเวลา 7 วัน ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ จำนวน 16 ข้อ

รู้สึกมากที่สุด	ได้	4	คะแนน
รู้สึกค่อนข้างมาก	ได้	3	คะแนน
รู้สึกปานกลาง	ได้	2	คะแนน
รู้สึกเล็กน้อย	ได้	1	คะแนน
ไม่รู้สึกเลย	ได้	0	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ จำนวน 16 ข้อ

รู้สึกมากที่สุด	ได้	0	คะแนน
รู้สึกค่อนข้างมาก	ได้	1	คะแนน
รู้สึกปานกลาง	ได้	2	คะแนน
รู้สึกเล็กน้อย	ได้	3	คะแนน
ไม่รู้สึกเลย	ได้	4	คะแนน

แปลความหมายคะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตแยกเป็นรายด้าน โดยกำหนดเกณฑ์แบ่งระดับการประเมินคุณภาพชีวิตแต่ละด้านตามการแบ่งระดับของ Best (1997 อ้างในหนึ่งฤทัย แก่นจันทร์) ด้วยการนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดของข้อคำถาม จากนั้นนำมาหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง จะทำให้ได้ช่วงคะแนนที่ใช้ในการแบ่งระดับ ซึ่งในการวิจัยนี้แบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ ดังนั้นการหาช่วงคะแนนในการแบ่งระดับการประเมินคุณภาพชีวิต มีรายละเอียดดังนี้

$$\text{การประเมินคุณภาพชีวิต มีช่วงคะแนนในการแบ่งระดับเป็น } \frac{4-0}{3} = 1.33$$

แบ่งระดับการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมและแต่ละด้าน ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0 - 1.33	การประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ
1.34 - 2.67	การประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง
2.68 - 4.00	การประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ที่ได้ดัดแปลงและสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อช่วยตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายละเอียดในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้สอนแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้สอนด้านผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยมะเร็ง 2 ท่าน

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ที่ผ่านการตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI)(Polit and Hungler, 1995) และใช้เกณฑ์ CVIมากกว่า .80 (Davis, 1992) โดยคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ หรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม (Polit and Beck, 2004)

2. นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา
สรุปผลได้ดังนี้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน
แบบสอบถามคุณภาพชีวิต CVI = .90

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย และได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นใหม่ กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .87

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) และแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella (1993)

2. กำหนดขั้นตอนการทำกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การใช้คำพูดชักจูง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)

3. กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุม เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด การดูแลตนเองเมื่อได้รับเคมีบำบัด

4. สร้างโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยจัดกิจกรรมทั้งหมดเป็นกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 3-5 คน ทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30-60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

4.1 การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูด เป็นกิจกรรมที่ใช้การชักจูงด้วยคำพูด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัด เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการพฤติกรรมดูแลตนเองได้สำเร็จ โดยการอธิบายให้ความรู้ ให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม 4 ด้าน คือการจัดการในด้านการปรับแก้ปัญหา การลดความเครียด การตัดสินใจ การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยการกล่าวสนับสนุนกระตุ้นให้กำลังใจ ชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด มั่นใจว่าพฤติกรรมดูแลตนเองที่ปฏิบัติอยู่มีความสำคัญต่อสุขภาพตนเอง

4.2 การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น จัดให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริงที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด มาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้รับเคมีบำบัด และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับประสบการณ์ทางอ้อม จากการสังเกตความสามารถของตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริง

4.3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง การฝึกฝนให้ผู้ป่วยเกิดความสำเร็จด้วยการลงมือกระทำด้วยตนเองนั้น การกระทำกิจกรรมที่ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนแล้วพบกับความสำเร็จเช่น การผ่อนคลาย การสวดมนต์ภาวนา และการทำสมาธิ เมื่อได้กระทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อนและยากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความพยายามให้มากขึ้นจนประสบความสำเร็จในที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและสามารถคงพฤติกรรมที่ดีได้ตลอดไป

4.4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกันพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้รับเคมีบำบัดได้ซักถามข้อสงสัยและผู้วิจัยตอบข้อซักถาม โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล สามารถแก้ไขได้โดยการสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีการจัดการในด้านการปรับแก้ปัญหา การลดความเครียด การตัดลึนใจ การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และมีการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยโทรศัพท์ไปพูดคุยซักถามผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและได้รับเคมีบำบัด หลังจากได้รับเคมีบำบัดครบ 8 วัน ผู้วิจัยซักถามถึงอาการผิดปกติ ปัญหาการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการต่างๆ ให้คำชี้แนะและความช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ กิจกรรมครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

5. จัดทำแผนการสอนเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เรื่องการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด รายละเอียดของเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และแผนการสอนเรื่องเทคนิคการผ่อนคลายใช้เวลาในการสอน 60 นาที

6. จัดทำคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แผนการสอน คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อช่วยตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่เข้าใจและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายละเอียดในภาคผนวก ก) ประกอบด้วยคัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้สอนแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้สอนด้านผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยมะเร็ง 2 ท่าน

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้คุณวุฒิ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1. ปรับเนื้อหาในคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. ปรับโปรแกรมให้สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
3. ปรับภาษาให้เหมาะสม เข้าใจง่าย และให้ปรับแก้คำผิด

ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขเนื้อหา ภาษา ภาพประกอบ ของแผนการสอน คู่มือแบบสอบถาม ให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

การศึกษานำร่อง โดยการนำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 3 รายเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา เวลาที่ใช้กับผู้ป่วยแต่ละกิจกรรม นำผลที่ได้มาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเข้าใจในภาษา และสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามกลวิธีที่ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (Strategies Used by People to Promote Health: SUPPH) ของเลฟและโอเวน (Lev and Owen, 1996) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการปรับแก้ปัญหา ด้านการลดความเครียด ด้านการตัดสินใจ และด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน โดยการตอบแต่ละด้านเหมือนกันคือให้ผู้ป่วยเลือกตอบ 5 ระดับคะแนน เริ่มจากคะแนน 1 ถึง 5 ซึ่งถ้าผู้ป่วยเลือก 1 คะแนน คือ ผู้ป่วยมีความมั่นใจในเรื่องนั้นต่ำสุดจนถึงคะแนน 5 คือ ผู้ป่วยมีความมั่นใจในข้อนั้นสูงสุด ตามลำดับแบบสอบถามนี้ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย และยังมีการแปลเป็นภาษาไทยโดย นิศาธรัตน์ เซตวรธรน (2541) ซึ่งได้ทดสอบแบบสอบถามกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 คน แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.95 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ มีจำนวน 4 ด้าน คือ

การปรับแก้ปัญหา	จำนวน	9	ข้อ
การลดความเครียด	จำนวน	5	ข้อ
การตัดสินใจ	จำนวน	6	ข้อ
การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน	จำนวน	5	ข้อ

แบบสอบถามมีลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	มีความมั่นใจต่ำสุด
คะแนน 2	หมายถึง	มีความมั่นใจต่ำ
คะแนน 3	หมายถึง	มีความมั่นใจปานกลาง

คะแนน 4	หมายถึง	มีความมั่นใจสูง
คะแนน 5	หมายถึง	มีความมั่นใจสูงสุด

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีช่วงคะแนนในการแบ่งระดับเป็น $\frac{5-1}{3} = 1.33$

แบ่งระดับการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0 - 1.33	การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่ำ
1.34 - 2.67	การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนปานกลาง
2.68 - 4.00	การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยระบุเกณฑ์ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน น้อยกว่าร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการทบทวนเนื้อหาให้กลุ่มตัวอย่างฟังอีกครั้ง แล้ววัดผลใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนทุกคนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 4 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.22

3.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ถูกผิด ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่า 80% แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่ถ้าพบว่าภายหลังการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับสิ่งที่ยังไม่เข้าใจและจะให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง

ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองทั้ง 20 รายตอบแบบทดสอบความรู้ได้มากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลอง คือแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา

วิทยานิพนธ์เพื่อช่วยตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายละเอียดในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้สอนแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้สอนด้านผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยมะเร็ง 2 ท่าน

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ผ่านการตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI = .90 จากนั้นนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาต่ำกว่า .80 มาปรับปรุงข้อคำถามใหม่ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .93

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนในการดำเนินการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 ระยะเวลาเตรียมการก่อนการทดลอง

ขั้นที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

ขั้นที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทดลอง

ขั้นที่ 1 ระยะเวลาเตรียมการก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยจัดเตรียมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินการทดลอง

2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผนการสอน คู่มือการดูแลตนเองของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และเทคนิคการผ่อนคลาย และเตรียมตัวแบบที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ผู้ชาย 1 ราย ผู้หญิง 1 ราย และทดลองฝึกตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ

ในการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด และทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 3 ราย

ขั้นตอนการเตรียมตัวแบบ

ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแบบ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาครบถ้วนทั้งการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัด ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง และมีความเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 2 ราย เพศหญิง 1 รายและเพศชาย 1 รายและมีขั้นตอนการเตรียมตัวแบบ ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิต เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและตัวแบบ
2. ผู้วิจัยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับตัวแบบ
3. ทบทวนขั้นตอนในการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อประเมินความพร้อมของตัวแบบ

3. ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง โดยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ภายหลังได้รับหนังสืออนุมัติและอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม แจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัย แผนการดำเนินงานวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2552 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2553 มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม การพบครั้งที่ 1 (ช่วงเช้าก่อนรับเคมีบำบัดวันที่ 1) ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งได้แก่ การให้ความรู้และการปฏิบัติตัวทั่วไป ตลอดจนคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบการต่างๆ ในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย และการให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่รับเคมีบำบัดต่างๆ ไป

กลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 3 - 5 คน หลังจากนั้นเริ่มให้กิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 4 ครั้ง โดยมีกิจกรรมพบกลุ่มดังนี้

การพบครั้งที่ 1 ณ ห้องประชุม หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ใช้เวลา 1 ชั่วโมง (รับเคมีบำบัดวันที่ 1)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยแนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การมีอาการหลังจากให้เคมีบำบัด ผู้วิจัยประเมินความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ด้วยการทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อวางแผนให้การพยาบาลและช่วยเหลือ (ใช้เวลา 10 นาที)

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูล ประกอบการใช้ Powerpoint ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองจากอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และแนะนำเรื่องเทคนิคการผ่อนคลาย มอบคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้กลับไปอ่านบททวนชี้แนะวิธีการดูแลตนเองในขณะรับเคมีบำบัดโดยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะการรับการรักษา (ใช้เวลา 30 นาที)

3. ผู้วิจัยแนะนำตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และเล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองให้สมาชิกในกลุ่มได้ฟัง พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับตัวแบบและหาแนวทางปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หรือเสนอแนะประสบการณ์ โดยผู้วิจัยกล่าวสนับสนุน ให้กำลังใจ ช่วยเหลือผู้ป่วยตามสถานการณ์ให้กำลังใจชมเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้อง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการมีพฤติกรรมดูแลตนเอง และเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง (ใช้เวลา 20 นาที)

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สรุปกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด และการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงมากขึ้น กลุ่มทดลองทั้ง 20 ราย ตอบแบบทดสอบความรู้ได้มากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย ผู้ป่วยบางรายซักถามเพิ่มเติมเรื่องการดูแลตนเองที่เข้าใจผิดก่อนเข้ารับกิจกรรม ผู้วิจัยให้ความรู้ที่ถูกต้องและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเสนอแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ต้องการ ภายใต้การชี้แนะ สนับสนุนและให้กำลังใจ ตลอดการเข้าร่วมกิจกรรม ภายหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยส่วนใหญ่กล่าวว่ามีความ

เข้าใจเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและเคมีบำบัดมากขึ้น และคิดว่าจะสามารถดูแลตนเองด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยได้

การพบครั้งที่ 2 ณ ห้องประชุม หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ใช้เวลา 1 ชั่วโมง (รับเคมีบำบัดวันที่ 2)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างและพูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชักถามความเข้าใจ เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย และแก้ไขถ้าผู้ป่วยเข้าใจไม่ถูกต้อง (ใช้เวลา 15 นาที)

2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง “เทคนิคการผ่อนคลาย” ครอบคลุมเนื้อหา ชนิดของการผ่อนคลาย ระยะเวลาในการฝึก ประโยชน์ และวิธีการฝึก เพื่อลดอาการเครียด วิตกกังวล และช่วยทำให้อนอนหลับได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเองขณะรับเคมีบำบัด คอยสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยตามสถานการณ์ชมเชยให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้อง (ใช้เวลา 20 นาที)

3. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ด้วยการสาธิตและฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ร่วมกับตัวแบบ (ใช้เวลา 40 นาที)

สรุปกิจกรรมครั้งที่ 2 ภายหลังจากได้รับกิจกรรมการพยาบาล เมื่อทบทวนความรู้ที่ให้ในครั้งที่ 1 ผู้ป่วยสามารถบอกผู้วิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาด้วยเคมีบำบัด และการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงได้ถูกต้อง ในส่วนการให้ความรู้และฝึกทักษะเทคนิคการผ่อนคลายผู้ป่วยทุกคนสามารถปฏิบัติได้ตามคำแนะนำดี ภายหลังจากฝึกเทคนิคการผ่อนคลายผู้ป่วยทุกคนกล่าวว่า ลดอาการเครียด และวิตกกังวลและช่วยทำให้อนอนหลับได้ดีขึ้น

การพบครั้งที่ 3 ณ ห้องประชุม หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ใช้เวลา 30 นาที (รับเคมีบำบัดวันที่ 3)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างและพูดคุยสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดและให้คำชี้แนะและความช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และทบทวนความรู้ตามความต้องการของผู้ป่วย

3. ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน น้อยกว่าร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการทบทวนเนื้อหาให้กลุ่มตัวอย่างฟังอีกครั้ง แล้ววัดผลใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง และนัดพบด้วยการพูดคุยทางโทรศัพท์หลังได้รับเคมีบำบัดครบ 8 วัน

สรุปกิจกรรมครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทุกคนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 4 ภายหลังจากได้รับการพยาบาลเมื่อทบทวนความรู้ที่ให้ในครั้งที่ 1 ผู้ป่วยสามารถบอกผู้วิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาด้วยเคมีบำบัดและการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงได้ถูกต้อง และผู้ป่วยมีการฝึกทักษะเทคนิคการผ่อนคลาย ภายหลังจากฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการหายใจ และการฝึกสมาธิ ผู้ป่วยบอกว่าช่วยทำให้ผ่อนคลายและนอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น

การพบครั้งที่ 4 การติดตามทางโทรศัพท์ หลังได้เคมีบำบัดครบ 8 วัน ใช้เวลา 10-15 นาที

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและพูดคุยสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลตนเองอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด
2. ชักถามปัญหาการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการต่างๆ ให้คำชี้แนะและความช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองขณะรับเคมีบำบัด และการฝึกทักษะการผ่อนคลาย อย่างต่อเนื่อง

สรุปกิจกรรมครั้งที่ 4 จากการที่ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหา พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหารื่องนอนไม่หลับ 3 ราย ผู้วิจัยกระตุ้นให้ฝึกการผ่อนคลายอย่างต่อเนื่องจะช่วยทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น และส่วนมากมีอาการอ่อนเพลีย และเบื่ออาหาร เทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้ส่วนมากจะใช้วิธีการนั่งสมาธิและการหายใจร่วมกับคลายกล้ามเนื้อ

หมายเหตุ ในวันที่ 8 ของการรับเคมีบำบัดเป็นช่วงที่มีอาการข้างเคียงที่เพิ่มสูงขึ้นระหว่าง รับเคมีบำบัด

ขั้นที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทดลอง

ในสัปดาห์ที่ 3 เมื่อผู้ป่วยมารับเคมีบำบัดครั้งต่อไป ณ ห้องประชุม หอผู้ป่วย ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต
2. ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองผู้วิจัยแนะนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและให้ความรู้ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย พร้อมกับแจกคู่มือที่ใช้ให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยกล่าวสรุปและขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมวิจัย (ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 40 ราย) สรุปกิจกรรมครั้งที่ 5 ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมการทดลอง ทุกคนกล่าวว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีประโยชน์มาก ทำให้มีความรู้และมีทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากผู้วิจัยจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หลังจากผ่านการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกับแพทย์เจ้าของไข้ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยได้รับทราบ
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดีโดยให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกที่คัดเลือกในวันอังคาร เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งจะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 20 คนหลังที่คัดเลือกในวันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งจะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 4 แล้วนำมาจับคู่โดยมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ สูตρυาเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน จำนวนครั้งของการให้เคมีบำบัดและการผ่าตัดแบบเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องและการผ่าตัดแบบไม่เปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ทั้ง 20 คู่
4. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2552 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2553 โดยผู้วิจัยได้แนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้ลงนามเข้าร่วมวิจัย
5. เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Pre-test) วันแรกของการมารับเคมีบำบัดและตรวจความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบประเมินคุณภาพชีวิต
6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

7. ดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 4 ครั้ง รวม 4 วัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการหรือการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการหรือการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับเช่นกัน ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 รายลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน ของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละและค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้สถิติการทดสอบที (Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติการทดสอบที (Independent t-test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง 3 สัปดาห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย โดยจับคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุที่แตกต่างกันไม่มากกว่า 5 ปี สูตρυาเคมีบำบัดและจำนวนครั้งของยาเคมีบำบัด ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย \bar{X} และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (Dependent t-test)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (Independent t-test)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	14	70.00	14	70.00
หญิง	6	30.00	6	30.00
อายุ (ปี) $\bar{X} = 51.05$ SD = 7.56 $\bar{X} = 49.45$ SD = 6.94				
30 – 39	2	10.00	1	5.00
40 – 49	4	20.00	7	35.00
50 – 59	14	70.00	12	60.00
ศาสนา				
พุทธ	20	100.00	20	100.00
สถานภาพ				
สมรส	13	65.00	17	85.00
หม้าย/ หย่า/ แยก	5	25.00	2	10.00
โสด	2	10.00	1	5.00
การศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	5.00	-	-
ประถมศึกษา	13	65.00	10	50.00
มัธยมศึกษา	3	15.00	7	35.00
ประกาศนียบัตร	1	5.00	-	-
ปริญญาตรี	2	10.00	3	15.00
อาชีพ				
เกษตรกรรวม	12	60.00	10	50.00
รับจ้าง	6	30.00	4	20.00
รับราชการ	2	10.00	2	10.00
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-	-	3	15.00
แม่บ้าน/ ไม่ได้ทำงาน	-	-	1	5.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้				
ไม่มีรายได้	2	10.00	2	10.00
น้อยกว่า 3,000	1	5.00	1	5.00
3,001 – 5,000	2	10.00	6	30.00
5,001 – 10,000	7	35.00	7	35.00
10,001 – 20,000	8	40.00	4	20.00
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	11	55.00	8	40.00
ไม่เพียงพอ	9	45.00	12	60.00
สิทธิการรักษา				
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	13	65.00	16	80.00
ประกันสังคม	3	15.00	2	10.00
เบิกต้นสังกัด	4	20.00	2	10.00

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 51.05 ปี อายุอยู่ในช่วง 51- 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่ สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 65 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้ 10,001 – 20,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 55 และ ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลคือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 60

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 49.45 ปี อายุอยู่ในช่วง 51- 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 85 ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 50 มีรายได้ 10,001 – 20,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 60 และ ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล คือ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 80

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลสุขภาพปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 20)

ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งของการเกิดโรค				
Rectum	6	30.00	8	40.00
Sigmoid colon	6	30.00	4	20.00
Recto-sigmoid	3	15.00	-	-
Splenic flexure	2	10.00	-	-
Cecum	1	5.00	3	15.00
Descending colon	1	5.00	3	15.00
Aescending colon	1	5.00	2	10.00
ผลทางพยาธิวิทยาของเซลล์				
Adenocarcinoma	18	90.00	20	100.00
Mucinous-adenocarcinoma	1	5.00	-	-
Other	1	5.00	-	-
ชนิดของการผ่าตัด				
Rt half colectomy	6	30.00	8	40.00
APR \bar{c} colostomy	4	20.00	4	20.00
LAR	3	15.00	4	20.00
Explor-lap \bar{c} LAR	2	10.00	-	-
Subtotal colectomy	1	5.00	-	-
Other	4	20.00	4	20.00
Colostomy				
ไม่มี	12	60.00	12	60.00
มี	8	40.00	8	40.00
สูตรการได้รับยาเคมีบำบัด				
De Gramont	14	70.00	14	70.00
Folfox 4	4	20.00	4	20.00
Mayo clinic	2	10.00	2	10.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด				
1 st - 4 th	8	40.00	8	40.00
5 th - 8 th	8	40.00	8	40.00
9 th - 12 th	4	20.00	4	40.00
บุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็ง				
ไม่มี	14	70.00	14	70.00
มี	6	30.00	6	30.00

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลอง การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นที่ตำแหน่งของ Rectum และ Sigmoid colon คิดเป็นร้อยละ 30 ได้รับการผ่าตัด Rt half colectomy คิดเป็นร้อยละ 30 และ ไม่มี Colostomy คิดเป็นร้อยละ 70 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของเซลล์ เป็น Adenocarcinoma คิดเป็นร้อยละ 90 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร de- Gramont คิดเป็นร้อยละ 60 จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับครั้งที่ 1 และครั้งที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 30 บุคคลในครอบครัวมีประวัติไม่เป็นมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 70 และบุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 30 พบว่า เป็นมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งตับและมะเร็งกล่องเสียง

กลุ่มควบคุม พบว่าการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นที่ตำแหน่งของ Rectum คิดเป็นร้อยละ 40 ได้รับการผ่าตัด Rt half colectomy คิดเป็นร้อยละ 40 ไม่มี Colostomy คิดเป็นร้อยละ 70 ผลทางพยาธิวิทยาของเซลล์ เป็น Adenocarcinoma คิดเป็นร้อยละ 100 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร de- Gramont คิดเป็นร้อยละ 70 จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับครั้งที่ 1 และครั้งที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 30 บุคคลในครอบครัวมีประวัติไม่เป็นมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 70 และบุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 30 พบว่า เป็นมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งตับและมะเร็งลำไส้ใหญ่

ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
สมรรถนะแห่งตน 3 สัปดาห์

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองรายด้านและ
และโดยภาพรวม (n = 20)

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
รายด้าน						
- ความผาสุกด้านครอบครัว และสังคม	2.69	0.54	สูง	3.01	0.42	สูง
- ความผาสุกด้านร่างกาย	2.54	0.54	ปานกลาง	3.22	0.41	สูง
- ความผาสุกด้านอารมณ์	2.50	0.97	ปานกลาง	3.37	0.52	สูง
- ความผาสุกด้านการ ปฏิบัติกิจกรรม	2.47	0.88	ปานกลาง	2.84	0.59	สูง
- ข้อคำถามเฉพาะโรค	2.37	0.27	ปานกลาง	2.46	0.26	ปานกลาง
โดยภาพรวม	2.44	0.47	ปานกลาง	2.97	0.30	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนทดลอง คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.44$) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านครอบครัว และสังคม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.69$) ด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และข้อคำถามเฉพาะโรค อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.54, 2.50, 2.47$ และ 2.37 ตามลำดับ)

หลังทดลอง คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.97$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านความผาสุกด้านครอบครัวและสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.22, 3.01, 3.37$ และ 2.84 ตามลำดับ) ส่วนข้อคำถามเฉพาะโรค คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.46$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิต ของกลุ่มควบคุม รายด้าน และโดยภาพรวม (n = 20)

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S D	ระดับ	\bar{X}	S D	ระดับ
รายด้าน						
- ความผาสุกด้านครอบครัว และสังคม	2.85	0.51	สูง	2.86	0.46	สูง
- ความผาสุกด้านร่างกาย	2.38	0.64	ปานกลาง	2.41	0.51	ปานกลาง
- ความผาสุกด้านอารมณ์	2.58	0.71	ปานกลาง	2.75	0.58	ปานกลาง
- ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	2.40	0.72	ปานกลาง	2.01	0.65	ปานกลาง
- ข้อคำถามเฉพาะโรค	2.32	0.24	ปานกลาง	2.55	0.26	ปานกลาง
โดยภาพรวม	2.43	0.42	ปานกลาง	2.52	0.33	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนทดลอง คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.43$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความผาสุกด้านครอบครัวและสังคมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.85$) ด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และข้อคำถามเฉพาะโรค คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.38, 2.58, 2.40, 2.38$ และ 2.32 ตามลำดับ) หลังทดลอง คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.51$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.86$) ด้านความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ข้อคำถามเฉพาะโรค และความผาสุกด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.75, 2.55, 2.41,$ และ 2.01 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3 สัปดาห์ (n = 20)

คะแนนคุณภาพชีวิต	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	2.44	0.47	ปานกลาง	19	-10.13	.00
หลังทดลอง	2.97	0.30	สูง			

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของกุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 2.44 หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต เท่ากับ 2.97 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีการทางสถิติโดยใช้ Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) นั่นคือก่อนการทดลองกุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและหลังการทดลองกุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 20)

คะแนนคุณภาพชีวิต	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	2.43	0.42	ปานกลาง	19	-2.09	.05
หลังทดลอง	2.51	0.33	ปานกลาง			

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตกุ่มควบคุม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 2.43 หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.51 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีการทางสถิติโดยใช้ Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) นั่นคือก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติกุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ กุ่มควบคุม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
สมรรถนะแห่งตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 20)

คะแนนคุณภาพชีวิต	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	2.44	0.47	38	0.06	.95
กลุ่มควบคุม	2.43	0.42			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	2.97	0.30	38	-4.60	.00
กลุ่มควบคุม	2.51	0.33			

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม เท่ากับ 2.44 ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.43 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีการทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต 2.97 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต 2.51 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีการทางสถิติด้วย Independent t – test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนกับหลังการทดลอง 3 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลอง 3 สัปดาห์ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลอง และมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยอายุระหว่าง 20- 59 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2552 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2553 ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่นัดมารับเคมีบำบัด ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี ที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate) ระหว่างกลุ่มกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองผู้วิจัย จึงแบ่งวันอังคารเป็นกลุ่มทดลอง วันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มควบคุม

2. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดเกณฑ์การเลือกจับคู่เข้ากลุ่มแต่ละกลุ่ม (Matched pair) เพื่อไม่ให้มีข้อแตกต่างกัน ตามการแบ่งคะแนนแบบจัดข้อมูลเป็นชั้นหรือกลุ่ม (Group data) โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ โดยกำหนดให้มีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศ จำนวนครั้งของการให้เคมีบำบัด สูตρυาเคมีบำบัด มี Colostomyและไม่มี Colostomy เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับแก้ปัญหาด้านการลดความเครียด ด้านการตัดสินใจ และด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริง แผนการสอนเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้นำไปทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI เท่ากับ .90 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขและทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้และนำไปวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .86

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI เท่ากับ .90 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขและทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้และนำไปวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .93

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 2 คน ชาย 1 คนหญิง 1 คน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิต เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและตัวแบบ แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน และประเมินคุณภาพชีวิต สำหรับขั้นตอนการดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการที่เป็นการดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ การให้ความรู้และข้อมูลในลักษณะที่จะเน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องของแผนการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษาต่อผู้ป่วยจำนวนมากหรือพร้อม ๆ กันหลายคนหรือรายบุคคลตามสถานการณ์ การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย จะเป็นในลักษณะของการตอบคำถาม และอธิบายแก้ไขข้อสงสัยหรือปัญหาตามผู้ป่วยแต่ละรายซักถาม โดยการจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 3 - 5 คน จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ห่างกัน 3 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับแก้ปัญหา ด้านการลดความเครียด ด้านการตัดสินใจ และด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งมีขั้นตอนคือ ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้ตามแผนการสอนเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ร่วมกับการเรียนรู้ผ่านตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดปฏิบัติตัวตามตัวแบบที่ได้เห็น รวมทั้งเป็นผู้คอยสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและหาแนวทางปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หรือเสนอแนะ

ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองให้สมาชิกในกลุ่มได้ฟัง จัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดได้มีส่วนร่วม ด้วยการฝึกทักษะเช่น การผ่อนคลาย การสวมหน้ากาก และการทำสมาธิ ผู้วิจัยสรุปประเด็นเนื้อหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องการดูแลตนเองเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดให้เกิดความเชื่อมั่นและรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม มอบคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้ผู้ป่วยไปทบทวนและนัดพบในวันถัดไปและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินการทดลอง 3 สัปดาห์ (Post- test) ด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละและค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที่ (Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที่ (Independent t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 3 สัปดาห์ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$)
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 3 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มากกว่าก่อนการทดลอง ผลการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ของ Bandura (1997) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและการคงอยู่ของพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ (ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ, 2544) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นและความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค (Bandura, 1997) โดยผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้

1. การใช้คำพูดชักจูง เป็นกิจกรรมที่ใช้การชักจูงด้วยคำพูด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการพฤติกรรมดูแลตนเองได้สำเร็จ โดยการอธิบายให้ความรู้ ให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดและเทคนิคผ่อนคลาย เพื่อส่งเสริมสุขภาพและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลตนเอง ในด้านการปรับแก้ปัญหา การลดความเครียด การตัดสินใจ และการใช้ชีวิตให้เพลิดเพลิน และการชักจูงด้วยคำพูดสนับสนุนกระตุ้นให้กำลังใจ และชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด มั่นใจว่าพฤติกรรมดูแลตนเองที่ปฏิบัติอยู่มีความสำคัญต่อสุขภาพตนเอง

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริงที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วย ตัวแบบจะมาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับประสบการณ์ทางอ้อม จากการสังเกต

ความสามารถของตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริง ซึ่งเป็นไปตามที่แบนดูรา (1986) ได้อธิบายไว้ว่า ประสบการณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นมีความเหมาะสมและตนเองสามารถที่จะกระทำได้ เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตน

3. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง การฝึกฝนให้ผู้ป่วยเกิดความสำเร็จด้วยการลงมือกระทำด้วยตนเองนั้น การกระทำกิจกรรมที่ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนแล้วพบกับความสำเร็จ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย เมื่อได้กระทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อนและยากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความพยายามให้มากขึ้นจนประสบความสำเร็จในที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและสามารถคงพฤติกรรมที่ดีได้ตลอดไป

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในช่วงของการรักษา การได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ การได้เข้าร่วมทำกลุ่มทำให้ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองกับผู้ป่วยอื่นๆ ได้เห็นแบบอย่างจากผู้ป่วยอื่น (Bandura, 1986) ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้รับเคมีบำบัดร่วมกันพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยและผู้วิจัยตอบข้อซักถาม และมีการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยโทรศัพท์ไปพูดคุยซักถามผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้รับเคมีบำบัด หลังจากได้รับเคมีบำบัดครบ 8 วัน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล ส่งผลให้สามารถดูแลตนเอง และดำรงชีวิตอย่างมีความสุขกับภาวะความเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จากเหตุผลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาใช้ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี เห็นได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lev et al.,(2001) ที่ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตและกลุ่มอาการบวมน้ำของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในครั้งแรก จำนวน 56 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่กำหนดใน 5 ครั้งต่อเดือนแบ่งการวัดออกเป็นระยะ คือ 4 เดือนแรกและอีก 8 เดือนต่อมา เครื่องมือที่ใช้ คือ Functional Assessment of Cancer Treatment-Breast (FACT-B), symptom distress, measured by the Symptom Distress Scale (SDS),

and factors of self-care self-efficacy, measured by Strategies Used by Patients to Promote Health (SUPPH) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสูงขึ้นหลังจากได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มอาการบวมน้ำลดลง และจากการศึกษาของนูซรี ได้พันธ์ (2542) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ออกทางหน้าท้องจำนวน 14 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนการดูแลช่องเปิดลำไส้ ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา โดยให้ผู้ป่วยสังเกตตัวเอง จากวิดีโอที่นำเสนอถึงประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำการดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง และการได้รับการพูดคุยซักถามเป็นเวลา 3 วัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสอนการดูแลช่องเปิดลำไส้ ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การสอนโดยให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ และจากการศึกษาของ รจเรจ พิมพารณ์ (2550) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการหายใจลำบากสูงกว่า ระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าและมีพฤติกรรมการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบากดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของมีนา ชูใจ (2552) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรีพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่สูงสุดและด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อนต่ำที่สุด มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าในด้านการปรับแก้ปัญหา ด้านการลดความเครียด ด้านการตัดสินใจและด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในเชิงบวกในระดับปานกลางทุกด้าน และพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และ

อาชีพรับราชการ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้ ร้อยละ 32.4 ($p < 0.05$)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม นั่นคือกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง ในการมีพฤติกรรมดูแลตนเอง จากการดำเนินกิจกรรมตาม 4 แนวทางของ Bandura, (1997) ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังเหตุผลที่ได้อธิบายในการอภิปรายผลสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อและบรรเทาอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการให้ข้อมูลต่างๆไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ด้วยการสอนที่ไม่เน้นการปฏิบัติ และขาดการประเมินความต้องการความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ก่อนและหลังให้ข้อมูล จึงพบว่าผู้ป่วยยังได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองหรือการชี้แนะสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ หรือข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ (จุฑากานต์ กิ่งเนตร, 2539) นอกจากนี้จากการมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเนื่องจากความเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือเลื่อนการรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง อาจทำให้มีโอกาสกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ หรือเพิ่มการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง และส่งผลต่อเนื่องถึงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย (Aistars, 1987; Irvine et al., 1991; Piper, 1993) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาใช้ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองเพื่อลดอาการแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด ทั้งนี้อาการแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดถือว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ผู้ป่วยจึงไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ประกอบกับ

มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตเนื่องจากอาการแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด ซึ่งเป็นอาการที่มีความรุนแรง อาการที่มีความทุกข์ทรมาน และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด หากเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectation) ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นหรือมั่นใจในความสามารถของบุคคลว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มั่นใจที่จะดูแลตนเองเพื่อลดอาการแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด กล่าวคือเกิดความกลัว และความวิตกกังวล คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถจึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบและปัญหาผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไม่ได้เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่เกิดอย่างถาวร แต่สามารถพัฒนาให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เกิดขึ้นได้ โดยการสนับสนุนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การใช้คำพูด ชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์

ดังนั้นสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด และส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับแก้ปัญหา ด้านการลดความเครียด ด้านการตัดสินใจ และด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลินยิ่งขึ้น จะเห็นได้จากหลังการทดลองคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ยั่งยืน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จึงเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.97$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านความผาสุกด้านครอบครัวและสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.22, 3.01, 3.37$ และ 2.84 ตามลำดับ) ส่วนข้อคำถามเฉพาะโรค คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.46$) แสดงว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่จัดกระทำขึ้นมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Lev EL et al., (2001) ที่ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตและกลุ่มอาการรบกวนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในครั้งแรก จำนวน 56 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่กำหนดใน 5 ครั้งต่อเดือนแบ่งการวัดออกเป็นระยะ คือ 4 เดือน

แรกและอีก 8 เดือนต่อมา เครื่องมือที่ใช้ คือ Functional Assessment of Cancer Treatment-Breast (FACT-B), symptom distress, measured by the Symptom Distress Scale (SDS), and factors of self-care self-efficacy, measured by Strategies Used by Patients to Promote Health (SUPPH) ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสูงขึ้น และกลุ่มอาการบรรเทาผลลง และจากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต ของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.43$) หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ($\bar{X} = 2.51$) ทั้งนี้เนื่องจากการพยาบาลตามปกติมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลซึ่งเป็นดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม และก่อนจำหน่าย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการทดลองที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรให้การสนับสนุนและเผยแพร่งานวิจัย ให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทุกคนให้ตระหนักถึงความสำคัญและผลดีที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมพยาบาล

1.2 ประยุกต์โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใช้ในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วย

1.3 ควรนำระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มาประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล เพราะรูปแบบนี้เป็นส่วนหนึ่งที่เหมาะกับสถานการณ์ที่ต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็ว และเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3. **ด้านการบริหาร** ควรกำหนด มาตรฐานการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้พัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการจัดการอาการข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดจากเคมีบำบัดได้ นอกจากนี้ควรสร้างระบบที่เอื้ออำนวยต่อญาติเพื่อให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยการประเมินญาติผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกันเพื่อพัฒนาความสามารถและให้การช่วยเหลือได้อย่างต่อเนื่อง

4. **ด้านการวิจัย**

4.1 ควรมีการติดตามศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 และติดตามจนครบ 12 ครั้ง มีการติดตามเป็นระยะๆ และมีการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง เพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและความคงทนของโปรแกรม

4.2 ควรศึกษาในลักษณะการขยายองค์ความรู้ของผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดชนิดอื่นๆ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกพร ใจแก้ว. 2537. **ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;
- จรีรัตน์ นวมะชิตี. 2547. **ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วย มะเร็ง : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทิรา จิตต์วิบูลย์. 2543. **การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษา ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จันทร์ทิวา ไตรรงค์จิตเหมาะ. 2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเองคุณภาพชีวิตและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยาวัตร คมพัยค์. 2537. การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับบริการและ ผู้ให้บริการ. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง วิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า: ทิศทางและรูปแบบ, หน้า14 - 21 กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช.
- จิราภรณ์ ทองสุโชติ. 2548. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด.ใน ศิริวรรณ วินิจสร, จิราภรณ์ ทองสุโชติ, พัสมณท์ คุ่มทวีพรหม (บรรณาธิการ), **คู่มือการ พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและรักษาด้วยรังสีรักษาเคมีบำบัด**. กรุงเทพมหานคร: ฮายาบุษะ กราฟฟิค.
- จตุกานต์ กิ่งเนตร. 2539. **ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความผาสุก ในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชวนพิศ นรเดชานนท์. 2547. **เคมีบำบัด:หลักการพยาบาล(Chemtherapy: Principle of Nursing)**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชนินทร์ ลิ้มวงศ์. 2545. ชีววิทยาของมะเร็ง. ใน นกอดล อรุโรวี สุนิต วงศ์เกียรติขจร วิชัย วาสนศิริ
 สุทธิจิต ลีลานนท์ และ วัฒนา สุพรหมจักร (บรรณาธิการ), **ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 22**,
 หน้า 7-17. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช. 2544. มะเร็งลำไส้ใหญ่. **ใกล้หมอ 24(9)**: 21-25.
- ชุตินันท์ สงวนจิรพันธุ์. 2540. **ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มน้ำหนักตัวของผู้ป่วย
 มะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
 สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทานตะวัน เนตรทอง, สมจิต หนูเจริญกุล และวรัชย์ รัตนธรร. 2543. ผลของการอมน้ำแข็งต่อ
 การป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.
รามาธิบดีพยาบาลสาร 6(3): 183-191.
- ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ. 2544. การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ. **วารสารสภาการ
 พยาบาล 16(3)**: 1-12.
- ทิพมาส ชินวงศ์. 2541. **การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วย
 มะเร็งปอด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธัญญา น้อยเปรียง. 2545. **การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม
 และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ. 2543. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นัยนา พิพัฒน์เวณิชชา. 2535. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความสามารถในการ
 พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ
 พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นราวดี ประเสริฐวิทยากิจ. 2542. **การติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้าน
 มะเร็งของผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเภสัชกรรมโรงพยาบาลและคลินิก คณะเภสัชศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- นรินทร์ วรจวุฒิ. 2537. Oncology for internists. ใน *วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาผู้ป่วยในที่เป็นปัญหา*, หน้า 252-276. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล ศาสตร์สุข. 2540. **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. 2534. **ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณ ศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา สมบัติแก้ว. 2536. **ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายอารมณ์ต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอก่อนรับการรักษาด้วยรังสี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิสาร์ตน์ เขตวรรณ. 2543. **การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความเข้มแข็งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตดา บำรุงวงศ์. 2541. **ยารักษามะเร็ง**. สงขลา : ภาควิชาเภสัช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นุชรี ไล่พันธ์. 2542. **ผลของการใช้โปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เนตร์สุวิทย์ เจริญจิตสวัสดิ์. 2547. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรจบ อินทรสุขศรี. 2542. **ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก**. ใน *ไพบูลย์ สุทธิวรรณ และบรรจบ อินทรสุขศรี (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

- บันลือ เฉลยกิตติ. 2545. **ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก**. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- เบญจวรรณ ละอองผล. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวัง ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลัง ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก**. ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประคอง อินทรสมบัติ, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ และวรัชย์ รัตนธรร. 2539. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่ออาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์และความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัด. **รามธิบดีพยาบาลสาร 2(1): 57-68.**
- ประพันธ์ กิตติสิน. 2538. Locally Advanced Adenocarcinoma of Rectum. ใน **ณรงค์ ไวก์ยางกูร และคณะ (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 13**. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร.
- ประสงค์ คุณานุกัฒน์ชัยเดช. มะเร็งลำไส้ใหญ่กับกากใยอาหาร. **วารสารโรคมะเร็ง 15 (เมษายน – มิถุนายน 2532) : 72-76.**
- ปรีชา รอดปรีชา และยุพาวรรณ ศรีสวัสดิ์. 2548. การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์. ใน **คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ) การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 6. หน้า 155-187. กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- พรอนทิพา ศักดิ์ทอง. 2550. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ Health-Related Quality of Life Thai. **Pharmaceutical and Health Science Journal 2: 3.**
- พวงน้อย สาครรัตนกุล. 2537. บทบาทพยาบาลผู้ชำนาญการในคลินิกผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช. ใน **เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการ เรื่อง พยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิก : มิติใหม่ทางการแพทย์**, โดยภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. วันที่ 9 - 11 มีนาคม 2537.
- พัทธิญา แก้วแพง. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พัสมณฑท์ คุ่มทวีพร. 2540. การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ และพันธุศาสตร์. ใน ลีวรรณ อุนนาภิรักษ์
 จันทนา รัตนฤทธิชัย วิไลวรรณ ทองเจริญ วินัส ลีพหกุล และพัสมณฑท์ คุ่มทวีพร
 (บรรณาธิการ), **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 1-19.
 กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การ
 มีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจาก
 ครอบครัวกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์
 ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- พิณฑุสร โชตนาการ. 2539. **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง
 ด้านมที่ที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพียงใจ ดาโลปการ. 2545. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งด้านมที่
 ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณฑา แห่งทรัพย์เจริญ. 2539. **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมี
 บำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลี วรลัดนากุล. 2535. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขบางประการ ความสามารถในการ
 ดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์
 ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มีนา ชูใจ. 2552. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อ
 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งด้านมภายหลังการผ่าตัดด้านม จังหวัดราชบุรี**.
 วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล .
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. 2548. **ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับ
 อาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งด้านมที่ได้รับเคมี
 บำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- แม่น้ำมณา จิระจรัส. 2539. **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รจเรจ พิมพากรณ์. 2550. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร. 2548. การตรวจคัดกรองหาเนื้องอกและมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรไทย. **คลินิกวารสารเวชปฏิบัติและการใช้ยา** 21(5): 388-395.
- วรวรรณ เหนือคลอง. 2534. **ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรษา เปาอินทร์. 2544. มะเร็งวิทยา. ใน วีรวัฒน์ เหลืองชนะ (บรรณาธิการ), **ตำราพื้นฐานทางศัลยศาสตร์.** หน้า 264-340. กรุงเทพมหานคร: ปู้คเน็ท.
- วรชัย รัตนธรรารจ. 2538. "Colon cancer." ใน วรชัย รัตนธรรารจ, บรรณาธิการ, **ตำราการรักษาโรคมะเร็ง.** หน้า 96-125. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- วรมินทร์ เจริญสุวรรณ. 2545. Colorectal cancer overview. **ตำราประกอบการประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 4 เนื่องในวโรกาส 75 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เรื่อง มะเร็งมหัศจรรย์เกิดได้ทุกวัย วันที่ 5-10 ธันวาคม 2545.** กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- วนิดา รัตนานนท์. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วารี กังใจ. **ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.** วารสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 6: 13-9.
- วารินทร์ ถาน้อย. 2545. การเจ็บป่วยเรื้อรัง.แนวทางการช่วยเหลือครอบครัว. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 16 (2): 3 -16.

วัชรวรรณ จันทร์อินทร์. 2548. **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิมลรัตน์ จงเจริญ. 2543. **โภชนบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง.** สงขลา :
โรงพิมพ์ซานเมือง.

วุฒิสิริ วีรสาร. 2547. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย และรังสีรักษา. ใน อรุณ โรจนสกุล
(บรรณาธิการ) **ศัลยศาสตร์วิวัฒน์** 26, หน้า 400-411. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

สมทรง คำฝ่าย. 2541. **ผลของการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองใน
การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมดูแลทารก.** วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. “การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง” ใน พรศรี คิดชอบ และคณะ
(บรรณาธิการ), **มะเร็งวิทยา.** กรุงเทพมหานคร: สาขามิตรเมดิเพอร์.

สมจิต หนูเจริญกุล, จารุวรรณ กฤตย์ประชา, วรชัย รัตนธรร. 2540. ทศนคติต่อโรคมะเร็ง
ปฏิบัติการตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. **รามธิบดีพยาบาล
สาร** 3(1): 34-45.

สมโภชน์ เตียมสุภาษิต. 2541. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.** กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สร้อยจันทร์ พานทอง. 2545. **ผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อ
ความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต.
สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สายฝน กันธมาลี, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และสมบัติ ไชยวัฒน์ . 2550. ผลของโปรแกรมการ
ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายและ
ความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. **พยาบาลสาร.** 34: 4.

สิรินทร์ พิบูลย์นิยม และประไพศรี ภูวเสถียร. (2546). ก้าวทันสถานการณ์ : กิเลสความเป็นเลิศ
กินตามกระแสและแฟชั่น. **วารสารทางโภชนาการ** 35(2): 71-82.

- สุดสวาท เลหาวิวิท. 2542. การรักษามะเร็งแบบประคับประคอง. ใน สมิตรา ทองประเสริฐ และ
 สาวิตรี เมฆพิฑูไลไพโรจน์ (บรรณาธิการ), **มะเร็งปอด : Lung cancer**. หน้า 287-331.
 เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- สุดาพรรณ ธัญจิรา. 2545. พยาธิสรีรวิทยาของมะเร็ง. ใน สุจินดา ริมศรีทอง สุดาพรรณ ธัญจิรา
 และอรุณศรี เตชัสหงส์ (บรรณาธิการ), **พยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์**.
 หน้า 97-116. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- สุพล จินดาทรัพย์. 2544. **ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก**, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
 เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมิตรา ทองประเสริฐ. 2536. **การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด**. เชียงใหม่: ธนบรรณการ
 พิมพ์.
- สุนทรา เลียงเชวงวงศ์. 2541. **ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้
 สมรรถนะของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชาติพิทย์ อุปลาบดี. 2536. **การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว**. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุหรี หนองอาหรี. 2547. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อ
 พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก**. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, กอบศิริ ตรงคงสิน และ จารุณี จันทร์จารุภรณ์. 2541. เคมีบำบัด:
 ภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 16(3): 5-9.
- ศรินธร มังคะมณี. 2547. **ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ
 ดูแลตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก**.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริไท พฤษะศรี. 2546. **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านม
 ภายหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ศุภกร โจรนนินทร์ อุดุลย์ รัตนวิจิตราศิศิลป์ และกริช โพธิสุวรรณ. (2544). **ตำนานใน ไพบูลย์ สุทธิวรรณ และบรรจบ อินทรสุขศรี (บรรณานุกรม), ตำราศัลยศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์**, หน้า 644-659. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- อมรรัตน์ นระสนธิ. 2550. **อาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพินท์ ภายโจนี. 2542. **ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวัง ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรนุช ประดับทอง. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการ คลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการรบกวนทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภันตรี กองทอง. 2544. **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- อภิรดี ลดาอรรษ. 2547. **การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อาคม เขียวศิลป์ และคณะ. 2531. **พยาบาลกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง**. **วารสารโรคมะเร็ง (เมษายน- มิถุนายน): 91-97.**
- อุบล จ้วงพานิช, สมจิตร์ ห่องบุตรศรี และรัชนีพร คนชุม. 2542. **ผลการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. 2543. **โรคไส้การวินิจฉัยและการรักษา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อำภาพร พั่ววิไล, วิมลรัตน์ บุญเสถียร. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. **วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล** 5: 255-79. อรุณศรี เตชัสหงส์ , 2545. ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์. ในสุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ัญญาจิราและอรุณศรี เตชัสหงส์(บรรณาธิการ), **พยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาล**. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., et al. (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 National Cancer Instruction** 85(5): 365 - 376.
- Aistars, J. 1987. Fatigue in the cancer patient. **Oncology Nursing Forum** 14(6): 25-30.
- Akin, S., Can, G, Durna, Z., and Aydiner. 2007. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast Cancer patients undergoing chemotherapy. **European Journal of Oncology Nursing** 12: 449 – 456.
- Almadrones, L. A., and Arcot, R. 1999. Patient guide to peripheral neuropathy. **Oncology Nursing Forum** 26(8): 1359-1361.
- American Cancer Society. 2008. **Cancer Facts and Figures 2006**. American Cancer Society, Atlanta, GA: Author.
- Bandura, A. 1977. **A social learning theory**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. 1986. **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. 1997. **Self efficacy: the exercise of control**. New York: W.H. Freeman.
- Bekkers, M. J. T. M., Van Knippenberg, F. C. C., Van den Borne, H. W., and van Berge Henegouwon, G. P. 1996. Prospective evaluation of psychological adaptation to stoma surgery: The role of self-efficacy. **Psychosomatic Medicine** 58: 183-191.
- Burns, N., and Grove, S. K. 1997. **The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization**. 3rd ed. Philadelphia: Rand McNally.

- Cella, D. F 1993. Quality of Life: Concept and Definition. **Journal of Pain and Symptom Management** 4(3): 186-194.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Geoge, G., et al. (1993). The functional assess of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. **Journal of Clinical Oncology** 11(3): 570 - 579.
- Cella , D. F. **Recognition and management of treatment-related side effects for endocrine therapy** [Online]. 2007. Available: [http:// buchta.lib.bioinfo.pl/auth](http://buchta.lib.bioinfo.pl/auth). [2007, September 19]
- Cummings, B. J. 1996. Adjuvant treatment for rectal cancer .**Seminars in Colon and Rectal Surgery** 47-54.
- Cunningham, A, J., Lockwood, G, A., Cunningham J. A. 1991. A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. **Patient Education and Counseling** 17(1): 71-78.
- Curt, G. A., et al. 2000. Impact of cancer – relate fatigue on the lives of patients: New finding from the fatigue coalition (Electronic version). **The Oncologist** 5: 353-360.
- Dodd, M. J., et al. 1996. Randomized clinical trial of chlohexedine versus placebo for prevention of oral mucocitis receiving chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 23(6): 921-929.
- Evans, R. W., et al. 1985. The quality of life of patients with end-stage renal disease. **The New England Journal Medicine** 132(February): 553 - 559.
- Evans, E. J., and Wickstrom, B. 1999. Subject fatigue and self-care in individuals with chronic illness. **MEDSURG Nursing** 8(6): 363-369.
- Ferrans, C., and Power, M.1992. Psychometric assessment of the quality of life index. **Research in Nursing and Health** 15: 29-38.
- Ferrell, B. 1996. The quality of lives: 1525 voices of cancer. **Oncology Nursing Forum** 23: 909-916.
- Forman, W. B. 1994. The role of chemotherapy and adjuvant therapy in the management of colorectal cancer. **Cancer** 45-49.

- Frank-Stromborg, M. 1998. Selecting and instrument to measure quality of life. **Oncology Nursing Forum** 1(5): 88-91.
- Hanucharurnkul, S. 1988. **Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand.** Doctoral' s Dissertation in philosophy, Wayne State University.
- Hogan, M. C. 1998. The nurse's role in diarrhea management. **Oncology Nursing Forum** 25(5): 879-888.
- Irvine, D. M., Vincent, L., Bubela, N., Thompson, L., and Graydon, J. 1991. A critical appraisal of the research literature investigating fatigue in the individual with **Cancer Nursing**14(14):188-199.
- Jarmars, S. 1989. Fatigue in women receiving chemotherapy for ovarian cancer. In S. Funke, Tourquist, and M. Champagne (Eds.). **Key aspects of comfort.** New York: Springer.
- Kane, M. J. (1991). Adjuvant systemic treatment for carcinoma of the colon and rectum. **Seminars in Oncology** 8: 442.
- Keswani, S. G., Baye, M. J., & Maxwell, J. P., et al. 2002. Colorectal cancer in patients younger than 40 years of age. **American surgery** 68: 871-876.
- Krause, K. 1991. Contracting cancer and coping with it Patients, experiences. **Cancer Nursing** 14(5): 240-245.
- Kreitler, S., Dina, P., and Ehrenfeld, M. 2007. Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. **Psycho-Oncology** 16: 329—341.
- Lanigan, T. L. 2000. The patient-family learning centre. **The Canadian Nurse** 96(3): 18-21.
- Lason, P. J., et al. 1998. PRO-SELF mouth aware program: An effective approach for reduce chemotherapy- induce mucositis. **Cancer Nursing** 21(4): 263-268.
- Lawrence., et al. 1990. Self-efficacy and AIDS prevention for pregnant teens. **Journal of School Health** 60: 19-24.

- Lertwongpaopun, W. 2003. **The effect of oral care program on stomatitis in acute myeloid leukemia patient undergoing chemotherapy.** Master thesis in Adult Nursing, Graduate School, Mahidol University.
- Lev, E. L. 1992. Patient's strategies for adapting to cancer treatment. **Western Journal of Nursing Research** 14: 321-595.
- Lev, E. L., and Owen, S. 1996. A measure of self-care self-efficacy. **Research in Nursing & Health** 19(5): 421-429.
- Lev, E. L., and Owen, S. (1998). A prospective study of adjustment to hemodialysis. **American Nephrology Nurses' Association Journal** 25(5): 495-506.
- Lev, E.L. et al.,2001. An intervention to increase quality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. **An International Journal** 15(3): 277-294.
- Lowry, S. F., and Eisenstate T. R. 2005. Colon and rectum, In S.F. Lowry & T. R., Eisenstate (Eds.), **Learning surgery : The surgery Clerkship manual.** New York : Springer.
- Macdonald, J. S., and Astrow, A. B. 2001. Adjuvant therapy of colon cancer. **Seminars in Oncology** 28: 30-40.
- Madeya, L. M. 1996. Oral complications from cancer therapy: Part I –Pathophysiology and secondary complication. **Oncology Nursing Forum** 23(5): 801-807.
- Marek, C. 2003. Antiemetic in patients receiving cancer chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 3(2): 259-269.
- Meeberg, G. A. 1993. Quality of life: A concept analysis. **Journal of Advance Nursing.** 18: 32-38.
- Mock, V. D., et al. 2001. Fatigue and quality of life outcomes of exercise during cancer treatment. **Cancer Practice** 9(3): 119-127.
- Moore, E. J. 1990. Using self-efficacy in teaching self-care to the elderly. **Holistic Nursing Practices** 4: 22-28.

- Munkres, A., Oberst, M. T., & Hughes, S. H. 1992. Appraisal of illness, symptom distress, self-care burden, and mood states in patients receiving chemotherapy for initial and recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum* 26: 593-599.
- Nail, L. M., et al., 1989. Nursing care by telephone: Describing practice in an ambulatory oncology center. *Oncology Nursing Forum* 16: 387-395.
- Nail, L. M. 2004. Fatigue. In Yarbro, C. H., Frogge, M. H., and Goodman, M. (Eds.), **Cancer Symptom Management** .3rd ed. Singapore: Jones and Bartlett.
- Oetker-Black, S. L., and Kaulth, C. 1995. Evaluation a Revised Self- efficacy Scale for Preoperative Patients. *ARON Journal* 62(2): 244-250.
- Orem, D. E. 1985. **Nursing: Concepts of Practice**. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book.
- Padilla, et al. 1983. Quality of life index for patient with cancer. **Research in Nursing and Health** 6(3): 117-126.
- Padilla, G.V., and Grant, M. M. 1985. Quality of life a nursing outcome variable. **Advance in Nursing Science** 8(1): 45-60.
- Pender, N. J. 1982. **Health promotion in nursing practice**. New York: Appleton Country-Croft.
- Pender, N. J. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice**. 2nd ed. USA: Appleton and Lange.
- Pignone, M. 2002. Recent development is colorectal cancer screening and prevention. **American Family Physician** 37: 10-20.
- Piper, B. F., Linsey, A. M., and Dodd, M. J. 1987. Fatigue mechanisms in cancer patients: Developing nursing theory. *Oncology Nursing Forum* 4(6):17-23.
- Piper, B. F. 1993. Fatigue In V. C, Kohlman, A. M. Lindsey, and C. M. West (Eds.), **Pathophysiological phenomena in nursing**. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. 2004. **Nursing research principle and methods**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. 1995. **Nursing research principle and methods**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.

- Potter, J. 2004. Fatigue experience in adult cancer: A phenomenological approach. **International Journal of palliative Nursing** 10(1): 15-23.
- Raw, S. M. 2002. Colorectal cancer screening: Overview of current trends. **The Nursing Clinics of North America** 37: 225-245.
- Rhodes, V. A., Madaniel, R. W., Homan, S. S., Johnson, M., and Mansen, R. 2000. Instrument to Measure Symptom Experience. **Cancer Nursing** 23(1): 49-54.
- Rice, R. 2000. Telecaring in home care: Making a telephone visit. **Geriatric Nursing** 21(1): 56-57.
- Rose, L., Pugh, L. C., Lears, K., and Gordon, D. L. 1998. The fatigue experience; Person with HIV infection. **Journal of advance Nursing** 20(4): 448-463.
- Ross, A. O. 1992. **The sense of self: Research and Theory**. New York: Springer.
- Rudy, D. R. 2000. Update colorectal cancer. **American Family Physician** 5(1): 20-36.
- Scheithauer, W., et al., 1993. Randomised comparison of combination chemotherapy plus supportive care with supportive care alone in patient with metastatic colorectal cancer. **British Medical Journal** 306 (March 1993): 752-755.
- Schober, C., et al. 1992. The role of schedule dependency of 5-Fluorouracil/Leucovorin combinations in advance colorectal cancer. **Seminars in Oncology** 19 (3): 131-132.
- Slattery, M. L. 2000. Diet, lifestyle, and colon cancer. **Seminar In Gastrointestinal Disease** 11(3): 142-146.
- Smith, M. C., Holcombe, J. K., and Stullenbarger, E. 1994. A metaanalysis of intervention effectiveness for symptom management in oncology nursing research. **Oncology Nursing Forum** 21(August): 1201-1210.
- Sonis, T. S. 1993. Oral complication. In Holland, F. J., et al.,(Eds). **Cancer Medicine**. 3rded. Philadelphia: Lee and Febiger.
- Strecher, V. J., Devellis, B. M., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. **Health Education Quarterly** 13(1): 73-91.
- Tavio, M., Milan, L., and Tirelli, U. 2002. Cancer-Related fatigue (review). **International Journal of oncology** 21: 1093-1099.

- Taylor, S. H. 1987. Drug therapy and quality of life in angina pectoris. **American Journal** 114: 234-240.
- Thanasilp, S., and Kongsaktrakul, P. 2005. Factors Predicting Quality of Life of Patients with Cancer Undergoing Chemotherapy. **Thai Journal Nursing Research** 9(4): 306-315.
- Thome, B., Dykes, A., Gunnars, B., & Hallberg, R. L. 2003. The experiences of older people living with cancer. **Cancer Nursing** 26(2): 85-96.
- Utz, S. W. 1990. Motivating self –care: A nursing approach. **Holistic Nursing Practice** 4:13- 21.
- Vatanasapt, V., et al. 1993. Cancer in Thailand. Lyon Cedex. **International Agency for Research on Cancer** 64.
- Willis, M. S. 2002. Current methods of colorectal cancer screening: Now is time. **Canadian Medical Association Journal** 16(35): 543-544.
- Wilkes, G. M. 1996. Neurological disturbance. In Groenwald, S., Frogge, M., Goodman, M., and Yarbro, C. (Eds). **Cancer symptom management**. Boston: Jones and Bartlett.
- Winningham, M. L, Nail, L. M., and Burke, M. B. 1994. Fatigue and the cancer experience of knowledge. **Oncology Nursing Forum** 21: 23-34.
- Wu, G. D. 2000. A nuclear receptor to prevent colon cancer. **New England Journal of Medicine** 349(2): 651-653.
- Yarbro, C. H., Frogge, M. H., Goodman, M., Groenwald, S. L., eds. (2000). **Cancer Nursing Principle and Practice**. 5th ed. U.S.A: Jones and Bartlett.
- Yoo, H. J., et al. 2005. Quality of Life in Colorectal Cancer Patients with Colectomy and the Validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C), Version 4. **Journal of Pain and Symptom Management** 30(1).
- WHO. Chronic obstructive disease. [Online]. 2006. Available form: <http://www.who.int/respiratory/copd/definition/en/index.html>. [2005, May 18].
- Zhan, L. 1992. Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing** 17: 795-800.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. ผศ.ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์	คณะพยาบาลศาสตร์ แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
2. อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นางสาวนิตา รัตนานนท์	พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. นางสาว แม้นมมา จิระจรัส	ผู้อำนวยการพยาบาล งานการพยาบาล อายุรศาสตร์ภาคิษาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
5. นายแพทย์ ประกอบ ลือชาเกียรติศักดิ์	นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและ
หนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศร 0512.11/ ๒๒๙๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยภคคี ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๖ พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอุษณีย์ ทับทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งคนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวเม้นมมา จิระจรัสพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวเม้นมมา จิระจรัส

งานบริหารการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวอุษณีย์ ทับทอง โทร. 08-1970-9319

ที่ ศบ 0512.11/ ๒๕๖๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๒ พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอุษณีย์ ทับทอง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววนิดา รัตนานนท์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ หัวหน้าหอผู้ป่วยอาหารล้าง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาววนิดา รัตนานนท์

งานบริหารการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ผู้นิสิตร

นางสาวอุษณีย์ ทับทอง โทร. 08-1970-9319



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/ ๑๙๑

วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทขณ์ เอื้อกิจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอุษณีย์ ทับทอง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิตวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งคนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวอุษณีย์ ทับทอง โทร. 08-1970-9319

ที่ ศธ 0512.11/ ๑๑๑1



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

[๖ พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอุษณีย์ ทับทอง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งคนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสกาจารย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิติตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อ นิสิต

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสกาจารย์

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

นางสาวอุษณีย์ ทับทอง โทร. 08-1970-9319

ที่ ศธ 0512.11/ ๑๑๑



คณะกรรมการอุดมศึกษา
อาคารวิทยศักดิ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๖ พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอุษณีย์ ทับทอง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งคนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ประกอบ เกษเกียรติศักดิ์ นายแพทย์ระดับเชี่ยวชาญด้านสัลยกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ถ้ามาเรียน

นายแพทย์ ประกอบ เกษเกียรติศักดิ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวอุษณีย์ ทับทอง โทร. 08-1970-9319

ที่ ศบ 0512.11/ 2278

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 64
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวอุษณีย์ ทับทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรี ของ มีนา ชูใจ สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ (2552) โดยมี รองศาสตราจารย์ สุนิ ทองวิเชียร เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาวอุษณีย์ ทับทอง โทร 08-1970-9319

**FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY
(FACIT) LICENSING AGREEMENT
from FACIT.org**

April 26, 2010

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to **Aussanee Thubthong** the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **Aussanee Thubthong** and all its affiliates (as defined below) ("COMPANY") are granted license to use the **Thai** versions of the **FACT-C** in one study.

"Affiliate" of (COMPANY) shall mean any corporation or other business entity controlled by, controlling or under common control with (COMPANY). For this purpose, "control" shall mean direct or indirect beneficial ownership of fifty percent (50%) or more of the voting or income interest in such corporation or other business entity.

This current license extends to (COMPANY) subject to the following terms:

- 1) (COMPANY) agrees to complete a FACIT collaborator's form on our website, www.FACIT.org. (COMPANY) is not required to provide any proprietary or confidential information on the website. Licensor agrees to use the information in the website database for internal tracking purposes only.
- 2) (COMPANY) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 3) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, (COMPANY) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 4) (COMPANY) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.

- 5) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 6) This license is not extended to electronic data capture vendors of (COMPANY). Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 7) This license is only extended for use on the internet on servers internal to (COMPANY). This FACIT license may not be used with online data capture unless specifically agreed to by Licensor in writing. Such agreement will only be provided in cases where access is password protected.
- 8) Licensor reserves the right to withdraw this license if (COMPANY) engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 9) In exchange for this license, (COMPANY) agrees to pay a fee of \$1,500 per language, per subscale, per trial for Roman-font languages (e.g. Spanish, French, German) and \$2,000 per language, per subscale, per trial for non-Roman-font languages (e.g. Japanese, Russian, Arabic). #9 IS NOT APPLICABLE AS THE FEE HAS BEEN WAIVED FOR THIS STUDY ONLY.

FACIT.org
381 S. Cottage Hill Avenue
Elmhurst, IL 60126
USA
www.FACIT.org

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
และเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๒

ที่ ศบ 0512.11/ 2403

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
 เลขรับ 3723/ 2023
 วันที่ 23 ธ.ค. 2552
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

16 ธันวาคม 2552

เลขที่รับ 1928
 วันที่ 28 ธ.ค. 2552
 เวลา 14.30 น.

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวอุษณีย์ ทับทอง นิสิตชั้นปริญญาโท ภาควิชาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งคนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 3 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งคนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และแบบประเมินอาการเหนื่อยล้า ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอุษณีย์ ทับทอง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

เรียน ฝ่าย/กลุ่มงาน/งาน..... พบส.....

Umm

..... 23 ธ.ค. 2552

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

เรียน ผู้อำนวยการ

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควรแจ้ง ร.พ. กลุ่มงานจิตเวช

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เพื่อ ทราบ ดำเนินการต่อไป
// ฝ่ายประชาสัมพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์

S
23 12 52

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ผู้นิสิิต นางสาวอุษณีย์ ทับทอง โทร. 08-1970-9319

mm
mm
สมชาย 24.12.52
24.12.52



เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

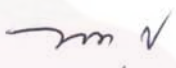
เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้วิจัย คือ นางสาวอุษณีย์ ทับทอง

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2552

ลงชื่อ 

(นายทรงศักดิ์ เสรีโรตม)

นายแพทย์ 9

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ 

(นายประวิง เอื้อนนัทธ)

ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ 2/2553

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000

โทร. (077) 272231 ต่อ2464, 2079 โทรสาร (077) 283257

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

สถานที่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วันที่..... เดือน.....พ.ศ. 2553

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัด

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและยอมรับผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย (ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ 077- 272231 ต่อ 2079 ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ อุษณีย์ ทับทอง

(นางสาวอุษณีย์ ทับทอง)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ(พยาน)

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาว อุษณีย์ ทับทอง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
(ที่บ้าน) บ้านเลขที่ 227/68 ซอยชนเกษม 26/1 ถนนชนเกษม
ต. มะขามเตี้ย อ. เมือง จ. สุราษฎร์ธานี 84000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 077272231 ต่อ 2347, 2842 โทรศัพท์ที่บ้าน 077274820

โทรศัพท์มือถือ 0819709319

E-mail : Aussanee.T@student.chula.ac.th

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัด กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับเคมี

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3.2 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 40 คน มี สติสัมปชัญญะ และสามารถบอกอาการได้ด้วยตนเอง ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การ พุด และการเขียนภาษาไทย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยออกจากงานวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่ สามารถให้เคมีบำบัดได้ตามแผนการรักษา ได้รับการวินิจฉัยหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความ ผิดปกติของระบบจิตประสาท โดยดูจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย, ไม่สามารถจดจำสิ่งที่เกิดขึ้นใน ช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาได้, เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการเข้า พักรักษาตัวภายในโรงพยาบาล และอาการด้านร่างกายไม่คงที่ สัญญาณชีพผิดปกติ

กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้มาจากผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน โดยดูข้อมูลการวินิจฉัยโรค จากแฟ้มประวัติ ผู้ป่วยเหตุผลที่ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ไว้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. รายละเอียดและขั้นตอนที่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัย มีดังนี้

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนัก ที่ได้รับเคมีที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตาม คุณสมบัติที่กำหนดไว้รวมทั้งหมด 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่ม ละ 20 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับคู่โดยคำนึงถึงความ คล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ สูตρυาที่ได้รับ จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด รายละเอียดและ ขั้นตอนให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการ ปฏิบัติในโครงการวิจัยนี้ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุมผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ หลังจากได้รับความร่วมมือและความ ยินยอมจากผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมแล้ว ผู้วิจัย ขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตและแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และได้รับความรู้และข้อมูลในลักษณะที่จะเน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องของแผนการรักษา

ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษา ต่อผู้ป่วยจำนวนมากหรือพร้อมๆ กันหลายคน หรือรายบุคคล ตอบสนองต่อความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย จะเป็นในลักษณะของการตอบคำถามและอธิบายแก้ไขข้อสงสัยหรือปัญหาตามที่ผู้ป่วยแต่ละราย ชักถาม จากพยาบาลประจำการ และประเมินคุณภาพชีวิตซ้ำอีก 2 สัปดาห์ ภายหลังจากเสร็จสิ้นการ ทดลองของกลุ่มทดลอง

กลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับความร่วมมือและความยินยอมจากผู้ป่วย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่รับยาเคมีบำบัดแล้วผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำแบบ ประเมินคุณภาพชีวิตและแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเข้าสู่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นกิจกรรมที่ใช้การชักจูงด้วยคำพูด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการพฤติกรรม การดูแลตนเองได้สำเร็จ โดยการอธิบายให้ความรู้ ให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มในเรื่องโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ จัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด เพื่อส่งเสริมสุขภาพและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัด มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลตนเอง ในด้าน การปรับแก้ปัญหา (Coping).การลดความเครียด (Stress Reduction). การตัดสินใจ (Making Decision) และการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน (Enjoying Life) และการชักจูงด้วยคำพูดสนับสนุน กระตุ้นให้กำลังใจ และชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนัก ที่ได้รับเคมีบำบัด มั่นใจว่าพฤติกรรมดูแลตนเองที่ปฏิบัติอยู่มีความสำคัญต่อสุขภาพ ตนเอง

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Vicarious experience) จัดให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ ได้รับเคมีบำบัด ได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริงที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วย ตัวแบบจะมาเล่า ประสบการณ์เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในการเจ็บป่วย และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ประสบ ความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับประสบการณ์ ทางอ้อม จากการสังเกตความสามารถของตัวแบบซึ่งเป็นบุคคลจริง ซึ่งเป็นไปตามที่แบนดูรา (1986) ได้อธิบายไว้ว่า ประสบการณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นมีความเหมาะสมและตนเองสามารถที่จะ กระทำได้ เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตน

3. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง การฝึกฝนให้ผู้ป่วยเกิดความสำเร็จด้วยการลงมือกระทำด้วยตนเองนั้น การกระทำกิจกรรมที่ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนแล้วพบกับความสำเร็จ เช่น การผ่อนคลาย (Relaxation) การสวดมนต์ภาวนา (Prayer) การทำสมาธิ (Meditation) และการจินตนาการ (Imaging) เมื่อได้กระทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อนและยากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความพยายามให้มากขึ้นจนประสบความสำเร็จในที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น และสามารถคงพฤติกรรมที่ดีได้ตลอดไป

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) ผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในช่วงของการรักษา การได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ การได้เข้าร่วมทำกลุ่มทำให้ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองกับผู้ป่วยอื่นๆ ได้เห็นแบบอย่างจาก ผู้ป่วยอื่น (Bandura, 1986) ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกันพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยและผู้วิจัยตอบข้อซักถาม โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และมีการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยโทรศัพท์ไปพูดคุยซักถามผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้รับเคมีบำบัด หลังจากได้รับเคมีบำบัดครบ 8 วัน ผู้วิจัยซักถามถึงอาการผิดปกติ ปัญหาการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการต่างๆ ให้คำชี้แนะและความช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ กิจกรรมครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 10 นาที เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล ส่งผลให้สามารถดูแลตนเอง และดำรงชีวิตอย่างมีความสุขกับภาวะความเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ในการตอบแบบสอบถามกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6.1 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง ผู้วิจัยต้องอธิบายให้กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรับทราบ และแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูล พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามให้กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย รวมถึงแนะนำวิธีการตอบแบบสอบถาม (ในกรณีที่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง)

6.2 หากกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ หรือไม่พูดภาษาไทย ผู้วิจัยต้องอธิบายให้กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรับทราบ และแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูล เมื่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยยินยอมให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรับฟัง และเป็นผู้กรอกข้อมูลในแบบสอบถามให้ตรงตามจริงตามความต้องการของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6.3 ในกรณีที่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาส/เปราะบาง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ต้องขัง เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่อง ผู้ป่วยสมองเสื่อม คนพิการ ชนกลุ่มน้อย บัญญาอ่อน ทหารเกณฑ์ ผู้ป่วยอาการหนักไม่สามารถให้คำยินยอมด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยต้องดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากบุคคลที่มีหน้าที่ในการให้การดูแลบุคคลดังกล่าวข้างต้นก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล

7. การที่ท่านเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** ท่านสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ซึ่งจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านผู้วิจัยจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

10. งานวิจัยเรื่องนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ 077- 272231 ต่อ 2079



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน
- 1.3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยคนที่.....HN.....

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยเติมลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย

หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปีเดือน
3. นับถือศาสนา
 - () พุทธ
 - () คริสต์
 - () อิสลาม
 - () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. สถานภาพ
 - () โสด
 - () สมรส
 - () หม้าย, หย่า, แยก
5. ระดับการศึกษา
 - () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ปวช.
 - () ประถมศึกษา () ปวส.
 - () มัธยมศึกษา () อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร
 - ()ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ

- () รับราชการ
- () พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- () ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
- () รับจ้าง
- () เกษตรกรรม
- () แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน
- () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

7. รายได้ต่อเดือน (บาท)

- () ไม่มีรายได้
- () น้อยกว่า 3,000 บาท / เดือน
- () 3,001 – 5,000 บาท / เดือน
- () 5,001 – 10,000 บาท / เดือน
- () 10,101 – 20,000 บาท / เดือน
- () มากกว่า 20,000 บาท / เดือน

8. ความพอเพียงของรายได้ในครอบครัว

- () เพียงพอ
- () ไม่เพียงพอ

9. สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล

- () ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- () ประกันสังคม
- () เบิกต้นสังกัด
- () จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน (ผู้วิจัยบันทึก)

1. ตำแหน่งของมะเร็ง

- Cecum
- Ascending colon
- Transverse colon
- Descending colon
- Sigmoid colon
- Rectosigmoid colon
- Rectum
- Hepatic flexure
- Splenic flexure

2. ผลทางพยาธิสภาพของเซลล์

- Adenocarcinoma
- Mucinous Aden carcinoma
- Squamous cell carcinoma
- Adenosquamous carcinoma
- Small cell carcinoma
- Undifferentiated carcinoma

3. การผ่าตัด.....

4. Regimen.....

5. Course No.....

6. มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรงเป็นมะเร็งหรือไม่

- มี ระบุ
- ไม่มี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

สำหรับผู้วิจัย

วันที่...../...../.....

Staging.....(T.....N.....M.....) Recurrence.....

Treatment : Sx.....วันที่...../...../.....

RT

CTx

NO

Regimen.....Course No.....

สำหรับผู้ป่วย

FACT-C

ข้อความข้างล่างนี้เป็นข้อความที่ผู้ป่วยโรคเดียวกับท่านกล่าวว่ามีคามสำคัญ ขอให้ท่าน
อ่านแล้วเลือก ✓ ในแต่ละหัวข้อตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน ในระยะเวลา 7 วัน ที่ผ่านมา
ท่านรู้สึกว่าเป็นอย่างไรบ้าง

ข้อความ	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้าง มาก	มาก ที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง					
2. ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้					
3. เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้ทำให้ข้าพเจ้ามี ปัญหาในการดูแลรับภาระต่าง ๆ ในครอบครัว					
**ท่านมีถุงอุจจาระทางหน้าท้องหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้ามี กรุณาตอบคำถาม 2 ข้อ ข้างล่างนี้					
35. ข้าพเจ้ารู้สึกอายที่มี ถุงอุจจาระทางหน้าท้อง					
36. การดูแลถุงใส่อุจจาระทางหน้าท้องเป็นเรื่องยุ่งยาก					

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

1.5 แบบวัดความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ สอบถามท่านเกี่ยวกับความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตัวเองว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละข้อคำถามได้ในระดับใด เมื่อท่านอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาอย่างรอบคอบว่าท่านมีความมั่นใจในวิธีการที่ท่านใช้มากน้อยเพียงใด แล้วเขียนเครื่องหมาย (√) ให้ตรงกับระดับความมั่นใจของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ข้อคำถาม	ความมั่นใจ				
	1	2	3	4	5
1.ข้าพเจ้ามั่นใจว่าสามารถจัดการกับอาการท้องอืดปวดเกร็งบริเวณช่องท้องได้					
2.ข้าพเจ้าเลือกดื่มน้ำอุ่น และอาหารไม่มันจัดเพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน					
3.ข้าพเจ้าพยายามออกกำลังกายทุกวันเพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง					
4.ข้าพเจ้าสามารถดูรูปร่างตัวเองในกระจกได้โดยไม่รู้สึกรังเกียจ					
5.ข้าพเจ้าสามารถงดยาหรือ/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์หรือยาบำรุงที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์					
.....					
25.ข้าพเจ้าเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ทำให้ชีวิตมีความสุขสงบ					

2.2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คำชี้แจง แบบวัดความรู้ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยให้ท่านเลือกว่าข้อความนั้นถูกหรือผิดขอให้ท่านเขียนเครื่องหมายกากบาท (x) ในข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้องตรงช่องถูก (✓) และเขียนเครื่องหมายกากบาท (x) ในข้อความที่ท่านคิดว่าผิดตรงช่องผิด (x)

ข้อความ	ถูก (✓)	ผิด (x)
1.สาเหตุของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงคือการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ		
2. อาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ได้แก่ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ชีต อ่อนเพลีย และน้ำหนักตัวลด		
3.การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงคือการผ่าตัดอย่างเดียว		
4.		
5.		
6.....		
7.....		
8.....		
9.....		
10.....		
11.		
12.วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อคือการล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ		

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย

2.1.1 แผนการสอน เรื่องการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2.1.2 ภาพสไลด์ ประกอบการสอน

2.1.3 คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างภาพสไลด์ ประกอบการสอน



มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อุษณีย์ ทับทอง
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัด



คู่มือดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อย่าลืม ** การควบคุมน้ำหนัก
 และการออกกำลังกาย
 ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง
 ลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้**

จัดทำโดย
 ลขณีย์ ทับทอง
 นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาจารย์ที่ปรึกษา
 รองศาสตราจารย์ ดร. สุพรรณ ธนศิลป์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอนเรื่อง การดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

วิธีการสอน	บรรยาย
ผู้ให้ข้อมูล	น.ส.อุษณีย์ ทับทอง
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด
สถานที่	หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
เวลาที่สอน	50 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป เมื่อสิ้นสุดการให้ข้อมูล

1. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด
ข้อแนะนำ วิธีปฏิบัติตนเพื่อลดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเองเพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต

กิจกรรม	แหล่งสนับสนุน
<ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง และเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด 2. ตัวแบบบรรยายถึงผลดีและประโยชน์ของการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่ประสบความสำเร็จ สามารถกลับคืนสู่สังคม การทำงานและชีวิตประจำวันได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ 3. การพูดคุยเชิง และยืนยันถึงการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และชักจูงให้ผู้ป่วยใช้ความพยายามในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 2. การใช้คำพูดชักจูงและผลสำเร็จของการลงมือกระทำด้วยตนเอง 3. การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นทางร่างกาย และการกระตุ้นทางอารมณ์

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>- เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการวิจัย</p>	<p>การสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>ผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัวต่อผู้ป่วย</p> <p>สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาว อุษณีย์ ทับทอง นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เคมีบำบัด และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียง โดยจะใช้เวลาประมาณ 50 นาที ในระหว่างที่ดิฉันให้ข้อมูลคำแนะนำ ถ้าท่านมีข้อสงสัย สามารถซักถามได้เพื่อความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ก่อนอื่นดิฉันอยากทราบว่าท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างไรและมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด</p>	<p>- เครื่องฉายวีดิทัศน์</p>	<p>- ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้วิจัย ซักถามปัญหาและสนใจฟังด้วยท่าทีที่เต็มใจ</p> <p>- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>- ผู้ป่วยบอกปัญหาและระบายความรู้สึกต่อการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรมและเนื้อหา	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสาเหตุ การวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้</p>	<p>ผู้วิจัยให้ความรู้โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก</p> <p>โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นปัญหาสุขภาพที่นับวันมีความสำคัญมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมและพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตของมนุษย์ โรคมะเร็งชนิดนี้เกิดขึ้นได้กับลำไส้ใหญ่ทุกๆ ส่วน ไม่ว่าจะเป็นลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในช่องท้อง หรือลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ในอุ้งเชิงกราน ที่เรียกว่าไส้ตรง ตำแหน่งที่พบว่าเป็นมะเร็งประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ที่บริเวณไส้ตรง อีกหนึ่งในสามอยู่ที่ลำไส้ใหญ่ซีกขวาและซีกซ้าย ส่วนที่ทวารหนัก พบร้อยละ 1-2 ของทั้งหมด พบในคนอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่สามารถพบได้ในทุกอายุ พบได้น้อยในผู้ที่อายุต่ำกว่า 40 ปี ผู้ชายเป็นโรคนี้น่ามากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย</p> <p>สาเหตุการเกิดโรค ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค</p> <p>1. ทางพันธุกรรม ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มาก่อน จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งชนิดนี้สูงขึ้น นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคตั้งเนื้อในลำไส้ใหญ่ โรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังบางชนิด จะมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงกว่าปกติ 15-20 เท่า...</p>	<p>- เครื่องฉายวิดีโอทัศน์</p>	<p>- ผู้ป่วยแสดงความสนใจและตั้งใจฟังการบรรยาย</p> <p>- ผู้ป่วยมีความสนใจซักถามปัญหา</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรมและเนื้อหา	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสาเหตุ และการวินิจฉัย และรักษาในโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้</p>	<p>การตรวจวินิจฉัย</p> <p>อาการ</p> <p>การรักษา</p> <p>เคมีบำบัดและโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง</p> <p>- เคมีบำบัด.....</p> <p>- วิธีการให้ยาเคมีบำบัด.....</p> <p>- ระยะเวลาในการให้เคมีบำบัด.....</p> <p>- การเตรียมตัวก่อนให้และขณะได้รับเคมีบำบัด.....</p> <p>- อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด.....</p> <p>- ข้อเสนอแนะ วิธีปฏิบัติตนเพื่อลด แก้ไข หรือหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัด ต่อระบบทางเดินอาหารเช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียนและเบื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ</p> <p>- ข้อเสนอแนะ วิธีปฏิบัติตนเพื่อลด แก้ไข หรือหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัด ต่อไขกระดูก</p> <p>- ข้อเสนอแนะ วิธีปฏิบัติตนเพื่อลด แก้ไข หรือหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัดต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ.....</p>	<p>- เครื่องฉายวีดิทัศน์</p>	<p>- ผู้ป่วยแสดงความสนใจ และ ตั้งใจ ฟัง การบรรยาย</p> <p>- ผู้ป่วยมีความสนใจซักถามปัญหา</p>

วิธีการสอน	แผนการสอนเรื่อง เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation Techniques) บรรยายและสาธิต
ผู้ให้ข้อมูล	น.ส.อุษณีย์ ทับทอง
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด
สถานที่	หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
เวลาที่สอน	50 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป เมื่อสิ้นสุดการให้ข้อมูล

1. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องเทคนิคการผ่อนคลาย และมีทักษะในการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย
2. ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเองเพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์	กิจกรรมและเนื้อหา	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>- ผู้ป่วยสามารถบอก ความหมายและชนิดของ เทคนิคการผ่อนคลายได้</p>	<p>เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation Techniques) หมายถึง วิธีการหรือ เทคนิคใดก็ตามที่ผู้ฝึกปฏิบัติเกิดการผ่อนคลายด้านร่างกายและจิตใจ โดยการ ลดการทำงานของร่างกาย และผลจากระบบการนี้สามารถบรรเทาอาการต่าง ๆ ด้านสรีระวิทยาและด้านจิตใจ มีผลให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น การผ่อนคลายจะ ประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องประกอบ ด้วยองค์ประกอบดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบ 2. การอยู่ในท่าที่สบาย 3. การมุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่ง 4. ทัศนคติหรือจิตที่ว่าง <p>ชนิดของเทคนิคการผ่อนคลาย (Type of Relaxation Techniques) เทคนิคการผ่อนคลายสามารถเข้าร่วมกันได้มากกว่า 1 ชนิดในแต่ละครั้ง เทคนิคการผ่อนคลายเหล่านี้ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการหายใจ 2. ดนตรีบำบัด 3. การฝึกสมาธิ 4. การสร้างจินตภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - เครื่องฉายวีดิทัศน์ - สอนสาธิต - คู่มือ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยบอก ความหมายและชนิด ของเทคนิคการผ่อนคลายได้ - ผู้ป่วยฝึกเทคนิคการ ผ่อนคลายได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>-ผู้ป่วยสามารถบอก ระยะเวลาในการฝึก และประโยชน์ของ เทคนิคการผ่อนคลาย</p>	<p><u>ระยะเวลาในการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย</u> ใช้เวลา 20 – 30 นาที วันละ 1 – 2 ครั้ง คือ เวลาเช้า 09.00 – 11.00 น. และเวลา เย็น 18.00 – 20.00 น.</p> <p><u>ประโยชน์ของเทคนิคการผ่อนคลาย</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. <p><u>การดูแลตนเอง</u> เป็นสิ่งที่มีความหมายก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยและการ ดูแลตนเองให้ได้ประสิทธิภาพที่ดีนั้น ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การ ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเคมีบำบัดทำให้การรักษามี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เครื่องฉายวีดิทัศน์ - สอนสาธิต - คู่มือ 	<p>- ผู้ป่วยบอกระยะเวลา ในการฝึกและ ประโยชน์ของ เทคนิคการ ผ่อนคลาย</p>



ภาคผนวก จ
ตารางวิเคราะห์ผลข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่เข้ากลุ่ม

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n=20)					กลุ่มทดลอง(n=20)				
	อายุ	เพศ	1	2	3	อายุ	เพศ	1	2	3
1	37	ชาย	7	1	มี	40	ชาย	7	1	มี
2	46	ชาย	5	1	มี	48	ชาย	5	1	มี
3	57	ชาย	1	1	ไม่มี	57	ชาย	1	1	ไม่มี
4	56	ชาย	4	1	ไม่มี	56	ชาย	4	1	ไม่มี
5	53	ชาย	4	3	ไม่มี	54	ชาย	4	3	ไม่มี
6	59	ชาย	1	1	มี	58	ชาย	1	1	มี
7	51	ชาย	8	1	ไม่มี	48	ชาย	8	1	ไม่มี
8	56	ชาย	12	1	ไม่มี	59	ชาย	12	1	ไม่มี
9	30	ชาย	6	3	ไม่มี	33	ชาย	6	3	ไม่มี
10	55	หญิง	6	1	ไม่มี	55	หญิง	6	1	ไม่มี
11	48	หญิง	1	4	ไม่มี	45	หญิง	1	4	ไม่มี
12	51	ชาย	1	1	มี	53	ชาย	1	1	มี
13	53	ชาย	1	1	มี	50	ชาย	1	1	มี
14	55	ชาย	1	4	ไม่มี	51	ชาย	1	4	ไม่มี
15	47	หญิง	10	1	มี	45	หญิง	10	1	มี
16	52	หญิง	6	3	ไม่มี	51	หญิง	6	3	ไม่มี
17	56	ชาย	4	3	ไม่มี	52	ชาย	4	3	ไม่มี
18	51	หญิง	12	1	ไม่มี	50	หญิง	12	1	ไม่มี
19	49	ชาย	6	1	มี	46	ชาย	6	1	มี
20	42	หญิง	6	1	มี	40	หญิง	6	1	มี

1 คือ จำนวนครั้งของการให้เคมีบำบัด

2 คือ สูตรยาเคมีบำบัด

1. de Gramont Regimen

2. FOLFIRI Regimen

3. FOLFOX Regimen

4. Mayo Clinical Regimen

3 คือ มี Colostomy ไม่มี Colostomy

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองรายข้อ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ข้อความ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S D	ระดับ	\bar{X}	S D	ระดับ
1.อาการท้องเสีย	3.35	0.75	สูง	3.85	0.37	สูง
2.การได้รับกำลังใจจากครอบครัว	3.30	0.80	สูง	3.45	0.61	สูง
3.อาการคลื่นไส้	3.00	0.89	สูง	3.65	0.59	สูง
4.อาการปวด	3.00	0.86	สูง	3.45	0.61	สูง
5.การยอมรับการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว	2.85	0.88	ปานกลาง	3.20	0.62	สูง
6.อาการท้องอืดหรือปวดเกร็งบริเวณช่องท้อง	2.90	0.85	สูง	3.70	0.47	สูง
7.ความพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	2.85	0.88	ปานกลาง	3.20	0.62	สูง
8.ความรู้สึกลี้ภัยกับคู่ครอง (หรือคนสำคัญ ที่คอยให้กำลังใจ)	2.85	0.85	ปานกลาง	3.15	0.99	สูง
9.น้ำหนักลดลง	2.80	1.24	ปานกลาง	3.35	0.81	สูง
10.ความรู้สึกกระวนกระวายใจ	2.70	1.08	ปานกลาง	3.55	0.51	สูง
11.ความรู้สึกไม่สบาย	2.60	1.10	ปานกลาง	3.45	0.69	สูง
12.ความกังวลเกี่ยวกับความตาย	2.55	1.05	ปานกลาง	3.40	0.68	สูง
13.กลัวอาการจะทรุดลง	2.55	1.15	ปานกลาง	3.30	0.66	สูง
14.ความรู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย	2.50	1.14	ปานกลาง	3.45	0.61	สูง
15.ความรู้สึกเศร้าใจ	2.40	1.00	ปานกลาง	3.35	0.67	สูง

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S D	ระดับ	\bar{X}	S D	ระดับ
16.ความพอใจกับคุณภาพชีวิต ในขณะนี้	2.40	1.14	ปานกลาง	3.30	0.66	สูง
17.ความรำคาญต่อผลข้างเคียง ที่เกิดจากการรักษา	2.40	0.94	ปานกลาง	3.25	0.64	สูง
18.ความรู้สึกพอใจกับวิธีการ ปรับตัวกับอาการ เจ็บป่วย	2.35	1.27	ปานกลาง	3.15	0.75	สูง
19. สภาพร่างกายทำให้มีปัญหา ในการดูแลรับภาระต่าง ๆ ในครอบครัว	2.30	1.30	ปานกลาง	2.90	0.97	สูง
20. ความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม กับเพื่อน ๆ	2.30	0.47	ปานกลาง	2.75	0.55	สูง
21.ความรู้สึกหมดเรี่ยวแรง	2.20	1.01	ปานกลาง	2.95	0.67	สูง
22.ความสนุกสนานยัง เหมือนเดิม	2.15	0.67	ปานกลาง	2.80	0.72	สูง
23.ความรู้สึก สนุกสนาน	2.15	0.93	ปานกลาง	2.90	0.64	สูง
24.การยอมรับการเจ็บป่วยได้	2.20	1.10	ปานกลาง	3.10	0.72	สูง
25.ส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาอนพัก อยู่บนเตียง	2.10	1.12	ปานกลาง	2.90	0.85	สูง
26.การได้รับการดูแลช่วยเหลือ จากเพื่อน ๆ	2.30	0.73	ปานกลาง	2.50	0.61	ปานกลาง
27.นอนหลับสนิทดี	2.10	0.85	ปานกลาง	2.55	0.89	ปานกลาง
28.ความพอใจในผลสำเร็จ ของงาน (รวมถึงงานบ้าน)	1.95	0.83	ปานกลาง	2.65	0.75	ปานกลาง
29.ความสามารถทำงานทั่วไป ได้ (รวมถึงงานบ้าน)	1.85	0.81	ปานกลาง	2.60	0.75	ปานกลาง
30.สามารถย่อยอาหารได้ดี	1.85	0.88	ปานกลาง	2.60	1.05	ปานกลาง

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
31.สามารถควบคุมการ ขับถ่าย ได้ดี	2.20	1.06	ปานกลาง	1.60	1.14	ต่ำ
32.ความรู้สึกริษยา รับประทาน อาหารของข้าพเจ้าเป็น ปกติดี	1.80	1.06	ต่ำ	1.10	0.79	ต่ำ
33.ความพอใจกับรูปลักษณ์ ทางกาย (รูปร่างหน้าตา)	1.15	0.93	ต่ำ	1.70	1.22	ต่ำ
34.ความพอใจกับชีวิต ทางเพศ						

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมรายช้อ ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อความ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S D	ระดับ	\bar{X}	S D	ระดับ
1.อาการท้องเสีย	3.45	0.51	สูง	3.60	0.82	สูง
2.การยอมรับการเจ็บป่วยของคน ในครอบครัว	3.35	0.59	สูง	3.45	0.61	สูง
3.การได้รับกำลังใจจาก ครอบครัว	3.30	0.57	สูง	3.35	0.59	สูง
4.ความพอใจกับการสื่อสาร ภายในครอบครัวเกี่ยวกับการ เจ็บป่วย	3.25	0.64	สูง	3.30	0.66	สูง
5.ความกังวลเกี่ยวกับความตาย	3.05	1.00	สูง	3.05	1.00	สูง
6.ความรู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง (หรือคนสำคัญ ที่คอยให้กำลังใจ)	2.95	0.69	สูง	3.00	0.73	สูง
7.อาการคลื่นไส้อาเจียน	2.95	0.83	สูง	2.80	0.83	สูง
8.น้ำหนักลดลง	2.90	1.12	สูง	3.35	0.93	สูง
9.ความรู้สึกกระวนกระวายใจ	2.80	0.83	สูง	2.80	0.83	สูง
10.กลัวอาการจะทรุดลง	2.80	0.90	สูง	2.80	0.90	สูง
11.อาการปวด	2.75	0.91	สูง	3.15	0.59	สูง
12.การได้รับการดูแลจากเพื่อนๆ	2.75	0.91	สูง	2.45	0.76	ปานกลาง
13.อาการท้องอืดหรือปวดเกร็ง บริเวณช่องท้อง	2.25	0.91	ปานกลาง	3.00	0.86	สูง
14.ความรู้สึกไม่สบาย	2.55	0.88	ปานกลาง	2.50	0.61	ปานกลาง
15.ความรู้สึกหมดหวังในการ ต่อสู้กับการเจ็บป่วย	2.50	1.00	ปานกลาง	2.50	1.00	ปานกลาง
16.ความรู้สึกเศร้าใจ	2.40	1.00	ปานกลาง	2.40	1.00	ปานกลาง

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S D	ระดับ	\bar{X}	S D	ระดับ
17.ความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ	2.40	0.60	ปานกลาง	2.20	0.62	ปานกลาง
18.ความรู้สึกหมดเรี่ยวแรง	2.35	0.81	ปานกลาง	2.35	0.67	ปานกลาง
19.ความพอใจกับคุณภาพชีวิตในขณะนี้	2.20	0.52	ปานกลาง	2.25	0.55	ปานกลาง
20.การยอมรับการเจ็บป่วยได้	2.20	0.83	ปานกลาง	2.10	0.91	ปานกลาง
21.ส่วนใหญ่ต้องใช้เวลานอนพักอยู่บนเตียง	2.20	0.70	ปานกลาง	2.15	0.59	ปานกลาง
22.ความรู้สึกสนุกสนาน	2.15	0.81	ปานกลาง	2.25	0.79	ปานกลาง
23.สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ดี	2.15	0.93	ปานกลาง	2.25	0.91	ปานกลาง
24.ความสนุกสนานยังเหมือนเดิม	2.15	0.67	ปานกลาง	2.10	0.72	ปานกลาง
25.นอนหลับสนิทดี	2.00	1.03	ปานกลาง	1.80	1.06	ปานกลาง
26.ความสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน)	2.00	0.65	ปานกลาง	2.00	0.65	ปานกลาง
27.ความรู้สึกพอใจกับวิธีการปรับตัวกับอาการเจ็บป่วย	1.95	0.95	ปานกลาง	1.95	0.95	ปานกลาง
28.สภาพร่างกายทำให้มีปัญหาในการดูแลรับภาระต่างๆ ในครอบครัว	1.95	1.28	ปานกลาง	1.90	1.02	ปานกลาง
29.ความรู้สึกอยากรับประทานอาหารเช้าเป็นปกติดี	1.90	0.79	ปานกลาง	2.05	1.00	ปานกลาง
30.ความรำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา	1.90	1.21	ปานกลาง	2.05	1.00	ปานกลาง

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S D	ระดับ	\bar{X}	S D	ระดับ
31.ความพอใจกับรูปลักษณ์ ทางกาย (รูปร่างหน้าตา)	1.90	0.55	ปานกลาง	2.00	0.65	ปานกลาง
32.สามารถย่อยอาหารได้ดี	1.70	0.80	ปานกลาง	1.60	0.75	ปานกลาง
33.ความพอใจในผลสำเร็จ ของงาน (รวมถึงงานบ้าน)	1.65	0.75	ปานกลาง	1.55	0.75	ปานกลาง
34.ความพอใจกับชีวิต ทางเพศ	0.95	0.95	ต่ำ	0.95	0.95	ต่ำ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 ข้อมูลของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมี ภายหลังจากทดลองในกลุ่มทดลอง n =20

รายด้าน	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
โดยรวม	4.00	4.96	4.22	.26
ด้านการปรับแก้ปัญหา	3.78	4.89	4.23	.28
ด้านการลดความเครียด	3.80	5.00	4.25	.30
ด้านการตัดสินใจ	3.83	5.00	4.18	.31
ด้านการทำชีวิตให้ เพลิดเพลิน	3.40	5.00	4.23	.34

ตารางที่ 11 พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมี กลุ่มที่ได้รับ
โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม
ภายหลังจากทดลองเท่ากับ 4.00 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .26 และเมื่อพิจารณาราย
ด้านพบว่าด้านการลดความเครียด ด้านการตัดสินใจ ด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน มีค่าเฉลี่ย
คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงสุด นั่นคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมี
มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอุษณีย์ ทับทอง เกิดเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2508 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี เมื่อ พ.ศ. 2529 สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เมื่อ พ.ศ. 2538 ตำแหน่งงานและประสบการณ์วิชาชีพ พยาบาลเทคนิค หอผู้ป่วย นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เมื่อ พ.ศ. 2529-2536 พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ งานหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เมื่อ พ.ศ. 2538 - ปัจจุบัน



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย