

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทยโรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ของประชากรไทย และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า สถิติโรคมะเร็งมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี ตลอดระยะเวลา 24 ปีที่ผ่านมา โดยจะเห็นได้จากสถิติอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งในประเทศไทยยังพบว่า มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 18,284 รายในปี พ.ศ. 2531 เป็น 45,834 ราย ในปี พ.ศ. 2545 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2546) และจากสถิติทะเบียนโรคมะเร็งในประชากร (population-base cancer registry) ของเขตภาคใต้ (พ.ศ. 2541-2543) พบ มะเร็งช่องปากและคอหอย ร้อยละ 13.8 มะเร็งปอด ร้อยละ 13.4 และมะเร็งตับ ร้อยละ 7 พบมากในผู้ป่วยเพศชาย มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 20.1 มะเร็งเต้านม ร้อยละ 16.1 และมะเร็งช่องปากและคอหอย ร้อยละ 3.4 พบมากในผู้ป่วยเพศหญิง ส่วนในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี พบมะเร็งเม็ดเลือดขาวร้อยละ 0.95 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด (Sriplung, 2003)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคมะเร็ง เป็นกลุ่มโรคที่เกิดได้กับทุกเพศ ทุกวัย และอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย เนื่องจากมะเร็งเป็นเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติ ไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโต และการแพร่กระจายของเซลล์ผิดปกติได้ ทำให้มีการรุกรานและทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย (สุดาพรรณ, 2545; Mayers, Flynn & Wenz, 1999) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ มากมาย ตลอดระยะเวลาการดำเนินของโรคมะเร็ง เช่น จากการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามของ ชนิดา, สุนทรี, เมริย์ และอุมาภรณ์ (2537) พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาอ่อนเพลียมาก ร้อยละ 82 เบื่ออาหาร ร้อยละ 72 และนอนหลับไม่เพียงพอ ร้อยละ 73 ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตใจไม่สงบ เสียใจ วิตกกังวล หงุดหงิด รู้สึกกลัวมากที่สุดที่เป็นโรคนี้นอกจากนี้ ฮองโกและคณะ (Honggo et al., 2003) ได้ศึกษาวิเคราะห์สภาพการเสียชีวิตในเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง จากแฟ้มประวัติการรักษาของแพทย์ พบว่า มีความรู้สึกลอยอาหารลดลง ร้อยละ 100 หายใจลำบาก ร้อยละ 82.1 ปวด ร้อยละ 75 เหนื่อยล้า ร้อยละ 71.4 คลื่นไส้/อาเจียน ร้อยละ 57.1 ท้องผูก ร้อยละ 46.4 และท้องเสีย ร้อยละ 21.4 นอกจากนี้ยังพบว่า มีความวิตกกังวลและมีความกลัว ร้อยละ 53.6 ขอมรับอันตราย หรือความตายที่ใกล้เข้ามาของตนเอง โดยการรับรู้ และแสดงออกเป็นคำพูด ร้อยละ 32.1

บุคคลทั่วไป มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรง รักษาไม่หาย นำไปสู่ความตาย (จารุวรรณ, 2538; ผ่องศรี, 2541; ลัทธนา, 2544) ประกอบกับความเชื่อที่ฝังแน่น หรือเรื่องเล่าต่อ ๆ กันจำนวนมากมายเกี่ยวกับมะเร็ง มักมีการพูดถึงโรคมะเร็งในลักษณะเกินความเป็นจริง และเป็นไปในทางไม่ดี (Columbia University College, 2000) ทำให้บุคคลส่วนใหญ่ให้ความหมายโรคมะเร็งว่า เป็นโรคน่ากลัว เป็นสัญลักษณ์ของความตาย และเป็นโรคที่ไม่สามารถยับยั้งผลการรักษาและการหายของโรค (ทิพมาศ, 2541) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่นอนในภาวะเจ็บป่วย (Mishel & Braden, 1988)

ด้วยลักษณะของโรคมะเร็งเป็นโรคที่ควบคุมได้ยาก มีการแพร่กระจายและมีโอกาสเกิดซ้ำ จำต้องพึ่งพาการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นระยะเวลาในสถานบริการสุขภาพที่มีระดับศักยภาพสูง (กนกนุช, 2541) การรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือฮอร์โมนบำบัด ซึ่งจะเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ระยะการเป็นโรค การแพร่กระจายของโรค และสภาพของผู้ป่วย โดยอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกัน (วรชัย, 2538) การรักษาที่จะให้ได้ผลดีที่สุดต้องอาศัยความร่วมมือในการดูแลและรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล ซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะวิกฤตให้รอดตาย และสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีชีวิตยืนยาวได้

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาค่อนข้างยาวนาน ผู้ป่วยต้องดูแลตัวเอง และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จากลักษณะการเจ็บป่วยดังกล่าว และจากอาการข้างเคียงของการรักษา ทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (วาริรัตน์, 2545) เช่น ทางด้านร่างกาย การรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา อาจทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มีอาการปวด ผิวน้ำและเยื่อเมือกต่าง ๆ ถูกทำลาย ผมร่วง ท้องร่วง ท้องผูก เป็นต้น (นงลักษณ์, 2535; รัชณี, 2535; Potter & Schafer, 1999) ในด้านจิตใจ และอารมณ์ การเจ็บป่วยทางกายจะคุกคามต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวตาย กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต มีความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้อื่น อารมณ์ความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกมาก็คือ วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ปฏิเสธการรักษาพยาบาล หรือมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ทำให้การรักษาไม่ได้ผล และมีอาการของโรครุนแรงขึ้น (นิตยา, นันทา, อรรณพ และไพรัตน์, 2536; วาริรัตน์, 2545; อรพรรณ, 2540) ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งจากความรุนแรงของโรค ส่งผลกระทบต่อทางด้านสังคม ในผู้ป่วยเด็กอาจทำให้ต้องขาดเรียนบ่อย และบางรายอาจถูกจำกัดกิจกรรมจากสภาวะของโรค ทำให้เด็กรู้สึกแตกต่างจากเด็กคนอื่น ขาดความมั่นใจ

มีผลให้เด็กเกิดการแยกตัวจากสังคม เช่นเดียวกับกับในผู้ป่วยผู้ใหญ่ การเจ็บป่วยทำให้บทบาทของตนเองลดลงทั้งในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างเหมาะสมได้ เนื่องจากมีความผิดปกติทางอารมณ์ ทำให้มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย น้อยใจ และเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น (นิยา, อารี และ โชมพัตร์, 2545; วาริรัตน์, 2545; สมจิต, 2536) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยบางราย คิดว่าการเจ็บป่วยเกิดจากเคราะห์กรรม มีการเชื่อถือโชคลางคิดว่ามีสิ่งลึกลับบางอย่างบันดาลให้คนเป็นไปในด้านดีหรือเลว เป็นการไม่เชื่อตัวเองจึงทำให้เกิดความกลัว (สุพัตรา, 2542) และในผู้ป่วยบางรายเมื่อมีอาการเจ็บป่วยร่างกายอ่อนแอ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ดั้งเดิม ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย หรือรับการรักษาให้หายจากโรค

จากภาวะความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องเผชิญกับปัญหาและอาการต่าง ๆ มากมายตลอดระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของอาการหรือการดำเนินของโรคที่แตกต่างกันในแต่ละสภาพของสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรครุนแรง (Corbin & Strauss, 1992) ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามหาวิธีการจัดการกับอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากโรค และการรักษาในหลาย ๆ วิธีตามการรับรู้ของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจะมีประสิทธิภาพ หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอกของผู้ป่วย ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจัดการกับอาการ ได้แก่ องค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Dodd et al., 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์อาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นไปในลักษณะของการศึกษาเดี่ยว ๆ อาการใดอาการหนึ่งหรือเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เช่น การศึกษาของนิยา และคณะ (2545) เรื่องการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลามของโรคพบว่า ช่วงระยะเวลาที่ปวดมีตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 3 ปี คะแนนระดับความปวดมีตั้งแต่ 5 ถึง 10 คะแนน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าได้ยาฉีดดีกว่ายากิน ส่วนด้านพฤติกรรมจัดการกับความปวด มีทั้งการกินยาแก้ปวดทุกครั้งที่ปวดหรือจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา หรือใช้ร่วมกับยาแก้ปวด เช่น การบีบการนวด/ลูบ และการสัมผัส เป็นต้น นอกจากนี้สุริย์พร (2537) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาพบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหารมาก รับประทานอาหารได้น้อย ผู้ป่วยแต่ละรายมีวิธีการดูแลตนเองที่ช่วยให้สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้นตามแบบของตนเองแตกต่างกันไป เช่น รับประทานอาหารเหลว อาหารบำรุง หรือรับประทานอาหารร่วมกับเพื่อน เป็นต้น การศึกษาเหล่านี้มีประโยชน์ทำให้เข้าใจอาการของโรคมะเร็ง และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เห็นภาพรวมของ

อาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นร่วมด้วย และความสำคัญของอาการเหล่านั้นต่อผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลาย ๆ อาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยมุ่งศึกษาอาการที่พบบ่อย และอาการที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งรับรู้ว่าเป็นอาการสำคัญที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และต้องการจัดการกับอาการเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนี้ได้ การศึกษารุ่นนี้เป็นแนวทางหนึ่งของการได้มาซึ่งข้อมูลที่สามารถสะท้อนภาพรวมของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรทุกกลุ่มอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมทั้งประสบการณ์ในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลาย ๆ อาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษามาใช้การวางแผนในการป้องกัน หรือลดการดำเนินของโรคไม่ให้เกิดความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดอุบัติการณ์อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลยิ่งขึ้นต่อไป ซึ่งสอดคล้องตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ที่มีการกำหนดเป้าหมายการลดปัญหาสุขภาพ โดยลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งจาก 45 เหลือ 40 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในแต่ละระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) และระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing)
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการกับอาการโดยรวมของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

#### คำถามหลักของการวิจัย

1. อาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยโรคมะเร็งในแต่ละระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) และระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing) มีอะไรบ้าง
2. ประสบการณ์การจัดการกับอาการโดยรวมของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นอย่างไร

#### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนารอบแนวคิดการวิจัย โดยนำกรอบแนวคิดการดำเนินโรคของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (the chronic illness trajectory framework) ของคอร์บินและสเตราส์ (Corbin & Strauss, 1992) และการจัดการกับอาการ (symptom management model) ของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา

คอร์บินและสเตราส์ได้เสนอแนวคิดว่า ระยะการดำเนินของโรคมักมีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันในแต่ละสภาพของสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดำเนินของโรคสามารถแบ่งได้เป็น 8 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเกิดโรค (pretrajectory phase) เป็นระยะก่อนที่จะมีการดำเนินของโรค ซึ่งเป็นระยะที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงปรากฏให้เห็น 2) ระยะเริ่มต้น (trajectory onset phase) เป็นระยะที่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็น และเป็นช่วงของการวินิจฉัยโรค 3) ระยะวิกฤต (crisis phase) เป็นระยะที่มีอาการและอาการแสดงคุกคามชีวิต 4) ระยะรุนแรง (acute phase) เป็นระยะที่มีการเจ็บป่วยขั้นรุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนต้องไปโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษา 5) ระยะคงที่ (stable phase) เป็นระยะที่สามารถควบคุมอาการหรือการดำเนินของโรคได้ 6) ระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง (unstable phase) เป็นระยะที่ไม่สามารถควบคุมอาการหรือการดำเนินของโรคได้ 7) ระยะทรุดลง (downward phase) เป็นระยะที่มีการดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่เสื่อมลง ทั้งทางสภาพร่างกายและจิตใจ และมีลักษณะของอาการ หรือความพิการเพิ่มขึ้น 8) ระยะใกล้ตาย (dying phase) เป็นระยะที่อาจมีการตาย กระทั่งหน้า หรือความตายกำลังมาเยือน อาจเป็นชั่วโมง วัน หรือสัปดาห์

จะเห็นว่าแนวคิดดังกล่าว ช่วยให้เห็นมองเห็นภาพได้ชัดเจนขึ้นว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีแบบแผนการดำเนินโรคที่สามารถแบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ดังกล่าวนี้ได้ ในแต่ละระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ มากมาย อันเนื่องมาจากโรคและการรักษาที่ได้รับ และในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้เป็นแนวทางในการศึกษาอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง โดยปรับลดระยะให้เหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ทำการศึกษา เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถแยกแยะลงไปรายละเอียดได้ และในระยะที่ 1 หรือระยะเริ่มแรกเป็นช่วงที่ยังไม่มีอาการจึงไม่นำมาศึกษา ดังนั้นระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง ในการศึกษานี้มี 5 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มต้นการดำเนินของโรค เป็นระยะเวลาที่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นเป็นครั้งแรก เป็นช่วงของการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยเริ่มมีการค้นพบและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น 2) ระยะวิกฤต หรือเจ็บป่วยขั้นรุนแรง เป็นระยะที่อาการมีความรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่คุกคามชีวิตต้องการการดูแลรักษา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือแม้แต่การจัดการเพื่อกลับเข้าสู่ภาวะปกติ 3) ระยะคงที่ เป็นระยะที่อาการหรือการดำเนินของโรคมักมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยสามารถควบคุมได้ 4) ระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นระยะเวลาที่อาการของโรคกลับกำเริบขึ้นมาอีกโดยไม่สามารถควบคุมได้ ต้องการการรักษาโดยตรงเพื่อให้เข้าสู่ภาวะที่ปกติ

5) ระยะใกล้ตาย หรือระยะที่มีอาการทรุดลง เป็นระยะที่มีการดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่เสื่อมลง ทั้งทางสภาพร่างกายและจิตใจ และมีลักษณะของอาการ หรือความพิการเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะพยายามที่จะควบคุมหรือยับยั้งอาการที่เกิดขึ้น แต่อาการก็ยังคงค่อย ๆ ทรุดลงจนกระทั่งตาย

ดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้เสนอกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ (symptom management model) กรอบแนวคิดดังกล่าว กล่าวถึงมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์อาการ (symptom experience) การจัดการอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ (outcomes) นอกจากนี้ยังกล่าวถึง องค์ประกอบที่เป็นจุดเน้นทางการพยาบาลที่เป็นปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประสบการณ์อาการ (symptom experience) ได้แก่ 1) การรับรู้อาการ (perception of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ และรู้สึกว่าร่ากาย หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม 2) การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ สาเหตุ การรักษา และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และ 3) การตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมและสังคม รวมทั้งพฤติกรรม

2. การจัดการกับอาการ (symptom management strategies) คือ กระบวนการที่เป็นพลวัตที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองของแต่ละบุคคลในการจัดการกับอาการ เริ่มจากบุคคลมีการประเมินอาการซึ่งเป็นการระบุปัญหา และวางเป้าหมายในการจัดการกับอาการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ องค์ประกอบในการจัดการอาการประกอบด้วย ใครเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการที่ใช้คืออะไร จัดการเมื่อไหร่ ที่ไหน ทำไม่ อย่างไร และจัดการโดยวิธีใด

3. ผลลัพธ์ (outcomes) การรับรู้ผลลัพธ์จากการจัดการอาการขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการอาการ ผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการอาการที่สำคัญ มี 8 ประการ คือ 1) สภาพอาการเป็นอย่างไร 2) การทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นหรือไม่ 3) สภาพอารมณ์ดีขึ้นหรือแย่ลง 4) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร คุ่มค่าหรือไม่ 5) มีการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นหรือไม่ 6) มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นหรือไม่ 7) คุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร และ 8) มีการดูแลตนเองอย่างไร

4. องค์ประกอบด้านบุคคล (person domain) ได้แก่ ลักษณะบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา เป็นต้น ลักษณะทางจิตใจ ลักษณะทางสังคม และลักษณะของสตรีวิทยา ซึ่งมีผลต่อการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

5. องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (health and illness domain) ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ สภาพทางสุขภาพ โรค อุบัติเหตุ และการไร้ความสามารถหรือพิการ ซึ่งมีผลกระทบต่อโดยตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

6. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) ได้แก่ 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น บริเวณรอบบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล เป็นต้น 2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น 3) ลักษณะทางวัฒนธรรมของสิ่งแวดล้อม เช่น ความเชื่อ การให้คุณค่า และการปฏิบัติที่มีลักษณะเฉพาะ/พิเศษ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย และมีผลต่อการเลือกหรือตัดสินใจในการดูแลรักษา

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคร้าย มีแบบแผนการดำเนินของโรคที่มีอาการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยด้วยโรคร้าย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ มากมายทั้งจากโรคและการรักษาที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถอยู่กับอาการเหล่านั้นให้ได้ ผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีวิธีการแก้ไขปัญหาอาการที่เฉพาะและแตกต่างกันออกไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นโรคร้ายไข้เจ็บเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติก่อนไปจากเดิม มีการประเมินให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และการเลือกวิธีการรักษา รวมทั้งการประเมินผล การรักษาด้วยตนเองมาประกอบการตัดสินใจในการเลือกแนวทางการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของตนที่แตกต่างกัน

#### นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็ง ในการวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบมากในภาคใต้ โดยศึกษาในกลุ่มที่มีอัตราการเจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และศูนย์มะเร็ง สุราษฎร์ธานีมากที่สุด คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุเพศชาย ได้แก่ โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ โรคมะเร็งตับ โรคมะเร็งปอด ผู้ป่วยผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุเพศหญิง ได้แก่ โรคมะเร็งปากมดลูกโรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ และในผู้ป่วยเด็กอายุ 7-15 ปี ได้แก่ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

อาการที่พบบ่อย หมายถึง ประสบการณ์อาการของผู้ป่วยแต่ละคนในการรับรู้ ประเมิน และตอบสนองต่อการเกิดอาการโดยการจัดอันดับถึงความถี่ของอาการ ระดับความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาสูงสุด 5 อันดับแรก สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีรายละเอียดแต่ละส่วนดังนี้

อาการที่พบบ่อยในมิติความถี่ของอาการ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความถี่ของอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีค่าสูงสุด 5 อันดับแรก ที่บ่งชี้ว่าอาการนั้น ๆ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่ม ประเมินว่าเกิดขึ้นบ่อย

อาการที่พบบ่อยในมิติความรุนแรงของอาการ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีค่าสูงสุด 5 อันดับแรก ที่บ่งชี้ว่าอาการนั้น ๆ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มประเมินว่ามีความรุนแรง

อาการที่พบบ่อยในมิติอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง คะแนนเฉลี่ยอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีค่าสูงสุด 5 อันดับแรก ที่บ่งชี้ว่าอาการนั้น ๆ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน

*การจัดการกับอาการ* หมายถึง ประสิทธิภาพการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ที่ผู้ป่วยปฏิบัติในภาพรวม เพื่อจัดการกับอาการเหล่านั้น โดยผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อบรรเทาหรือจัดการอาการ สามารถวัดได้โดยใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง

*ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ* หมายถึง การรับรู้ถึงประสิทธิผลของกิจกรรมการจัดการกับอาการต่าง ๆ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง สามารถวัดได้โดยใช้คำถามปลายเปิดของประสิทธิผลภาพของการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง

*ระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง* (trajectory phasing) หมายถึง ระยะต่าง ๆ ที่สะท้อนถึงการดำเนินของโรคมะเร็ง แบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: ระยะเริ่มต้นการดำเนินของโรค เป็นระยะเวลาที่มีอาการปรากฏให้เห็นเป็นครั้งแรก เป็นช่วงของการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยเริ่มมีการค้นพบและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้ คือ มาพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งเป็นครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอก และ/หรือเป็นผู้ป่วยที่แพทย์นัดฟังผลตรวจ ได้แก่ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจอัลตราซาวด์ การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นสมอง และ/หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลที่ได้พบว่า เป็นโรคมะเร็ง

ระยะที่ 2: ระยะวิกฤต หรือเจ็บป่วยขั้นรุนแรง เป็นระยะที่อาการมีความรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่คุกคามชีวิต ต้องการการดูแลรักษา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือแม้แต่การจัดการเพื่อกลับเข้าสู่ภาวะปกติ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ คือ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือฮอร์โมนบำบัด ภายหลังจากการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในครั้งแรก หรือมีภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ อันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง รวมทั้งผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือฮอร์โมนบำบัด



ระยะที่ 3: ระยะคงที่ เป็นระยะที่อาการหรือการดำเนินของโรค มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยสามารถควบคุมได้ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ คือ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการตรวจตามแพทย์นัด (follow up)

ระยะที่ 4: ระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นระยะเวลาที่อาการของโรคลับกำเริบขึ้นมาอีกโดยไม่สามารถควบคุมได้ ต้องการได้รับการรักษาโดยตรงเพื่อให้เข้าสู่ภาวะที่ปกติ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ คือ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือมาตรวจตามแพทย์นัด และแพทย์พบว่า มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น (metastasis) และ/หรือมีการกลับเป็นซ้ำ (recurrence)

ระยะที่ 5: ระยะใกล้ตาย หรือระยะที่มีอาการทรุดลง เป็นระยะที่มีการดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่เสื่อมลง ทั้งทางสภาพร่างกายและจิตใจ และมีลักษณะของอาการ หรือความพิการเพิ่มขึ้นถึงแม้ว่าจะพยายามที่จะควบคุมหรือยับยั้งอาการที่เกิดขึ้น แต่อาการก็ยังค่อย ๆ ทรุดลงจนกระทั่งตาย โดยมีเกณฑ์ดังนี้ คือ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาล หรือรักษาตัวที่บ้าน โดยแพทย์วินิจฉัยว่า อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค (stage 4) หรือระยะใกล้ตาย (end stage) และ/หรือ non resuscitation และแพทย์ตัดสินใจให้การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care)

#### ขอบเขตการวิจัย

การสำรวจอาการที่พบบ่อย และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในภาคใต้ครั้งนี้ ศึกษาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และศูนย์มะเร็ง สุราษฎร์ธานี เนื่องจากโรงพยาบาลทั้งสองแห่งเป็นศูนย์กลางของโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ และเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลทั้งในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยมารับบริการจากทุกจังหวัดในภาคใต้ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 276 ราย และศูนย์มะเร็ง สุราษฎร์ธานี จำนวน 78 ราย เริ่มเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2546 ถึง เดือนมีนาคม 2547

#### ความสำคัญของการวิจัย

1. ด้านการศึกษา สามารถนำข้อมูลที่ได้อ้างอิงเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการศึกษาค้นคว้าแก่นักศึกษาพยาบาล หรือนุคคลที่สนใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจมากยิ่งขึ้นเกี่ยวกับอาการ และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง สามารถนำข้อมูลที่ได้อ้างอิงในการวางแผนการพยาบาล

ในการดูแลและจัดการกับอาการของโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้อาการมีความรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งสามารถนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมหรือสนับสนุนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

3. ด้านบริหารการพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนพัฒนาบุคลากร ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลให้ความช่วยเหลือ หรือให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

4. ด้านการวิจัย เป็นการนำเสนอความรู้เชิงประจักษ์ทางคลินิก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ด้านมะเร็งวิทยา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพและชัดเจนมากยิ่งขึ้น อันจะเป็นการขยายขอบเขตแห่งความรู้ให้กว้างขวางต่อไป