

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษากลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 130 ราย ระหว่างเดือน ธันวาคม 2549 ถึง เดือน มีนาคม 2550 โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มารับบริการทั้งหอผู้ป่วยใน และแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
  - 1.1 ข้อมูลทั่วไป
  - 1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา
  - 1.3 อาการที่เกิดขึ้นทั้งหมดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดแบ่งกลุ่มอาการ ด้วยวิธีการ 2 วิธี ดังนี้
  - 2.1 แบ่งกลุ่มอาการตามที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รายงาน
  - 2.2 แบ่งกลุ่มอาการโดยใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่มอาการ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ และความรุนแรงของอาการภายในกลุ่มอาการ ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
4. วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ โดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก
5. ผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

#### 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย และเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ (ร้อยละ 53.85 และ ร้อยละ 46.15) มีอายุเฉลี่ย 59.68 ปี (SD = 11.97) (อายุต่ำสุด 26 ปี และสูงสุด 90 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.15) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.92)

ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 73.85) ในด้านการประกอบอาชีพ พบว่าประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 36.15) รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 16.15) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 7,744.62 บาท ต่อเดือน (SD = 7192.84) โดยมีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท (ร้อยละ 50) มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด (ร้อยละ 73.08) และสิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 77.69) (ตาราง 2)

## ตาราง 2

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	70	53.85
หญิง	60	46.15
อายุ (ปี) ( $\bar{X} = 59.68$ , SD = 11.97, Max = 90, Min = 26)		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	7	5.38
คู่	99	76.15
หม้าย/หย่า/แยก	24	18.46
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	126	96.92
อิสลาม	4	3.08
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10	7.69
ประถมศึกษา	96	73.85
มัธยมศึกษา	16	12.31
อนุปริญญา	3	2.31
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	5	3.85
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21	16.15
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	11	8.46

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พนักงานบริษัทเอกชน/รัฐวิสาหกิจ	1	0.77
ค้าขาย	14	10.77
เกษตร/ประมง	47	36.15
รับจ้างทั่วไป	18	13.85
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	17	13.08
อื่นๆ	1	0.77
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย/เดือน ( $\bar{X}$ = 7744.62, SD = 7192.84, Max = 50,000, Min = 300)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	47	36.15
5,000 - 10,000 บาท	65	50.00
10,001-20,000 บาท	12	9.23
มากกว่า 20,000 บาท	6	4.62
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้	95	73.08
เหลือเก็บ	20	15.38
ไม่พอใช้	15	11.54
การจ่ายค่ารักษา		
เบิกได้	18	13.85
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	101	77.69
จ่ายเอง	1	0.77
อื่นๆ	10	7.69

### 1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา

ในการศึกษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นมะเร็งที่ตำแหน่งลำไส้ใหญ่ (ร้อยละ 61.54) รองลงมาเป็นมะเร็งที่ตำแหน่งทวารหนัก (ร้อยละ 38.4 6) มีระยะความรุนแรงของโรค ระยะที่ 3 มากที่สุด (ร้อยละ 46.15) รองลงมาอยู่ในระยะที่ 2 และระยะที่ 4 (ร้อยละ 30 และ ร้อยละ 12.31 ตามลำดับ) อาการสำคัญที่มารับการรักษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มาตาม

แพทย์นัดเพื่อรับยาเคมีบำบัดชนิดฉีด (ร้อยละ 53.08) รองลงมา กลุ่มตัวอย่างมาด้วยมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 26.92) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 80.77) กลุ่มนี้มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 19.23) โรคที่พบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 52) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 20) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโรคประจำตัวด้วยวิธีรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 92) ประวัติการรักษาในอดีต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด (ร้อยละ 64.62) ชนิดของการผ่าตัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ อยู่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ การผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและบริเวณฝีเย็บเพื่อตัดก้อนมะเร็ง (ร้อยละ 38.46) รองลงมา คือ การผ่าตัดก้อนมะเร็งที่ตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง (ร้อยละ 30.77) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (ร้อยละ 61.54) การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิดฉีด (ร้อยละ 53.08) ชนิดของยาเคมีบำบัด ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยไฟว์ฟลูโอโรยูราซิล ร่วมกับ โพลีนิก แอซิด (ร้อยละ 72.46) รองลงมาได้รับการรักษาด้วยยาไฟว์ฟลูโอโรยูราซิล เพียงชนิดเดียว (ร้อยละ 23.19) มีจำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเฉลี่ย 2.75 ครั้ง/ราย (SD = 3.52) และได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในช่วง 5 วันแรก (ร้อยละ 57.97) การรักษาที่ได้รับลำดับต่อมา คือ การผ่าตัด (ร้อยละ 35.38) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงหลังผ่าตัด 5-15 วัน (ร้อยละ 58.70) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และมารับการตรวจเลือดตามแพทย์นัดมีสัดส่วนที่เท่ากัน คือ (ร้อยละ 4.62) มีผู้มารับยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด (ร้อยละ 1.54) และมีเพียง 1 ราย ที่มารับการรักษาด้วยการฉายรังสี (ตาราง 3)

### ตาราง 3

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา (N = 130)

ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งลำไส้ใหญ่	80	61.54
มะเร็งทวารหนัก	50	38.46
ระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging)		
ระยะที่ 1	8	6.15
ระยะที่ 2	39	30.00
ระยะที่ 3	60	46.15
ระยะที่ 4	16	12.31
ไม่ทราบระยะการดำเนินของโรค	7	5.38

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการสำคัญที่มารับการรักษาครั้งนี้		
มาตามแพทย์นัดเพื่อรับเคมีบำบัด	69	53.08
มาด้วยมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น	35	26.92
มาตามแพทย์นัดเพื่อรับการผ่าตัด	17	13.08
มารับการตรวจเลือดตามแพทย์นัด	6	4.62
มารับยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด	2	1.54
มาตามแพทย์นัดเพื่อรับรังสีรักษา	1	0.77
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	105	80.77
มี (มีได้มากกว่า 1 โรค)	25	19.23
โรคความดันโลหิตสูง	13	52.00
โรคเบาหวาน	5	20.00
โรคภูมิแพ้	2	8.00
โรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูง	2	8.00
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	2	8.00
โรคหอบหืด	1	4.00
ประวัติการรักษาโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	105	80.77
มีโรคประจำตัว	25	19.23
รับประทานยาต่อเนื่อง	23	92.00
รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	2	8.00
ประวัติการผ่าตัด		
ได้รับการผ่าตัด	84	64.62
ไม่ได้รับการผ่าตัด	46	35.38
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
เคมีบำบัดชนิดฉีด	69	53.08
ผ่าตัด	46	35.38

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รักษาแบบประคับประคอง	6	4.62
รับการตรวจเลือด	6	4.62
เคมีบำบัดชนิดเม็ด	2	1.54
รังสีรักษา	1	0.77
ชนิดยาเคมีบำบัดชนิดฉีด		
ไม่ได้รับ	61	46.92
ได้รับ	69	53.08
5-fluorouracil + Folinic acid	50	72.46
5-fluorouracil	16	23.19
5-fluorouracil + Oxaliplatin	3	4.35
จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด		
( $\bar{X}$ = 2.75, SD = 3.52, Max = 14, Min = 1)		
ครั้งที่ 1-5	38	55.07
ครั้งที่ 6-10	24	34.78
มากกว่าครั้งที่ 10	7	10.14
ครั้งสุดท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด		
น้อยกว่า 5 วัน	40	57.97
5-15 วัน	12	17.39
16-30 วัน	9	13.04
มากกว่า 30 วัน	8	11.59
ชนิดการผ่าตัด		
การผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและบริเวณฝีเย็บเพื่อตัดก้อนมะเร็ง	50	38.46
การผ่าตัดที่ตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง	40	30.77
การผ่าตัดที่ตำแหน่งกึ่งกลางลำไส้ใหญ่ด้านขวา	19	14.62
การผ่าตัดที่ตำแหน่งกึ่งกลางลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย	16	12.31
ไม่ทราบชนิดการผ่าตัด	5	3.85

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง		
ไม่มีช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง	80	61.54
มีช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง	50	38.46
ครั้งสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัด		
น้อยกว่า 5 วัน	17	36.95
5 – 15 วัน	27	58.70
16 – 30 วัน	2	4.35
ชนิดของยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด		
ไม่ได้รับ	128	98.46
Capecitabine	2	1.54
รังสีรักษา		
ปริมาณรังสีที่ได้รับ		
ไม่ได้รับ	129	99.23
ได้รับ	1	0.77

### 1.3 อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ รายงานว่ามีอาการที่เกิดขึ้นทั้ง 26 อาการ ตามที่ปรากฏในแบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมีอาการที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากแบบสอบถาม อีก 5 อาการ (ตาราง 4) โดยมีค่าเฉลี่ยอาการที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย 1 ราย = 7.68 อาการ (SD = 3.24) ผู้ป่วยรายงานจำนวนอาการที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด คือ 2 อาการ และจำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ 20 อาการ และ พบว่า อาการ 5 อันดับแรกที่พบในผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ 1) ปวดท้อง/เจ็บท้อง 2) ท้องอืด/แน่นท้อง 3) ท้องผูก 4) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า และ 5) นอนไม่หลับ (ตาราง 4)

เมื่อวิเคราะห์ความถี่และความรุนแรงของแต่ละอาการ พบว่า

1.3.1 ความความถี่ของอาการ อาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีความถี่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง 5 อันดับแรก คือ 1) ท้องอืด/แน่นท้อง 2) ท้องผูก 3) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 4) ปวดท้อง/เจ็บท้อง และ 5) นอนไม่หลับ (ตาราง 5)

1.3.2 ความรุนแรงของอาการ อาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าเมื่อเกิดขึ้นแล้วมีความรุนแรงของอาการ 5 อันดับแรก คือ 1) ไข้ 2) ปวดท้อง/เจ็บท้อง 3) หูอื้อ 4) ผม่ว และ 5) ท้องผูก (ตาราง 5)

ตาราง 4

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด (N = 130)

อาการที่เกิดขึ้นทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ปวดท้อง/เจ็บท้อง	81	62.31
2. ท้องอืด/แน่นท้อง	76	58.46
3. ท้องผูก	75	57.69
4. เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า	66	50.77
5. นอนไม่หลับ	64	49.23
6. วิดกกังวล	50	38.46
7. น้ำหนักลด	48	36.92
8. เบื่ออาหาร	47	36.15
9. ถ่ายเหลว	29	22.31
10. หงุดหงิด โกรธง่าย	24	18.46
11. เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ	23	17.69
12. คลื่นไส้	21	16.15
13. ซาปลายมือ/เท้า เป็นเหน็บ	21	16.15
14. ผม่ว	18	13.85
15. อาเจียน	17	13.08
16. ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง	16	12.31
17. คัน	12	9.23
18. ซึมเศร้า	11	8.46
19. กลัว	11	8.46
20. รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ	10	7.69
21. เวียนศีรษะ/มีนศีรษะ	10	7.69
22. หายใจลำบาก/เหนื่อยหอบ	9	6.92



ตาราง 4 (ต่อ)

อาการที่เกิดขึ้นทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
23. เจ็บปาก/ปากเป็นแผล *	6	4.62
24. ไม่มีสมาธิ	5	3.85
25. ไข้ *	5	3.85
26. โบทัน/เล็บมือ/เล็บเท้าดำ *	4	3.08
27. หูอื้อ	3	2.31
28. ไอ *	2	1.54
29. ผิวแห้ง/แตกเป็นขุย *	1	0.77
30. ประจำเดือนมาผิดปกติ	1	0.77
31. ปัสสาวะลำบาก	1	0.77
รวมอาการเฉลี่ยที่เกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย = 7.68 อาการ (SD = 3.24, Max = 20, Min = 2)		

\* อาการที่พบนอกเหนือจากแบบสอบถาม

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอาการที่พบบ่อยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ และความรุนแรงที่เกิดขึ้น (N = 130)

อาการ	n	ความถี่ของอาการ (0-4 คะแนน)		ความรุนแรงของอาการ (0-10 คะแนน)	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1. ปวดท้อง/เจ็บท้อง	81	1.38 <sup>④</sup>	1.24	5.89 <sup>②</sup>	2.25
2. ท้องอืด/แน่นท้อง	76	1.42 <sup>①</sup>	1.36	4.97	1.47
3. ท้องผูก	75	1.41 <sup>②</sup>	1.32	5.36 <sup>⑤</sup>	1.57
4. เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยง่าย	66	1.39 <sup>③</sup>	1.56	5.02	1.90
5. นอนไม่หลับ	64	1.24 <sup>⑤</sup>	1.37	4.95	1.95
6. วิดกกังวล	50	0.75	1.11	4.28	1.85
7. น้ำหนักลด	48	0.50	0.82	4.38	1.67
8. เบื่ออาหาร	47	0.84	1.34	4.55	2.07

ตาราง 5 (ต่อ)

อาการ	n	ความถี่ของอาการ (0-4 คะแนน)		ความรุนแรงของอาการ (0-10 คะแนน)	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
9. ถ่ายเหลว	29	0.49	0.99	5.10	2.11
10. หงุดหงิดโกรธง่าย	24	0.33	0.77	4.75	1.68
11. เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มี กำลังใจ	23	0.30	0.72	4.00	1.81
12. คลื่นไส้	21	0.34	0.83	4.43	1.81
13. ซาปลายมือ/เท้า เป็นเหน็บ	21	0.38	0.98	3.57	1.03
14. ผม่วง	18	0.40	1.04	5.44 <sup>④</sup>	2.01
15. อาเจียน	17	0.25	0.71	4.94	2.02
16. ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง	16	0.32	0.92	3.94	1.24
17. คับ	12	0.18	0.63	3.42	0.90
18. ซึมเศร้า	11	0.12	0.45	3.36	1.43
19. กลัว	11	0.13	0.47	3.55	1.70
20. รับประทานอาหาร ไม่รู้รสชาติ	10	0.25	0.86	5.30	1.64
21. เวียนศีรษะ/มึนศีรษะ	10	0.16	0.61	3.80	0.92
22. หายใจลำบาก/ เหนื่อยหอบ	9	0.16	0.66	4.22	1.30
23. เจ็บปาก/ปากเป็นแผล	6	0.17	0.79	3.67	0.82
24. ไม่มีสมาธิ	5	0.08	0.42	3.60	1.82
25. ไข้	5	0.11	0.55	8.40 <sup>①</sup>	2.07
26. ใบหน้า/เล็บมือ/ เล็บเท้าดำ	4	0.12	0.69	5.25	2.63
27. หูอื้อ	3	0.07	0.47	5.67 <sup>③</sup>	1.16
28. ไอ	2	0.04	0.32	3.50	0.71
29. ผิวแห้ง/แตกเป็นขุย	1	0.03	0.36	3.00	0.00

ตาราง 5 (ต่อ)

อาการ	n	ความถี่ของอาการ (0-4 คะแนน)		ความรุนแรงของอาการ (0-10 คะแนน)	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
30. ปัสสาวะลำบาก	1	0.01	0.88	3.00	0.00
31. ประจำเดือนมาผิดปกติ	1	0.01	0.88	3.00	0.00

กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดแบ่งกลุ่มอาการ ด้วยวิธีการ 2 วิธีดังนี้

2.1 แบ่งกลุ่มอาการตามที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รายงาน พบว่ากลุ่มอาการ 5 อันดับแรกคือ กลุ่มอาการที่ 1 ได้แก่ ปวดท้อง/เจ็บท้อง ท้องอืด/แน่นท้อง และท้องผูก (ร้อยละ 57.69) กลุ่มอาการที่ 2 ได้แก่ เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร (ร้อยละ 36.15) กลุ่มอาการที่ 3 ได้แก่ ปวดท้อง/เจ็บท้อง ท้องอืด/แน่นท้อง และนอนไม่หลับ (ร้อยละ 15.38) กลุ่มอาการที่ 4 ได้แก่ ปวดท้อง/เจ็บท้อง ท้องอืด/แน่นท้อง และเบื่อหน่าย/เบื่อแท้/ไม่มีกำลังใจ (ร้อยละ 11.54) และกลุ่มอาการที่ 5 ได้แก่ วิดกกังวล หงุดหงิดโกรธง่าย เบื่อหน่าย/เบื่อแท้/ไม่มีกำลังใจ ซึมเศร้า และกลัว (ร้อยละ 6.92)

2.2 แบ่งกลุ่มอาการโดยใช้วิธีการทางสถิติ ในการวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่มอาการ (symptom cluster) โดยผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ที่กลุ่มตัวอย่างรายงานไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 ได้แก่ 1) ปวดท้อง/เจ็บท้อง 2) ท้องอืด/แน่นท้อง 3) ท้องผูก 4) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 5) นอนไม่หลับ 6) วิดกกังวล 7) น้ำหนักลด และ 8) เบื่ออาหาร (ตาราง 4) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอาการทางด้านจิตสังคม ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ที่พบว่าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง (อภิรดี, 2546; Aggarwal et al., 2006; Tranmer et al., 2003; Tsunoda, Nakao, Hiratsuka, Yasuda, Shibusawa & Kusano, 2005) ถึงแม้จะมีกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าร้อยละ 30 รายงานว่ามีอาการเหล่านี้ก็ตาม ได้แก่ 1) หงุดหงิดโกรธง่าย 2) เบื่อหน่าย/เบื่อแท้/ไม่มีกำลังใจ 3) ซึมเศร้า และ 4) กลัว (ตาราง 4)

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนความถี่ของอาการต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น (zero-order correlation) ผู้วิจัยจัดแบ่งกลุ่มอาการ โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอาการแต่ละคู่ว่าจะต้องมีค่า > .20 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) พบว่าสามารถจัดกลุ่มอาการออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มอาการที่ 1 ได้แก่ ปวดท้อง/เจ็บท้อง ท้องอืด/แน่นท้อง และท้องผูก (ตาราง 6) กลุ่มอาการที่ 2 ได้แก่ เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร (ตาราง 7)

กลุ่มอาการที่ 3 ได้แก่ วิตกกังวล หงุดหงิดโกรธง่าย เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ ซึมเศร้า และกลัว (ตาราง 8)

นอกจากนี้เพื่อเป็นการประเมินซ้ำว่ากลุ่มอาการที่เกิดขึ้น เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) และแนวคิดกลุ่มอาการ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพิ่มเติม โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของตัวแปรกลุ่มอาการต่อผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการ ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณสมบัติของตัวแปรก่อนนำเข้าสู่สมการการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบเชิงชั้น ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (เพชรน้อย, 2548) ผลปรากฏว่าตัวแปรทุกตัวสามารถนำเข้าสู่สมการการทำนายได้ (ภาคผนวก จ)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบเชิงชั้น โดยการนำค่าคะแนนความถี่ของอาการในกลุ่มอาการของตัวแปรในการทำนาย ชุดที่หนึ่ง คือ กลุ่มอาการที่ 1 ประกอบด้วย ปวดท้อง/เจ็บท้อง ท้องอืด/แน่นท้อง และท้องผูกเข้าสู่สมการทำนาย พบว่าอาการที่สำคัญที่สุดในกลุ่มนี้ คือ ปวดท้อง/เจ็บท้องเป็นตัวแปรที่อธิบายความแปรปรวนผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการ ( $b = -2.04, p < .001, \beta = -.37$ ) ซึ่งหมายถึง เมื่ออาการปวดท้อง/เจ็บท้องมากขึ้นจะทำให้ผลลัพธ์ คือคะแนนการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของการจัดการกับกลุ่มอาการลดลง และกลุ่มอาการที่ 1 สามารถอธิบายความแปรปรวนผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการได้ ร้อยละ 11 (adjusted  $R^2 = .11$ ) เมื่อนำตัวแปรชุดที่ 2 คือ กลุ่มอาการที่ 2 ประกอบด้วย เพื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า น้ำหนักลด และเบื่ออาหารเข้าสู่สมการทำนาย พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการได้เพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 7 (adjusted  $R^2$  change = .07) โดยมีตัวแปรน้ำหนักลดเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดความแปรปรวนดังกล่าว ( $b = -1.88, p < .05, \beta = -.23$ ) ซึ่งหมายถึง เมื่อน้ำหนักลดจะทำให้ผลลัพธ์ คือคะแนนการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของการจัดการกับกลุ่มอาการลดลง และเมื่อนำตัวแปรชุดที่สาม คือ กลุ่มอาการที่ 3 ประกอบด้วย วิตกกังวล หงุดหงิดโกรธง่าย เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ ซึมเศร้า และ กลัว เข้ามาพิจารณาพร้อมกัน พบว่าสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการได้เพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 3 (adjusted  $R^2$  change = .03) และพบว่าตัวแปรวิตกกังวลเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดความแปรปรวนดังกล่าว ( $b = -1.13, p < .05, \beta = -.19$ ) ซึ่งหมายถึงเมื่อวิตกกังวลมากขึ้นจะทำให้ผลลัพธ์ คือคะแนนการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของการจัดการกับกลุ่มอาการลดลง ทั้งนี้ตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการได้ ร้อยละ 21 (adjusted  $R^2 = .21$ ) (ตาราง 9) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ภายในของทฤษฎีการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีอาการต่างๆ เกิดขึ้น ซึ่งเป็นประสบการณ์อาการของบุคคล และเมื่อนำประสบการณ์อาการต่างๆ เหล่านี้

ไปทำนายนการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ พบว่าอาการต่างๆ ร่วมกันทำนายนการแปรปรวนการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการได้ ร้อยละ 21 ซึ่งอธิบายได้ว่าประสพการณ์อาการมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การจัดการอาการ

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากการแบ่งกลุ่มทั้ง 2 วิธี ได้แก่ 1) แบ่งกลุ่มอาการตามอาการที่เกิดขึ้นที่กลุ่มตัวอย่างรายงาน 2) แบ่งกลุ่มอาการโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอาการที่เกิดขึ้น และการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายนการต่อผลลัพ์ของการจัดการกลุ่มอาการ มีความสอดคล้องกัน โดยที่เมื่อพิจารณาจากการจัดแบ่งด้วยวิธีที่ 1 (โดยกลุ่มตัวอย่าง) และวิธีที่ 2 (โดยวิธีการทางสถิติ) มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอาการใกล้เคียงกัน ดังนั้นสรุปได้ว่า กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มอาการ คือ

กลุ่มอาการที่ 1 ได้แก่ ปวดท้อง/เจ็บท้อง ท้องอืด/แน่นท้อง และท้องผูก

กลุ่มอาการที่ 2 ได้แก่ เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร และ

กลุ่มอาการที่ 3 ได้แก่ วิตกกังวล หงุดหงิดโกรธง่าย เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ ซึมเศร้า และกลัว (ตาราง 10)

#### ตาราง 6

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r_s$ ) ของอาการภายในกลุ่มอาการที่ 1 ( $n = 75$ )

อาการ	ปวดท้อง/เจ็บท้อง	ท้องอืด/แน่นท้อง	ท้องผูก
1. ปวดท้อง/เจ็บท้อง	1.00		
2. ท้องอืด/แน่นท้อง	.36 *	1.00	
3. ท้องผูก	.46 *	.45 *	1.00

\*  $p < .01$

ตาราง 7

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r_s$ ) ของอาการภายในกลุ่มอาการที่ 2 ( $n = 47$ )

อาการ	เพื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า	น้ำหนักลด	เบื่ออาหาร
1. เพื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า	1.00		
2. น้ำหนักลด	.30 *	1.00	
3. เบื่ออาหาร	.21 **	.64 *	1.00

\*  $p < .01$  \*\*  $p < .05$ 

ตาราง 8

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r_s$ ) ของอาการภายในกลุ่มอาการที่ 3 ( $n = 9$ )

อาการ	วิตกกังวล	หงุดหงิดง่าย	เบื่อหน่าย	ซึมเศร้า	กลัว
1. วิตกกังวล	1.00				
2. หงุดหงิดง่าย	.30 *	1.00			
3. เบื่อหน่าย	.29 *	.39 *	1.00		
4. ซึมเศร้า	.36 *	.36 *	.38 *	1.00	
5. กลัว	.30 *	.35 *	.36 *	.33 *	1.00

\*  $p < .01$

ตาราง 9

ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบเชิงชั้นระหว่างกลุ่มอาการกับผลลัพธ์ของการจัดการกลุ่มอาการ

ตัวแปร	n	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup> change	b	β
<u>กลุ่มอาการที่ 1</u>	75	.13	.11	.11		
ปวดท้อง/เจ็บท้อง					-2.04 <sup>**</sup>	-.37
ท้องอืด/แน่นท้อง					-.16	-.03
ท้องผูก					.39	.08
<u>กลุ่มอาการที่ 2</u>	47	.22	.18	.07		
เพื่อย/ไม่มีแรง/ เหนื่อยล้า					-.30	-.07
น้ำหนักลด					-1.88 <sup>*</sup>	-.23
เบื่ออาหาร					-.41	-.08
<u>กลุ่มอาการที่ 3</u>	9	.28	.21	.03		
วิตกกังวล					-1.13 <sup>*</sup>	-.19
หุดหงิด โกรธง่าย					-1.48	-.17
เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ ไม่มีกำลังใจ					.10	.01
ซึมเศร้า					1.25	.08
กลัว					-.35	-.02

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$ ,  $F_{(11, 118)} = 4.25$ ,  $p < .001$

ตาราง 10

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละกลุ่ม (N = 83)

อาการที่เกิดขึ้นในแต่ละกลุ่ม	กลุ่มตัวอย่างรายงาน จำนวนคน (ร้อยละ)	ใช้วิธีการทางสถิติ จำนวนคน (ร้อยละ)
กลุ่มอาการที่ 1	75 (57.69)	75 (57.69)
1. ปวดท้อง/เจ็บท้อง		
2. ท้องอืด/ท้องแน่น		
3. ท้องผูก		
กลุ่มอาการที่ 2	47 (36.15)	47 (36.15)
1. เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า		
2. น้ำหนักลด		
3. เบื่ออาหาร		
กลุ่มอาการที่ 3	9 (6.92)	11 (8.46)
1. วิดกกังวล		
2. หงุดหงิด โกรธง่าย		
3. เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ		
4. ซึมเศร้า		
5. กลัว		

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ และความรุนแรงของอาการภายในกลุ่มอาการของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหพารามตริก ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ระหว่างความถี่ และความรุนแรงของอาการภายในกลุ่มอาการ พบว่า มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการที่ 1 ได้แก่ 1) ปวดท้อง/เจ็บท้อง 2) ท้องอืด/แน่นท้อง และ 3) ท้องผูก ( $r_s = 0.38 - 0.90, p < .01$ ) กลุ่มอาการที่ 2 ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 2) น้ำหนักลด และ 3) เบื่ออาหาร ( $r_s = 0.18 - 0.97, p < .05$ ) และกลุ่มอาการที่ 3 ได้แก่ 1) วิดกกังวล 2) หงุดหงิด โกรธง่าย 3) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ 4) ซึมเศร้า และ 5) กลัว ( $r_s = 0.29 - 1.00, p < .01$ ) (ตาราง 11)



ตาราง 11

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความถี่และความรุนแรงของอาการภายในกลุ่มอาการ ( $n = 83$ )

กลุ่มอาการ	ความถี่ (0-4 คะแนน)	ความรุนแรง (0-10 คะแนน)													
		กลุ่มอาการที่ 1			กลุ่มอาการที่ 2			กลุ่มอาการที่ 3							
		1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5			
กลุ่มที่ 1	1.1 ปวดท้อง/เจ็บท้อง	.90 **													
	1.2 ท้องอืด/แน่นท้อง	.38 **	.89 **												
	1.3 ท้องผูก	.46 **	.46 **	.87 **											
กลุ่มที่ 2	2.1 เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยง่าย				.93 **										
	2.2 น้ำหนักลด				.33 **	.96 **									
	2.3 เบื่ออาหาร				.18 *	.64 **	.97 **								
กลุ่มที่ 3	3.1 วิดกกังวล							.96 **							
	3.2 หงุดหงิด โกรธง่าย							.31 **	.99 **						
	3.3 เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ							.29 **	.38 **	.99 **					
	3.4 ซึมเศร้า							.36 **	.36 **	.37 **	1.00 **				
	3.5 กลัว							.31 **	.36 **	.36 **	.33 **	1.00 **			

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

#### 4. วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

ในการศึกษาประสบการณ์การจัดการกับกลุ่มอาการโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยรวมใน 2 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) การจัดการโดยการใช้ยา และ 2) การจัดการโดยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช้ยา ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอาการดังนี้

4.1 กลุ่มอาการที่ 1 ปวดท้อง/เจ็บท้อง/ ท้องอืด/แน่นท้อง และท้องผูก มีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยรวม โดย 1) การจัดการโดยการให้ยาแผนปัจจุบันมากที่สุด (ร้อยละ 93.33) และยาที่ใช้มากที่สุด คือ ยาพาราเซตามอล (ร้อยละ 85.33) รองลงมา คือ ยาลดกรด (ร้อยละ 84) 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 82.67) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การรับประทานอาหารที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย/ลดเนื้อสัตว์ (ร้อยละ 72) รองลงมา คือ รับประทานอาหารผักผลไม้ และดื่มน้ำเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 69.33) และ 3) การพยายามทำให้รอดด้วยวิธีการต่างๆ (ร้อยละ 30.67) โดยการล้วงคอมมากที่สุด (ร้อยละ 12) รองลงมา คือ กดบริเวณท้อง (ร้อยละ 10.67) (ตาราง 12)

4.2 กลุ่มอาการที่ 2 เหนื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร มีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยรวม โดย 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การรับประทานอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 85.11) ด้วยการพยายามฝืนรับประทานอาหาร (ร้อยละ 80.85) รองลงมา คือ แสวงหาอาหารที่อยากรับประทาน (ร้อยละ 74.47) 2) การผ่อนคลาย (ร้อยละ 82.98) ด้วยการนอน (ร้อยละ 80.85) รองลงมา คือ ออกกำลังกาย (ร้อยละ 72.34) และ 3) การจัดการโดยการให้ยาบำรุง (ร้อยละ 38.30) รองลงมา คือ ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร (ร้อยละ 21.28) (ตาราง 13)

4.3 กลุ่มอาการที่ 3 วิตกกังวล หงุดหงิด โกรธง่าย เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ ซึมเศร้า และกลัว มีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยรวม โดย 1) การปรับความรู้สึก และอารมณ์ ด้วยการยอมรับความเจ็บป่วย สร้างความหวังของการมีชีวิตอยู่ 2) การผ่อนคลาย ด้วยการพูดคุยกับบุคคลอื่น ในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 88.89 รองลงมาคือ ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง/อ่านหนังสือ และไปวัดทำบุญ/ทำทาน (ร้อยละ 44.44) และ 3) การให้ยาแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 77.78) โดยการให้ยาคลายกังวล/ยาต้านภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 44.44) รองลงมาคือ การใช้ยานอนหลับ (ร้อยละ 33.33) (ตาราง 14)

ตาราง 12

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่ 1 (n = 75)

กลุ่มอาการ	วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ปวดท้อง/เจ็บท้อง	1. การจัดการโดยใช้ยา		
2. ท้องอืด/แน่นท้อง	1.1 ใช้ยาแผนปัจจุบัน *	70	93.33
3. ท้องผูก	1.1.1 ยาพาราเซตามอล (paracetamal)	64	85.33
	1.1.2 ยาลดกรด (ยาธาตุน้ำขาว/น้ำแดง)	63	84.00
	1.1.3 ยาระบาย	61	81.33
	1.1.4 ยาใช้ภายนอก **	54	72.00
	1.1.5 ยาแก้ปวดชนิดอื่น(ยาคลายกล้ามเนื้อ)	46	61.33
	1.1.6 สวนถ่าย	18	24.00
	1.2 ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร	18	24.00
	1.2.1 ยาระบายแผนโบราณ (ชนิดเม็ด/น้ำ)	10	13.33
	1.2.2 ยาระบายจากสมุนไพร ***	8	10.67
	2. การจัดการโดยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา		
	2.1 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การรับประทานอาหาร *	62	82.67
	2.1.1 รับประทานอาหารที่อ่อนง่าย/ลดเนื้อสัตว์	54	72.00
	2.1.2 รับประทานอาหารผักผลไม้ และดื่มน้ำเพิ่มขึ้น	52	69.33
	2.1.3 รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง	43	57.33
	2.1.4 เดินเล่นหลังรับประทานอาหาร	26	34.67
	2.2 การพยายามทำให้เรอด้วยวิธีการต่างๆ	23	30.67
	2.2.1 ล้วงคอ	9	12.00
	2.2.2 กดบริเวณท้อง	8	10.67
	2.2.3 อ้าปากกลืนหายใจเข้า-ออก ลึกๆ	4	5.33
	2.2.4 ลูบหลัง	2	2.67

\* มีการใช้มากกว่า 1 วิธี

\*\* เกล็นเตอร์เพน/น้ำมันมวย/ยาหม่อง

\*\*\* ใบชุมเห็ด/ฝักราชพฤกษ์/จี่เหล็ก/มะขาม/มะนาว

ตาราง 13

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่ 2 (n = 47)

กลุ่มอาการ	วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพลีย/ไม่มี แรง/เหนื่อยล้า	1. การจัดการ โดยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา		
2. น้ำหนักลด	1.1 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การรับประทานอาหาร *	40	85.11
3. เบื่ออาหาร	1.1.1 พยายามฝืนรับประทานอาหาร	38	80.85
	1.1.2 แสวงหาอาหารที่อยากรับประทาน	35	74.47
	1.1.3 รับประทานอาหารรสจัด หลีกเลี่ยงรสจัด	33	70.21
	1.1.4 ดื่มนม/น้ำหวานเพิ่มขึ้น	32	68.09
	1.1.5 เปลี่ยนชนิดอาหารที่รับประทานบ่อยๆ	26	55.32
	1.1.7 รับประทานอาหาร/ดื่มอาหารเสริม	25	53.19
	1.2 การผ่อนคลาย *	39	82.98
	1.2.1 นอน	38	80.85
	1.2.2 ออกกำลังกาย	34	72.34
	1.2.3 ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง/อ่านหนังสือ	26	55.32
	2. การจัดการ โดยใช้ยา		
	2.1 ใ้ยาบำรุง (วิตามินรวม/ยาบำรุงเม็ดสีแดง)	18	38.30
	2.2 ใ้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร	10	21.28
	1.2.1 ยาคองเห็ด	5	10.64
	1.2.2 ผักที่มีรสขม * *	3	6.38
	1.2.3 โสม	2	4.26

\* มีการใช้มากกว่า 1 วิธี

\* \* สะเดา/มะระขี้นก/มะเขือพวงขม

ตาราง 14

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่ 3 ( $n = 9$ )

อาการ	วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.วิตกกังวล	1. การจัดการโดยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา		
2. หงุดหงิดโกรธง่าย	1.1 ปรับความรู้สึกและอารมณ์*	8	88.89
3. เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ ไม่มีกำลังใจ	1.1.1 ยอมรับความเจ็บป่วย	8	88.89
	1.1.2 สร้างความหวังของการมีชีวิตอยู่	8	88.89
4. ซึมเศร้า	1.1.3 พยายามลืมความเจ็บป่วย	4	44.44
5. กลัว	1.2 การผ่อนคลาย*	8	88.89
	1.2.1 พุดคุยกับบุคคลอื่นๆ	8	88.89
	1.2.2 ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง/อ่านหนังสือ	4	44.44
	1.2.3 ไปวัดทำบุญ/ทำทาน	4	44.44
	1.2.4 สวดมนต์/นั่งสมาธิ	3	33.33
	1.2.5 ออกกำลังกาย	3	33.33
	2. การจัดการโดยใช้ยา		
	2.1 ใช้ยาแผนปัจจุบัน	7	77.78
	2.1.1 ยาคลายกังวล/ยาต้านภาวะซึมเศร้า	4	44.44
	2.1.2 ยานอนหลับ	3	33.33

\* มีการใช้มากกว่า 1 วิธี

5. ผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก โดยการประเมินการรับรู้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับดี และมีระดับการทำหน้าที่รายด้านเรียงลำดับจากต่ำไปสูงดังนี้ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคม ด้านภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ด้านความยุ่งยากที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่ และด้านผลกระทบจากความปวดอยู่ในระดับดี ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านสภาพอารมณ์ และด้านผลกระทบจากอาการคลื่นไส้อยู่ในระดับดีมาก (ตาราง 15)

ตาราง 15

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 83)

การทำหน้าที่	คะแนนการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การทำหน้าที่รายด้าน			
- ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท	9.05	2.04	ดีมาก
- ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคม	3.47	1.22	ดี
- ด้านสภาพอารมณ์	14.76	1.93	ดีมาก
- ด้านภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	6.04	1.35	ดี
- ด้านความยุ่งยากที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่	6.42	1.86	ดี
- ด้านผลกระทบจากอาการคลื่นไส้	5.30	1.19	ดีมาก
- ด้านผลกระทบจากความปวด	3.01	1.54	ดี
การทำหน้าที่โดยรวม	48.05	7.50	ดี

#### การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษากลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีทั้งหมด 130 ราย เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.85) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 46.15) ถึงแม้ว่าสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศชาย และเพศหญิงในการศึกษานี้จะไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ก็เห็นแนวโน้มว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ชายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าผู้หญิง เช่น การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของเอทานอล โดยแบคทีเรียในกระเพาะอาหารและลำไส้เป็น อะซิเทลดิไฮด์ (acetaldehyde) ซึ่งสารเคมีดังกล่าวจะทำให้เกิดการทำลายเยื่อบุผิวลำไส้ (mucosal damage) และเกิดการสร้างเยื่อบุผิวลำไส้ใหม่ที่หนาตัวกว่าปกติ (mucosal hyperregeneration) ซึ่งมีผลทำให้เกิดมะเร็งขึ้น โดยพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน จะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มากกว่าคนปกติ 2 เท่า (ชนินทร์, 2545; ชุมศักดิ์, 2543; วิมลรัตน์, 2543; อานาจ, 2543; Raw, 2002; Rudy, 2000; Slattery, 2000) ใกล้เคียงกับ

การศึกษาของ ซึโนดะ และคณะ (Tsunoda et al., 2005) และแอกเกอร์เวล และคณะ (Aggarwal et al., 2006) ที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 53.80 และ ร้อยละ 54.36 ตามลำดับ)

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 59.68 ปี (ช่วงอายุ 26-90 ปี) เนื่องมาจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักในระยะแรกจะไม่ค่อยมีอาการ ก้อนเนื้อร้ายจะค่อยๆ พัฒนาใช้เวลาตั้งแต่ 5-10 ปี จึงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ (ชุมศักดิ์, 2543; สุเมธ, 2541) ทำให้มักจะตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักในผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป และจะพบมากขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุจะมีเส้นประสาทบริเวณทวารหนักเสื่อมสภาพ ส่งผลให้ความรู้สึกปวดถ่ายอุจจาระลดลง ผู้สูงอายุจึงมักท้องผูก เมื่อท้องผูกทำให้อุจจาระที่มีสารก่อมะเร็งค้างคั่งอยู่ในลำไส้ นาน จึงสัมผัสกับเยื่อผนังลำไส้ตลอดเวลา โอกาสเกิดมะเร็งจึงพบได้มากขึ้นในผู้สูงอายุ (พรชัย, 2549) ซึ่งใกล้เคียงกับการวิจัยที่ผ่านมาของ เคอร์เนยา และไฟร์เดนิช (Courneya & Friedenreich, 1997) และสมาคมอายุรเวท ของอเมริกา (American Geriatrics Society, 2005) พบอายุเฉลี่ย 61, 61.8 ปี ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.15) ใกล้เคียงกับการสำรวจลักษณะประชากรผู้สูงอายุไทยที่พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และนับถือศาสนาพุทธเนื่องจากเป็นศาสนาประจำชาติไทย (บรรลุ, 2542) ในด้านการประกอบอาชีพกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7744.62 บาท/เดือน มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด (ร้อยละ 73.08) และสิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 77.69)

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์พบว่า เป็นมะเร็งที่ตำแหน่งลำไส้ใหญ่มากที่สุด (ร้อยละ 61.54) มีระยะการดำเนินของโรค อยู่ในระยะที่ 3 (ร้อยละ 46.15) ระยะที่ 2 (ร้อยละ 30) และไม่ทราบระยะการดำเนินของโรคเนื่องจากอยู่ในช่วงหลังผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ (ร้อยละ 5.38) (7 ราย) จะเห็นได้ว่าจากธรรมชาติของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่ค่อยมีอาการ (ชุมศักดิ์, 2543; สุเมธ, 2541) จึงทำให้ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ ส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินของโรคอยู่ในระยะที่ 2 และที่ 3 แล้ว

### 1.3 อาการที่เกิดขึ้นทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อาการที่เกิดขึ้นทั้งหมดกับกลุ่มตัวอย่างมี 31 อาการ โดยมีอาการที่เกิดขึ้น 26 อาการตามที่ปรากฏในแบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมีอาการที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากแบบสอบถาม อีก 5 อาการ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นเพิ่มเหล่านี้จากการวิเคราะห์ พบว่าเกิดขึ้นน้อยเพียง ร้อยละ 0.77-4.62 (ตาราง 4) และมีอาการเฉลี่ยต่อราย = 7.68 อาการ (SD = 3.24) พบน้อยที่สุด 2 อาการ มากที่สุด 20 อาการ และเมื่อให้กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นพบว่า อาการที่มีความถี่สูงเป็น 5 อันดับแรก คือ 1) ท้องอืด/แน่น ท้อง 2) ท้องผูก 3) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 4) ปวดท้อง/เจ็บท้อง และ 5) นอนไม่หลับ โดย

อาการทั้งหมดดังกล่าวนี้ กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความรุนแรงในลำดับต้นๆ เช่นกัน (ตาราง 5) ทั้งนี้ เป็นเพราะอาการเหล่านี้เป็นอาการเฉพาะของการทำหน้าที่ของลำไส้ที่ผิดปกติ ทำให้มีการแปรปรวนของระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง และการขับถ่าย (ชนิด, 2547; นรินทร์, 2548; สุพล, 2544; อานาจ, 2543; Raw, 2002; Rudy, 2000; Slattery, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของแอกเกอร์เวล และคณะ (Aggarwal et al., 2006) ศึกษาอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่พบว่าอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปวดท้อง ท้องผูก และอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษา (ฐิติพร, 2541; นรินทร์, 2546; ปรียา และ ยุพาวรรณ, 2548; วุฒิสิริ, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรติ (2546) สสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ พบว่าอาการที่ กลุ่มตัวอย่างรายงาน เป็นอาการทั้งที่เกิดจากพยาธิสภาพของ โรคมะเร็งเอง และเกิดจาก ภาวะแทรกซ้อนของแบบแผนการรักษา โดยพบว่าอาการเพื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า เป็นอาการที่ พบบ่อย 5 อันดับแรก และอาการนอนไม่หลับ เป็นอาการหนึ่งใน 5 อันดับแรกที่รบกวนการดำเนิน ชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม พบว่า มีอาการอื่นๆ คือ 1) ไข้ 2) หูอื้อ และ 3) ผม่วง ที่กลุ่มตัวอย่าง รายงานว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นไม่บ่อย แต่เมื่อมีอาการแล้วมีความรุนแรงในระดับต้นๆ คือ ความรุนแรง ปานกลางค่อนข้างไปทางสูง (ตาราง 5) ซึ่งข้อค้นพบนี้อาจยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน เนื่องจากกลุ่ม ตัวอย่างที่รายงานว่าเกิดอาการทั้ง 3 อาการมีจำนวนน้อย คือ 5 ราย, 3 ราย และ 18 ราย ตามลำดับ จึงไม่ สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรได้

2. กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ แบ่งกลุ่มอาการ โดยใช้หลักการแบ่งโดยวิธีที่ 1 คือตามที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รายงาน และวิธีที่ 2 ใช้ หลักการทางสถิติ การจัดแบ่งกลุ่มอาการทั้ง 2 วิธี มีความสอดคล้องกัน ดังนั้นสรุปได้ว่า กลุ่มอาการ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการที่ 1 ได้แก่ ปวดท้อง/เจ็บท้อง ท้องอืด/แน่นท้อง และท้องผูก กลุ่มอาการที่ 2 ได้แก่ เพื่อย/ไม่มีแรง/ เหนื่อยล้า น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร กลุ่มอาการที่ 3 ได้แก่ วิตกกังวล หงุดหงิด โกรธง่าย เบื่อหน่าย/ ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ ซึมเศร้า และกลัว (ตาราง 10) ซึ่งจากศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับกลุ่มอาการในผู้ป่วย มะเร็ง พบว่าอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันมีการเสริมฤทธิ์กัน คือ เมื่อเกิดอาการหนึ่งแล้วอาจทำให้อาการ อื่นๆ ภายในกลุ่มอาการรุนแรงขึ้นด้วย การรักษาอาการใดอาการหนึ่งอาจส่งผลต่ออาการทั้งหมด ภายในกลุ่มอาการด้วย (Fleishman, 2004) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้มีการวัดในเรื่องนี้ โดยเฉพาะ ควรมีการศึกษาต่อไปในอนาคต และจากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับอาการส่วนใหญ่ ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

กลุ่มอาการที่ 1 ปวดท้อง/เจ็บท้อง ท้องอืด/แน่นท้อง และท้องผูก โดยมีจำนวน กลุ่มตัวอย่างที่ประสบกับกลุ่มอาการนี้สูงถึง ร้อยละ 57.69 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะ



ความรุนแรงของโรค ในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 (ร้อยละ 30 และ ร้อยละ 46.15 ตามลำดับ) (ตาราง 3) ซึ่งเป็นระยะที่มะเร็งมีการลุกลามผ่านทุกชั้นของผนังลำไส้ใหญ่ ลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงแล้ว (ซุมศักดิ์, 2544; อมรชัย, 2542) จึงทำให้อุจจาระผ่านบริเวณลำไส้ได้ลำบาก หรือผ่านไปไม่ได้ เกิดการอุดตันขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง/ท้องอืด ท้องผูก (อำนาจ, 2543)

กลุ่มอาการที่ 2 ได้แก่ เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร อาการเหล่านี้เกิดขึ้นจากความเชื่อว่า เกิดจากมะเร็งมีการกระตุ้นการหลั่งสารทูเมอร์ นิโครติค แฟคเตอร์ (tumor necrotic factor: TNF) มีผลให้เบื่ออาหาร ซึ่งอาการเบื่ออาหารเป็นหนึ่งในหลายๆ สาเหตุ ที่มีผลร่วมกันทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดอาการน้ำหนักลด และผอมลง (สุดสวาท, 2542) และสารนี้ยังทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานสูง จึงทำให้พลังงานที่สะสมไว้ในร่างกายมีการสูญเสียไปมาก (สมเกียรติ และ วิศิษฐ์, 2542) เมื่อพลังงานที่สะสมน้อยกว่าพลังงานที่นำไปใช้ จึงทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร ที่จะนำไปใช้ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และสร้างภูมิคุ้มกัน จึงทำให้ร่างกายเกิดความเหนื่อยล้าขึ้น (สุดสวาท, 2542) ซึ่งความเหนื่อยล้าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง และวิธีการการรักษาโรคมะเร็ง คือ การใช้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี และการผ่าตัด ล้วนเป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้า (Piper, 1987) จากผลการศึกษาค้นคว้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษา ได้แก่ เคมีบำบัด การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก และรังสีรักษา (ตาราง 3) มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษา เคมีบำบัด การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก และรังสีรักษา (ตาราง 3) มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษา เคมีบำบัด ร้อยละ 53.08 ซึ่งยาเคมีบำบัดมีผลข้างเคียงต่อเซลล์ไขกระดูก โดยยารักษาจะกดไขกระดูก ทำให้มีการสร้าง เม็ดเลือดขาว และเม็ดเลือดแดงลดลง (นิสิตา, 2542) เมื่อมีการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ร่างกายจึงขาดพลังงาน นำไปสู่การเกิดความเหนื่อยล้าได้ (Continuum Cancer Center, 2003; Workman, 2002) จากการศึกษาผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษา เคมีบำบัด เสริมพบว่า อาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบเป็นอันดับหนึ่ง (Jong et al., 2002) และจากการศึกษาของอภินิติ (2546) สืบหาอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้หนึ่งใน 5 ของอาการ 5 อันดับแรก ที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีกลุ่มตัวอย่าง 1 รายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา เนื่องจากเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายมะเร็งมีการกระจายไปที่กระดูก (bone metastasis) ได้รับรังสีรักษาจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 150 เกรย์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นได้แก่ 1) ปวด 2) เพลีย 3) เบื่ออาหาร และ 4) น้ำหนักลด ตลอดเวลา และมีระดับความรุนแรงของอาการในระดับรุนแรงมาก 10, 8, 8 และ 7 ตามลำดับ (จากแบบสอบถามความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น) อธิบายได้ว่าเมื่อมะเร็งมีการกระจายไปที่กระดูกผู้ป่วยจะปวดมากแพทย์จะต้องใช้การรักษาด้วยรังสีรักษา โดยให้ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งเพื่อลดปวด (pain relief) นอกเหนือจากการได้รับยาแก้ปวดตามตามหลักกระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็ง การลดปวดด้วยวิธีนี้

พบว่า หลังการรักษา 1 เดือน อาการปวดจะลดลง ร้อยละ 25 และหลังจากได้รับรังสีรักษาไป ช่วงเวลาหนึ่ง อาการปวดจะลดลง ร้อยละ 41 (ลักขมี, 2549) ซึ่งในการทำลายเซลล์มะเร็งด้วยรังสีรักษา ทำให้เกิดของเสียเกิดขึ้น ได้แก่ กรดแลคติก ไพรูเวท และไฮโดรเจนไอออน ของเสียเหล่านี้มีผลต่อการหดตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดตัวลดลง จึงเกิดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อได้ (Bender, Yesko & Strohl, 2000) นอกจากรังสีจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว ยังมีผลต่อเซลล์ปกติที่อยู่ข้างเคียงด้วย (ฐิติพร, 2541; นรินทร์, 2546; ปรียา และ ยุพาวรรณ, 2548; วุฒิสิริ, 2547) จึงทำให้ร่างกายมีการนำพลังงานจำนวนมากไปใช้ในระหว่างที่ได้รับรังสี เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เป็นผลให้ร่างกายมีพลังงานสะสมลดลง และเกิดความเหนื่อยล้าตามมาได้ (Continuum Cancer Center, 2003) เมื่อผู้ป่วยเบื่ออาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง ประกอบกับร่างกายจะต้องมีการใช้พลังงานในการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง รวมทั้งใช้พลังงานเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอที่เกิดจากผลข้างเคียงของแบบแผนการรักษา ทำให้พลังงานสะสมไม่สมดุลกับพลังงานที่นำไปใช้จึงทำให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น จะเห็นได้ว่า อาการดังกล่าวมาแล้วข้างต้นมีความสัมพันธ์กัน กลุ่มตัวอย่างจึงเกิดกลุ่มอาการนี้ขึ้น

กลุ่มอาการที่ 3 ได้แก่ วิดกกังวล หงุดหงิดโกรธง่าย เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ ซึมเศร้า และกลัว อาจเกิดเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก นอกจากมีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายแล้วยังประสบความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ เนื่องจากโรคมะเร็งตามการรับรู้ของบุคคลทั่วไป มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งว่าเป็นโรคร้ายแรง รักษาไม่หายนำไปสู่ความตาย และจากระยะของโรค ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 46.15 (ตาราง 3) ซึ่งเป็นระยะท้ายๆ ของโรค จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ ซึมเศร้า และวิตกกังวลขึ้น (พิไลรัตน์, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญรา (2549) ศึกษาสัมพันธ์ภาพของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 240 ราย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถอธิบายความวิตกกังวลได้ ประกอบกับโรคมะเร็งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดการบีบคั้นทางด้านจิตใจ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และแสดงออกมาให้ปรากฏด้วยการเปลี่ยนแปลงทางกาย เช่น บุคลิกภาพ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หงุดหงิดโกรธง่าย เมื่อได้รับการกระทบกระเทือนเพียงเล็กน้อยก็จะแสดงความโกรธออกอย่างมากมาย (ฐิติพร, 2541; ลัทธนา, 2544) จากผลการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ซึโนดะ และคณะ (Tsumoda et al., 2005) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีอาการด้านจิตใจ คือ มีความวิตกกังวล เกิดขึ้นด้วย นอกจากนี้อาการที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายก็จะส่งผลทางด้านจิตใจ (พิไลรัตน์, 2542) จึงทำ

ให้กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาอภิศิ (2546) สํารวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ พบว่าอาการที่พบบ่อยด้านร่างกาย ได้แก่ 1) ปวด/เจ็บ 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า และ 4) เบื่ออาหาร และด้านจิตใจ ได้แก่ 1) ไม่มีสมาธิ 2) หงุดหงิด/โกรธง่าย 3) นอนไม่หลับ และ 4) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ เป็นต้น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ และความรุนแรงของอาการภายในกลุ่มอาการ ของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ และความรุนแรงของอาการภายในกลุ่มอาการ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 3 กลุ่ม ( $r_s = 0.18 - 1.00, p < .05$ ) (ตาราง 11) กล่าวคือ ผู้ที่มีความถี่ของอาการเกิดขึ้นบ่อยจะมีความรุนแรงของอาการมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ และความรุนแรงของอาการภายในกลุ่มอาการ ในผู้ป่วย มะเร็งที่ผ่านมา (อภิศิ, 2546; Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004) ซึ่งความสัมพันธ์นี้นำมาใช้ในการวางแผนป้องกัน และให้การพยาบาลเพื่อไม่ให้กลุ่มอาการมีความรุนแรงขึ้น โดยพยาบาลจะต้องเฝ้าระวังอาการที่เกิดขึ้นบ่อย ซึ่งอาการนี้จะมีความรุนแรงมากด้วย และในการให้การพยาบาลจะต้องให้เพื่อจัดการกับทุกอาการภายในกลุ่ม ไม่ให้เพื่อหวังผลที่จะจัดการกับอาการเพียงอาการใดอาการหนึ่ง เพราะจะทำให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับกลุ่มอาการมีประสิทธิภาพลดลง สอดคล้องกับแนวคิดกลุ่มอาการที่ว่า กลุ่มอาการ หมายถึง อาการตั้งแต่ 2 อาการ หรือมากกว่าขึ้นไป อาการที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการภายในกลุ่มอาการเดียวกันมีความสัมพันธ์มากกว่าอาการในกลุ่มอาการอื่น โดยอาการที่เกิดขึ้นเหล่านั้นอาจเกิดจากสาเหตุเดียวกัน หรือไม่ก็ได้ (Kim et al., 2005)

4. วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ โดยรวมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีทั้งการจัดการโดยการให้ยา และการจัดการโดยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยาร่วมกัน มีรายละเอียดการจัดการในแต่ละกลุ่มอาการดังนี้

กลุ่มอาการที่ 1 ปวดท้อง/เจ็บท้อง ท้องอืด/แน่นท้อง และท้องผูก มีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยรวม โดย 1) การจัดการโดยการให้ยาแผนปัจจุบันมากที่สุด (ร้อยละ 93.33) และยาที่ใช้มากที่สุด คือ ยาพาราเซตามอล (ร้อยละ 85.33) รองลงมา คือ ยาลดกรด (ร้อยละ 84) 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 82.67) โดยการรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย/ลดเนื้อสัตว์ (ร้อยละ 72) รองลงมา คือ รับประทานผักผลไม้ และดื่มน้ำเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 69.33) และ

3) การพยายามทำให้เรอด้วยวิธีการต่างๆ (ร้อยละ 30.67) มีวิธีการทำให้เรอด้วยการล้วงคอมมากที่สุด (ร้อยละ 12) (ตาราง 12) สามารถอธิบายได้ดังนี้

การใช้ยาพาราเซตามอล พบ ร้อยละ 85.33 เนื่องจากอาการปวดท้อง/เจ็บท้อง ที่เกิดขึ้นที่กลุ่มตัวอย่างรายงานอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 5.89$ ) (ตาราง 5) ซึ่งยาพาราเซตามอล เป็นยาแก้ปวดที่มีการนำไปใช้บ่อยเพื่อบรรเทาปวดในระดับน้อยถึงปานกลาง หาง่าย ปลอดภัย และราคาไม่แพง (พงศักรดี, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพาวดี (2549) ศึกษาความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 98 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการใช้ยาพาราเซตามอล เพื่อลดปวดมากที่สุด และสมพร (2541) ศึกษาประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 104 ราย พบว่า ขณะอยู่บ้านกลุ่มตัวอย่างใช้ยาพาราเซตามอล เพื่อลดปวดมากที่สุด เช่นกัน

ยาลดกรด พบ ร้อยละ 84 เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่มีเนื้องอกเกิดขึ้นที่บริเวณลำไส้ทำให้มีอาการผ่านลำบาก หรือเกิดการอุดตันทำให้ท้องอืด แน่นท้อง (อำนาจ, 2543) กลุ่มตัวอย่าง จึงมีการใช้ยาลดกรด ซึ่งยาลดกรดมีคุณสมบัติเป็นด่างอ่อน และผู้ผลิตจะมีการใส่ยาขับลมไปด้วย จึงทำให้ช่วยขับลม และลดอาการท้องอืด/แน่นท้อง (พวงพะยอม และคณะ, 2537) โดยที่กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า หลังกินยาลดกรด อาการท้องอืด/แน่นท้องลดลง

ยาระบาย พบ ร้อยละ 81.33 จากการมีเนื้องอกเกิดขึ้นแล้วอุจจาระอุดตันผ่านไปไม่ได้ ทำให้มีอาการท้องผูก (อำนาจ, 2543) กลุ่มตัวอย่างจึงมีการใช้ยาระบาย ซึ่งยาระบายจะเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ทำให้ถ่ายอุจจาระ และยังมีผลลดอาการท้องอืด/แน่นท้อง (ธานี, 2546) สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ให้เหตุผลว่า หลังกินยาระบายทำให้ถ่ายอุจจาระดีขึ้น และยังทำให้อาการท้องอืด/แน่นท้องลดลงอีกด้วย นอกจากนี้มีผลข้างเคียงต่ำ ความปลอดภัยในการใช้สูง (วิไลวรรณ และ วิไลวรรณ, 2540) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการนำยาระบายมาใช้มาก

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การรับประทานอาหาร พบ ร้อยละ 82.67 โดยการรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย/ลดเนื้อสัตว์ (ร้อยละ 72) รองลงมา คือ รับประทานอาหารผักผลไม้ และดื่มน้ำเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 69.33) เนื่องจากผักผลไม้จะมีกากใยอาหารมาก จะช่วยให้ร่างกายขับถ่ายออกมาได้เร็วขึ้น โดยจะใช้เวลา 35 ชั่วโมง ในขณะที่อาหารประเภทเนื้อสัตว์ และอาหารที่มีกากใยน้อยร่างกายใช้เวลาในการขับถ่ายถึง 77 ชั่วโมง (Ludington, 1995 อ้างตาม วิมลรัตน์, 2543) กลุ่มตัวอย่างจึงเลือกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การรับประทานอาหารเหล่านี้ เพื่อช่วยให้ขับถ่ายดีขึ้น และลดอาการท้องอืด/แน่นท้อง

การพยายามทำให้เรอด้วยวิธีการต่างๆ พบ ร้อยละ 30.67 จากที่มีเนื้องอกเกิดขึ้นที่ลำไส้ เมื่อลำไส้มีการบีบตัวทำให้อาหารผ่านไปได้น้อยลง หรือมีการอุดตัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการ

ท้องผูก และท้องอืด/แน่นท้อง (อำนาจ, 2543) ซึ่งการอดต้นทำให้ระยะเวลาในการย่อยอาหาร และขับออกจากร่างกายนานขึ้น ซึ่งกระบวนการย่อยอาหารที่บริเวณลำไส้ใหญ่มีการย่อยโดยแบคทีเรียทำให้เกิดก๊าซขึ้น เมื่ออาหารตกค้างในลำไส้ยาวนาน ก็จะทำให้เกิดก๊าซมากยิ่งขึ้น จึงเป็นสาเหตุที่สำคัญให้กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการท้องอืด/แน่นท้องขึ้น การเราจะเป็นการขับก๊าซออกจะช่วยบรรเทาอาการให้ดีขึ้น (กำพล, 2536) สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ให้เหตุผลว่าหลังเราจะทำให้รู้สึกท้องอืด/แน่นท้อง ลดลง

กลุ่มอาการที่ 2 เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร มีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยรวม โดย 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การรับประทานอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 85.11) ด้วยการพยายามฝืนรับประทาน (ร้อยละ 80.85) รองลงมา คือแสวงหาอาหารที่อยากรับประทาน (ร้อยละ 74.47) 2) การผ่อนคลาย ด้วยการนอน (ร้อยละ 80.85) รองลงมา คือออกกำลังกาย (ร้อยละ 72.34) และ 3) การจัดการโดยการใช้ยาแผนปัจจุบัน คือการใช้ยาบำรุง (ร้อยละ 38.30) รองลงมา คือใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร (ร้อยละ 21.28) (ตาราง 13)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การรับประทานอาหาร พบ ร้อยละ 85.11 ด้วยการพยายามฝืนรับประทาน (ร้อยละ 80.85) รองลงมา คือ แสวงหาอาหารที่อยากรับประทาน (ร้อยละ 74.47) สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรดี (2546) สำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การรับประทานอาหาร เช่น การบริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น การรับประทานอาหารเหลว/อาหารเสริม เป็นต้น

การผ่อนคลาย ด้วยการนอน (ร้อยละ 80.85) รองลงมา คือ ออกกำลังกาย (ร้อยละ 72.34) การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอจะทำให้ร่างกายเก็บรักษาพลังงาน และมีการสะสมพลังงานนำไปซ่อมแซมส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อ สมอง และระบบประสาทได้พัก เป็นการฟื้นฟูสุขภาพ หากการนอนไม่เพียงพอตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปรวมถึงขาดการพักผ่อนนอนหลับในเวลากลางคืน จะทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนทำให้เซลล์ต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพในการสร้างพลังงานเอทีพี (ATP) ซึ่งเป็นสาเหตุการเหนื่อยล้าได้ (สุดถนอม, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของชฎารัตน์ (2545) ศึกษาการจัดการกับอาการ การประเมินอาการ และผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งต่อม้าน้ำเหลืองจำนวน 40 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้การนอนพัก เพื่อลดอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด ร้อยละ 94.60 และการศึกษาของศิริไท (2540) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด จำนวน 200 ราย พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านร่างกายที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุดคือ การนอนหลับพักผ่อนเพื่อลดความเหนื่อยล้าและอารมณ์ (2544) ศึกษาความอ่อนล้าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการ

ดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสี จำนวน 60 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนอนหลับพักผ่อนมากที่สุดเพื่อลดความเหนื่อยล้า นอกจากนี้ การศึกษาของเพิงใจ (2545) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 160 ราย พบว่าผู้ป่วยที่นอนหลับจะเหนื่อยล้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่นอนไม่หลับ

การออกกำลังกาย พบ ร้อยละ 72.34 การออกกำลังกายในระยะที่ 3 ระยะชะลอ (cool down) เมื่อใกล้จะหยุดออกกำลังกายแล้วค่อยๆ ผ่อนคลายประมาณ 5-10 นาที จะเป็นการลดกรดแลคติกที่หลงเหลืออยู่ตามกล้ามเนื้อ และช่วยให้กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย อัตราการเต้นของหัวใจให้ช้าลง เพื่อให้ปริมาณเลือดกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนตามปกติ ทำให้กล้ามเนื้อมีการทำงานดีขึ้น (กระแส, 2539; สุกัญญา, 2543) ลดความเหนื่อยล้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ (2544) ศึกษาแบบแผนความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 60 มีการออกกำลังกายเพื่อลดความเหนื่อยล้า และ การศึกษาของเพิงใจ (2545) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 160 ราย พบว่าพฤติกรรมกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การจัดการโดยการใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยใช้ยาบำรุง ร้อยละ 38.30 จากพยาธิสภาพของโรคที่ก่อมะเร็งที่เกิดการกดเบียดจนเป็นแผลมีเลือดออก ทำให้ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด หรือมีเลือดปน (อำนาจ, 2543) ประกอบกับที่กลุ่มตัวอย่างได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งยาเคมีบำบัดมีผลข้างเคียงต่อเซลล์ไขกระดูก โดยยามะเร็งจะกดไขกระดูก ทำให้มีการสร้างเกร็ดเลือด เม็ดเลือดขาว และเม็ดเลือดแดงลดลง (นิสิตา, 2542) เมื่อมีการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (Continuum Cancer Center, 2003; Workman, 2002) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการเพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้าขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีการใช้ยาบำรุง เนื่องจากยาบำรุงมีธาตุเหล็กเป็นองค์ประกอบช่วยในการขนส่งออกซิเจน (สภาการพยาบาล, 2545) ทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีอาการ เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้าลดลง นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร ร้อยละ 38.30 ซึ่งสมุนไพรที่มีการนำมาใช้ได้แก่ สมุนไพรที่มีรสขม ซึ่งรสขมจะกระตุ้นต่อมรับรสที่ลิ้น ทำให้มีการเพิ่มการหลั่งน้ำลาย และน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร ส่งผลให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น (วัฒนา และ วิไลวรรณ, 2540) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงนำมาใช้เพื่อช่วยในการลดอาการเบื่ออาหาร เมื่อรับประทานอาหารได้มาก ทำให้ร่างกายมีพลังงานสะสม และพลังงานที่นำไปใช้เกิดความสมดุล จึงช่วยลดอาการเพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า ที่เกิดจากการนำพลังไปใช้มากกว่าพลังงานที่มีอยู่ในร่างกาย และยังส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรดี (2546) สสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการนำยาแผนโบราณหรือสมุนไพรมาใช้เพื่อจัดการกับอาการเพื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า และเบื่ออาหาร

กลุ่มอาการที่ 3 วิตกกังวล หงุดหงิด โกรธง่าย เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ ซึมเศร้า และกลัว เกิดจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนอกจากมีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายแล้วยังประสบความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ เนื่องจากโรคมะเร็งตามการรับรู้ของบุคคลทั่วไปมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งว่าเป็นโรคร้ายแรง รักษาไม่หายนำไปสู่ความตาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว และวิตกกังวล ประกอบกับโรคมะเร็งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดการบีบคั้นทางด้านจิตใจ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และแสดงออกมาให้ปรากฏด้วยการเปลี่ยนแปลงทางกาย เช่น บุคลิกภาพ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย เมื่อได้รับการกระทบกระเทือนเพียงเล็กน้อยก็จะแสดงความโกรธออกอย่างมากมาย (จิตติพร, 2541; ลัพณา, 2544) จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ามีการจัดการกับกลุ่มอาการโดย 1) การปรับความรู้สึก และอารมณ์ ด้วยการยอมรับความเจ็บป่วย สร้างความหวังของการมีชีวิตอยู่ 2) การผ่อนคลาย ด้วยการพูดคุยกับบุคคลอื่นในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 88.89 รองลงมาคือ ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง/อ่านหนังสือ และไปวัดทำบุญ/ทำทาน (ร้อยละ 44.44) และ 3) การใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยการใช้ยาคลายกังวล/ยาต้านภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 44.44) รองลงมาคือ การใช้ยานอนหลับ (ร้อยละ 33.33) (ตาราง 14)

การปรับความรู้สึก และอารมณ์ ด้วยการยอมรับความเจ็บป่วย สร้างความหวังของการมีชีวิตอยู่ พบ ร้อยละ 88.89 อธิบายได้ว่าเมื่อยอมรับความเจ็บป่วย ก็จะทำให้เกิดการพิจารณา สิ่งต่างๆ ด้วยเหตุผลตามสภาพความเป็นจริง เข้าใจความไม่เที่ยงแท้ มีการปล่อยวางสิ่งยึดมั่นถือมั่น อยู่อย่างเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต จึงทำให้เกิดการยอมรับความตาย มีจิตใจสงบ ทำให้อยู่กับโรคและการรักษาได้อย่างมีความสุข (ทัศนาศ, 2533 อ้างตาม สุพิศ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของสุพิศ (2548) ศึกษาประสบการณ์การเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกทางวิญญาณ พบว่าผู้ป่วยที่ทุกข์ท้อแท้ และกังวลใจ มีความสุขอยู่กับโรคได้อย่างสมดุล ด้วยการปรับเปลี่ยนอารมณ์ ยอมรับ และเข้าใจธรรมชาติของชีวิต และสร้างความหวังหล่อเลี้ยงชีวิต

การผ่อนคลาย ด้วยการพูดคุยกับบุคคลอื่น พบ ร้อยละ 88.89 ซึ่งการพูดคุยปรับทุกข์ และปรึกษาหารือกับผู้อื่น เป็นการระบายความกังวล และปรึกษาผู้อื่นในการแก้ปัญหา (สมจิต, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา (2544) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม จำนวน 40 ราย พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับ

คำปรึกษารายบุคคลร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

การดูโทรทัศน์/ฟังเพลง/อ่านหนังสือ และไปวัดทำบุญ/ทำทาน สวดมนต์/นั่งสมาธิ (ร้อยละ 44.44 และ ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ) ซึ่งการมีกิจกรรมช่วยผ่อนคลายเป็นวิธีการที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสนใจเรื่องอื่นที่น่าสนใจ มากกว่าอาการที่เกิดขึ้น เช่น การฟังเพลง/ดนตรีบำบัด หรือการทำสมาธิ ช่วยให้ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบกล้ามเนื้อ และจิตใจมีการทำงานเป็นทีม และเป็นระบบมากขึ้น ทำให้สมองหลั่งสารแห่งความสุข ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกาย อัตราการหายใจ และการเต้นของหัวใจลดลง ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ร่างกายได้พัก เป็นการทำให้คลื่นสมองอยู่ในระยะอัลฟา (alpha) (แสงจันทร์ สุริรัตน์ รัชฎา และ พวงเพ็ญ, 2541) ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้เกิดความคิดช่วยรักษาอาการที่ไม่พึงพอใจ ที่เกิดขึ้นต่อจิตใจและอารมณ์ โดยเฉพาะช่วยลดความวิตกกังวล และความมั่นคงทางจิตใจ (พวงเพ็ญ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรียา อารมณ์สุดจิต และ สมพร (2547) ศึกษารูปแบบการนำหลักธรรมของพระพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำสมาธิ และสวดมนต์ หลังปฏิบัติกลุ่มตัวอย่างรู้สึกผ่อนคลาย ความวิตกกังวลลดลง และการศึกษาของอพัชรา (2543) ศึกษาการส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 14 ราย โดยมีการฝึกปฏิบัติการทำสมาธิ หลังฝึกพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้การศึกษาของอังศุมา และกานดาศรี (2547) ศึกษาประสบการณ์การใช้ธรรมะ และสมาธิในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าผลของการใช้ธรรมะช่วยให้ ไม่หวั่นกลัวความตาย จิตใจสงบ สบายใจคลายโกรธ เป็นต้น

การจัดการโดยการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 77.78 โดยมีการใช้ยาลดความปวด/ยาต้านภาวะซึมเศร้า และ ยานอนหลับ (ร้อยละ 44.44 และ ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ) ยาในกลุ่มลดภาวะซึมเศร้าจะออกฤทธิ์ในระบบประสาทส่วนกลาง โดยยาจะเพิ่มการสร้างสารสื่อประสาท เช่น ซีโรโทนิน (serotonin: 5HT) และ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine: NE) จากเหตุผลที่ว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากมีสารเหล่านี้ในร่างกายต่ำ ทำให้ผู้ป่วยที่ซึมเศร้า เมื่อได้รับยาแล้วมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ อารมณ์ดี กระตือรือร้น หลับได้ง่าย (ภัทรา, 2545) และนอกจากนี้ยังมีผลช่วยลดความปวดที่เกิดจากความผิดปกติในระบบประสาท (neuropathic pain) ด้วย ซึ่งความปวดชนิดนี้มีลักษณะเฉพาะคือ ปวดเหมือนถูกไฟช็อต (shock-like pain) หรือแสบร้อน (burning) โดยยาจะไปขัดขวางการ reuptake ของ 5HT และ NE (วงจันทร์, 2546) ในปัจจุบันจึงมีการนำยากลุ่มลดภาวะซึมเศร้า (antidepressant) เช่น amitriptyline มาใช้เป็นยาเสริม (adjuvant) เพื่อการลดปวดใน



ผู้ป่วยมะเร็ง (ลักษณะ, 2549) โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าหลังกินยาจะทำให้ไม่คิดมาก และทำให้นอนหลับได้

จากการจัดการกับกลุ่มอาการโดยรวมเหล่านี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาในทุกกลุ่มอาการซึ่งอาจเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ ดังนี้ 1) ระดับความรุนแรงของอาการ อาการที่เกิดขึ้นมีตั้งแต่ระดับความรุนแรงเล็กน้อยถึงระดับความรุนแรงปานกลาง ( $\bar{X} = 3.36-5.89$ ) (ตาราง 5) ซึ่งยาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกนำมาใช้ส่วนใหญ่เป็นยาสามัญประจำบ้าน ยาจะบรรเทาอาการที่มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับรุนแรงเล็กน้อย ถึงปานกลางได้ดี อีกทั้งหาง่าย ปลอดภัย และราคาไม่แพง (พงศ์การดี, 2547; ลักษณะ, 2549) 2) ระบบบริการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของรัฐที่เอื้ออำนวย จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.69 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย จึงทำให้เข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น เห็นได้จากที่กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับกลุ่มอาการ โดยใช้ยาที่ได้รับจากการเข้ารับการรักษาจากแพทย์ ได้แก่ ยาคลายกังวล และยาต้านภาวะซึมเศร้า และ 3) กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด โดยให้เหตุผลว่า “ไม่กล้าใช้ยาที่ออกฤทธิ์บรรเทาอาการปวดในระดับที่สูง เพราะจะทำให้คือยาต่อไปจะใช้ยาที่ออกฤทธิ์บรรเทาอาการปวดในระดับรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง เช่น ยาพาราเซตามอล ไม่ได้ผลรวมทั้งกลัวผลข้างเคียงของยา” สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งยังได้รับยาแก้ปวดที่ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลัวการคือยา และกลัวผลข้างเคียงของยาแก้ปวด (ปิยาภรณ์, 2540; วิมุทธา, 2549; Petpichetchain, 2001) และกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกลุ่มอาการโดยรวมด้วยวิธีการจัดการโดยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยาด้วยการที่ลองปฏิบัติดู เมื่อนำมาใช้แล้วสามารถจัดการกับอาการ/กลุ่มอาการนั้นได้ ก็จะนำไปใช้ในครั้งต่อไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ (2547) ศึกษาการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็ง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีปฏิบัติในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 100 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเหตุผลในการเลือกวิธีปฏิบัติเนื่องจากเคยใช้แล้วประสบความสำเร็จ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเหตุผลการจัดการกลุ่มอาการ ใน 2 ลักษณะ คือ 1) การจัดการตามอาการที่เกิดขึ้น และ 2) จัดการเพื่อป้องกันการเกิดอาการในครั้งต่อไป โดย 1) การจัดการตามอาการที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างจะจัดการกับอาการที่เป็นสาเหตุหลัก และเมื่อจัดการอาการใดอาการหนึ่งก็จะคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่ออาการอื่นๆ ในกลุ่มด้วย ซึ่งสอดคล้องกับอาการที่เสริมฤทธิ์กัน การจัดการอาการใดอาการหนึ่งจะส่งผลต่ออาการทั้งหมดภายในกลุ่มอาการด้วย (Fleishman, 2004)

## 5. ผลลัพธ์การจัดการกลุ่มอาการโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ในการศึกษาครั้งนี้ วัดผลลัพธ์การจัดการกลุ่มอาการโดยรวมโดยใช้ดัชนีชี้วัดการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็ง ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือที่วัดการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง คือผลกระทบจากความปวด และผลกระทบจากอาการคลื่นไส้ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยการประเมินการรับรู้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน จากการศึกษานี้ พบว่าการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับดี และมีระดับการทำหน้าที่รายด้าน เรียงลำดับจากต่ำไปสูง ดังนี้ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคม ด้านภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ด้านความยุ่งยากที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่ และด้านผลกระทบจากความปวดอยู่ในระดับดี ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านสภาพอารมณ์ และด้านผลกระทบจากอาการคลื่นไส้อยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ดังนี้

ความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น โดยมีอายุเฉลี่ย 59.68 ปี เป็นวัยที่ความเสื่อมของร่างกายยังเกิดขึ้นไม่มากนัก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงมีการทำหน้าที่ในสังคมอยู่ (Eliopoulos, 2001; Miller, 1995) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.08 มาตามแพทย์นัดเพื่อรับเคมีบำบัดชนิดฉีด 2 สัปดาห์ต่อครั้ง และกลุ่มตัวอย่างบางรายมีการรับเคมีบำบัดชนิดฉีดในตอนเช้า และสามารถกลับบ้านได้ในตอนบ่าย นอกจากนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจเลือดตามแพทย์นัด ร้อยละ 4.62 และมารับยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด ร้อยละ 1.54 โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องนอนพักภายในโรงพยาบาลตลอดเวลา หรือเป็นระยะเวลาสั้น ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น เช่น ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคมลดลง จากการที่ผู้ป่วยต้องนอนพักและเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เช่นการศึกษาของจันทิรา (2543) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลที่ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคมลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย เพลีย บางรายมีเลือดออกทางปาก จมูก และเลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น ทำให้ต้องนอนพักภายในโรงพยาบาลตลอดเวลา และมีการควบคุมการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างใกล้ชิด และส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากมีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 38.46 ที่มีช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ซึ่งการมีช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ แบบแผนการขับถ่าย ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และบางรายอายุที่จะเข้าสังคม (Adisio, Filiberti, Geraghty, & Andreoni, 1996) จากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ร้อยละ 61.54 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องประสบปัญหาอายุที่จะเข้าสังคมจาก

ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จากเหตุผลเหล่านี้จึงทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคมอยู่ในระดับดี

ด้านภาวะสุขภาพในปัจจุบันอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของอาการทั้งที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคเอง และจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษาที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ระดับความรุนแรงเล็กน้อยถึงระดับความรุนแรงปานกลาง ( $\bar{X} = 3.36-5.89$ ) (ตาราง 5) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีอาการไม่รุนแรงมากจนกระทั่งทำให้สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทรุดโทรมลง จึงทำให้การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันด้านภาวะสุขภาพในปัจจุบันอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของกิฟท์ และคณะ (Gift et al., 2003) พบว่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ความยุ่งยากที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่ อยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.54 ไม่มีช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องมีความยุ่งยากในการเลือกรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาด กลั้วเกิดกลิ่นรบกวน การควบคุมขับถ่าย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (ชัชานาญ, 2541; Thomas, Madden & Jehu, 1987 อ้างตาม นุชรี, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชจรี (2542) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะกลัวการทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นและก๊าซ จากการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องเกิดความยุ่งยากจากการมีช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 92.23 (129 ราย) สามารถทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันด้านความยุ่งยากที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่ อยู่ในระดับดี

ด้านผลกระทบจากความปวดเป็นผลลัพธ์จากการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้น โดยประเมินจากผลของความปวดต่ออาการไม่สุขสบายของกลุ่มตัวอย่าง และความปวดที่เกิดขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด ด้านผลกระทบจากความปวดอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่ ( $\bar{X} = 1.38$ ) และความรุนแรงของความปวด ( $\bar{X} = 5.89$ ) ที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นโดยใช้ยาบรรเทาปวดพาราเซตามอล ร้อยละ 85.33 และยาบรรเทาปวดกลุ่มคลายกล้ามเนื้อ ร้อยละ 61.33 ซึ่งยาทั้งสองเป็นยาที่ออกฤทธิ์ระงับปวดได้ดีในความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง (พงศัการดี, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีการจัดการความปวดโดยใช้ยาพาราเซตามอล เช่นกัน (ยุพาวดี, 2549; วิมุฑดา,

2549; สมพร, 2541) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้ชีวิตเพื่อจัดการความปวดได้เหมาะสม จึงทำให้การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันด้านผลกระทบจากความปวดอยู่ในระดับดี

ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาทอยู่ในระดับดีมาก อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับความรุนแรงเล็กน้อยถึงระดับความรุนแรงปานกลาง ( $\bar{X} = 3.36-5.89$ ) (ตาราง 5) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีอาการไม่รุนแรงมากจนกระทั่งทำให้สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทรุดโทรมลง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ไม่มากนัก หรือบางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์บ้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวย (Chuey, 1997) พบว่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการมีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยอมรับ และเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนได้ อีกทั้งผู้ป่วยยังมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ตามบทบาท (นันทา, 2543) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ตามบทบาทอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ดอดด์ โทมัส และดิบบิล (Dodd, Thomas, & Dibble, 1992) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ตามบทบาท และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลตนเองลดลง

ด้านสภาพอารมณ์อยู่ในระดับดีมากอาจเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ ดังนี้ จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.92 ซึ่งมีความเชื่อเรื่องบาปบุญ ผลของกรรม โดยบริบทของสังคม และวัฒนธรรมไทยเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นผู้ป่วยมักจะมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือเป็นที่พึ่งทางใจ เพื่อให้เกิดความสงบสุขคลายทุกข์ (พระธรรมปิฎก, 2539 อ้างตาม ธนัญญา, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการด้านจิตใจ และอารมณ์ในกลุ่มที่ 3 ประกอบด้วย วิตกกังวล หงุดหงิด โกรธง่าย เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ ซึมเศร้า และกลัว พบว่ามีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยไปวัดทำบุญ/ทำทาน โดยให้เหตุผลว่าหลังทำแล้วทำให้รู้สึกสบายใจ ไม่กังวลใจ และคิดมาก และจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.15 ซึ่งคู่สมรสเป็นสมาชิกครอบครัวที่สำคัญและใกล้ชิดผู้ป่วย ที่จะทำให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ กลุ่มตัวอย่างที่มีคู่สมรสที่อยู่ร่วมกันก็จะคอยให้ความช่วยเหลือคำจุน ให้กำลังใจในขณะที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา ทำให้รู้สึกอบอุ่น ช่วยลดความเครียด กังวล มีกำลังใจในการต่อสู้ และเผชิญปัญหาต่างๆ ได้มากขึ้น (นันทา, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลินเซย์ ดอดด์ และ เซน (Linsey, Dodd, & Chen, 1981) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอทำให้เผชิญปัญหาได้ด้วยความเชื่อมั่นในตนเอง และการศึกษาของ ศิริพร (2540) พบว่าคำพูดปลอบใจจากบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความ

ปวดคลดลง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้มีความรู้สึกอุ่นใจไม่กังวล (บุษรา, 2549)

นอกจากนี้ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพได้เองถึง ร้อยละ 83.85 มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ และเหลือเก็บ (ร้อยละ 73.08 และ ร้อยละ 15.38 ตามลำดับ) ซึ่งรายได้มีผลต่อการดำรงชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล จากการที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พักอาศัย ค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายอื่นๆ เป็นต้น ดังนั้นการมีรายได้ที่เพียงพอ ประกอบกับระบบการรักษาพยาบาลที่เกื้อหนุนช่วยเหลือ โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเบิกได้ (ร้อยละ 77.69 และ ร้อยละ 13.85 ตามลำดับ) ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (สมจิตร, 2536)

จากที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ร้อยละ 61.54 ซึ่งช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่าย ภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยกลัว วิตกกังวลว่าจะมีบุคคลรอบข้างรังเกียจ (Adisio, Filiberti, Geraghty, & Andreoni, 1996) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.54 ไม่มีช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องประสบปัญหาด้านสภาพอารมณ์จากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ จึงทำให้การทำหน้าที่ด้านสภาพอารมณ์อยู่ในระดับดีมาก

ด้านผลกระทบจากอาการคลื่นไส้อยู่ในระดับดีมาก ประเมินจากความถี่ของอาการคลื่นไส้ที่เกิดขึ้น และความสามารถในการทำงานบ้านหลังจากมีอาการคลื่นไส้ ซึ่งอาการคลื่นไส้เป็นอาการทางด้านร่างกายที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อย เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด (นิติตา, 2541) โดยจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (นันทา, 2543) ด้านผลกระทบจากอาการคลื่นไส้อยู่ในระดับดีมาก อาจเนื่องมาจากการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิดฉีด ร้อยละ 53.08 (ตาราง 3) แต่ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับยาเคมีบำบัดทุกชนิด กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนทางหลอดเลือดดำก่อน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด ร้อยละ 1.54 (ตาราง 3) แพทย์ก็มีแผนการรักษาให้ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนไปรับประทานที่บ้าน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการคลื่นไส้ ถึงร้อยละ 79.20 รองลงมามีอาการเล็กน้อย ร้อยละ 10.80 ซึ่งสะท้อนให้เห็นแบบแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพื่อจัดการกับอาการคลื่นไส้

จากการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้มีสาเหตุทั้งจากพยาธิสภาพของโรคเอง และเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษา แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ

ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพอาการ 2) กลวิธีการจัดการอาการ และ 3) ผลลัพธ์การจัดการอาการ ที่อยู่ภายใต้ อิทธิพลของปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีประสิทธิภาพ และ วัตถุประสงค์ทางอารมณ์สูงขึ้น มีโลกทัศน์ที่กว้างมากขึ้น สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ต่างๆ (Maslach, 1986 อ้างตาม สิริยา, 2545) ส่งผลต่อการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น นำไปสู่ กลวิธีการจัดการอาการที่ยอมรับความเจ็บป่วย สร้างความหวังของการมีชีวิตอยู่ และแสวงหาแนว ทางการรักษาโดยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่กลุ่มตัวอย่างมีแหล่ง สนับสนุนจากคู่สมรส มีความเพียงพอของรายได้ และระบบการรักษาจากบัตรประกันสุขภาพถ้วน หน้าที่เอื้ออำนวย นำไปสู่ผลลัพธ์การจัดการอาการที่ประเมินได้จากการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการจัดการกับอาการของคอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่ว่า 1) ปัจจัยด้านบุคคล 2) ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และ 3) ปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลต่อรูปแบบการจัดการอาการ ทั้ง 3 องค์ประกอบ และยังคงแสดงให้เห็นถึง ทฤษฎีการจัดการกับอาการของคอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มีความเหมาะสมสามารถ อธิบายปรากฏการณ์อาการและการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้

