

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการค้นหากลุ่มอาการที่ปรากฏ และประสิทธิภาพวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ โดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ โดยได้รวบรวมเนื้อหาเป็นหัวข้อลำดับดังนี้

แนวคิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กายวิภาคศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การจัดระดับความรุนแรงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การแพร่กระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อาการและอาการแสดง

วิธีการรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา

แนวคิดกลุ่มอาการ และการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

แนวคิดกลุ่มอาการ

แนวคิดการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อาการและการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เครื่องมือประเมินกลุ่มอาการ

แนวคิดผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการ

สรุปการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งชนิดเนื้อร้าย (malignancy) ที่เจริญเติบโตขึ้นในลำไส้ใหญ่ จะมีลักษณะเป็นก้อนเนื้อเป็นแท่งที่ทะลุขึ้นมาที่มีรูปร่างคล้ายดอกเห็ด (adenomatous polyp) กระจายอยู่เป็นจำนวนมากในลำไส้ใหญ่ ต่อมาจะมีขนาดใหญ่ขึ้น และพัฒนาไปเป็นก้อนเนื้อร้าย ซึ่งจะมีระยะเวลาการพัฒนาดังแต่ 5-10 ปี (สุเมธ, 2541)

กายวิภาคศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ลำไส้ใหญ่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ โคลอน (colon) และเรกตัม (rectum) เป็นส่วนท้ายสุดของทางเดินอาหาร ซึ่งเริ่มที่ปากทำหน้าที่เก็บเศษอาหารที่ผ่านการย่อย และดูดซึมมาแล้ว เพื่อเตรียมการขจัดออกจากร่างกายในรูปของอุจจาระ ลำไส้ใหญ่มีความยาวประมาณ 150 ซม. แบ่งออกเป็นส่วนต่างๆ (ซุมศักดิ์, 2544; นรินทร์, 2540; อำนาจ, 2543; Vander, Sherman, & Luciano, 1994) ดังนี้

1. กระพุ้งลำไส้ใหญ่ หรือซีคัม (cecum) เป็นส่วนที่กว้างที่สุดมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 6-7 ซม. ถูกปกคลุมด้วยเยื่อช่องท้อง (peritoneum) บริเวณด้านหน้า ด้านข้าง และด้านใน อยู่ห่างจากขอบล่างของไตประมาณ 20 ซม. และอยู่บริเวณหน้าท้องด้านขวา เหนือรอยต่อกระดูกเชิงกราน

- 2 ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (ascending colon) ต่อจากซีคัม มีความยาวประมาณ 20 ซม. และถูกปกคลุมด้วยเยื่อช่องท้องบริเวณด้านหน้า ด้านใน และด้านข้าง ด้านบนจะเป็นดัด และจะหักมุมประมาณ 90 องศา เรียกว่า ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ตับ (hepatic flexure) (ซึ่งเป็นชื่อย่อยของลำไส้ใหญ่ในตำแหน่งใต้ตับ)

3. ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (transverse colon) จะเริ่มตั้งแต่บริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ตับ จนถึงลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ม้าม (splenic flexure) เป็นส่วนที่มีความยาวมากที่สุด คือ ประมาณ 40 ซม. วางอยู่เหนือท่อไตด้านขวา

4. ลำไส้ใหญ่ส่วนลง (descending colon) มีความยาวประมาณ 30 ซม. จะอยู่ที่ผนังท้องด้านหลัง โดยอยู่ด้านข้างของไตด้านซ้าย และจะวกเข้าด้านในมาอยู่ที่ตำแหน่งระหว่างกล้ามเนื้อปั้นเอว (psoas) จะถูกปกคลุมด้วยเยื่อช่องท้องบริเวณด้านหน้า ด้านใน และด้านข้าง และส่วนล่างของลำไส้ใหญ่ส่วนลง มักจะมีพังศึดยึดติดกับผนังท้องด้านหลัง ซึ่งเวลาผ่าตัดต้องเลาะพังศึดยึดส่วนนี้ออก

5. ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง (sigmoid colon) เป็นส่วนที่แคบที่สุดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.5 ซม. จะมีความยาวประมาณ 15-50 ซม. โดยเริ่มจากกระดูกเชิงกราน จนถึงปุ่มด้านหน้าของผิวกระดูกเหนือ

กระเบนเหน็บ (promontory of sacrum) และรูปร่างจะคดเคี้ยวมากหรือน้อยไม่แน่นอน และจะขดกันอยู่ที่ด้านซ้ายของช่องท้อง เคลื่อนไหวได้ง่าย

6. ทวารหนัก (rectum) มีความยาวประมาณ 15 ซม. ต่อจากลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง วางทอดโค้งบนส่วนกระดูกกระเบนเหน็บและก้นกบ กลายเป็นช่องทวารหนัก (anal canal) และสิ้นสุดที่รูทวาร (anal orifice) หรือ anus

ในทางสัลยกรรม มีการแบ่งลำไส้ใหญ่ออกเป็น 3 ส่วน ด้วยเหตุผลที่เกี่ยวข้องในทางผ่าตัด ดังนี้ ส่วนที่ 1 ได้แก่ ลำไส้ใหญ่ซีกขวา ประกอบด้วย ซีกัม ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ตับ และลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (และจะรวมไส้ติ่งด้วย) ส่วนที่ 2 ได้แก่ ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ประกอบด้วย ลำไส้ใหญ่ส่วนลง ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง (และจะรวมลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ม้ามด้วย) ส่วนที่ 3 ได้แก่ ทวารหนัก

สาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ชนินทร์, 2545; วิลรัตน์, 2543; อานาจ, 2543; Raw, 2002; Rudy, 2000; Slattery, 2000) ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงจากตั้งเนื้อเป็นเซลล์มะเร็ง (polyp cancer sequence) เชื่อว่าสาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนมากจะเริ่มต้นจากการเป็นตั้งเนื้อ (polyp) ของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2. โรคลำไส้อักเสบ (inflammatory bowel disease) และโรคแผลลำไส้ (ulcerative colitis) ที่เป็นมากกว่า 10 ปี หรือที่เริ่มเป็นในเด็กมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมาก และพบว่าผู้ที่ป่วยโรคลำไส้อักเสบ มีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าบุคคลทั่วไป 11 เท่า

3. เกี่ยวกับพันธุกรรม (genetics) ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่

3.1 กลุ่มอาการที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่มีลักษณะเป็นตั้งเนื้อ (hereditary polyposis syndrome) ส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติด้านพันธุกรรมในการยับยั้ง และต่อต้านการเกิดมะเร็งซึ่งส่งผลให้เซลล์มีการแบ่งตัวผิดปกติ และมีรูปร่างเป็นตั้งเนื้อที่มีลักษณะเป็นแท่งๆ (polyp cell) โดยเซลล์เหล่านี้มีการเจริญเติบโตที่เป็นไปอย่างไม่หยุดยั้ง และกลายเป็นมะเร็งไปในที่สุด ซึ่งจะมีการถ่ายทอดโดยเป็นลักษณะเด่น (autosomal dominant) ทางพันธุกรรม

3.2 การถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่มีลักษณะไม่เป็นตั้งเนื้อ (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

4. การรับประทานอาหารที่มีกากน้อย โดยเชื่อว่าอาหารที่มีกากน้อยจะมีการขับถ่ายน้อยครั้งกว่า ทำให้สารก่อมะเร็ง (carcinogen) สัมผัสกับเยื่อบุผิวภายในของลำไส้ใหญ่และทวารหนักนานกว่า จึงเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มากกว่า แต่การรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) ได้แก่ เบต้าแคโรทีน วิตามินซี วิตามินอี และซีลีเนียมโดยสารเหล่านี้จะไปต้านอนุมูลอิสระ (free radical) ซึ่งเป็นตัวที่ทำให้ดีเอ็นเอภายในเซลล์เกิดอันตราย (DNA damage) ซึ่งจะก่อกลายให้เกิดมะเร็งได้ (สิรินทร์, และ ประไพศรี, 2546)

5. ไขมันในอาหาร พบว่าอาหารจำพวกไขมันไม่อิ่มตัว (high unsaturated fat) และ โปรตีน ทำให้มีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง ซึ่งมีความสำคัญมีทั้งจำนวน และชนิดของไขมัน โดยไขมันที่ได้จากพืช และปลา เช่น น้ำมันมะกอก (olive oil) น้ำมันมะพร้าว (coconut oil) และน้ำมันปลา (fish oil) จะทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักน้อย เมื่อเทียบกับไขมันในสัตว์ กลไกการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากไขมันเชื่อว่าเกิดือน้ำดี (bile acid) และโคเลสเตอรอลในอุจจาระกระตุ้นให้เกิดการเจริญเติบโตของเซลล์ ไขมันในกรดไลโนเลอิก (linoleic acid) และกรดพาลมิติก (palmitic acid) จะทำให้มีการสร้างเกลือน้ำดีจำนวนมากจึงทำให้โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่สูง

6. แคลเซียม (calcium) จะสามารถรวมตัวกับเกลือน้ำดี และกรดไขมัน (fatty acids) ในลำไส้ทำให้ลดจำนวนตัวกระตุ้นให้เกิดมะเร็งได้ ดังนั้นแคลเซียมจะทำให้มีการเกิดมะเร็งลดลงได้ ซึ่งพบว่าอาหารที่มีแคลเซียมต่ำจะก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง

7. การดื่มแอลกอฮอล์ (ethanol drinking) จะมีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของเอทานอล โดยแบคทีเรียในกระเพาะอาหารและลำไส้เป็นอะซิแทลดีไฮด์ (acetaldehyde) ซึ่งสารเคมีดังกล่าวจะทำให้เกิดการทำลายเยื่อบุผิวลำไส้ (mucosal damage) และเกิดการสร้างเยื่อบุผิวลำไส้ใหม่ที่หนาตัวกว่าปกติ (mucosal hyperregeneration) ซึ่งมีผลทำให้เกิดมะเร็งขึ้น โดยพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันจะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มากกว่าคนปกติ 2 เท่า

8. การฉายรังสี ผู้ป่วยมะเร็งในอุ้งเชิงกรานหลังจากได้รับการฉายแสงแล้วจะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในระยะเวลาประมาณ 15 ปี

9. การผ่าตัดเปลี่ยนไต พบว่าในรายที่ทำผ่าตัดเชื่อมท่อไตติดกับลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง (ureterosigmoidectomy) มีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มากกว่าปกติถึง 500 เท่า โดยพบได้ในระยะเวลา 5-41 ปี

10. การผ่าตัดถุงน้ำดี (cholecystectomy) โดยยึดหลักว่าหลังทำการผ่าตัดถุงน้ำดีแล้วจะมีเกลือน้ำดีไปสัมผัสกับเยื่อภายในของลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าปกติ ทำให้โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีมากกว่าปกติ

11. โรคไดเวอร์ติคูลอซิส (diverticulosis disease) เป็นโรคที่เกิดจากผนังลำไส้ส่วนหนึ่งยื่นเป็นกระพุ้งเลยผนังลำไส้ส่วนที่อยู่รอบๆ ออกไป พบว่าผู้ที่เป็โรคไดเวอร์ติคูลอซิส จะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มากกว่าปกติประมาณ 3 เท่า

12. การออกกำลังกาย ผู้ที่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก น้อยกว่าปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ถ้าสามารถรู้รายละเอียดเกี่ยวกับตำแหน่ง ขนาด ชนิดของเซลล์มะเร็ง ระยะของโรคที่เป็นอยู่ จะช่วยบอกการพยากรณ์ของโรคได้ดีมาก เช่นถ้าก้อนมะเร็งที่เป็นอยู่นั้นยังไม่ลุกลามออกนอกโพรงลำไส้ใหญ่ ยังไม่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลือง โอกาสที่จะผ่าตัดรักษาจนหายขาดก็มี และที่สำคัญ คือ อัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปี (5 year survival rate) จะสูงถึง 90% แต่ถ้ามะเร็งลุกลามไปถึงต่อมน้ำเหลืองแล้วอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี จะลดเหลือ 65% หรือต่ำกว่านั้น ซึ่งข้อดีเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือส่วนใหญ่จะเจริญเติบโตอย่างช้าๆ บางรายอาจแฝงอยู่ในร่างกายเกือบ 10 ปี แล้วยังอยู่ในสภาพที่ผ่าตัดรักษาให้หายขาดได้ เพราะมะเร็งยังไม่ลุกลามจนเกินขีดความสามารถในการรักษา (ซุมสัคคี, 2544) มะเร็งลำไส้โตช้าทำให้ไม่ค่อยมีอาการในระยะแรกๆ จึงต้องใช้วิธีเชิงรุกในการออกค้นหามะเร็งตั้งแต่มก่อนที่อาการจะปรากฏโดยการตรวจคัดกรอง (screening) และการตรวจพิเศษ การตรวจที่นิยมแพร่หลายในปัจจุบันมี (วารินทร์, 2545; Raw, 2002; Willis, 2002) ดังนี้

1. การตรวจทวารหนักด้วยมือ (digital rectal examination) วิธีนี้แพทย์จะทำการตรวจโดยใส่ถุงมือแล้วทาน้ำมันหล่อลื่นที่นิ้วชี้ก่อนสอดเข้าไปทางทวารหนัก เพื่อตรวจคลำว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่

2. การตรวจหาเลือดที่แฝงกับอุจจาระ (fecal occult blood testing) จากการทำก้อนเนื้อออกถูกอุจจาระเบียด หรือเสียดสีทำให้มีเลือดออก แต่ส่วนใหญ่จะออกเพียงเล็กน้อย และมองไม่เห็นด้วย

ตาเปล่า วิธีนี้เป็นการนำอุจจาระไปตรวจด้วยกระบวนการทางเคมีเพื่อดูว่ามีเลือดออกมาในอุจจาระ

3. การส่องกล้องตรวจ (endoscopy) ที่ใช้โดยปกติมี 3 ชนิด ได้แก่

3.1 ริดิจิดซิกมอยด์โคสโคปี (rigid sigmoidoscopy) มีความยาว 25 เซนติเมตร สามารถตรวจได้ถึงบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง ถ้าพบรอยโรคก็สามารถส่องตรวจชิ้นเนื้อได้ จะวินิจฉัยโรคได้ค่อนข้างง่าย แต่มีข้อจำกัด คือ หากรอยโรคอยู่สูงจะไม่สามารถตรวจพบได้

3.2 เฟลคซิเบิล ไฟเบอร์ออปติก ริดิจิดซิกมอยด์โคสโคปี (flexible fiberoptic rigid sigmoidoscopy) เป็นกล้องตรวจที่สามารถงอได้ซึ่งมีลักษณะรูปตัว S มีความยาว 60 เซนติเมตร จะวินิจฉัยโรคได้สูงกว่าริดิจิดซิกมอยด์โคสโคปี ทำให้สามารถตรวจพบติ่งเนื้อ หรือเนื้องอกได้มากกว่า แต่มีข้อจำกัด คือ การตรวจจะไปไม่ถึงลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น หรือซีกัม ซึ่งอาจทำให้พลาดการตรวจรอยโรคที่ตำแหน่งเหล่านั้นได้

3.3 โคลโนสโคปี (colonoscopy) มีความยาว 150 เซนติเมตรเป็นวิธีการตรวจลำไส้ใหญ่ที่ดีที่สุด สามารถตรวจลำไส้ได้ทุกส่วนสามารถตัดชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิสภาพได้ และหากตรวจพบติ่งเนื้อก็สามารถทำการรักษาโดยการตัดติ่งเนื้อออกได้ (polypectomy) มีข้อจำกัด คือ ในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของลำไส้ไม่สามารถเตรียมลำไส้ได้ และมีโอกาสเกิดลำไส้ทะลุได้สูง

4. รังสีวิทยา

4.1 การสวนแป้งแบเรียมเพื่อจาลำไส้ใหญ่แล้วถ่ายภาพเอกซเรย์ (barium enema) มี 2 วิธี คือ การใส่ลมเข้าไปในลำไส้ร่วมกับแป้งแบเรียม (double contrast barium enema) มีประโยชน์ในการหาติ่งเนื้อก้อนเล็กๆ และจะทำให้การตรวจมีความถูกต้องแม่นยำขึ้น และวิธีการใส่แป้งแบเรียมเพียงอย่างเดียว (single-contrast barium enema) มีประโยชน์ในการหามะเร็งก้อนโตๆ โดยเฉพาะที่มีการอุดตัน เพราะไม่สามารถเห็นรอยโรคที่มีขนาดเล็กได้ และจะได้ภาพไม่ชัดเจน

5. การส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิสภาพ (cytology) โดยการใช้แปรงเก็บเยื่อเมือกบุงิวลำไส้ (brush cytology) จะได้ผลประมาณ 86% ซึ่งได้ผลพอๆ กับการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ควรทำในรายที่มีการอุดตัน และไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อไปตรวจได้สะดวก

6. การตรวจสารที่มะเร็งแต่ละชนิดผลิตขึ้นมา (tumor markers) สามารถตรวจพบได้จากส่วนประกอบที่เป็นสารน้ำในร่างกายซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเลือด ซึ่งจะทำให้ทราบว่าป่วยเป็นมะเร็งชนิดใด เป็นการช่วยยืนยันการวินิจฉัย และใช้ในการติดตามผลการรักษา ได้แก่ (สุดาพรรณ, 2545)

การตรวจสมรรถภาพการทำงานของตับ (liver function test) และการตรวจภาพถ่ายรังสีตับ (liver scan) หากคล้ำได้ตับโต หรือ อัลคาไลน์ ฟอสฟาเทส (alkaline phosphatase) สูง แสดงว่าอาจมีการกระจายของมะเร็งมาที่ตับ

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

7. การตรวจดีเอ็นเอ (DNA) จากอุจจาระ การใช้อุจจาระมาตรวจหาสารทางพันธุกรรม (genetic material) ที่ผิดปกติสามารถบ่งบอกโอกาสที่จะมีเนื้องอก หรือมะเร็งได้ ซึ่งการตรวจชนิดนี้ จะมีความไวถึงร้อยละ 70-90 ซึ่งในปัจจุบันยังถือเป็นการตรวจเพื่อการศึกษาวิจัย (รังสรรค์, 2548)

การจัดระดับความรุนแรงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การจัดระดับความรุนแรงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นการประเมิน และติดตามการดำเนินของโรคว่ามีความรุนแรง และลุกลามไปที่ใด ทำให้ทราบถึงตำแหน่งที่เฉพาะเจาะจงของมะเร็งภายในร่างกาย ซึ่งจะมีความสำคัญช่วยในการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค การวางแผนการรักษา รวมทั้งช่วยเปรียบเทียบประเมินผลการรักษา ซึ่งสามารถสรุปการแบ่งตามชนิดต่างๆ ดังนี้

1. การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระบบ TNM (tumor node metastasis) เป็นระบบที่นิยมใช้กัน ซึ่งมี 2 ระบบ คือ AJCC (American Joint Committee on Cancer) และ UICC (The Union International center Le cancer) มีรายละเอียด (พัสมณท์, 2540; Lowry & Eisenstate, 2005) ดังนี้

ลักษณะบริเวณก้อนมะเร็ง : Primary tumor (T)

T_x = ไม่สามารถประเมินก้อนมะเร็งได้

T₀ = ไม่พบก้อนมะเร็งในชั้นเนื้อเยื่อที่ผ่าตัดได้

T_{is} = มะเร็งอยู่ในชั้นเยื่อบุผิว (intraepithelium) หรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในชั้นเยื่อบุผิว (lamina propria)

T₁ = มะเร็งลุกลามถึงชั้นใต้เยื่อบุผิว (submucosa)

T₂ = มะเร็งลุกลามถึงชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่ (muscularis propria)

T₃₋₄ ขึ้นอยู่กับว่าบริเวณนั้นมีเยื่อบุลำไส้ใหญ่นอกหรือไม่ ถ้ามีเยื่อบุลำไส้ใหญ่

T₃ = มะเร็งลุกลามถึงชั้นใต้เยื่อบุลำไส้ใหญ่นอก (subserosa) แต่ไม่ผ่านเยื่อบุผิวด้านนอก

T₄ = มะเร็งทะลุผ่านเยื่อบุด้านนอกลำไส้ใหญ่ไปสู่ช่องท้อง (perforation of visceral

peritoneum) หรือเข้าสู่อวัยวะข้างเคียงถ้าไม่มีเยื่อลำไส้ใหญ่ (ได้แก่ สองในสามส่วนด้านปลายของลำไส้ใหญ่ส่วนทวารหนักและส่วนหลังของลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย และขวา)

T_3 = มะเร็งทะลุผ่านกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่ (muscularis propria) เข้าสู่เนื้อเยื่อโดยรอบซึ่งไม่มีเยื่อช่องท้องปกคลุม (non peritonealized pericolic or perirectal tissue)

T_4 = มะเร็งลุกลามสู่อวัยวะอื่น

ลักษณะของต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง: regional lymph node (N)

N_x = ไม่สามารถประเมินได้

N_0 = ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองในบริเวณนั้น (regional nodes)

N_1 = มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง 1 ถึง 3 ต่อมน้ำ

N_2 = มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง 4 ต่อมน้ำขึ้นไป

N_3 = มีการกระจายไปตามกระแสเลือด

การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น: metastasis (M)

M_x = ไม่สามารถประเมินได้

M_0 = ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

M_1 = มีการแพร่กระจายมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

2. การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็ง (degree of malignant neoplasms) พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของนิวเคลียส การแบ่งเซลล์มะเร็งที่แตกต่างจากลักษณะของเซลล์ปกติ แบ่งออกเป็น 4 เกรด (grade) ตามการแบ่งของโบรเดอร์ (Broder's classification) เรียงลำดับความรุนแรงจากน้อยไปมาก (พัศมณท์, 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	เซลล์มะเร็งครึ่งหนึ่งมีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อเดิม จัดเป็น 50% well differentiated
grade IV	หมายถึง	เซลล์มะเร็งเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่สามารถพัฒนาจนคล้ายเซลล์เดิม จัดเป็น 25% well differentiated

3. การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยอาศัยการแพร่กระจายตามผลทางพยาธิสภาพออกเป็น 5 ระยะ (บันลือ, 2545) ได้แก่

- ระยะที่ 0 (stage 0) เซลล์มะเร็งยังเติบโตอยู่ในชั้นเยื่อลำไส้ใหญ่
- ระยะที่ 1 (stage 1) เซลล์มะเร็งลุกลามผ่านทะลุชั้นเยื่อ แต่ยังไม่ผ่านทะลุตลอดผนังของลำไส้ใหญ่
- ระยะที่ 2 (stage 2) มะเร็งลุกลามผ่านทุกชั้นของผนังลำไส้ใหญ่แล้วแต่ยังไม่ลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง
- ระยะที่ 3 (stage 3) มะเร็งลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงแล้วแต่ยังไม่ลุกลามไปสู่อวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย
- ระยะที่ 4 (stage 4) มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ เช่น ตับ ปอด เยื่อช่องท้อง และรังไข่

และในปัจจุบันได้มีการนำการแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระบบ TNM เปรียบเทียบกับ Dukes เพื่อสะดวกในการเข้าใจ และการวินิจฉัย (บรรจบ, 2542) ดังนี้

Dukes A	=	stage I	T_1, N_0, M_0 T_2, N_0, M_0
Dukes B	=	stage II	T_3, N_0, M_0 T_4, N_0, M_0
Dukes C	=	stage III	Any T, N_1, M_0 Any T, N_2-N_3, M_0
Dukes D	=	stage IV	Any T, any N, M_1

การแพร่กระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเกิดที่เยื่อผิวของลำไส้ก่อน โดยมักจะเปลี่ยนแปลงมาจากรอยโรคก่อนมะเร็ง (pre-malignant lesion) ที่เรียกว่าติ่งเนื้อแล้วจึงเปลี่ยนเป็นก้อนมะเร็ง จะมีการแพร่กระจายไปสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย 5 วิธี (สุพล, 2544) ดังนี้

1. กระจายไปที่อวัยวะรอบลำไส้ (direct continuity) มะเร็งจะกระจายไปตามกล้ามเนื้อตามขวางมากกว่าความยาว ถ้าหากลุกลามไปได้ 1/4 ของรอบวงลำไส้ จะใช้เวลาประมาณ 6 เดือน และกระจายรอบลำไส้ใหญ่ ใช้เวลาประมาณ 2 ปี

2. กระจายไปตามผนังเยื่อภายในช่องท้อง (transperitoneal spread) จากการกระจายผ่านผนังลำไส้ใหญ่ อาจจะไปที่เยื่อภายในของช่องท้อง และเมื่ออวัยวะส่วนอื่น มาสัมผัสกับเยื่อภายในช่องท้องก็จะไปเกิดกับอวัยวะนั้น พบว่ามีการกระจายไปที่เยื่อภายในช่องท้องประมาณ 10%

3. กระจายไปตามต่อมน้ำเหลือง (lymphatic spread) ระยะแรกจะไปที่ paracolic gland ก่อน และไปตามท่อน้ำเหลือง (lymphatic channel)

4. กระจายไปตามกระแสเลือด (hematogenous spread) พบว่าในขณะที่มีการวางยาสลบจะมีการพบเซลล์มะเร็งในเลือดประมาณ 28% และขณะผ่าตัดจะพบประมาณ 50% ส่วนมากจะกระจายไปที่ตับ และกระดูก

5. การไปงอกที่ส่วนอื่นของร่างกาย (implantation) อาจพบเซลล์มะเร็ง หลุดติดกับพื้นผิวที่ขรุขระในช่องท้อง แล้วเซลล์มะเร็งจะไปเกาะติดเป็นมะเร็งอีกแห่งหนึ่ง (implanted carcinoma) เช่น ที่รอยแผลผ่าตัด (suture line) รอบๆ ช่องเปิดทวารเทียม (colostomy) และบาดแผลหน้าท้อง

ตำแหน่งที่มีการกระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่ามีการกระจายไปตามอวัยวะต่างๆ ดังนี้ 1) ตับ 75 % 2) ปอด 15 % 3) กระดูก 5 % และ 4) สมอง 5 %

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงทางคลินิก ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของก้อนมะเร็ง (อำนาจ, 2543) ดังนี้

ลำไส้ใหญ่ซีกขวา เป็นท่อที่มีขนาดค่อนข้างกว้าง และอุจจาระที่ผ่านเข้ามาก็มีลักษณะเหลว เมื่อเกิดมะเร็งในบริเวณนี้ จึงไม่ทำให้ท่อลำไส้แคบลง จนกระทั่งมีก้อนขนาดใหญ่มาแล้ว ส่วนใหญ่จึงไม่ก่อให้เกิดการอุดตัน หรือกีดขวางต่อการผ่านของอุจจาระ จึงไม่เกิดอาการปวดท้อง หรือการเปลี่ยนแปลงต่อการถ่ายอุจจาระ หรือเกิดได้ในระยะหลังแล้ว อาการหลักเกิดจากที่ก้อนเกิดเป็นแผลมีเลือดออกซำๆ เกิดภาวะเลือดจางเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคด้วยอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เป็นต้น

ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ท่อลำไส้แคบกว่าซีกขวา และอุจจาระเริ่มมีลักษณะเป็นก้อนแล้ว และมะเร็งในบริเวณนี้มักลุกลามเป็นวงรอบผนังลำไส้ จึงทำให้เกิดการอุดตันได้ง่าย อุจจาระผ่านลำบาก ผู้ป่วยจึงแสดงออกด้วยอาการปวดมวนท้องแบบเกร็ง หรือรุนแรงเป็นระลอก (โคลิก) มีการแปรปรวนของการถ่ายอุจจาระ คืออุจจาระผ่านจุดอุดตันไม่ได้มีอาการท้องผูก แน่นท้อง ท้องอืด ไม่ถ่าย ไม่ผายลม บางครั้งอาจเจียนลักษณะคล้ายอุจจาระจากลำไส้อุดตัน หลังจากทีลำไส้บีบตัวรุนแรงจนอุจจาระที่เหลวผ่านไปได้จะเกิดอาการท้องเดิน จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกสลับกับท้องเดิน

ทวารหนัก เป็นตำแหน่งที่อุจจาระรวมตัวเป็นก้อนแล้ว การมีก้อนมะเร็งก็คล้ายกับการมีก้อนอุจจาระ ผู้ป่วยจะมีอาการถ่ายอุจจาระบ่อย แม้ไม่มีอุจจาระออกอีกแล้ว และมีอาการปวดเบ่งอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากมีความรู้สึกเหมือนมีก้อนอุจจาระค้างอยู่ และอาการอาจเกิดจากการลุกลามของโรคไปสู่อวัยวะรอบๆ ทำให้เกิดอาการจากอวัยวะเหล่านั้น เช่น เมื่อมีการลุกลามเข้ากระเพาะปัสสาวะ ช่องคลอด กระดูกก้นกบ ทำให้มีอาการถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด เลือดออกทางช่องคลอด หรือปวดบริเวณก้นกบได้

วิธีการรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา

การรักษาโรคมะเร็งมีเป้าหมายหลักของการรักษาคือ การทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสูงสุดในการหายขาดจากโรคมะเร็ง โดยมีการทำงานของอวัยวะที่ใกล้เคียงสภาวะปกติให้มากที่สุด และมีรูปร่างลักษณะใกล้เคียงลักษณะเดิม การรักษาจะใช้วิธีใดขึ้นกับระยะของโรคว่ามีการแพร่กระจายไปมากน้อยเพียงใด โดยสรุปการรักษามะเร็งแต่ละวิธีมีรายละเอียดโดยย่อ (วรรณษา, 2544; Pignone, 2002; Wu, 2000) ดังนี้

1. การผ่าตัด (surgical therapy) การผ่าตัดจะได้ผลดีถ้าสามารถตัดเซลล์มะเร็งออกได้หมด และเหลือเฉพาะลำไส้ส่วนดีเอาไว้เชื่อมต่อกัน (end to end anastomosis) รวมทั้งสามารถตัดหลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง และต่อมน้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปถึงออกได้หมด การผ่าตัดที่ใช้กันบ่อย ได้แก่

1.1 การตัดเอาส่วนที่เป็นมะเร็งออก แล้วเอาส่วนปลายเชื่อมต่อกัน (segmental resection with end to end anastomosis) เช่น การตัดลำไส้ใหญ่ทางด้านขวาออก (right hemicolectomy)

1.2 การผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและบริเวณฝีเย็บ (abdominoperineal resection = A-P resection) มักทำในรายที่เป็นมะเร็งส่วนเรคตัม โดยเฉพาะตำแหน่งของเรคตัมส่วนล่าง เพราะไม่สามารถเก็บรักษาหูดทวารหนักไว้ได้ โดยการผ่าตัดทั้งทางหน้าท้องและฝีเย็บ โดยทางฝีเย็บจะตัดเอาทวารหนักออกหมดจนถึงเหนือตำแหน่งที่เกิดมะเร็งแล้วเอาลำไส้ส่วนต้นที่เหลือจากการผ่าตัดมาเปิดทางหน้าท้อง เพื่อเป็นทางให้อุจจาระออกตลอดไป

1.3 การผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง (colostomy) เพื่อเป็นทางออกของอุจจาระแทนทวารหนัก การทำโคลอสโตมีนอกจากทำในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้ว ยังทำในกรณีที่ช่องทวารหนักไม่เปิด ลำไส้ใหญ่อักเสบ หรือลำไส้ใหญ่ได้รับการกระทบกระเทือน เช่น ถูกยิง หรืออุบัติเหตุอื่นๆ ซึ่งการทำโคลอสโตมี แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.3.1 ชนิดถาวร (permanent colostomy) ทำในกรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและบริเวณฝีเย็บ (A-P resection) ซึ่งส่วนของลำไส้ใหญ่ที่ตัดมาเปิดทางหน้าท้อง

เพื่อให้อุจจาระออกนั้น เรียกโคลอสโตมิชนิดนี้ว่า single-barrelled colostomy หรือ end colostomy ผู้ป่วยไม่สามารถถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้อีกตลอดไป

1.3.2 ชนิดชั่วคราว (temporary colostomy) การทำโคลอสโตมิชนิดนี้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้อีก เป็นการทำให้บรรเทาอาการ แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

ลูปโคลอสโตมิ (loop colostomy) การทำผ่าตัดชนิดนี้แพทย์จะยกเอาลำไส้ไว้บนหน้าท้องแล้วใช้หลอดแก้วรองรับลำไส้เพื่อไม่ให้ลำไส้ผลุบกลับเข้าไปในช่องท้อง ในรายที่ไม่เร่งด่วนแพทย์จะใช้วาสลินก้อสปิดลำไส้ส่วนนี้เพื่อป้องกันลำไส้แห้ง โดยยังไม่เปิดช่องทางให้อุจจาระออกทันที ช่วยไม่ให้อุจจาระแปรเปลี่ยนแผลที่เย็บไว้ ประมาณวันที่ 3-4 จึงจะเปิดช่องทางให้อุจจาระออก

ดับเบิลบาร์เรลโคลอสโตมิ (double barrelled colostomy) หมายถึงการนำเอาปลายลำไส้ใหญ่ที่เหลือจากการผ่าตัดเอาพยาธิสภาพออกมาเปิดทางหน้าท้อง ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งตัดออกจากกันโดยเด็ดขาด คือส่วนต้นจะเป็นทางออกของอุจจาระ และส่วนปลายซึ่งเป็นส่วนที่ไม่มีอุจจาระผ่าน แต่จะมีน้ำเมือกออกมาได้บ้าง มักทำในโรคลำไส้อักเสบ ลำไส้ใหญ่ได้รับบาดเจ็บ หรือในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้วไม่สามารถต่อเย็บส่วนปลายได้ในทันที เป็นต้น การทำโคลอสโตมิชนิดนี้จะป้องกันอุจจาระจากส่วนบนมาแปรเปลี่ยนบริเวณที่มีพยาธิสภาพชั่วคราว ช่วยให้โรคหายดีขึ้น หรือแผลที่เย็บไว้ติดเชื้อเสียก่อน จากนั้นจะมีการผ่าตัดเย็บต่อลำไส้ไว้ที่เดิม (closure colostomy)

อาการข้างเคียงของการรักษาด้วยการผ่าตัด

ในการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก บางครั้งต้องมีการผ่าตัดอวัยวะส่วนนั้นออกทั้งหมด จึงทำให้มีการสูญเสียอวัยวะมีผลกระทบต่อการทำงานที่ของอวัยวะนั้นๆ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะนั้นๆ ลดลง หรือไม่สามารถทำงานได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ขนาด และตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ชนิดการผ่าตัด และสภาพร่างกายผู้ป่วยโดยทั่วไป นอกจากนี้การผ่าตัดอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสียหาย เกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น การถ่ายอุจจาระทางช่องเปิดทวารเทียม (colostomy) หรือเกิดความรู้สึกวิตกกังวล และขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

2. รังสีรักษา

รังสีรักษา (radiation therapy) เป็นการนำเอาสารกัมมันตภาพรังสีมาใช้ โดยอาศัยประจุรังสี (ionizing radiation) ไปทำลายดีเอ็นเอทำให้เนื้องอกถูกทำลายลง และเซลล์ไม่สามารถเกิดการขยายจำนวนเพิ่มขึ้น (reproduction) ต่อได้ ทำให้เซลล์ตายในช่วงการแบ่งนิวเคลียส (mitosis) โดยที่

อวัยวะยังคงรูปร่างเดิมอยู่ได้โดยอาจรักษาให้หน้าที่ และความสวยงามของอวัยวะยังคงอยู่ มีการใช้อนุภาครังสีได้หลายรูปแบบ เช่น รังสีแกมมา รังสีเอ็กซ์ บีตาพาคีล และแสงอิเล็กตรอน การรักษา นิยมใช้รังสีขนาดสูง (4,000-6,000 เซนติเกรย์) ก่อนผ่าตัดเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง และลดอาการต่างๆ จากก้อนมะเร็งกดเบียด และหลังผ่าตัดใช้ในกรณีมะเร็งลุกลามมาก ไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด การนำรังสีมาใช้มี 3 ลักษณะ (วุฒิสิริ, 2547; ปรียา และ ยุพาวรรณ, 2548) คือ

2.1 การให้รังสีจากสารกำเนิดภายนอกเข้าสู่ร่างกาย (external radiation therapy) มีการรักษา 2 วิธี คือ

2.1.1 การฉายแสง (teletherapy) เป็นวิธีการรักษาโดยฉายรังสีจากแหล่งกำเนิดรังสี ซึ่งมีอำนาจทะลุทะลวง ที่อยู่ห่างจากตัวคนไข้ หรืออยู่ภายนอกร่างกายโดยฉายรังสีเข้าไปบริเวณที่มีก้อนมะเร็ง รังสีจะผ่านผิวหนังไปทำลายเซลล์มะเร็งที่อยู่ลึกภายในร่างกายได้ รังสีที่ใช้ เช่น โคบอลต์ 60 ซีเซียม 137 เป็นต้น

2.1.2 การใส่แร่ (brachytherapy) เป็นการรักษาที่ต้นกำเนิดของรังสีอยู่ติดกับรอยโรคที่จะรักษา เช่น การใช้กัมมันตรังสีวางบนอวัยวะที่ต้องการรักษาโดยตรง รังสีที่ใช้ เช่น โคบอลต์ 60 สตอนเซียม 90 เป็นต้น

2.2 การให้สารกำเนิดรังสีเข้าไปในร่างกาย (internal radiation therapy) เป็นการให้รังสี โดยต้นกำเนิดรังสีอยู่ภายในร่างกาย หรือเนื้อเยื่อที่จะทำการรักษาโดยการสอดใส่สารกัมมันตภาพรังสีเข้าไปในโพรงของอวัยวะ การฝังกัมมันตภาพรังสีเข้าไปในเนื้อเยื่อโดยตรง ซึ่งสารกัมมันตภาพรังสีที่ใช้ อาจเป็นเข็ม หรือเป็นแท่ง และการรับประทาน หรือนิยมนำสารกัมมันตภาพรังสี เช่น การรับประทานสารไอโซโทปบางตัวของไอโอดีน 131 การฉีดคอลลอยด์ของทอง 198 เข้าไปในเยื่อหุ้มปอด หรือช่องท้อง เป็นต้น

2.3 การใช้รังสีรักษาพร้อมๆ กับการผ่าตัด (intraoperative radiation therapy) คือนำรังสีรักษามาใช้พร้อมๆ กับการผ่าตัด โดยพิจารณาใช้ในผู้ป่วยที่คาดการณ์ว่าการผ่าตัดไม่สามารถตัดก้อนมะเร็งออกได้หมด หรืออาจจะมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ (microscopic residual disease) แต่มีข้อจำกัดของการรักษาวิธีนี้ คือ มะเร็งต้องไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น จะทำโดยการฉายรังสีอิเล็กตรอนผ่านท่อลักษณะเป็นกรวยปลายเปิด ให้ครอบคลุมตำแหน่งรอยโรคที่มีการหลงเหลืออยู่ขณะที่ศัลย์แพทย์ยังไม่ได้เย็บปิดแผล ปริมาณรังสีที่ให้ประมาณ 10-20 เกรย์ โดยให้ครั้งเดียว เมื่อทำการฉายรังสีแล้วจึงเย็บปิดแผล และฉายรังสีคลุมบริเวณกว้างอีกครั้งหนึ่ง การรักษาวิธีนี้เป็น การเพิ่มปริมาณรังสีเฉพาะที่บริเวณเล็กๆ เพื่อควบคุมโรคเฉพาะที่ หรือลดอาการจากก้อนมะเร็ง และช่วยลดผลแทรกซ้อนจากรังสีรักษาด้วย

อาการข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษา

การรักษาด้วยรังสีรักษาจะทำลายเซลล์มะเร็งบริเวณที่ได้รับรังสี และมีผลต่อเซลล์ปกติที่อยู่ข้างเคียงด้วย โดยผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับเซลล์มะเร็งในแต่ละชนิด และความไวของรังสี ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นบ่อยได้แก่อาการต่างๆ แบ่งเป็น 2 ประเภท (ฐิติพร, 2541; นรินทร์, 2546; ปริญญา และ ยูพาวรรณ, 2548; วุฒิสิริ, 2547) ดังนี้

1. ผลแทรกซ้อนเฉียบพลัน (acute complication) ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มฉายรังสีจนกระทั่งรักษาครบแล้ว 3-6 เดือน ผลแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในระยะนี้ ได้แก่

1.1 ผิวหนัง (skin) ผิวหนังบริเวณที่ถูกแสงจะมีผื่นแดง (erythema) ผิวหนังเปลี่ยนเป็นรอยคล้ำคล้ายเป็นรอยไหม้ หนังกำพร้าแห้งหลุดลอก (dry desquamation) หรือผิวหนังเกิดการอักเสบ ผิวหนังแตกเป็นแผลเยิ้ม (moist desquamation) เป็นต้น

1.2 ระบบประสาท (nervous system) รังสีจะทำลายระบบประสาทส่วนกลางทำให้ผู้ป่วยมีอาการชักกระตุก และมีการเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

1.3 ระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal tract) โดยเฉพาะบริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลของรังสีทำให้ลำไส้บวม มีผลต่อการดูดซึมอาหารทำให้การดูดซึมลดลงทำให้เกิดอาการท้องเสีย (diarrhea) หรือลำไส้ใหญ่ส่วนทวารหนักอักเสบเฉียบพลัน ปวดเบ่ง ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด (malena) หรือเป็นมูกเลือด เป็นต้น

1.4 ระบบทางเดินปัสสาวะ (genitourinary system) ผลของรังสีมีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะบ่อย และขัด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ บางรายอาจมีเลือดปนเป็นสีน้ำตาลเนื้อ เป็นต้น

1.5 ระบบสืบพันธุ์ (reproductive system) การได้รับรังสีสูง หรือโดยตรงบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ทำให้มีการฝ่อของมดลูก ปากมดลูก ผนังช่องคลอด มีการติบของช่องคลอด (vaginal adhesion) เชื่อมช่องคลอดอักเสบ หากมีการอักเสบเป็นระยะเวลานานอาจทำให้เกิดการทะลุระหว่างช่องคลอดกับกระเพาะปัสสาวะ (vesicovaginal fistula) หรือรอยทะลุระหว่างช่องคลอดกับทวารหนัก (recto-vaginal fistula) และยังมีผลต่อรังไข่ทำให้รังไข่หยุดทำงานส่งผลเป็นหมันได้ ส่วนในผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ทำให้เกิดการแท้งบุตรได้

1.6 การสร้างเม็ดเลือด (hematopoietic system) รังสีมีผลต่อไขกระดูก ทำให้ไขกระดูกมีการผลิตเม็ดเลือดน้อยลง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ส่งผลให้เหนื่อยง่ายจากการพร่องตัวนำออกซิเจน ภูมิคุ้มกันต่ำในร่างกายลดลงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดทำให้เลือดหยุดยาก

2. ผลแทรกซ้อนระยะยาว (late complication) มักเกิดภายหลังจากฉายรังสีครบแล้ว 6 ถึง 18 เดือน ผลแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในระยะนี้ ได้แก่

2.1 ระบบสืบพันธุ์ (reproductive system) ในเพศชายทำให้เกิดการเป็นหมัน แต่ยังมีความรู้สึกทางเพศเนื่องจากระบบฮอร์โมนยังคงปกติ ส่วนเพศหญิงเกิดการเป็นหมันและมักจะสูญเสียความรู้สึกทางเพศ เนื่องจากรังไข่ไม่มีการสร้างฮอร์โมนเพศ จึงทำให้มีอาการหงุดหงิดเหมือนสตรีในวัยหมดประจำเดือน

2.2 ระบบทางเดินปัสสาวะ (genitourinary system) เมื่อได้รับรังสีระยะยาว จะทำให้กระเพาะปัสสาวะหดตัวทำให้มีขนาดเล็กลงจึงทำให้ปัสสาวะบ่อย อาจเกิดการอุดตันของกระเพาะปัสสาวะ และท่อไตทำให้เกิดภาวะไตวายร่วมกับภาวะมีการคั่งของสารจากปัสสาวะในเลือด (uremia) ได้

2.3 ผลของรังสีต่อกระดูก กระดูกที่กำลังเจริญเติบโตจะมีความไวต่อรังสีมาก ในทารกที่อยู่ในครรภ์มารดา ถ้าได้รับรังสีทั้งตัวทำให้กระดูกหยุดการเจริญเติบโต ทำให้เกิดการแคระแกรน เพราะกระดูกสั้น กระดูกหักง่าย เพราะกระดูกเปราะเนื่องจากขาดเลือดหล่อเลี้ยง และทำให้เกิดมะเร็งกระดูกได้ง่าย

3. เคมีบำบัด (chemotherapy) เป็นการรักษาเพื่อประคับประคอง ซึ่งรักษาผู้ป่วยด้วยการให้ยา หรือสารที่จะไปฆ่าหรือทำลายเซลล์มะเร็ง ที่อาจหลงเหลืออยู่หลังจากที่ได้ผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกไปแล้ว แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์แบ่งเป็น 6 กลุ่ม ซึ่งมีทั้งชนิดรับประทาน และชนิดฉีด สำหรับกลุ่มที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือกลุ่มอัลคาเลดิง เอเจนท์ (alkylating agent) และแอนติเมตาบอไลต์ (antimetabolites) (นิลิตา, 2542; schonwald, 2004) ได้แก่

3.1 ไฟว์ฟลูโอโรยูราซิล (5-fluorouracil: 5-FU) เป็นยาในกลุ่มแอนติเมตาบอไลต์ ออกฤทธิ์เฉพาะเซลล์ที่อยู่ในระยะ S (S-phase) เท่านั้น ซึ่งเป็นระยะที่เซลล์มีการสังเคราะห์นิวคลีโอไทด์ และ ดีเอ็นเอ ออกฤทธิ์รบกวนกระบวนการสร้างนิวคลีโอไทด์ ซึ่งมีผลให้เซลล์ไม่สามารถสังเคราะห์ดีเอ็นเอ และไม่สามารถแบ่งเซลล์ได้ เพื่อเจริญเติบโตได้

3.2 โฟลิติก แอซิด (folic acid) หรือ ลิวโคโวริน (leucovorin®: LV) เป็นยาในกลุ่มแอนติเมตาบอไลต์ เป็นรูปหนึ่งของกรดโฟลิก ซึ่งเป็นสารสำคัญในการการสังเคราะห์นิวคลีโอไทด์ และ ดีเอ็นเอ มีคุณสมบัติสำคัญ คือสามารถเข้าสู่เซลล์ปกติได้ดีกว่าเซลล์มะเร็ง มีการนำมาใช้ร่วมกับยาในกลุ่มอัลคาเลดิง เอเจนท์ เพื่อช่วยไม่ให้เซลล์ปกติขาดกรดโฟลิก ในการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ เนื่องจากพิษของยาในกลุ่มนี้จะทำให้เซลล์ปกติขาดกรดโฟลิก หรือในบางครั้งเรียกว่า ยาต้านพิษ (folic acid rescue)

3.3 ออกซาลิพลาติน (oxaliplatin) เป็นยาในกลุ่มอัลคาเลตติ้ง เอเจนท์ ออกฤทธิ์ต่อเซลล์ได้ทุกระยะ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อดีเอ็นเอทำให้ดีเอ็นเอเสียหายไม่สามารถสังเคราะห์ดีเอ็นเอสายใหม่และแบ่งเซลล์ ทำให้เซลล์ตายในที่สุด

3.4 เคปไซทาบิน (capecitabine) หรือซีโลด้า (xeloda®) เป็นยาชนิดรับประทาน อยู่ในกลุ่มแอนติเมตาบอลไลท์ ใช้หลังจากการผ่าตัด หรือใช้ในกรณีมีการแพร่กระจายของมะเร็ง ไปสู่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

สำหรับยาที่ใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาจมีการใช้ยาเพียงชนิดเดียวหรือใช้ร่วมกับยาอื่น เนื่องจากยาเพียงชนิดเดียว มักให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร จากการศึกษาพบว่าการใช้ยามะเร็งหลายชนิดร่วมกัน (combination chemotherapy) ทำให้ผลการรักษาดีขึ้นโดยมีหลักในการพิจารณาใช้ยารักษามะเร็งหลายชนิดร่วมกันดังนี้ 1) เลือกยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน เพื่อให้มีผลเสริมฤทธิ์กันในการทำลายเซลล์มะเร็ง 2) เลือกยาที่มีความเป็นพิษต่ออวัยวะที่ซ้ำกัน (overlapping toxicities) ให้น้อยที่สุดเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดพิษต่ออวัยวะที่มากเกินไป และ 3) ให้ยาในขนาดสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และให้ในระยะเวลาสั้นๆ เพื่อป้องกันการดื้อยา โดยยาที่ใช้จะมีหลายสูตร โดยแพทย์จะพิจารณาตามความเหมาะสม เช่น 5-ฟลูออโรอูราซิล (5-fluorouracil: 5-FU) ร่วมกับโฟลินิก แอซิด (folinic acid) และ 5-ฟลูออโรอูราซิล (5-fluorouracil: 5-FU) ร่วมกับยาออกซาลิพลาติน (oxaliplatin) ทุก 2-4 สัปดาห์รวม 6 ครั้ง

อาการข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ยารักษามะเร็งมีคุณสมบัติในการทำลายเนื้อเยื่อที่มีการแบ่งตัว และสร้างเซลล์ใหม่ ซึ่งยามะเร็งนอกจากจะมีฤทธิ์ต่อเซลล์มะเร็งแล้ว ยังมีฤทธิ์ต่อเซลล์ปกติด้วยทำให้เกิดการตอบสนองอันไม่พึงประสงค์ของร่างกาย ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงขึ้นในระบบต่างๆ (จิตติพร, 2541; นิธิดา, 2541; ปรีชา และ ยุพาวรรณ, 2548; สมจิต, 2536) ดังนี้

1. ผิวหนังและผม ยามะเร็งจะมีผลต่อผิวหนัง รูขุมขน และเส้นผม จะเกิดอาการคันตามผิวหนังมีตุ่มเล็กๆ คล้ายสิว (acneiform eruption) ผิวหนังอักเสบ (dermatitis) ผิวหนังมีการหลุดลอก (exfoliation) และผมร่วง (alopecia) ซึ่งเกิดจากการทำลายรากผมที่มีการแบ่งตัวของเซลล์อยู่ ซึ่งสามารถลดอาการผมร่วงได้โดยการใช้ถุงเย็นประคบศีรษะประมาณ 30 - 60 นาที ระหว่างการให้ยาเพื่อลดยาเข้าสู่รากผม (hair follicle) อย่างไรก็ตามอาการผมร่วงจะดีขึ้น และงอกกลับมาใหม่ เมื่อหยุดยาใน 2-3 เดือน ผมที่งอกมาใหม่จะมีลักษณะอ่อนนุ่ม และหยักศก

2. เซลล์ไขกระดูก ยามะเร็งจะกดไขกระดูก และทำให้เกิดภาวะต่อไปนี้

2.1 ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (leukopenia) โดยปกติเม็ดเลือดขาวในร่างกายจะมีค่าประมาณ 7,000-10,000 เซลล์/ลบ.มม. แต่ในขณะที่ให้ยาเคมีบำบัดเม็ดเลือดขาวจะต่ำลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายตามมา ถ้าพบว่ามีเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 3,000 เซลล์/ลบ.มม. ต้องมีการงดยาทันที

2.2 ภาวะเกร็ดเลือดต่ำกว่าปกติ (thrombocytopenia) ในคนปกติค่าของเกร็ดเลือดจะอยู่ในระดับ 150,000- 400,000 ลบ.มม. ในขณะที่ให้ยาเคมีบำบัดเกร็ดเลือดจะต่ำลง ทำให้เกิดเลือดออกได้ง่าย ถ้าพบว่ามีเกร็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ลบ.มม. ต้องมีการงดยาทันที

2.3 ภาวะโลหิตจาง (anemia) ถ้าพบว่ามีฮีมาโตคริตต่ำกว่า 30 % แพทย์จะงดให้ยาทันที

3. ผลต่อเยื่อทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังนี้

3.1 คลื่นไส้และอาเจียน (nausea and vomiting) เกิดได้บ่อยจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เกิดจากศูนย์ควบคุมการอาเจียน (emetic center) และคีโมรีเซพเตอร์ ไทร์เกอร์โซน (chemoreceptor trigger zone: CTZ) ถูกกระตุ้นจากเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนขึ้น (นิติตา, 2541)

3.2 แผลที่เยื่อทางเดินอาหาร ตั้งแต่ปาก หลอดอาหาร และกระเพาะอาหาร เป็นแผลมีเลือดออก หรือมีการอักเสบติดเชื้อ เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีการทำลายอีพิทีเลียลเซลล์ (epithelial cell)

4. เซลล์ระบบสืบพันธุ์ (reproductive system) ยาบางกลุ่มมีผลต่อการผลิตสเปิร์ม และฮอร์โมน เช่น กลุ่มอัลคาลอยด์ เอเจนท์ มีผลในเพศชายจะกีดขวางการสร้างสเปิร์มทำให้มีสเปิร์มน้อย (oligospermia) ส่วนในเพศหญิงทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือขาดประจำเดือน (amenorrhea)

5. ปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อ (soft tissue reaction) ยาเคมีบำบัดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดบางกลุ่มเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อไม่รุนแรง เพียงทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำ แต่บางชนิดมีผลต่อเนื้อเยื่อรุนแรงมาก ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อได้ ถ้าหากมีการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือด

6. อาการของระบบขับถ่าย

6.1 ระบบขับถ่ายปัสสาวะยาเคมีบางชนิดจะถูกขับออกทางปัสสาวะทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อกระเพาะปัสสาวะ ในระยะแรกอาจทำให้ปัสสาวะลำบาก (dysuria) หากเกิดรุนแรงทำให้เยื่อกระเพาะปัสสาวะหลุดลอกออกมาทำให้ปัสสาวะมีเลือดปน (hematuria)

6.2 ระบบขับถ่าย ยาเคมีบำบัดกลุ่มอัลคาลอยด์ (alkaloid) จะมีผลต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้การบีบตัวของลำไส้ลดลง ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มนี้จะมีอาการถ่ายอุจจาระลำบาก อุจจาระแข็ง

7. อาการเป็นพิษต่ออวัยวะต่างๆ

7.1 พิษต่อปอด (lung toxicity) ยาเคมีบำบัดทำให้เกิด พัลโมนารี ไฟโบรซิส (pulmonary fibrosis) อาจทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากได้

7.2 พิษต่อตับ (hepatotoxicity) ยาเคมีบำบัดทำให้มีการเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ตับ จึงทำให้เนื้อตับตาย ผู้ป่วยเกิดอาการตับแข็ง

7.3 พิษต่อระบบประสาท (neurotoxicity) และกล้ามเนื้อ (myopathy) ยาเคมีบำบัดมีฤทธิ์ทำให้เกิดการเสื่อมสลายของใยประสาท (axon) และมีผลต่อระบบประสาทส่วนปลายทำให้เกิดความรู้สึกริวบริเวณปลายมือปลายเท้า สับสน อาการแขนขาอ่อนแรง และเดินเซ (ataxia) ได้

4 การรักษาโดยใช้ภูมิคุ้มกันบำบัดและยีนส์บำบัดร่วมกัน (biotherapy) โดยให้สารโมเลกุลชีวภาพหลายชนิดเข้าไปในร่างกายเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งซึ่งปัจจุบันยังใช้ไม่แพร่หลายเนื่องจากมีราคาแพง (นงลักษณ์, 2542; วรธา, 2544; สุดาพรรณ, 2545)

จะเห็นได้ว่าการรักษามีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการรักษาโดยใช้ภูมิคุ้มกันบำบัด และยีนส์บำบัดร่วมกัน เป็นต้น โดยมีเป้าหมายหลักของการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อให้หายขาด หรือเพื่อประคับประคองบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ในช่วงสุดท้ายของชีวิตในกรณีที่มะเร็งมีการลุกลามไปมากแล้ว ซึ่งจะเลือกใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของโรค และสภาพของผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันผลของการรักษาอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง และผลกระทบในด้านต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ มากมายเช่นกัน

แนวคิดกลุ่มอาการ และการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

แนวคิดกลุ่มอาการ

จากการที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมักจะมีอาการเกิดขึ้นพร้อมกันหรือพร้อมกันหลายๆ อาการ (Dodd et al., 2001; Gift et al., 2004; Tranmer et al., 2003) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันเหล่านี้มีผลกระทบโดยตรงต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็ง (Gift et al., 2004) จึงทำให้นักวิจัยหลายคนได้ให้ความหมายแนวคิดกลุ่มอาการ เพื่อที่จะทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการซึ่งจะนำไปสู่การประเมินกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น และให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพ

ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวว่า กลุ่มอาการ หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน หรือร่วมกันตั้งแต่ 2 อาการ ขึ้นไป โดยอาการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มอาการจะเสริมฤทธิ์กัน คือเมื่อมีอาการหนึ่งแล้วจะทำให้อาการอื่นภายในกลุ่มเปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยแต่ละกลุ่มอาการจะมีจุดเน้นที่อาการเด่นแตกต่างกัน ซึ่งใกล้เคียงกับคิม และคณะ (Kim et al., 2005) ที่ให้ความหมายไว้ว่า กลุ่มอาการ หมายถึงอาการตั้งแต่ 2 อาการ หรือมากกว่าขึ้นไป อาการที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ซึ่ง

กันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการภายในกลุ่มอาการเดียวกันมีความสัมพันธ์มากกว่าอาการในกลุ่มอาการอื่น โดยอาการที่เกิดขึ้นเหล่านั้นอาจเกิดจากสาเหตุเดียวกัน หรือไม่ก็ได้ สำหรับสถาบันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา (National Institute of Health United States of America: NIH, 2006) ได้ให้ความหมายของกลุ่มอาการว่า อาการที่เกิดขึ้นจริงร่วมกันเป็นกลุ่ม อาการแต่ละอาการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจะเสริมฤทธิ์กัน โดยเมื่อมีอาการหนึ่งแล้วมีอีกอาการทำให้อาการภายในกลุ่มรุนแรงขึ้น

จากแนวคิดความหมายกลุ่มอาการดังกล่าวข้างต้นค่อนข้างใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ให้ความหมายกลุ่มอาการว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป จึงสรุปได้ว่า กลุ่มอาการหมายถึง อาการตั้งแต่ 2 อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจะเสริมฤทธิ์กัน โดยเมื่อมีอาการหนึ่งแล้วมีอีกอาการทำให้อาการภายในกลุ่มรุนแรงขึ้น โดยกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องเกิดจากสาเหตุเดียวกัน และความสัมพันธ์ระหว่างอาการภายในกลุ่มจะรุนแรงกว่าความสัมพันธ์ของอาการข้ามกลุ่ม

คำว่ากลุ่มอาการ ได้มีการนำมาใช้ในหลายสาขาวิชาชีพ เช่น ด้านจิตวิทยา ด้านการแพทย์ และด้านการพยาบาล (Kim et al., 2005) ซึ่งด้านจิตวิทยา และด้านการแพทย์ นำกลุ่มอาการมาใช้ในการวินิจฉัยแยกโรค โดยแนวคิดที่ว่ากลุ่มอาการแต่ละโรคจะมีรูปแบบอาการที่แตกต่างกัน ซึ่งจะนำมาใช้ในกรณีที่ไม่รู้พยาธิสภาพ หรือสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้น (Taylor, 1972)

ด้านการพยาบาล มีการนำแนวคิดกลุ่มอาการมาใช้มากในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง จากพื้นฐานความเชื่อที่ว่า กลุ่มอาการเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค และจากผลข้างเคียงของการรักษา ทำให้มีอาการที่เกิดขึ้นหลากหลายมีทั้งอาการด้านร่างกาย จิตใจ ด้านอารมณ์ และความคิด (Kim et al., 2005) อาการเหล่านี้มีการเกิดขึ้นร่วมกันเป็นกลุ่มๆ โดยในแต่ละกลุ่มอาการจะมีบางอาการที่เกิดขึ้นร่วมกัน หรือซ้อนทับกัน การรักษาเพียงอาการใดอาการหนึ่งจะส่งผลต่ออาการทั้งหมดภายในกลุ่มอาการด้วย เช่น การใช้ยากดภูมิคุ้มกันเพื่อลดอาการปวด ก็จะทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น และความเหนื่อยล้าลดลง (Fleishman, 2004) กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยมีปัจจัยต่างๆ ที่มาเกี่ยวข้อง เช่น เพศ ระยะของโรค โรคประจำตัว วิธีการรักษาของมะเร็งแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นต้น (Gift et al., 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรม และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการ/กลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้วิจัยได้รวบรวมอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด ที่พบทั้งในคนไทย และชาวต่างชาติ ได้ 26 อาการ (ธนิต, 2547; นรินทร์, 2548; วุฒิสิริ, 2545; สุพล, 2544; อานาจ, 2543; อพัชรา, 2543; Raw, 2002; Rudy, 2000; Slattery, 2000) โดยเรียงลำดับอาการที่พบบ่อยตามการศึกษา ของ แอกกอร์เวลล์ แกลร์ คลากส์ และเชปพิส (Aggarwal, Glare, Clarke, &

Chapuis, 2006) ซึ่งศึกษาแนวความคิดดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคองพร้อมกันหลายวิธี จำนวน 1,257 คน พบว่าอาการที่พบบ่อยมีดังนี้ ด้าน ร่างกาย ได้แก่ 1) ปวดท้อง/เจ็บท้อง 2) คลื่นไส้ 3) อาเจียน 4) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 5) ท้องผูก 6) เบื่ออาหาร 7) หายใจลำบาก/เหนื่อยหอบ 8) น้ำหนักลด 9) ท้องอืด/แน่นท้อง 10) ริมฝีปาก/คอ/ น้ำลายแห้ง 11) รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ 12) ถ่ายเหลว 13) เวียนศีรษะ/มึนศีรษะ 14) คัน 15) หูอื้อ 16) ผม่วง 17) ซาปลายมือ/เท้า เป็นเหน็บ 18) ประจำเดือนมาผิดปกติ และ 19) ปัสสาวะ ลำบาก และด้านจิตใจ ได้แก่ 20) นอนไม่หลับ 21) กลัว 22) วิตกกังวล 23) ซึมเศร้า 24) ไม่มีสมาธิ 25) หงุดหงิดโกรธง่าย และ 26) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ เป็นต้น

ผู้ป่วยมะเร็งมีประสบการณ์อาการที่หลากหลายจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งอาการที่เกิดขึ้น อาจเหมือนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอวัยวะที่เป็น เช่น มะเร็งตับ จะมีอาการปวดท้อง ตัวตาเหลือง และน้ำหนักลด (ชนิษฐา, 2543) เป็นต้น และในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีอาการปวด ท้อง และท้องอืด/ท้องแน่น (นรินทร์, 2548) เป็นต้น นอกจากนี้ยังเกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยล้า เป็นต้น (ประทุม และชวพรรณ, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของอภริตี (2546) สืบหาอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในภาคใต้ พบว่าอาการที่พบบ่อย ได้แก่ 1) อาการ ปวด/เจ็บ 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า และ 4) เบื่ออาหาร และด้านจิตใจ ได้แก่ 1) ไม่มีสมาธิ 2) หงุดหงิด/โกรธง่าย 3) นอน ไม่หลับ 4) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ และจากการศึกษาของทรานเมอร์ และคณะ (Tranmer, 2003) ศึกษาประสบการณ์อาการในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าอาการด้านจิตใจที่เกิดขึ้น ได้แก่ 1) กลัว 2) วิตกกังวล และ 3) ซึมเศร้า นอกจากนี้ การศึกษาของนิยา อารี และ โชมพัตร์ (2545) ศึกษาการ จัดการกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีการเปลี่ยนแปลง ด้านจิตใจในทางลบ เช่น รู้สึกผิด คุณค่าของตนเองลดลง ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ 1) ไม่ได้ ทำหน้าที่ตามบทบาท 2) พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และ 3) ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต้องเผชิญกับกลุ่มอาการต่างๆ มากมาย ทั้งจากพยาธิสภาพของโรค และจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถอยู่กับอาการเหล่านั้นได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการประเมินกลุ่ม อาการ และจัดการกับกลุ่มอาการอย่างถูกต้อง เพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

แนวความคิดการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

อาการ หมายถึง แบบของประสบการณ์เฉพาะตน ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านหน้าที่ ความรู้สึก ความคิด ทางด้านกาย จิต สังคม โดยบุคคลสามารถรู้ได้ด้วยตนเอง และหมายถึงสัญญาณ บอกรถึงความผิดปกติของโรค ที่บุคคลสามารถรู้ได้ด้วยตนเองหรือโดยผู้อื่น หรือหมายถึงประสบการณ์

การรับรู้ของบุคคลอันเป็นสาเหตุให้เกิดความไม่สบาย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม ความรู้สึก และสติปัญญา (Dodd et al., 2001) ซึ่งพบว่าการจัดการกับอาการจะขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประสบการณ์อาการ 2) กลวิธีการจัดการ และ 3) ผลลัพธ์ที่ได้จากอาการ และมีปัจจัย 3 อย่างที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดดังกล่าว ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งจะมีการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา ลักษณะทางจิตใจ ลักษณะทางสังคม และลักษณะของสรีรวิทยา 2) ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ภาวะทางสุขภาพ โรค อุบัติเหตุ ความพิการ โดยปัจจัยนี้มีผลกระทบต่อ การเกิดอาการ การจัดการ และผลลัพธ์ และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ซึ่งในแต่ละอย่างจะมีความเกี่ยวข้องกัน (ดั่งภาพ) ดังนี้

1. ประสบการณ์อาการ ประสบการณ์อาการเป็นการที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับอาการ ประเมินอาการ มีการตอบสนองต่ออาการ โดยแต่ละกระบวนการจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลมีการแสดงออกต่อการเจ็บป่วย หรือการรักษาที่เกิดขึ้น

1.1 การรับรู้อาการ เป็นการที่บุคคลรู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมหรือพฤติกรรม โดยมีปัจจัย 3 อย่าง คือ ปัจจัยด้านตัวบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปของบุคคล ลักษณะทางด้านจิตใจ ลักษณะทางด้านสรีระ และลักษณะทางด้านสังคม ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น ช่วยเหลือทางสังคม ความเชื่อ ค่านิยม และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย เช่น การบาดเจ็บ โรค ความผิดปกติทางด้านสรีระ ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 อย่างนี้ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

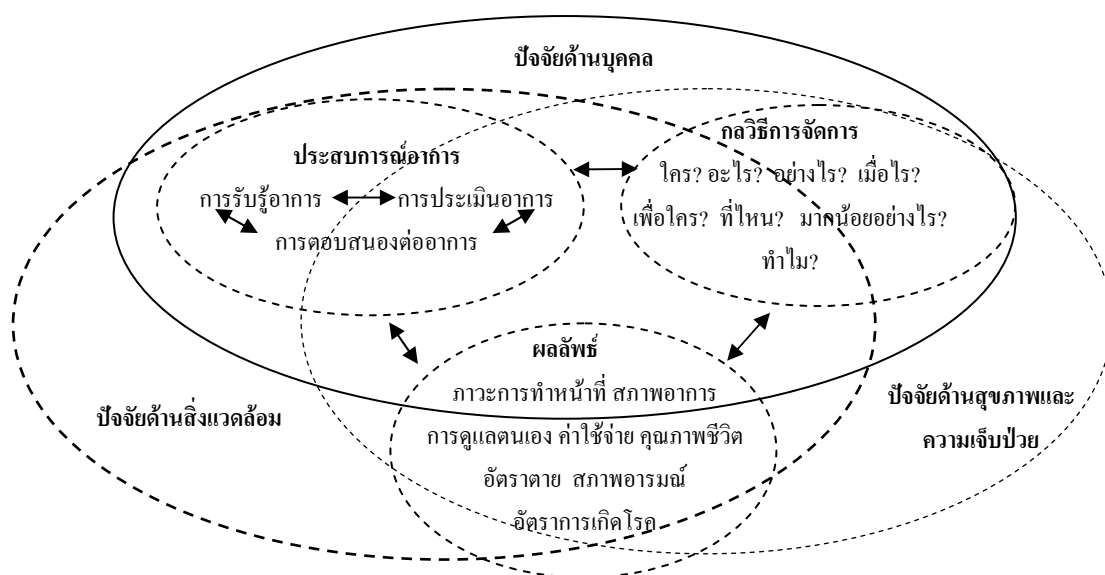
1.2 การประเมินอาการ เป็นการที่บุคคลประเมินอาการ หรือตัดสินใจว่าอาการมีความรุนแรงมากน้อยเพียงไร ตำแหน่งของอาการ สาเหตุของอาการเกิดจากอะไร รับรู้ได้อย่างไร และมีผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างไร

1.3 การตอบสนองต่ออาการ เป็นการที่บุคคลมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น โดยมีการตอบสนองได้หลายอย่าง เช่น การตอบสนองที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม และประสบการณ์อาการนั้นบุคคลจะทำตามความเชื่อของตน

2. กลวิธีการจัดการอาการ คือ การเบี่ยงเบนหรือเพื่อชะลอผลที่เกิดจากอาการ โดยกลวิธีการจัดการกับอาการนั้นเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงวิธีต่างๆ จนกว่าบุคคลจะพอใจอาจใช้เวลาเป็นระยะเวลาสั้น หรือทำบ่อยๆ เพื่อให้ตรงกับความต้องการ ซึ่งการจัดการอาการนั้นอาจเป็นการกระทำเพียงอย่างเดียว หรือมากกว่าหนึ่งอย่างก็ได้

เพื่อให้ได้ผลตามที่พอใจ โดยมีรูปแบบคำถามการจัดการซึ่งประกอบด้วย ใครเป็นคนจัดการ จัดการด้วยอะไร อย่างไร เมื่อไร เพื่อใคร ที่ไหน มากน้อยอย่างไร และทำไม

3. ผลลัพธ์ คือผลที่ได้จากการใช้ประสบการณ์และกลวิธีการจัดการ เป็นสิ่งที่เกิดจากการใช้ประสบการณ์ โดยมีสิ่งที่บอกถึงผลลัพธ์ที่ได้ทั้งสิ้น 8 อย่างคือ 1) ภาวะการทำหน้าที่ 2) สภาพของอาการ 3) การดูแลตนเอง 4) ค่าใช้จ่าย 5) คุณภาพชีวิต 6) อัตราตาย 7) สภาพอารมณ์ และ 8) อัตราการเกิดโรค



ภาพ รูปแบบแนวคิดการจัดการอาการ

Note From Revised symptom management conceptual model (pp.670), by M. Dodd et al., (2001), Journal of Advanced Nursing, 33(5).

อาการและการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จากการทบทวนวรรณกรรม และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าอาการที่เกิดขึ้นสามารถสรุปได้ (ชนิด, 2547; นรินทร์, 2548; สุพล, 2544; อพิชรา, 2543; อำนาจ, 2543; Raw, 2002; Rudy, 2000; Slattery, 2000) ดังนี้

1. ความปวด เป็นอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นในทุกระยะความรุนแรงของโรค และทุกระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (อภิรดี, 2546) ซึ่งความปวดเป็นประสบการณ์หลากหลายมิติได้แก่ มิติทางด้านสรีระ (physical dimension) มิติทางด้านความรู้สึก (sensory dimension) มิติทางด้านอารมณ์ (affective dimension) มิติทางด้านความคิด (cognitive dimension) มิติทางด้านพฤติกรรม (behavioral dimension) และมิติทางด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural dimension) มิติความ

ปวดต่างๆ นี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้งกันไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด มิติหนึ่งอาจเป็นสาเหตุของอีกมิติ และ/หรือเป็นผลของอีกมิติหนึ่ง (วงจันทร์, 2546) โดยความปวดมีหลายลักษณะด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา พบว่าลักษณะความปวดที่พบ คือ ปวดจี๊ด ปวดตุ้บๆ ปวดหน่วงๆ ปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล็บ เป็นต้น และผู้ป่วยมะเร็งมีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดที่ใช้ลดหรือบรรเทาความปวดโดยการใช่ยา และการบรรเทาด้วยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา (พรจันทร์, 254; รพีพรรณ, 2542) ซึ่งการจัดการในแต่ละวิธีสรุปได้ดังนี้

การจัดการความปวดโดยการใช่ยา การใช่ยาแก้ปวดเป็นวิธีการสำคัญในการรักษาความปวดจากมะเร็ง โดยยึดหลักบรรเทาความปวดที่เกิดผลไม่พึงประสงค์ หรือภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยน้อยที่สุด ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน และสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ (ลักษมี, 2546) ซึ่งยาแก้ปวดที่ใช้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม (ลักษมี, 2546; สถาพร และคณะ, 2547) คือ

ยาบรรเทาปวดในกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (non opioid) ใช้บรรเทาปวดในระดับน้อยถึงปานกลาง ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างโพรสตาแกรนดิน (prostaglandins) บริเวณที่มีการบาดเจ็บ ได้แก่ พาราเซตามอล แอสไพริน และยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยากลุ่มนี้มีอาการข้างเคียงที่สำคัญ คือ ระคายเคืองทางเดินอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ ข้อดีของยากลุ่มนี้ คือ ไม่ก่อให้เกิดภาวะที่ดื้อต่อยา (tolerance) ภาวะที่ร่างกายเคยชินต่อยา (physical dependence) และการติดยา (addiction) (สถาพร และคณะ, 2547)

ยาบรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ใช้บรรเทาปวดในระดับปานกลาง ถึงรุนแรง ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางโดยกระตุ้น โอปิออยด์รีเซพเตอร์ (opioid receptor) ภายในสมองซึ่งอยู่ในส่วนสมองสีเทา ฮาลามัส และคอร์ซอลลอรันของไขสันหลัง ออกฤทธิ์ต่อศูนย์ควบคุมการหายใจ การไอ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่ก้านสมอง ออกฤทธิ์ต่อการหลั่งฮอร์โมนที่ไฮโปธาลามัส และลิมบิก ในการควบคุมอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความปวด ทำให้อารมณ์ดีได้แก่ โคดีอีน (codeine) ออกซีโคโดน (oxycodone) มอร์ฟีน (mophine) และเมทาโดน (methadone) โดยยากลุ่มนี้มีอาการข้างเคียงที่สำคัญ คือระบบทางเดินอาหาร ทำให้ลำไส้บีบตัวลดลง เกิดอาการท้องผูก และยังมีผลกดการหายใจที่ศูนย์หายใจที่ก้านสมอง เป็นต้น

ยาเสริม (adjuvants analgesics) ได้แก่ยากลุ่มเบนโซไดซีปีน ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยลดความวิตกกังวล คลายเครียด ยากลุ่มนี้ช่วยตัดวงจรต่อเนื่องของความปวดที่เกิดจากความวิตกกังวล และการเกร็งของกล้ามเนื้อ จึงช่วยให้ผู้ป่วยอดทนต่อความปวดได้ดีขึ้น ยากลุ่มนี้มีอาการข้างเคียง ทำให้ปากแห้ง ท้องผูก ปวดศีรษะ เป็นต้น

การจัดการความปวดโดยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา ซึ่งส่วนใหญ่วิธีการที่ไม่ใช่ยาจะไม่มีผลต่อความปวดโดยตรง แต่สามารถบรรเทาปวดได้โดยกลไกทางอ้อม โดยเกี่ยวข้องกับมิติที่สำคัญคือ มิติทางด้านอารมณ์ มิติทางด้านความคิด เป็นการปรับกระบวนการรับรู้ ความคิด และสภาพอารมณ์ ช่วยให้อารมณ์เกิดการผ่อนคลาย ทั้งแบบทั่วตัว และผ่อนคลายบางส่วน ลดความวิตกกังวล สามารถตัดวงจรความปวดได้ มีวิธีการลดความปวดต่างๆ ดังนี้ 1) การให้คำปรึกษาสนับสนุนให้กำลังใจ (psychological support) 2) การปรับความคิด- พฤติกรรม (cognitive- behavioral interventions) เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิ การเปลี่ยนความคิด และการส่งเสริมความคิดทางบวก คนตรีบำบัด การใช้จินตภาพ การสอนและการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง (information preparation) และ 3) การใช้วิธีการทางชีวภาพ เช่น การประคบร้อน เย็น การนวด การกดจุด และการสัมผัส (วงจันทร์, 2547) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายคน que ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดด้วยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา เช่น จากการศึกษาของปิยาภรณ์ (2544) ศึกษาประสิทธิผลความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี พบว่ามีวิธีการจัดการความปวด 8 ลักษณะคือ 1) สรรหาทำที่ดีไม่ทิวความปวด 2) บีบนวดให้ปวดลดลง 3) ใช้ความร้อนประคบช่วยให้คลายปวด 4) มุ่งรักษาหายดำราหลวง 5) พึ่งพาภูมิปัญญาชาวบ้าน 6) ใช้หลักศาสนาพาใจให้สงบ 7) เบี่ยงเบนจิตใจให้อยู่ไกลความปวด และ 8) ฝึกการผ่อนคลายให้ปวดลดลง และจากการศึกษาของนาถฤดี (2545) ศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าดนตรีเป็นวิธีการลดความเจ็บปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งได้ผลดี และการศึกษาของวันเพ็ญ (2544) ได้ศึกษาเรื่องการนวดแผนไทย ในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 10 ราย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้สึกปวดและความรู้สึกทุกข์ทรมาน ภายหลังจากได้รับการนวดแผนไทยน้อยกว่าก่อนได้รับการนวดแผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 นอกจากนี้บังอรรัตน์ (2543) ได้ทำการศึกษาผลของการกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าต่อความปวดและการผ่อนคลายในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ซึ่งผลของการจัดการโดยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยาเหล่านี้ นอกจากช่วยบรรเทาปวดลงได้แล้ว วิธีลดปวดโดยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยาผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติได้เอง ปฏิบัติง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย และมีผลข้างเคียงน้อยอีกด้วย โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีลดปวดโดยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา คือ อายุ เพศ (กมลรัตน์, 2547) การแสวงหา ความมุ่งมั่น และพื้นฐานความเชื่อ (จันจิรา, 2543)

2. ความเหนื่อยล้า ความเหนื่อยล้าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งพบว่าแบบแผนการรักษา การได้รับยาเคมีบำบัด การฉายรังสี หรือการผ่าตัดเป็นสาเหตุที่จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า (Piper, 1987) จากการศึกษาผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งด้านมที่ ได้รับยาเคมีบำบัดเสริมพบว่าอาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบเป็นอันดับหนึ่ง (Jong, Courten, Abu-

Saad & Schouten, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิรดี (2546) ที่สำรวจอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง จากการศึกษาพบว่าความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้ในอันดับต้น ของอาการ 5 อันดับแรกที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ในการศึกษาการจัดการความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการจัดการความเหนื่อยล้าสามารถแบ่งได้ 2 วิธี คือ การจัดการโดยการใช้ยา และการจัดการโดยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช้ยา (อภิรดี, 2546; Piper, 1989)

การจัดการความเหนื่อยล้าโดยการใช้ยา การใช้ยาในการจัดการความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ปัจจุบันมีการนำมาใช้มากมาย เช่น ยาในกลุ่มต้านภาวะซึมเศร้า (antidepressant) ซึ่งยาจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า อารมณ์ดี กระตือรือร้น หรือยาในกลุ่มยานอนหลับ จะกดการทำงานของระบบต่างๆ หลายแห่ง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง มี 2 ประเภท คือ ยากล่อมประสาทชนิดอ่อนๆ (sedative) คือ ยาที่กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางอ่อนๆ ถ้าได้รับยาเพียงขนาดน้อยๆ ทำให้เกิดผลคือ สงบ ลดความกังวล แต่ไม่ถึงกับหลับ และยากลุ่มยานอนหลับ (hypnotic) คือ ยาที่ออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางแล้วทำให้หลับ เพื่อช่วยในการพักผ่อนมากขึ้น ได้แก่ Diazepam Lorazepam เป็นต้น (ศิริรัตน์ และ ทิพาพร, 2537)

การจัดการความเหนื่อยล้าโดยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช้ยา

การนอนหลับพักผ่อน มีความสำคัญมากในการเกิดอาการเหนื่อยล้า เนื่องจากการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอจะทำให้ร่างกายเก็บรักษาพลังงานและมีการสะสมพลังงาน และนำไปซ่อมแซมส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อ สมอง และระบบประสาทได้พักเป็นการฟื้นฟูสุขภาพ หากการนอนไม่เพียงพอตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปรวมถึงขาดการพักผ่อนนอนหลับในเวลากลางคืน จะทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนทำให้เซลล์ต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพในการสร้างพลังงาน เอทีพี (ATP) ซึ่งเป็นสาเหตุการเหนื่อยล้าได้ (สุดถนอม, 2546) จากการศึกษาของ ศิริไท (2540) ศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านม ภายหลังผ่าตัด จำนวน 200 ราย พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านร่างกายที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุดคือ การนอนหลับพักผ่อนเพื่อลดความเหนื่อยล้า และการศึกษาของเอมอร์ (2544) ศึกษาความอ่อนล้าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสี จำนวน 60 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนอนหลับพักผ่อนมากที่สุดเพื่อลดความเหนื่อยล้า

การออกกำลังกาย/ทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม ซึ่งการออกกำลังกายในระยะที่ 3 ระยะชะลอ (cool down) เมื่อใกล้จะหยุดออกกำลังกายแล้วค่อยๆ ผ่อนคลายประมาณ 5-10 นาที จะเป็นการลดกรดแลคติกที่หลงเหลืออยู่ตามกล้ามเนื้อ และช่วยให้กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย อัตราการเต้นของหัวใจให้ช้าลง เพื่อให้ปริมาณเลือดกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนตามปกติ ทำให้กล้ามเนื้อมีการ

ทำงานดีขึ้น (กระแส, 2539; สุกัญญา, 2543) ลดความเหนื่อยล้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ (2544) ศึกษาแบบแผนความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 60 มีการออกกำลังกายเพื่อลดความเหนื่อยล้า และการศึกษาของเพียงใจ (2545) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 160 ราย พบว่าพฤติกรรมกรรมกรมีกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 นอกจากนี้ การศึกษาของโลสิโต เมอร์ฟี และ โทมัส (Losito, Murphy, & Thomas, 2006) ศึกษาผลของการออกกำลังกายต่อความเหนื่อยล้า พบว่าการออกกำลังกายช่วยลดความเหนื่อยล้าได้

เบี่ยงเบนความสนใจหรือมีกิจกรรมช่วยผ่อนคลาย เป็นวิธีการที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสนใจเรื่องอื่นที่น่าสนใจ มากกว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เช่น การฟังเพลง/ดนตรีบำบัด หรือ การทำสมาธิ ช่วยให้มีระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบกล้ามเนื้อ และจิตใจมีการทำงานเป็นทีม และเป็นระบบมากขึ้น ทำให้สมองหลั่งสารแห่งความสุข ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกาย อัตราการหายใจ และการเต้นของหัวใจลดลง ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ร่างกายได้พัก เป็นการทำให้กล้ามเนื้อสมองอยู่ในระยะอัลฟา (alpha) (แสงจันทร์ สุริรัตน์ รัชฎา และ พวงเพ็ญ 2541) ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้เกิดความคิดช่วยรักษาอาการที่ไม่พึงพอใจ ที่เกิดขึ้นต่อจิตใจและอารมณ์ โดยเฉพาะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และความมั่นคงทางจิตใจ (พวงเพ็ญ, 2542) เช่น การศึกษาของอพัชรา (2543) ศึกษาการส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 14 รายโดยมีการปฏิบัติสมาธิ หลังฝึกรูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนา พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง และจากการศึกษาของ พัชรียา อภรณ์ สุดจิต และ สมพร (2547) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดได้รับเคมีบำบัด จำนวน 10 ราย พบว่าการทำสมาธิ การกำหนดสติ การแผ่เมตตาและการภาวนา (อริยฐาน) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดด้วยความสงบไม่ทุกข์ทรมาน เหนื่อยล้า น้อยลง

การใช้ความร้อนประคบ ผลของความร้อน เมื่อให้ความร้อนส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย จะทำให้การไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติทางกายภาพของ เนื้อเยื่อเส้นใย (fibrous tissue) ในเส้นเอ็น เอ็นหุ้มข้อ มีการขยายตัวของหลอดเลือดแดง (arteriole) และหลอดเลือดฝอย (capillary) (กระแส, 2539) ซึ่งจากการศึกษาของ (ปนัดดา, 2544) ศึกษาผลของการประคบร้อนต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่หลายเฉียบพลัน จำนวน 10 คน โดยการใช้ความร้อนช่วงอุณหภูมิ 39-44 องศาเซลเซียส ประคบนาน 30 นาที ตั้งแต่ไหล่ถึงบริเวณเอว พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกเบาสบายตัว กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย สามารถลดความเหนื่อยล้าได้ (ประนอม, 2542)

การนวด จะเป็นการกระตุ้นประสาทรับสัมผัสส่วนปลาย (peripheral receptor) แล้วส่งกระแสประสาทไปไขสันหลัง และส่งต่อไปยังสมอง ทำให้รู้สึกสบายและผ่อนคลาย ผลจากการผ่อนคลายนี้ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนตัว และลดความตึงเครียดของจิตใจ (กระแสด, 2539)

3. อาการคลื่นไส้ อาเจียน

อาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งส่วนหนึ่งเกิดจากแบบแผนการรักษาที่ได้รับ เช่น การฉายรังสี การได้รับเคมีบำบัด โดยเชื่อว่าศูนย์ควบคุมการอาเจียน (emetic center) และคีโมรีเซพเตอร์ ไทรเกอร์โซน (chemoreceptor trigger zone : CTZ) ถูกกระตุ้นจากเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนขึ้น (นิลิตา, 2541) เช่น จากการศึกษาของพรจันท์ (2541) ศึกษาการจัดการอาการคลื่นไส้ และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า วิธีการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ และวิธีที่พยาบาลใช้มากที่สุด คือ การให้ยาต้านอาเจียน นอกจากนี้การศึกษาของอาริยา (2543) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 40 ราย ผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้ฟังดนตรีบำบัดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ท้องอืด/ท้องผูก

เกิดจากมะเร็งมีการลุกลามเป็นวงรอบผนังลำไส้ แล้วเกิดการอุดตันลำไส้ใหญ่ซึ่งช่วยให้อุจจาระผ่านลำบาก ผู้ป่วยจึงแสดงออกด้วยการแปรปรวนของการถ่ายอุจจาระ คือมีอาการท้องผูก แน่นท้อง ท้องอืด ไม่ถ่ายไม่ผายลม (อำนาจ, 2543) และยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มอัลทาลอยด์ จะมีผลต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้การบีบตัวของลำไส้ลดลงจึงทำให้เกิดอาการแน่นท้อง ท้องอืดขึ้น (นิลิตา, 2541; นงลักษณ์, 2542) จากการศึกษาของอภิรดี (2546) สรรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาลดกรด เช่น ยารักษาหัวใจ/น้ำแดงเพื่อลดอาการแน่นท้อง ท้องอืด ซึ่งยาลดกรดมีคุณสมบัติเป็นด่างอ่อน และผู้ผลิตจะมีการใส่ยาขับลมไปด้วย จึงทำให้ช่วยขับลม และลดอาการท้องอืด/แน่นท้อง (พวงพะยอม และ คณะ, 2537)

5. เบื่ออาหาร

เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากต่อมน้ำลายเสื่อมหน้าที่ มีเนื้อเยื่อพังศืดไขมันสะสมมากขึ้น การผลิตเอ็นไซม์ลดลงเหลือเพียง 1 ใน 3 (Eliopoulos, 1993 อ้างตาม วิไลวรรณ, 2548) ทำให้การย่อยแป้ง และน้ำตาลในปากลดลง ปากและลิ้นแห้ง การรับรสของลิ้นเสียไป จึงเกิดอาการเบื่ออาหารขึ้น (วิไลวรรณ, 2548) และในผู้ป่วยมะเร็งเกิดจากความเชื่อว่าเกิดจากมะเร็งมีการกระตุ้นการหลั่งสารทูเนอร์ นิโครติก แฟคเตอร์ (tumor necrotic factor: TNF) มีผล

ให้เมื่ออาหาร ซึ่งอาการเบื่ออาหารเป็นหนึ่งในหลายๆ สาเหตุ ที่มีผลร่วมกันทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดอาการน้ำหนักลด และผอมลง (สุดสวาท, 2542) การจัดการโดยการให้ยาที่มีการนำมาใช้ยา พบว่ามีการนำยาในกลุ่มช่วยเจริญอาหารมาใช้ ซึ่งส่วนมากผลิตจากพืชสมุนไพรที่มีรสขม ซึ่งรสขมจะกระตุ้นต่อมรับรสที่ลิ้น ทำให้มีเพิ่มการหลั่งน้ำลาย และน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร ส่งผลให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น (วัฒนา และ วิไลวรรณ, 2540)

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนอกจากได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายแล้ว อาการทางด้านร่างกายยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ต้องเผชิญกับอาการต่างๆ มากมายทั้งจากพยาธิสภาพของโรคเอง และจากผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่เต็มที่ หรือบางครั้งต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการประเมินความมีคุณค่าในตนเองต่ำลง มีภาวะสูญเสีย และสูญเสียพลังอำนาจ มีปัญหาด้านภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาด้านจิตใจและอารมณ์ สังคมได้แก่ (พิไลรัตน์, 2542)

1. วิตกกังวล

ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหา และอาการด้านต่างๆ หลายๆ ด้าน เช่น 1) ด้านร่างกายจะวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรักษา และผลการรักษา 2) กังวลเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ ภาพลักษณ์ ความมีคุณค่าในตนเอง 3) ด้านการเงิน และการเงินกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล 4) กังวลเกี่ยวกับบุคคลใกล้ชิด และผู้ป่วยบางคนที่ต้องจากบ้านมารับการรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่ๆ รู้สึกตนเองอยู่ห่างไกลญาติ พี่น้องเหมือนโดนทอดทิ้ง และ 5) วิตกกังวลกลัวเพื่อนร่วมงานจะรังเกียจตนเองทำให้ผู้ร่วมงานต้องลำบากในการทำงานแทน หรือมาเยี่ยมเยียน และ 6) กังวลว่าตนเองจะอยู่ได้นานเท่าใด การรักษาจะช่วยให้มีชีวิตรอดหรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยที่มีความกังวลเหล่านี้จะหาวิธีจัดการเพื่อลดความวิตกกังวล (สมจิต, 2536) มีดังนี้

1.1 การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตน ซึ่งข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ในการดูแลตนเอง เกิดความรู้สึกรู้ว่าสามารถควบคุมตนเองได้ ขจัดความเข้าใจผิด และเจตคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค และการรักษา จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องการมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ การปฏิบัติตัว หากผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลก็ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง และจัดเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดี (นาฎยา, 2544) และการศึกษาของ นุชจรี (2542) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่

ทางหน้าท้อง จำนวน 14 ราย พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมมีคะแนนรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดหน้าท้องสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถดูแลช่องเปิดหน้าท้องได้ถูกต้อง รองลงมาคือ ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา อาการข้างเคียงจากการรักษา

1.2 การพูดคุยปรับทุกข์ และปรึกษาหารือกับผู้อื่น เป็นการระบายความกังวล และปรึกษาผู้อื่นในการแก้ปัญหา ซึ่งอาจจะเป็นญาติหรือพยาบาล เช่นจากการศึกษาของสุนันทา (2544) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม จำนวน 40 ราย พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับคำปรึกษารายบุคคลร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

1.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยปราศจากข้อซักถาม เพราะมีความศรัทธาและเชื่อถือในความสามารถของแพทย์

1.4 การเผชิญหน้ากับปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพความเป็นจริง โดยกระทำ หรือคิดสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยบนพื้นฐานของความเข้าใจในสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ไม่หลีกเลี่ยง มีการแสวงหาแนวทางอื่นในการรักษา (กาญจนา, 2548) และแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (ทิพาพร นิตยา ลดาวัลย์ และ สมภาพร 2546) จากการศึกษาของ อารีย์ (2541) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหาโดยมองโลกในแง่ดี ทำตามที่คุณอื่นแนะนำ เลือกรับฟังเฉพาะสิ่งที่ดี

1.5 ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย แต่พยายามเปลี่ยนความหมายของความเจ็บป่วยไปในทางที่ดี เป็นการปรับเปลี่ยนสถานการณ์ที่เลวร้ายให้ดีขึ้น ลดความรุนแรงของเหตุการณ์ลงให้อยู่ในขอบเขตที่พึงรับได้

1.6 การหันเหหรือเบี่ยงเบนความสนใจไปยังสิ่งอื่น เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งการใช้เทคนิคการผ่อนคลายจะช่วยลดความวิตกกังวล เช่น จากการศึกษาของปริญญา (2542) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 20 ราย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังจากการฝึกการสร้างจินตภาพลดลงจากก่อนฝึกการสร้างจินตภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของสมลักษณ์ (2544) ศึกษาผลของการนวดฝ่าเท้าจุดต่อการลดความวิตกกังวลและความทุกข์จากความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 10 ราย พบว่าคะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการนวดฝ่าเท้าจุดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ นอกจากนี้ จิราภี และ คณะ (2547) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและ

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 30 รายพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับฟังดนตรีบำบัดมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.7 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การขอพร และความคุ้มครองจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือ สิ่งที่อยู่ยงคงทนเหนียวในชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคช่วยให้ลดความวิตกกังวลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรียา อภรณ์ สุดจิต และ สมพร, 2547 ศึกษารูปแบบการนำหลักธรรมของพระพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 10 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการทำสมาธิ การแผ่เมตตา การภาวนา (อธิษฐาน) และสวดมนต์ขอขมาเจ้ากรรมนายเวร เพื่อให้ตนเองสามารถอยู่กับมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้อย่างมีความสุข หลังปฏิบัติกลุ่มตัวอย่างรู้สึกผ่อนคลาย ความวิตกกังวลลดลง

1.8 เจรจาต่อรองหาทางเลือกที่เป็นไปได้ โดยพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่ดีที่สุดเหมาะสมที่สุดในการกระทำ ผู้ป่วยตระหนักว่าความเจ็บป่วยเป็นตัวกระตุ้นให้พิจารณาปรับเปลี่ยนการกระทำ หรือวิถีชีวิตของตนเอง เช่น ผู้ป่วยบางคนจะเลิกสูบบุหรี่ หรือเลิกดื่มสุราหวังให้ชีวิตยืนยาวขึ้น

2. หงุดหงิด โกรธง่าย / เบื่อหน่าย/ ท้อแท้/ ไม่มีกำลังใจ/ ซึมเศร้า และกลัว ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักนอกจากมีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายแล้ว ยังประสบความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ เนื่องจากโรคมะเร็งตามการรับรู้ของบุคคลทั่วไป มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งว่าเป็นโรคร้ายแรง รักษาไม่หายนำไปสู่ความตาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว และวิตกกังวล ประกอบกับโรคมะเร็งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ก่อให้เกิดการบีบคั้นทางด้านจิตใจ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และแสดงออกมาให้ปรากฏด้วยการเปลี่ยนแปลงทางกาย เช่น บุคลิกภาพ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง เมื่อได้รับการกระทบกระเทือนเพียงเล็กน้อยก็จะแสดงความโกรธออกอย่างมากมาย (ฐิติพร, 2541; ถิพนภา, 2544) ผู้ป่วยที่มีอาการด้านจิตใจเหล่านี้ มีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยไม่ใช้ยา เช่น การทำบุญ ทำสมาธิ สวดมนต์ ศึกษาธรรมะ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อังศุมา และกานดาศรี (2547) ศึกษาประสบการณ์การใช้ธรรมะและสมาธิในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าผลของการใช้ธรรมะช่วยให้ ไม่หวั่นกลัวความตาย จิตใจสงบ สบายใจคลายโกรธ เป็นต้น และการศึกษาของสโลแมน (Sloman, 2002) ศึกษาการผ่อนคลายและการสร้างจินตภาพต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้ามลดลง

ด้านสังคม

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็น โรคเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (จารุวรรณ, 2544) ทำให้บทบาทการทำหน้าที่ในสังคมลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วย

ที่มีช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลกระทบของช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องต่อการทำหน้าที่ในสังคม พบว่าผู้ป่วยหลีกเลี่ยงบทบาทการทำหน้าที่ในสังคม เนื่องจากรู้สึกอายที่จะเข้าสังคม รู้สึกร่างกายไม่สะอาด ก่อให้เกิดกลิ่นรบกวน (นุชจรี, 2542; Adisio, Filiberti, Geraghty, & Andreoni, 1996) ซึ่งการจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และป้องกันการหลีกเลี่ยงบทบาทการทำหน้าที่ในสังคมที่มากเกินไป นำไปสู่การแยกตัว ฆ่าตัวตาย เพราะรู้สึกตนเองไร้คุณค่า (พิไลรัตน์, 2542) ได้แก่ การให้ความรู้ และการสอนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องได้ด้วยตนเอง (Doughty, 1992 อ้างตาม นุชจรี, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของนุชจรี (2542) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เครื่องมือประเมินกลุ่มอาการ

เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ได้เกิดขึ้นเพียงอาการเดียวๆ แต่เกิดขึ้นในลักษณะกลุ่มอาการ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการทำวิจัยในลักษณะกลุ่มอาการค่อนข้างน้อย ไม่มีการทำวิจัยอย่างแพร่หลายเหมือนการศึกษาเพียงลักษณะอาการใดอาการหนึ่ง และไม่มีการทำวิจัยกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีเพียงการศึกษากลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจ และ โรคมะเร็งปอด ซึ่งสามารถสรุปเครื่องมือประเมินกลุ่มอาการที่มีการนำมาใช้ดังต่อไปนี้

เครื่องมือประเมินกลุ่มอาการอาการในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของจิราวรรณ (2549) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2549 ลักษณะข้อคำถาม จะถามเกี่ยวกับความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย ซึ่งมี 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการที่เกิดขึ้น จนถึงมีอาการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันในกลุ่มอาการ ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ 0-10 คะแนน ซึ่งหมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด จำนวน 35 ข้อ ตลอดจนวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการ ได้มีการหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test - retest reliability) ได้ค่าความสอดคล้องของค่าคะแนนในการวัดซ้ำ (percent of agreement) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.88

เครื่องมือประเมินกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดของ กิฟท์ จาบลอนสกี สตอมเมล และ กิฟเวน (Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 2004 ที่ประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ และความรุนแรงอาการที่เกิดขึ้นใน 2 มิติ คือ ในมิติด้าน

ร่างกาย และมีมติด้านจิตใจ จำนวน 32 ข้อ มีการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ กับจำนวนอาการเมื่อมีจำนวนอาการเพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าประสบการณ์อาการจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อจำนวนอาการเพิ่มขึ้น ($r = 0.43, p < 0.01$) และมีการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การศึกษาทางการแพทย์ (medical outcome study: SF-36) ประเมินประสิทธิภาพการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical functioning) และสุขภาพจิต (mental health) ซึ่งเครื่องมือนี้มีการหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.90

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินกลุ่มอาการ จากแนวคิดการจัดการกับอาการ และแนวคิดกลุ่มอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นหากกลุ่มอาการ

แนวคิดผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประมวลแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) และแนวคิดกลุ่มอาการไว้ด้วยกัน จากแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่ว่าผลลัพธ์ คือผลที่ได้จากการใช้ประสบการณ์ และกลวิธีการจัดการ เป็นสิ่งที่เกิดจากการใช้ประสบการณ์ โดยผลลัพธ์จะเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการอาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิตี (2546) สำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ผลลัพธ์การจัดการอาการของโรคมะเร็งในทางที่ดี คือมีอาการดีขึ้น/หาย (ร้อยละ 78.2) สามารถบรรเทาอาการ/อาการทุเลา (ร้อยละ 14.9) รู้สึกว่าอาการเหมือนเดิม/เฉยๆ/ไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 5.6) อาการแย่ลง (ร้อยละ 1.2) และบอกว่ายังไม่เห็นผล (ร้อยละ 0.2) ในการจัดการอาการ โดยแนวคิดการจัดการกับอาการ (symptom management model) ของดอดด์ และคณะ มีสิ่งที่บอกถึงผลลัพธ์ที่ได้ทั้งสิ้น 8 อย่างคือ 1) ภาวะการทำหน้าที่ 2) สภาพของอาการ 3) การดูแลตนเอง 4) ค่าใช้จ่าย 5) คุณภาพชีวิต 6) อัตราตาย 7) สภาพอารมณ์ และ 8) อัตราการเกิดโรค ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกการประเมินผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการตามการรับรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการจัดการอาการกับกลุ่มอาการโดยรวมที่เกิดขึ้นที่ผู้ป่วยปฏิบัติ เพื่อประเมินการรับรู้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินดัชนีชี้วัดการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งฉบับภาษาไทย ซึ่งเครื่องมือนี้มี 7 ด้าน (King et al., 1996) คือ 1) ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท 2) ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคม 3) ด้านสภาพอารมณ์ 4) ด้านภาวะสุขภาพในปัจจุบัน 5) ด้านความยุ่งยากที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่ 6) ด้านผลกระทบจากอาการคลื่นไส้ และ 7) ด้านผลกระทบจากความปวด ซึ่งความสามารถใน

การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจะเป็นเครื่องชี้วัดภาวะสุขภาพ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่จัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ดี ผลลัพธ์การจัดการกลุ่มอาการก็จะดีด้วย สามารถประเมินได้จากผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่ดี และสามารถดำรงบทบาทของตนเองอย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าไม่มีเครื่องมือประเมินผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการโดยตรง แต่สามารถประเมินผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการได้โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันหรือแบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งแบบประเมินที่นิยมใช้กันอยู่บ่อยๆ มีดังนี้

1. แบบประเมินผลลัพธ์การศึกษาทางการแพทย์ ฉบับย่อ (Medical Outcome Study: SF-36) ของแวร์ และ เซอร์เบิร์น (Ware & Sherbourne, 1992) เครื่องมือนี้มี 8 ด้าน ได้แก่ 1) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย 2) การทำหน้าที่ด้านสังคม 3) ปัญหาการทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นผลมาจากสุขภาพร่างกาย 4) ปัญหาในการทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นผลมาจากปัญหาทางอารมณ์หรือจิตใจ 5) การทำหน้าที่ด้านสุขภาพจิต 6) ความแข็งแรงของร่างกาย 7) อาการปวด และ 8) ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้สุขภาพของตนเองในปัจจุบันว่ามีผลต่อการทำกิจกรรมด้านต่างๆ ลดลงหรือไม่ การคิดคะแนนทำโดยการหาค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน ส่วนข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ ต้องกลับคะแนนก่อนนำไปหาค่าเฉลี่ย ดังนั้นคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0 ถึง 100 คะแนนสูงหมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี เครื่องมือชุดนี้ มีความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ โดยคำนวณหาความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.76- 0.94 (Albert, 1997) ต่อมามีการนำเครื่องมือนี้มาใช้กับผู้ป่วยไทยที่มีอาการปวดหลังมาไม่ต่ำกว่า 4 สัปดาห์ จำนวน 100 ราย พบว่ามีความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.94 (Jirattanaphochai, Jung, Sumananont, & Saengnipanthkul, 2005)

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของสปิตเซอร์ (Spitzer et al., 1981) เครื่องมือนี้มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำกิจกรรมต่างๆ 2) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 3) ด้านภาวะสุขภาพ และ 4) ด้านการได้รับการช่วยเหลือ และการตัดสินใจ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้สุขภาพ ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ การได้รับการช่วยเหลือ และการตัดสินใจ โดยใช้มาตรวัดด้วยสายตา (visual-analog rating scale: VAS) ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-2 คะแนน การคิดคะแนนทำโดยการนำคะแนนทุกข้อรวมกัน คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0 ถึง 10 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี เครื่องมือชุดนี้ มีความสอดคล้องคล้อยภายในของเครื่องมือ โดยคำนวณหาความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.77 และหาความเที่ยงโดยการสังเกต (interater reliability) พบว่ามีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.81 (Bowling, 1997)

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้หญิงที่มีชีวิตรอดจากมะเร็งเต้านม (The Long-Term Quality of Life Instrument for Female Cancer Survivors: LTQL) ของไวน์เอท และ เฟรดแมน (Wyatt & Friedman, 1996) เครื่องมือนี้มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) อาการทางด้านร่างกาย 2) ด้านจิตวิญญาณ และปรัชญาชีวิต 3) ด้านความแข็งแรงของร่างกาย และ 4) ด้านการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยคำถาม 34 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้สุขภาพของตนเอง โดยใช้มาตรวัดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (numerical rating scale: NRS) ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน การคิดคะแนนทำโดยการนำคะแนนทุกข้อรวมกัน ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ ต้องกลับคะแนนก่อนนำคะแนนไปรวมกัน คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0 ถึง 136 คะแนนสูงหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี เครื่องมือชุดนี้ มีความสอดคล้องคล่องภายในของเครื่องมือ โดยคำนวณหาความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87-0.92 (Strickland & Dilorio, 2003) ต่อมากีฟเวน ไวน์เอท และกีฟเวน (Given, Wyatt & Given, 2000 as cited in Strickland & Dilorio, 2003) ได้นำเครื่องมือนี้มาทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 122 ราย พบว่ามีความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.86

4. แบบประเมินดัชนีชี้วัดการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็ง ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาขึ้นโดยชิปเปอร์ และคณะ (Schipper et al., 1984) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยทองประเสริฐ และคณะ (Thongprasert et al., 2005) ซึ่งเครื่องมือนี้มี 7 ด้าน (King et al., 1996) คือ 1) ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท 2) ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคม 3) ด้านสภาพอารมณ์ 4) ด้านภาวะสุขภาพในปัจจุบัน 5) ด้านความยุ่งยากที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่ 6) ด้านผลกระทบจากอาการคลื่นไส้ และ 7) ด้านผลกระทบจากความปวด ซึ่งจะประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินการรับรู้ในด้านต่างๆ เหล่านี้ โดยที่ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบลิเกิร์ต สเกล (likert scale) 4 อันดับ คือ จาก 0-3 คะแนน การคิดคะแนนทำโดยนำคะแนนของแบบสอบถามทุกข้อมารวมกัน ซึ่งคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0 ถึง 66 ดังนั้นคะแนนสูง หมายถึง มีการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันในระดับดี โดยเครื่องมือนี้มีการนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 36 ราย พบว่ามีความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87 (Thongprasert et al., 2005)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินดัชนีชี้วัดการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็ง ฉบับภาษาไทย ใช้ในการประเมินผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย และมีการนำมาแปลหลายภาษา รวมทั้งภาษาไทย ที่ได้มีการปรับให้เหมาะสมกับสภาพสังคมไทย และผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงและความเที่ยง โดยได้หาความเที่ยงตรงตามโครงสร้าง (construct validity) แบบประเมินดัชนีชี้วัดการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็ง โดย 1) หาความสัมพันธ์กับเครื่องมืออื่นที่วัดโครงสร้างเดียวกัน (convergent validity) 2) หาความ

ไม่สัมพันธ์กับของเครื่องมืออื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง (discriminant validity) และ 3) วิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่าแต่ละองค์ประกอบย่อยมีความสอดคล้องกับโครงสร้างทางทฤษฎีของคุณลักษณะที่ต้องการศึกษา (King et al., 1996) โดยมี 7 องค์ประกอบดังกล่าวมาแล้วข้างต้นแบบประเมินนี้สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งโดยไม่จำกัดอายุที่เป็น และสอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษาผู้วิจัยจึงเลือกแบบประเมินนี้มาใช้วัดตัวแปรผลลัพธ์ในการศึกษาคั้งนี้

สรุปการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า อาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นอาการที่หลากหลายจากพยาธิสภาพของโรค และผลข้างเคียงจากการรักษาส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อาการที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหากอาการดังกล่าวไม่ได้รับการจัดการ หรือการบำบัดที่เหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีการแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นที่หลากหลาย มีทั้งการจัดการกับอาการ โดยวิธีการใช้ยา และการจัดการกับอาการโดยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา เช่น 1) การให้คำปรึกษา สนับสนุนให้กำลังใจ (psychological support) 2) การปรับความคิด-พฤติกรรม (cognitive-behavioral interventions) เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิ การเปลี่ยนความคิด และการส่งเสริมความคิดทางบวก คนตรีบำบัด การใช้จินตภาพ การสอน และการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง (information preparation) และ 3) การใช้วิธีการทางชีวภาพ เช่น การประคบร้อน เย็น การนวด การกดจุด และการสัมผัส เป็นต้น และใช้การจัดการกับอาการโดยวิธีการใช้ยา และวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยาาร่วมกัน เพื่อจัดการกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาให้ข้อมูลที่ชัดเจนว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีอาการเกิดขึ้นพร้อมกันและ หลายๆ อาการ แต่ยังคงการศึกษาที่บ่งชี้ว่า อาการเหล่านี้เกิดขึ้น และสัมพันธ์กันอย่างไร เมื่อมีอาการหนึ่งแล้วจะส่งผลให้อีกอาการหนึ่งเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร นอกจากนี้ยังพบว่าการวิจัยที่ผ่านมามุ่งศึกษาแนวลึกกับอาการเดี่ยวๆ อย่างใดอย่างหนึ่ง จะเห็นได้ว่า อาการเดี่ยวๆ ที่ศึกษามาแล้วช่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับอาการดีขึ้น แต่ไม่ช่วยทีมสุขภาพที่จะให้ความรู้ หรือคำแนะนำเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการร่วมกัน หรือพร้อมกัน ความรู้ที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้ในการจัดการกับอาการร่วมที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้ต้องมีการศึกษากลุ่มอาการ ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยความเข้าใจที่ชัดเจนจำเป็นต้องศึกษาอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันของผู้ป่วย ผลกระทบของกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ซึ่งความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มอาการเหล่านี้ จะนำไปสู่การพัฒนาในการประเมินกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น และให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย และต่างประเทศ พบว่าการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา มีเพียงการศึกษาในมะเร็งบางชนิด ไม่ได้มีการศึกษาเจาะจงลงในมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และลักษณะคำถามในงานวิจัยเหล่านั้นมีการถามเพียงจำนวนอาการที่เกิดขึ้น ไม่ได้ศึกษาว่าอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันมีการเสริมฤทธิ์กันหรือไม่ คือเมื่อเกิดอาการหนึ่งแล้วอาจทำให้อาการอื่นๆ รุนแรงขึ้น การรักษาอาการใดอาการหนึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออาการทั้งหมดภายในกลุ่มอาการด้วย เช่น การใช้ยา กลุ่มบรรเทาปวดเพื่อลดความปวดจะทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น และความเหนื่อยล้าลดลงด้วย เป็นต้น ในขณะนี้ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนในเรื่องเหล่านี้ ซึ่งแม้แต่สถาบันมะเร็ง (National Cancer Institute: NCI) กระทรวงสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา (National Institute of Health United States of America: NIH) ได้ให้ความสำคัญมีการเชิญชวนนักวิจัยเพื่อช่วยกันหาองค์ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการ ในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มต่างๆ โดยคาดหวังว่าองค์ความรู้ในเรื่องกลุ่มอาการจะสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่าหากมีการศึกษากลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน จะช่วยให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในเรื่องนี้มากขึ้น โดยประสบการณ์การจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้สามารถนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้ ป้องกัน และวางแผนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเหล่านั้นอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ภายใต้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอย่างมีความสุข