

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
  - 1.1 ความหมายและสาเหตุ
  - 1.2 อาการและอาการแสดง
  - 1.3 ระยะของโรคมะเร็งแบ่งตามพยาธิสภาพ
  - 1.4 ระยะของโรคแบ่งตามระยะของการรักษา
2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
  - 2.1 ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
  - 2.2 แนวคิดของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
  - 2.3 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
  - 2.4 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
  - 2.5 ผลกระทบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
3. การสนับสนุนทางสังคม
  - 3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
  - 3.2 แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม
  - 3.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
  - 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความ

เจ็บป่วย

## โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การทบทวนโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักจะครอบคลุมความหมายและสาเหตุ อาการและอาการแสดง ระยะของโรคมะเร็งแบ่งตามพยาธิสภาพ และ ระยะของโรคแบ่งตามระยะของการรักษาตามลำดับ

### ความหมายและสาเหตุ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นมะเร็งที่พัฒนาขึ้นจากก้อนเนื้อเอกซินิกไม่ร้ายแรงในลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในช่องท้อง หรือลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ในอุ้งเชิงกรานที่เรียกว่าไส้ตรง โดยเป็นไปอย่างช้าๆในช่วงระยะเวลาหลายปี ก่อนที่ก้อนเนื้อเอกซินิกนั้นจะพัฒนาไปเป็นมะเร็ง พยาธิสภาพมะเร็งพบมากร้อยละ 98 เป็นชนิด adenocarcinoma ที่มีการลุกลามมาจากติ่งเนื้อ adenomatous polyps และลูกกลมเข้าหลอดเลือด หรือทางเดินน้ำเหลือง ไปสู่ต่อมน้ำเหลือง อวัยวะ หรือเนื้อเยื่อที่ติดกับลำไส้ และอวัยวะที่อยู่ห่างออกไป เช่น ตับ หรือปอด ซึ่งโรคมะเร็งชนิดนี้สามารถเกิดขึ้นได้กับลำไส้ใหญ่ทุก ๆ ส่วน (American Cancer Society, 2008-2010)

สาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ยังไม่ทราบแน่นอนแต่มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งชนิดนี้ ปัจจัยต่างๆมีดังนี้

#### 1. ปัจจัยทางพันธุกรรม

1.1 กลุ่มอาการที่เกิดจากกรรมพันธุ์ ชนิด Familial adenomatous polyposis (FAP) กลุ่มอาการเหล่านี้ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ autosomal dominant และแสดงตัวด้วยการมี adenoma polyps ซึ่งเป็นติ่งเนื้อจำนวนมาก ในลำไส้ใหญ่ทั้งหมด โดยพบได้ตั้งแต่อายุยังน้อย อายุเฉลี่ยที่พบ 39 ปี (อาคม, เสาวคนธ์, อนันต์ และธีรวุฒิ, 2552; Davies, 2009; Cherry, 2011)

1.2 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นแบบ non-polyposis (hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma) ผู้ป่วยกลุ่มนี้พบบ่อยกว่าในกลุ่มแรก และแตกต่างกันที่ไม่มี polyposis แต่มีการเกิด adenocarcinoma ของลำไส้ใหญ่ในครอบครัวเดียวกัน ด้วยลักษณะการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ autosomal dominant และมี โอกาสพัฒนาไปเป็นมะเร็งที่ตำแหน่งอื่น เช่น มะเร็งรังไข่ มะเร็งลำไส้เล็ก มะเร็งมดลูก มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มย่อยคือ (อาคม, เสาวคนธ์, อนันต์ และธีรวุฒิ, 2552; Davies, 2009; Cherry, 2011)

1.2.1 Cancer family syndrome การเกิดมะเร็งไม่จำกัดอยู่เฉพาะที่ลำไส้ใหญ่ แต่สมาชิกในครอบครัวอาจจะเป็นมะเร็งในตำแหน่งอื่นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งในอวัยวะเพศหญิง

1.2.2 Hereditary site-specific colon cancer มะเร็งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมเฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่

## 2. ปัจจัยด้านอาหาร

การรับประทานอาหารไขมัน และมีโคเลสเตอรอลมาก มีความเสี่ยงสูง หรืออาหารที่ขาดใยอาหารทำให้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เนื่องจากอาหารที่มีไขมันจะกระตุ้นให้ตับสร้างโคเลสเตอรอลและ bile acids เพิ่มขึ้น แบคทีเรียในลำไส้จะเปลี่ยนสารเหล่านั้นให้เป็น cholesterol metabolites และ secondary bile acids สารเหล่านี้จะเป็นสารส่งเสริมการเกิดมะเร็ง (carcinogenesis) นอกจากนี้ผู้ที่มีพฤติกรรมชอบสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอีกด้วย (Huxley, Ansary-Moghaddam, Clifton, Czernichow, Parr, & Woodward, 2009; Sung et al., 2008) การรับประทานอาหารที่ไม่มีเส้นใยจำพวกไฟเบอร์ ที่พบมากในผัก ผลไม้ และธัญญาพืชต่าง ๆ มีความเสี่ยงสูงที่ทำให้เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้

## 3. ปัจจัยอื่นๆ

3.1 อายุ ปริมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยอายุเกิน 50 ปี (NCCN. Colon Cancer, 2008)

3.2 เนื้องอกที่มีรูปร่างคล้ายต่อม (adenoma) ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นตามจำนวนและขนาดของเนื้องอกที่มี (อาคม, เสาวคนธ์, อนันต์ และธีรวุฒิ, 2552)

3.3 ลำไส้ใหญ่อักเสบ (inflammatory bowel disease) ผู้ป่วยที่เป็น ulcerative colitis และ crohn's disease มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น (อาคม, เสาวคนธ์, อนันต์ และธีรวุฒิ, 2552)

3.4 ประวัติการเกิดมะเร็งในลำไส้ใหญ่ในอดีตของครอบครัว ผู้ที่มีญาติลำดับแรกเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือผู้ที่เคยได้รับการรักษามาแล้ว จะมีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ (อาคม, เสาวคนธ์, อนันต์ และธีรวุฒิ, 2552)

## อาการและอาการแสดง

อาการที่พบบ่อยขึ้นกับตำแหน่งของมะเร็ง โดยถ้ามีก้อนมะเร็งบริเวณลำไส้ใหญ่ด้านขวา จะมีอาการอ่อนเพลีย ซีด โลหิตจาง จากการเสียเลือดเรื้อรังเนื่องจากก้อนมะเร็งมีแผลและมีเลือดออก น้ำหนักลด บางรายอาจมีอาการปวดหน่วงๆ บริเวณท้องด้านขวา คลำได้ก้อนที่ท้อง มีน้อยรายที่ผู้ป่วย

มีอาการอุดตันของลำไส้ ถ้ามีก้อนมะเร็งบริเวณลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย และบริเวณลำไส้ซิกมอยด์ (Sigmoid colon) ผู้ป่วยมักมีอาการของลำไส้อุดตันจากก้อนมะเร็ง หรือถ่ายอุจจาระผิดปกติ ท้องผูก ปวดท้อง อาเจียน ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องผูกสลับท้องเสีย ลักษณะอุจจาระมีการเปลี่ยนแปลง เป็นเส้นลึบบนคล้ายแท่งดินสอ หรือมีเลือดปนกับอุจจาระ และหากตำแหน่งของมะเร็งมีการแพร่กระจายมากขึ้นไปยังอวัยวะในช่องท้องหรือ อวัยวะที่อยู่ห่างออกไป เช่น ตับ ปอด จึงพบผู้ป่วยที่มีภาวะตับโต ท้องโตจากมีน้ำในช่องท้อง และหากก้อนมะเร็งมีการทะลุเข้าในช่องท้องก็จะเกิดภาวะช่องท้องอักเสบได้ และหากมีก้อนมะเร็งบริเวณลำไส้ตรง (rectum) การเคลื่อนไหวของลำไส้มีการเปลี่ยนแปลง มีอาการแน่นอึดอัดบริเวณลำไส้ตรง ปวดเบ่งถ่ายอุจจาระลักษณะถ่ายไม่สุด ถ่ายเป็นเลือด ชีตลง หรือบางครั้งพบว่ามีก้อนนอกรูทวารหนัก และมีอาการปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน (อาคม, เสาวคนธ์, อนันต์ และธีรวิทย์, 2552; Richards & Richards, 1996; Wilkes & Hartshorn, 2009; American Cancer Society, 2008-2010)

#### ระยะของโรคมะเร็งแบ่งตามพยาธิสภาพ

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Staging of Colorectal Cancer) ตาม American joint Committee of Cancer (AJCC) โดยใช้ TNM system ประกอบด้วย T คือ ก้อนมะเร็งปฐมภูมิที่ลำไส้ใหญ่ (Primary Tumor) N คือ การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (Regional Lymph Nodes) M คือ การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Distant Metastasis) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ (Berlin, Gore, Yaghmai, Newmark, & Miller, (2000)

Primary Tumor (T) ก้อนมะเร็งปฐมภูมิที่ลำไส้ใหญ่

TX หมายถึง ก้อนมะเร็งปฐมภูมิที่ไม่สามารถบอกขนาดได้

T0 หมายถึง ตรวจไม่พบก้อน

Tis หมายถึง Carcinoma : intraepithelial or invasion of lamina propria

T1 หมายถึง ก้อนมะเร็งที่ยังจำกัดอยู่แค่ชั้นในของผนังลำไส้

T2 หมายถึง ก้อนมะเร็งที่กินลึกลงไปผนังลำไส้กว่าระยะที่ 1 ทะลุชั้นกล้ามเนื้อของผนังลำไส้ใหญ่ออกไป

T3 หมายถึง ก้อนมะเร็งที่แพร่กระจายจากชั้นในของผนังลำไส้ ทะลุชั้นกล้ามเนื้อและเข้าสู่ต่อมน้ำเหลือง แต่ยังไม่ลุกลามไปอวัยวะอื่นที่อยู่ห่าง

T4 หมายถึง ก้อนมะเร็งมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นของร่างกายแล้ว เช่น ไปที่ตับ ปอด หรือกระดูก

Regional Lymph Nodes (N) การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

N0 หมายถึง ไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

N1 หมายถึง มีการกระจายของมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง 1 ถึง 3 ต่อมน้ำ

N2 หมายถึง มีการกระจายของมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง 4 ต่อมน้ำ หรือมากกว่านั้น ผู้ป่วยที่เป็น N0 จำนวนของ lymph nodes ที่ผ่าตัดออกมาตรวจต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 12 nodes หากน้อยกว่านี้จะถือว่าเป็น suboptimally staged และจัดเป็น high risk group

Distant Metastasis (M) การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

Mx หมายถึง ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นได้

M0 หมายถึง ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ

M1 หมายถึง มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่น ๆ

ภายหลังจากจำแนกลักษณะของมะเร็งด้านตาม TNM system แล้วจึงนำผลที่ได้มาพิจารณารวมกันเพื่อแบ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่ออกเป็นระยะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

#### Stage Grouping of colorectal cancer

stage	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIIB	T4	N0	M0
IIIA	T1-T2	N1	M0
IIIB	T3-T4	N1	M0
IIIC	Any T	N2	M0
IV	Any T	Any N	M1

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งได้ตามการลุกลามของมะเร็ง สามารถแบ่งระยะได้ดังนี้ (อากุม, เสาวคนธ์, อนันต์ และธีรวิไล, 2552)

ระยะ 0 (Stage 0 or carcinoma insitu) หมายถึง มะเร็งลำไส้ ในระยะเริ่มแรก พบเซลล์มะเร็งได้ในเนื้อเยื่อส่วนในสุดของผนังลำไส้

ระยะที่ 1 (Stage 1) หมายถึงมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มะเร็งยังจำกัดอยู่แค่ชั้นในของผนังลำไส้ ไม่ทะลุเลยชั้นของกล้ามเนื้อผนังลำไส้ และไม่แพร่ไปถึงต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะข้างเคียงตามแบบของตุ้ก (Duck' classification) เรียกว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะตุ้กเอ (Duck A)

ระยะที่ 2 (Stage2) หมายถึงมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่กินลึกลงไปผนังลำไส้กว่าระยะที่ 1 ทะลุชั้นกล้ามเนื้อของผนังลำไส้ใหญ่ออกไป แต่ยังไม่ไปต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะที่ห่างออกไป ถ้าแบ่งตามแบบของตุ้ก (Duck' classification) เรียกว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะตุ้กบี (Duck B)

ระยะที่ 3 (Stage3) หมายถึงมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่แพร่กระจายจากลำไส้เข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองแล้ว แต่ยังไม่ลุกลามไปอวัยวะอื่นที่อยู่ห่างออกไป มะเร็งระยะนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมาเป็นใหม่ การรักษาที่ใช้ทั้งเคมีบำบัดหรือรังสีบำบัด อาจช่วยป้องกันไม่ให้มะเร็งกลับมาเป็นใหม่ และช่วยเพิ่มอัตราการอยู่รอดจากมะเร็งชนิดนี้ให้สูงขึ้น ถ้าแบ่งตามแบบของตุ้ก (Duck' classification) เรียกว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะตุ้กซี (Duck C)

ระยะที่ 4 (Stage 4) หมายถึงมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกายแล้ว เช่น ไปที่ตับหรือกระดูกเป็นระยะที่รุนแรงที่สุดของมะเร็ง รักษาไม่หาย ได้แค่บรรเทาอาการต่างๆ ให้ลดลงไม่ให้ทรมาน ถ้าแบ่งตามแบบของตุ้ก (Duck' classification) เรียกว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะตุ้กดี (Duck D)

#### ระยะของโรคแบ่งตามระยะของการรักษา

ระยะของโรคที่แบ่งตามการรักษา (stage of Treatment) หรือตามวิธีการรักษาโรค (treatment trajectory) หมายถึง การแบ่งระยะของการอยู่กับมะเร็งซึ่งพิจารณาตามระยะของการรักษาทางการแพทย์ แบ่งเป็น 4 ระยะ 1) ระยะวินิจฉัยโรคใหม่ หรือระยะก่อนการรักษา (newly diagnosed stage) 2) ระยะรักษา (treatment stage) 3) ระยะสิ้นสุดการรักษา หรือ ระยะรอดชีวิต (survival stage) และ 4) ระยะสุดท้ายของโรคหรือ ระยะมะเร็งกลับมาเป็นซ้ำ (recurrence stage) (Kim, Lee & Lee, 2011)

ในระยะต่างๆ ของการอยู่กับโรคมะเร็งซึ่งแบ่งออกตามระยะของการรักษา ผู้ป่วยมักมีการตอบสนองแตกต่างกันไป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการรักษาซึ่งระยะของโรคตามการรักษา แบ่งเป็น 4 ระยะ (Shaha, Cox, Talman, & Kelly, 2008) ดังต่อไปนี้

##### 1. ระยะวินิจฉัยโรคใหม่ หรือระยะก่อนการรักษา (newly diagnosed stage)

ระยะก่อนการรักษาคือช่วงของการตรวจวินิจฉัยโรค โดยเริ่มจากการที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติตั้งแต่อยู่ที่บ้าน เช่น การปวดท้อง การขับถ่ายมีการเปลี่ยนแปลง เกิดการถ่ายยาก ถ่ายลำบาก

หรือพบมีเลือดปนออกมากับอุจจาระ ผู้ป่วยก็จะเกิดความสงสัยจากความผิดปกติที่เกิดกับร่างกายจนนำมาสู่การตรวจวินิจฉัยโรคเพื่อการรักษาต่อไป การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ถือเป็นเหตุการณ์ในชีวิตที่สร้างความเครียด (stressful life event) สำหรับบุคคล เนื่องจากในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันในหมู่ประชาชน โดยทั่วไปว่ามะเร็งเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต (McCorkle, & Quint-Benoliel, 1983 cite in O'Connor, Wicker, Germino, 1990; Shaha & Cox, 2003) การได้รับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งถือเป็นประสบการณ์ใหม่ที่มักนำมาซึ่งปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลได้หลายประการ บุคคลที่ได้รับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งครั้งแรกมักเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ มักเกิดอาการช็อกทางจิตใจ (psychological shock) (Shaha & Cox, 2003) มักคิดถึงความหมายของโรคมะเร็งที่สัมพันธ์กับความตายที่กำลังจะมาถึงเร็วขึ้น รู้สึกกลัว วิดกกังวล โดดเดี่ยว ใจจดใจจ่อ ไร้พลังอำนาจ คิดถึงการต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่น (Ando et al., 2011; O'Connor, Wicker, Germino, 1990; Shaha & Cox, 2003) จากการที่บุคคลขาดประสบการณ์ และยังไม่มีความรู้หรือความชัดเจนในเรื่องโรคที่ตนเองเป็น ทั้งเรื่องอาการเจ็บป่วย การรักษา และการใช้ชีวิตอยู่กับโรค มักเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และไม่สามารถวางแผนในอนาคตได้ (Graves, 2003; Mishel, 1999; O'Connor, Wicker, Germino, 1990; Taylor, 2001; Shaha & Cox, 2003) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระยะนี้เกิดขึ้นจากการที่ผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักขาดหรือไม่ได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหรืออาการที่เกิดขึ้น จากข้อจำกัดของข้อมูลความรู้ ที่สำคัญคือจากแหล่งความรู้จากบุคลากรทางสุขภาพ จากครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด หรือการแสวงหาข้อมูล

#### **ปฏิกิริยาของบุคคลต่อการได้รับการวินิจฉัยมะเร็ง**

การที่บุคคลได้รับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งถือเป็นประสบการณ์ใหม่ที่มักนำมาซึ่งปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลได้หลายประการ บุคคลที่ได้รับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งครั้งแรกมักเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ มักเกิดอาการช็อกทางจิตใจ (psychological shock) ไร้ความรู้สึก ingsับสน ปฏิเสธไม่เชื่อว่าเป็นมะเร็ง (Shaha & Cox, 2003; Worster & Holmes, 2008) เพราะตามการรับรู้ของประชาชนทั่วไปมะเร็งเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต (McCorkle, & Quint-Benoliel, 1983 cite in O'Connor, Wicker, Germino, 1990) ความรู้สึกโกรธ กลัวสุดขีด และความวิตกกังวล หดพลังอำนาจที่จะตัดสินใจทำอะไร หรือแม้แต่การตัดสินใจรับการรักษา (Shaha & Cox, 2003) จากผลกระทบของโรคมะเร็งที่มีผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ กระทบต่อชีวิตในแต่ละวัน ความกลัว ความกังวล ตั้งแต่การตรวจคัดกรองวินิจฉัยโรค ภายหลังได้รับการวินิจฉัยโรค จนถึงขั้นตอนการรักษา ผู้ป่วยอยากกลับไปมีชีวิตตามปกติในช่วงก่อนหน้านี้ที่จะป่วย ผู้ป่วยมักคิดถึงความหมายของโรคมะเร็งที่สัมพันธ์กับความตายที่กำลังจะมาถึงเร็วขึ้น รู้สึกโดดเดี่ยว ใจจดใจจ่อ ไร้พลังอำนาจ คิดถึงการต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่น (Shaha & Cox, 2003; Ando et al., 2011) การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ถือเป็น

เหตุการณ์ในชีวิตที่สร้างความเครียด (stressful life event) สำหรับบุคคล ความรู้สึกผิด รวมถึงการดำเนินชีวิตในสังคม ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนญาติพี่น้องหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องในสังคม ในสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัด ไม่สุขสบายกายและใจ มีความรู้สึกที่อยากแยกตัวออกจากสังคม (Taylor, 2001; Worster & Holmes, 2008) จากการที่ผู้ป่วยยังไม่มีความรู้ในเรื่องโรคที่ตนเองเป็น การขาดซึ่งข้อมูลในเรื่องโรค การรักษา การดูแลตนเองเมื่อต้องอยู่กับความเจ็บป่วยต่อไป และจากการที่ผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์ หรืออยู่ในเหตุการณ์ความเจ็บป่วยการเป็นมะเร็งมาก่อน ผลที่ตามมาหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งคือเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1999; O'Connor, Wicker, Germino, 1990; Taylor, 2001; Shaha & Cox, 2003; Worster & Holmes, 2008)

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะก่อนรักษาดังนี้ ดีนและเด็กเนอร์ (Deane, & Degner, 1998) ศึกษาความต้องการข้อมูล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผู้หญิงที่ได้รับการตัดสินใจเพื่อตรวจหามะเร็ง พบว่าหากผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยก็จะไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยก็จะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความวิตกกังวลได้

ซาฮาและคณะ (Shaha, Cox, Talman, & Kelly, 2008) ที่ได้มีการทบทวนวรรณกรรมประสบการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในส่วนที่เกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลรักษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จากการที่มีข้อจำกัดของข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเป็นมะเร็ง

โหลย และคณะ (Liao et al., 2008) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ในระยะก่อนการวินิจฉัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดสินใจเพื่อตรวจหามะเร็ง ซึ่งเป็นผู้ป่วยในระยะรอฟังผลการตรวจวินิจฉัย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง เนื่องจากยังไม่ทราบผลการตรวจวินิจฉัยที่ชัดเจน ผลการตรวจขึ้นนี้อาจจะไม่ใช่อะไรร้าย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะนี้ จากการที่บุคคลขาดประสบการณ์ และยังไม่มีความรู้หรือความชัดเจนในเรื่องโรคที่ตนเองเป็น ทั้งเรื่องอาการเจ็บป่วย การรักษา และการใช้ชีวิตอยู่กับโรค มักเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และไม่สามารถวางแผนในอนาคตได้ (Graves, 2003; Mishel, 1999; O'Connor, Wicker, Germino, 1990; Taylor, 2001; Shaha & Cox, 2003)



## 2. ระยะเวลาการรักษา (treatment stage)

เป็นระยะที่ผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ต้องมีการตัดสินใจเลือกรับการรักษาด้วยวิธีการรักษาต่างๆร่วมกับความคิดเห็นของแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย สำหรับการรักษาที่นิยมและมีความเหมาะสมที่จะใช้วิธีใดนั้นปัจจุบัน ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้นในการตัดสินใจรับการรักษาร่วมกับความคิดเห็นของแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยว่าการรักษาแบบไหนที่มีความเหมาะสมกับสุขภาพความพร้อมของร่างกาย ระยะและตำแหน่งมะเร็งของผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพมาก เพิ่มอัตราการรอดชีวิต และคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดของผู้ป่วยเท่าที่จะเป็นไปได้ (สปสช, 2548; สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551; American Cancer Society, 2008-2010) ซึ่งผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะรักษานี้จะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น (Shaha, Cox, Talman, & Kelly, 2008) ซึ่งการรักษาที่สำคัญ คือการผ่าตัด รังสีรักษา ยาเคมีบำบัดและยาเสริม

### การรักษามะเร็ง

สำหรับการรักษาในปัจจุบันนั้น ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้นในการตัดสินใจรับการรักษาร่วมกับความคิดเห็นของแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยว่าการรักษาแบบไหนที่มีความเหมาะสมกับสุขภาพความพร้อมของร่างกาย ระยะและตำแหน่งมะเร็งของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งการรักษาที่นิยมและมีความเหมาะสมในปัจจุบันมีดังนี้ (American Cancer Society: Colorectal Cancer Facts & Figures, 2008-2010; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช), 2548)

#### 1) การผ่าตัด

เป็นการรักษาหลักของมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรคและต่อมน้ำเหลืองออกไป ในบางครั้งถ้าเป็นมะเร็งที่ลุกลามมาก หรือมะเร็งของลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่อยู่ติดกับทวารหนัก การผ่าตัดอาจมีความจำเป็นต้องทำทวารเทียมเอาปลายลำไส้ส่วนที่เหลืออยู่เปิดออกทางหน้าท้องเป็นทางให้อุจจาระออก

#### 2) รังสีรักษา

เป็นการรักษาร่วมกับการผ่าตัด อาจฉายรังสีก่อนหรือหลังการผ่าตัด โดยแพทย์จะประเมินจากลักษณะการลุกลามของก้อนมะเร็งและโอกาสการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง โดยทั่วไปการฉายรังสีรักษามักใช้ระยะเวลาประมาณ 5-6 สัปดาห์ โดยฉายวันละ 1 ครั้ง ฉายติดต่อกัน 5 วันใน 1 สัปดาห์

### 3) เคมีบำบัด

เป็นการรักษาที่อาจให้ก่อนการผ่าตัด และหรือหลังผ่าตัด ร่วมกับรังสีรักษาหรือไม่ก็ได้ การใช้ยาเคมีบำบัดไม่จำเป็นต้องให้ในผู้ป่วยทุกราย โดยแพทย์จะพิจารณาเป็นรายๆ ไป ปัจจุบันพบว่าการใช้ยาเคมีบำบัดจะได้ผลดีขึ้นกับพันธุกรรมของผู้ป่วย โดยสามารถตรวจได้ล่วงหน้าว่าผู้ป่วยรายนั้นจะได้ผลตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดหรือไม่

### 4) การรักษาแบบชีวบำบัด

การรักษาโดยใช้ยา cetuximab ซึ่งเป็นสารต้านมะเร็งในรูปแบบชีวบำบัด จัดเป็นแนวทางการรักษาใหม่ล่าสุดที่เรียกว่า targeted therapy หมายถึงการรักษาตามเป้าหมายอย่างเฉพาะเจาะจง โดยตัวยานอกฤทธิ์ต้านตัวรับสัญญาณเซลล์มะเร็ง Epidermal growth factor receptor (EGFR) โดยเฉพาะ จะมีผลทำให้ลดการขยายตัวของเซลล์มะเร็ง

สำหรับรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระยะรักษาในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งดังนี้

จุพาลักษณ์ กวีวิวิชัย (2536) รายงานการศึกษาคความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งในระยะรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลการศึกษาสนับสนุนระยะของการรักษาซึ่งมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้

สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2536) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ของระยะรักษาที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง จากผลการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = -.41$ ) ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = -.47$ ) ความรุนแรงของอาการข้างเคียง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = .35$ ) และความคุ้นเคยในเหตุการณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = -.34$ ) และจากตัวแปรทั้ง 4 สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 50

อภิรชา ลำดับวงศ์ (Lumdupwong, 2001) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของข้อมูลที่ได้รับ และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการศึกษาในระยะรักษาด้วยการผ่าตัด การศึกษาแสดงถึงความสัมพันธ์ของระยะของการรักษาที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์กันของลักษณะของข้อมูลของผู้ป่วยได้รับก่อน และหลังผ่าตัดกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = .69$ )

ซาฮาและคณะ (Shaha, Cox, Talman, & Kelly, 2008) ได้มีการทบทวนวรรณกรรม ประสพการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในส่วนที่ เกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลรักษา พบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระยะรักษามี ผลกระทบต่อผู้ป่วย การดำเนินของโรคที่ยาวนาน มีผลต่อการจัดการกับชีวิตในทุก ๆ วัน ผลกระทบจาก การรักษามะเร็งซึ่งคุกคามชีวิตของผู้ป่วย

คริสตแมน (Christman, 1990) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่าง ๆ ในระยะรักษาด้วย รังสีรักษาพบความสัมพันธ์ของระยะรักษากับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่าความรุนแรง ของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = .34$ )

กอลโลเวและเกรย์ดอน (Galloway & Graydon, 1996) ศึกษาความสัมพันธ์ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อาการทุกข์ทรมาน และความต้องการข้อมูลจำหน่ายกลับบ้านใน ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังทำผ่าตัด โดยตัดลำไส้ออกบางส่วน ผลการศึกษาแสดงถึงความสัมพันธ์ของ ระยะของการรักษาที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ ออกบางส่วน ซึ่งพบว่า การรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยเฉพาะบุคคลมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความต้องการข้อมูลจำหน่ายกลับบ้าน ( $r = 0.33$ )

คิม และคณะ (Kim, Lee & Lee, 2011) ได้ศึกษาอิทธิพลของวิถีการรักษาโรค (treatment trajectory) ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยใช้แนวคิดของมิเชล พบว่า วิถีการรักษาโรคสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยเฉพาะในระยะรับ การรักษา (treatment phase) จะมีอิทธิพลมากที่สุด โดยผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ในรายละเอียดของปัจจัย ดังกล่าว พบว่าชนิดและจำนวนของอาการที่ผู้ป่วยประสบในระหว่างการรักษา ความไม่สุขสบายและ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมะเร็ง

### 3. ระยะสิ้นสุดการรักษา หรือ ระยะรอดชีวิต (survival stage)

ผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับการรักษาแล้ว โดยเฉพาะการ ผ่าตัด การติดตามภายหลังการรักษาเป็นสิ่งจำเป็นเพราะผู้ป่วยมีโอกาสการเกิดอาการแทรกซ้อนได้ เช่น ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้องชนิดถาวรหรือ ทวารเทียมชนิดถาวร (permanent colostomy) ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทวารเทียมนี้ติดตัวไปตลอดชีวิต และถึงแม้ว่าการทำผ่าตัดด้วยวิธีนี้จะมี ผลดีต่อผู้ป่วยในด้านของการรักษา เพื่อให้ปลอดภัยจากโรค เพิ่มการรอดชีวิต แต่ผลกระทบที่ตามมา จากการผ่าตัดชนิดนี้ (permanent colostomy) มีมาก ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วย (Hortense & Graca, 2008; Tseng, Wang, Hsu & Weng, 2004) โดยเฉพาะกับผู้ป่วย จะมีผลกระทบโดยตรงทั้งทางด้าน

ร่างกายจิตใจ อารมณ์สังคม และเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Tseng et al., 2004) ซึ่งกอลโลเวย์และเกรย์ดอน (Galloway & Graydon, 1996) ศึกษาความสัมพันธ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อาการทุกข์ทรมาน และความต้องการข้อมูลจำหน่ายกลับบ้านในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดโดยตัดลำไส้ออกบางส่วน จากการศึกษาหากผู้ป่วยได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย จะช่วยลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงได้ และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปบ้านได้ง่ายขึ้น ซึ่งในส่วนของกรฟื้นฟูสภาพร่างกาย หลังจากได้รับการรักษามะเร็ง จะมีความซับซ้อนและความหลากหลายมากกว่าที่คาดการณ์ไว้ในช่วงแรก มีภาวะเสี่ยงหรือความเปราะบางต่อการได้รับอันตราย และความพร้อมในการจัดการตนเองที่จะพบได้ในบุคคล การสูญเสียและไม่สามารถคาดการณ์หรือทำนายเหตุการณ์ได้ของการกลับไปทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย การรับรู้ที่มีมากขึ้นถึงการสูญเสียการควบคุมและสิ่งที่เกิดขึ้นมากมายกับร่างกายตนเอง (Taylor, Richardson & Cowley, 2010)

#### การติดตามผลการรักษา

ภายหลังรักษาครบตามกระบวนการแล้ว แพทย์จะนัดตรวจผู้ป่วยสม่ำเสมอ โดยในปีแรก อาจนัดตรวจทุก 1-2 เดือน ภายหลังรักษาครบ 2-3 ปีไปแล้วอาจนัดตรวจทุก 2-3 เดือน ภายหลัง 3-5 ปี อาจนัดตรวจทุก 3-6 เดือน และถ้าเกิน 5 ปีไปแล้ว อาจนัดตรวจทุก 6-12 เดือน ในการนัดมาทุกครั้งจะมีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่วนการตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ เช่น การตรวจเลือด หรือเอกซเรย์จะทำตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เป็นราย ๆ ไป ซึ่งอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเกิน 5 ปี (5 year survival rate) จะสูงถึงร้อยละ 90 แต่ถ้ามะเร็งลามถึงต่อมน้ำเหลืองแล้ว อัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปี จะลดเหลือร้อยละ 68 หรือต่ำกว่านั้นและร้อยละ 11 ในรายที่มีการแพร่กระจายไปทั่ว ๆ ร่างกาย (อาคม, เสาวคนธ์, อนันต์ และธีรวุฒิ, 2552) และจาก Epidemiology and End Results (SEER) (NCCN. Colon Cancer, 2008) จากข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 119,363 คน มีอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี หลังจากการผ่าตัดในระยะที่ 1,2,3,4 เท่ากับ ร้อยละ 93.2, 72.2, 44.3, 8.1 ตามลำดับ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ บันลือ เถลยภิตติ และคณะ (2549) ได้ศึกษาเรื่อง มะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2542-2548 และอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า จากผู้ป่วยทั้งหมด 485 ราย มีอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี หลังจากการผ่าตัด ในระยะที่ 1,2,3,4 เท่ากับ ร้อยละ 92,62,42,10 ตามลำดับ

#### 4 ระยะสุดท้ายของโรคหรือ ระยะมะเร็งกลับเป็นซ้ำ (recurrence stage)

ผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่อยู่ในระยะมะเร็งกลับเป็นซ้ำ หมายถึงมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกายแล้ว เช่น ไปที่ตับหรือกระดูกเป็นระยะที่รุนแรงที่สุดของมะเร็ง รักษาไม่หาย ได้แค่บรรเทาอาการต่างๆ ให้ลดลงไม่ให้ทรมาน ซึ่งการรักษาในกลุ่มนี้คือการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหรือรักษาตามอาการ เช่นการรักษาด้วยรังสีรักษา

เพื่อควบคุมอาการปวดและอาการ อื่นจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการให้ยาเพื่อบรรเทาและควบคุมอาการปวดจากโรคมะเร็ง (สุดสาธา เลหาวินิจ, 2545)

ซึ่งการประเมินระยะของการรักษาที่มีต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประเมิน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลระยะของโรคตามการรักษาที่รวบรวมได้จากการทบทวนเวชระเบียน เพื่อกำหนดระยะของโรคตามการรักษา ผู้วิจัยบันทึกไว้ในแบบบันทึกตามรหัสของตัวอย่างผู้ป่วยตรงกับที่จัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์ ซึ่งข้อมูลในส่วนของระยะของโรคตามการรักษาผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินจากข้อมูลการรักษา กล่าว คือ 1) ถ้ายังไม่ได้เริ่มการรักษา จะบันทึกเป็นระยะก่อนการรักษา 2) ถ้ากำลังอยู่ระหว่างการรักษาด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง หรือหลายวิธีการ คือ การผ่าตัด การรับเคมีบำบัด การฉายรังสี การรักษาด้วยฮอร์โมน จะบันทึกไว้เป็นระยะรักษา 3) ถ้าในประวัติพบว่าได้รับการรักษาล่าสุดแล้ว และไม่มีแผนการรักษาของแพทย์เกี่ยวกับการรักษาอีก จะบันทึกเป็นระยะสิ้นสุดการรักษา และ 4) ถ้าผู้ป่วยมีประวัติมาโรงพยาบาลด้วยอาการกลับเป็นซ้ำ หรือแพทย์วินิจฉัยว่าระยะที่ 4 หรือระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจะบันทึกเป็นระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งข้อมูลในส่วนของระยะของโรคตามการรักษาที่ได้ จะนำไปเป็นข้อมูลปัจจัยด้านระยะของโรคตามการรักษา เพื่อทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

### ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

การทบทวนความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จะครอบคลุม ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แนวคิดของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และ ผลกระทบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตามลำดับ

### ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากการที่บุคคลขาดประสบการณ์ และยังไม่มีความรู้หรือความชัดเจนในเรื่องโรคที่ตนเองเป็น ทั้งเรื่องอาการเจ็บป่วย การรักษา และการใช้ชีวิตอยู่กับ โรค (Graves, 2003; Mishel, 1999; O'Connor, Wicker, Germino, 1990; Taylor, 2001; Shaha & Cox, 2003) มี ผู้ที่ ให้ ความ หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยดังนี้

สมจิตร หนูเจริญกุล บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และทิพาพร วงษ์หงษ์กุล (2534) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า การที่บุคคลไม่สามารถกำหนดรูปแบบความหมายของความเจ็บป่วย ไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจในการแปลความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบ

มิเชล (Mishel, 1988) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถสรุปความหมายของความเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ ไม่สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนและไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้แน่นอน

### แนวคิดของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (uncertainty in illness) ตามแนวคิดของมิเชล (Mishel, 1988) หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถสรุปความหมายของเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยได้ ไม่สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษาได้แน่นอน มิเชลยังได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่ามี 3 ประการด้วยกัน ประการแรก คือ รูปแบบตัวกระตุ้น (stimuli frame) ประกอบด้วย รูปแบบของอาการ (symptom patterns) ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (event familiarity) และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง (event congruence) ประการที่สอง คือ ความสามารถในการคิดรู้หรือการใช้สติปัญญา (cognitive capacity) ช่วยให้บุคคลสามารถประเมินเหตุการณ์ที่ตนเองรับรู้และแปลความหมายได้ถูกต้อง และประการที่สาม คือ แหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย (structure provider) ประกอบด้วย การให้ความรู้ (education) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพที่เชื่อถือได้

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามแนวคิดของมิเชล (Mishel, 1988) ประกอบด้วย

1. กรอบเค้าโครงของสิ่งเร้า (stimuli frame) ได้แก่ การรับรู้ของส่วนประกอบและโครงสร้างของสิ่งเร้าหรือ โรคและการเจ็บป่วยที่ตนประสบอยู่ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ

- 1.1 แบบแผนของอาการเจ็บป่วย (symptom pattern) ได้แก่ ความชัดเจน ลำดับขั้นตอนของการเกิดอาการ และความสม่ำเสมอของการเกิดอาการ แบบแผนของอาการที่ไม่ชัดเจนจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

1.2 ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (event familiarity) ได้แก่ ความเคยชินกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ จนสามารถนำไปเชื่อมโยงกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์ใหม่ได้ หากบุคคลไม่มีความคุ้นเคยกับความเจ็บป่วยและไม่เคยประสบกับอาการที่เกิดขึ้นมาก่อนจะทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ (event congruence) ได้แก่ ความสอดคล้องหรือเป็นไปในทำนองเดียวกันของเหตุการณ์หรืออาการเจ็บป่วยที่เคยเกิดขึ้นในอดีตหรือที่กำลังเกิดขึ้นกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จะช่วยบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

2. ความสามารถเชิงสติปัญญา (cognitive capacity) คือ ความสามารถของบุคคลในการประเมินสถานการณ์ สามารถแปลผลเหตุการณ์หรืออาการเจ็บป่วย และสามารถตัดสินใจโดยอาศัยกรอบโครงสร้างของเหตุการณ์หรือความเจ็บป่วยได้

3. โครงสร้างของผู้ให้การสนับสนุน (structure of provider) ซึ่งจะมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ มีองค์ประกอบดังนี้

3.1 การศึกษา (education) จะช่วยให้บุคคลมีความชัดเจนในข้อมูล ความรู้ สามารถแปลความหมายของสิ่งเร้า สร้างความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ได้

3.2 การสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งจะช่วยทำให้บุคคลมีความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงได้จากการสนับสนุนด้านข้อมูล การช่วยเหลือดูแล การเอื้อแหล่งประโยชน์ และการสนับสนุนกำลังใจ

3.3 บุคลากรสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือ (credible authority) การที่บุคคลมีความเชื่อถือและศรัทธาต่อบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลและให้ข้อมูล จะช่วยลดความรู้สึกความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

มิเชล (Mishel, 1988) ยังแบ่งลักษณะของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแบ่งเป็น 4 ลักษณะด้วยกัน คือ

1. คลุมเครือของความเจ็บป่วย (ambiguity) เป็นความรู้สึกถึงความไม่ชัดเจนของอาการและความเจ็บป่วย ว่าเกิดจากสาเหตุใด และผลการรักษาจะเป็นอย่างไร

2. ความซับซ้อนของการรักษาและของระบบการดูแล (complexity) เป็นความรู้สึกถึงความยุ่งยากซับซ้อนของวิธีการรักษา ทั้งขั้นตอน อุปกรณ์ที่ใช้ ตลอดจนวิธีการเข้ารับบริการ

3. การได้รับข้อมูลที่ไม่คงเส้นคงวาหรือเปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ (inconsistency of the information) เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าข้อมูลที่ได้รับไม่เพียงพอ มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ หรือข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรการแพทย์ไม่ตรงกัน

4. การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ (unpredictability) ความรู้สึกถึงความไม่สามารถทำนายได้ของแนวทางการรักษาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลไม่สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์กับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

### การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

มิเชล (Mishel, 1988) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) และมีการสร้างแบบประเมินแบบวัดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel Uncertainty In Illness Scale [MUIS]) ซึ่งแบบสอบถามเป็นข้อคำถาม 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) 2) ความซับซ้อนที่เกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (complexity) 3) การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ (inconsistency of the information) และ 4) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการเจ็บป่วยได้ (unpredictability)

อภิญา พจนารต (2555) ได้นำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel uncertainty in illness Scale: MUIS) (Mishel, 1997) มาแปลเป็นภาษาไทย ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้านคือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจำนวน 13 ข้อ 2) ความซับซ้อนที่เกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแลจำนวน 7 ข้อ 3) การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับจำนวน 7 ข้อ 4) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการเจ็บป่วยได้จำนวน 5 ข้อ และ 5) ข้อคำถามเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สุขภาพจำนวน 1 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายในด้านบวกจำนวน 21 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านลบจำนวน 12 ข้อ (6, 7, 10, 12, 21, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 33) ในแต่ละข้อเป็นมาตรวัดแบบลิเคิต (Likert scale) 5 ตัวเลือกดังนี้

ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
	คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5



การแปลผลใช้คะแนนรวมทั้ง 33 ข้อ มีคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 33-165 คะแนน โดยข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจะถูกกลับคะแนนก่อนการรวมคะแนน ซึ่งการแปลผลคะแนนสูงแสดงถึง ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง คะแนนรวมต่ำแสดงถึง ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel uncertainty in illness Scale: MUIS) (Mishel, 1997) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดยอภิญา พจนารถ (2555) ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ทั้งด้านความตรงและความเชื่อมั่น ดังนี้

#### **การตรวจสอบความตรง (validity)**

มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาด้วยการแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ (English back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาไทย-อังกฤษ จำนวน 3 ท่านแล้ว

#### **การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)**

มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

#### **ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก**

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคเรื้อรังที่สร้างความทุกข์ทรมานต่อผู้ที่เป็นอย่างมาก ทั้งจากผลการรักษาโดยวิธีต่างๆ และความยาวนานของการดำเนินของโรค จึงทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็ง เกิดความรู้สึกคลุมเครือ ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเอง การได้รู้ถึงปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ อย่างการสนับสนุนทางสังคม และระยะของโรคตามการรักษา ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อผู้ป่วย เพื่อที่จะนำไปสู่การ ศึกษาวิธีการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะต่าง ๆ ของการรักษาต่อไป

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้ความหมายของความเจ็บป่วยว่าเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Ramfeltetal, 2002) จากการที่บุคคลขาดประสบการณ์ และยังไม่มีความรู้หรือความชัดเจนในเรื่องโรคที่ตนเองเป็น ทั้งเรื่องอาการเจ็บป่วย การรักษา และการใช้ชีวิตอยู่กับโรค มักเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และไม่สามารถวางแผนในอนาคตได้ (Mishel, 1999; O'Connor, Wicker, Germino, 1990; Taylor, 2001) โดยผลกระทบเกิดขึ้นได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพราะการเจ็บป่วยทำให้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงทุกวัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตความรู้สึก

ไม่แน่นอนต่อการรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ยาวนาน ผลจากอาการข้างเคียง การให้ความหมายของชีวิต คือความสิ้นหวัง (Graves, 2003)

จากการศึกษาของซาฮาและค็อกซ์ (Shaha & Cox, 2003) ซึ่งศึกษาปรากฏการณ์จาก ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 7 คน ในช่วงเวลา 13 เดือน ผลการศึกษาที่ได้พบว่า ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดจากการได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทศนคติของผู้ป่วยสิ่งที่จะเกิดขึ้นในชีวิตเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง มี 3 สิ่ง คือ ความรู้สึกไม่แน่นอน ความไม่ยั่งยืน และ พลังอำนาจในการควบคุมตนเองลดลง การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง เป็นความรู้สึกไม่แน่นอนเพราะว่า มะเร็งเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาคือความโกรธ ความกลัวสุดขีด และความวิตกกังวล หมดสิ้นพลังอำนาจที่จะตัดสินใจทำอะไร หรือแม้แต่การตัดสินใจรับการรักษา

#### ผลกระทบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Shaha & Cox, 2003) ผลกระทบที่ตามมา คือ ภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถสรุปความหมายของเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยได้ ไม่สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษาได้แน่นอน (Mishel, 1988 ; Shaha & Cox, 2003) จากการที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วย ความกลัว ความวิตกกังวล ไร้พลังอำนาจในการที่จะตัดสินใจ ที่สำคัญคือการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโดยทีมแพทย์ที่ดูแล ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ความรุนแรงของโรคได้ ความรู้สึกที่ตามมา มะเร็งคุกคามชีวิต ความรู้สึกไม่แน่นอน ความไม่ยั่งยืน และสิ้นสุดการควบคุมตนเอง เหตุผลที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในช่วงเวลานี้เพราะจากผลกระทบของโรคที่มีผลต่อชีวิตในแต่ละวัน ความกลัว ความวิตกกังวล ตั้งแต่การตรวจคัดกรองวินิจฉัยโรค ภายหลังได้รับการวินิจฉัยโรค จนถึงขั้นตอนการรักษา ผู้ป่วยอยากกลับไปมีชีวิตตามปกติ ในช่วงก่อนหน้าที่จะป่วย สิ่ง que ผู้ป่วยพบพัฒนาเป็นกลวิธีในการเผชิญกับช่วงชีวิตที่ผ่านมา มีทั้งการหลีกเลี่ยง ปฏิเสธ การต่อสู้ การมีความหวังและคิดในทางบวก

### การสนับสนุนทางสังคม

การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ครอบคลุม ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม การประเมินการสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ตามลำดับดังต่อไปนี้

#### ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีผลในการบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและช่วยเหลือให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น (Liu et al., 2006) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง การสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยช่วยให้บุคคลนั้นไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยให้ค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์มากขึ้น มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

เฮาส์ (House, 1881 cited in Brown, 1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความไว้วางใจ ความรัก ความห่วงใย ความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน เวลา แรงงาน และข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบและประเมินตนเอง

ไวส์ (Weiss, 1974 cite in Brandt & Weinert, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่อยู่ในเครือข่ายสังคมเดียวกัน

คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับการดูแล ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง รวมถึงการมองว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม เขาได้รับความรัก ความสนใจ ได้รับการดูแล เอาใจใส่ มองเห็นคุณค่าและยกย่อง รวมถึงรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม

คาห์น (Kahn, 1979 cited in Lindsey, 1997) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี เกิดความรักใคร่ผูกพัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การยอมรับนับถือ ยอมรับพฤติกรรมของอีกบุคคลหนึ่ง

### แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม

ไวส์ (Weiss, 1974 cite in Brandt & Weinert, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือระดับประจักษ์จากสมาชิกในสังคม และแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ถึงความรัก ความผูกพันใกล้ชิด การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ถึงว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และ การมี โอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

### การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินแหล่งประ โยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของแบรนดท์ และไวเนิร์ต ซึ่งสร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของไวส์ (Weiss, 1974 cite in Brandt & Weinert, 1981) ซึ่งแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแหล่งประ โยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 เป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสังคมซึ่งเป็นทั้งผู้รับ และผู้ให้ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลจะได้รับมีทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ถึงความรัก ความผูกพันใกล้ชิด การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ถึงว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และ การมี โอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม

แบบประเมินแหล่งประ โยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของแบรนดท์และไวเนิร์ต โดยที่ไวเนิร์ต (Weinert, 1987) ได้หาความตรงตาม โครงสร้าง (Construct validity) โดยวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัด และหาความสัมพันธ์พบว่า องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน ประกอบด้วย ความผูกพันใกล้ชิด การแลกเปลี่ยน ประ โยชน์ซึ่งกันและกัน และการรับรู้ถึงว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสัมพันธ์กัน และสามารถแยกออกจากกันได้ แสดงถึงว่าแบบประเมินนี้เป็น โครงสร้างหลายมิติ (Multidimensionality) และมีการนำแบบประเมินนี้ไปหาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 132 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ได้แปลแบบประเมินนี้และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม 1 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน และนำแบบวัดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

พัชรา ตันธีรพัฒน์ (2552) ได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยจิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ซึ่งพัชรา ตันธีรพัฒน์ (2552) ได้มีการปรับปรุงด้านภาษาภายหลังจากนำไปใช้กับผู้ป่วยผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 10 ราย และภายหลังจากได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านแล้ว ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเอดส์ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.80 และนำไปใช้กับผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 210 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมฉบับที่มีการปรับปรุงภาษาโดยพัชรา ตันธีรพัฒน์ (2552) ซึ่งต้นฉบับเดิมแปลเป็นภาษาไทยโดยจิรภา หงษ์ตระกูล (2532) โดยพัชรา ตันธีรพัฒน์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์สถาบันบำราศนราดูรมีทั้งหมด 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ถึงความรักความผูกพันใกล้ชิด (5 ข้อ) 2) การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง (5 ข้อ) 3) การรับรู้ถึงว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (5 ข้อ) 4) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน (5 ข้อ) และ 5) การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ (5 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ เป็นจริงทั้งหมด เป็นจริงส่วนใหญ่ เป็นจริงเล็กน้อย และไม่จริงเลย โดยกำหนดให้คะแนนสำหรับข้อความเชิงบวกเป็น 4, 3, 2, และ 1 คะแนน และข้อความเชิงลบ เป็น 1, 2, 3, และ 4 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งในการตอบคำถาม แต่ละข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น แบบประเมินนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาในรายละเอียดของข้อคำถามแล้ว พบว่ามีความเหมาะสมที่นำมาใช้ในการวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของไวส์ (Weiss, 1974 cite in Brandt & Weinert, 1981) เหมือนกัน

### ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีรายงานการศึกษาไว้หลายฉบับ ดังนี้

โอ คอนเนอร์และคณะ (O'Connor, Wicker, & Germino, 1990) ได้รายงานผลศึกษาเกี่ยวกับการค้นหาความหมายในชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรายใหม่ โดยช่วยให้บุคคลนั้นไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยให้เห็นความหมายและเป้าหมายของชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์มากขึ้น

ลิวและคณะ (Liu et al., 2006) ศึกษาผลของการดูแลโดยการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่นอนโรงพยาบาลในไต้หวัน พบว่า ผู้หญิงที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

แซมมาโค (Sammarco, 2001) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้น

ชาฮาและคณะ (Shaha, Cox, Talman, & Kelly, 2008) ได้ทบทวนวรรณกรรม ประสพการณ์ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักในส่วนที่เกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลรักษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านลบลดลงได้

สตีเจนกาและวอร์ดสมิธ (Stegenga, & Ward-Smith, 2009) ศึกษาในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเป็นครั้งแรก โดยอธิบายถึงประสพการณ์ชีวิต การให้ความสำคัญจากการได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเป็นครั้งแรก พบว่า เมื่อผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยจะมีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยมะเร็ง และการรักษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจชัดเจนขึ้น โดยหากแหล่งประโยชน์เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ เพื่อนวัยรุ่นที่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเหมือนกัน จากสมาชิกในครอบครัว รวมถึงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จุพาลักษณ์ กวีวิรัชชัย (2536) รายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่

ได้รับขาคมีบำบัด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = -.37$ ) และสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 36

ตามแนวคิดของมิเชล (Mishel, 1988) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน กล่าวคือ เป็น แหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเพื่อให้มีความชัดเจน รู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์ และสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### กรอบแนวคิด

ในการศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้และทวารหนักครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือของความเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อนของการรักษาและของระบบการดูแล 3) การได้รับข้อมูลที่ไม่คงเส้นคงวาหรือเปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ และ 4) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วย ปัจจัยทำนายที่เลือกมาศึกษา มี 2 ปัจจัย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของไวส์ (Weiss, 1974) ประกอบด้วยการสนับสนุน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ถึงความรักความผูกพันใกล้ชิด 2) การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง 3) การรับรู้ถึงว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน และ 5) การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ และระยะของโรคตามการรักษา ประกอบด้วย ระยะก่อนการรักษา ระยะรักษา ระยะสิ้นสุดการรักษา และระยะมะเร็งกลับเป็นซ้ำ