

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2557  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG COLORECTAL CANCER PATIENTS  
WITH COLOSTOMY RECEIVING CHEMOTHERAPY

Miss Wimolrat Decha



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2014  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด
โดย	นางสาววิมลรัตน์ เดชะ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

วิมลรัตน์ เดชะ : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และได้รับเคมีบำบัด (PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG COLORECTAL CANCER PATIENTS WITH COLOSTOMY RECEIVING CHEMOTHERAPY) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ, 194 หน้า.

การวิจัยสหสัมพันธ์เชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของปัจจัย ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด อายุ 18-59 ปี ที่มารับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 110 คน โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .85, .97, .86 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=79.60, SD=9.59)
2. ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับสูง ( $r = -.629, p < .01$ ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ( $r = .316, p < .01$ ) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด
3. ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 40 ( $R^2 = .402$ ) โดยสร้างสมการทำนายในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_y = -.646 Z_{\text{ประสบการณ์การมีอาการ}} + .114 Z_{\text{ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด}} + .026 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}$$

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5577198236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE / COLORECTAL CANCER PATIENTS / COLOSTOMY / CHEMOTHERAPY

WIMOLRAT DECHA: PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG COLORECTAL CANCER PATIENTS WITH COLOSTOMY RECEIVING CHEMOTHERAPY. ADVISOR: ASST. PROF. RUNGRAWEE NAVICHARERN, Ph.D., 194 pp.

The purposes of this predictive correlational research were to study quality of life and to examine the predictability of predicting factors; symptoms experience, adherence to chemotherapy and social support to the quality of life among colorectal cancer patients with colostomy receiving chemotherapy. One hundred and ten colorectal cancer patients with colostomy receiving chemotherapy were recruited from the chemotherapy unit of the National cancer institute, Siriraj Hospital, King Chulalongkorn Memorial Hospital and Faculty of Medicine Vajira Hospital University of Bangkok Metropolis by a multi-stage sampling strategy. Research instruments were consisted of five parts: (1) The Patients' Demographic Data (2) The Quality of life index (3) The Memorial symptom assessment scale (4) The Adherence to chemotherapy and (5) The Social support assessment scale. Content validity was examined by five experts and reliability was tested by using Cronbach's alpha coefficient obtained at .85, .97, .86 and .93 respectively. Descriptive and multiple regression were used in statistical analysis.

The major findings were as follows

1. Colorectal cancer patients with colostomy receiving chemotherapy had high level of quality of life (Mean=79.60, SD=9.59)

2. Symptoms experience was significantly negative related to quality of life at the high level ( $r=-.629$ ,  $p<.01$ ) and Social support was significantly positive related to quality of life at moderate level ( $r=.316$ ,  $p<.01$ ). There was no relationship of adherence to chemotherapy on quality of life in colorectal cancer patients with colostomy receiving chemotherapy

3. The result of enter regression analysis showed that Symptoms experience, adherence to chemotherapy and social support increase the explained variance in quality of life and variables accounted for 40% of total variance in quality of life. ( $R^2=.402$ ,  $p<.05$ ).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2014

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณา ความช่วยเหลือ และกำลังใจอย่างยิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้กรุณาให้ คำปรึกษา แนะนำให้ข้อคิด และเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์มาโดย ตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็น อย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์ที่มีคุณค่า และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัย ด้วยความรักความ ห่วงใยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ สนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนในงานวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย รวมทั้งกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลประจำการ หน่วยเคมีบำบัดและหน่วยออสโตมี และ เจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลวชิรพยาบาล สถาบัน มะเร็งแห่งชาติและโรงพยาบาลศิริราช ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์และมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสนั่น – คุณแม่ดวงเดือน เดชะ บิดา- มารดา ของผู้วิจัย เป็นอย่างสูงที่เป็นแรงผลักดัน และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา ด้วยความมุ่งหวังให้ลูกประสบ ความสำเร็จในการศึกษา ตลอดจนพี่น้องในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือ รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และ ขอขอบคุณหัวหน้าแผนก เพื่อนร่วมงานทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือผู้วิจัยเป็น อย่างยิ่ง จนทำให้การจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	3
คำถามการวิจัย .....	3
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย .....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด .....	11
2. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับ เคมีบำบัด .....	29
3. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด .....	32
4. แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) .....	40
5. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมี บำบัด .....	44

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	59
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	64
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	66
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	69
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	76
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	80
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	81
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	98
สรุปผลการวิจัย.....	101
อภิปรายผลการวิจัย.....	103
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	109
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป .....	110
รายการอ้างอิง .....	111
ภาคผนวก.....	123
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	124
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย .....	126
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่าง.....	137
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และข้อความอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย.....	164
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (เพิ่มเติม) .....	174



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ ..... 194



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ที่มีหน่วยเคมีบำบัดและหน่วยออสโตมี .....	67
ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดวันเวลาในการเก็บข้อมูล .....	69
ตารางที่ 3 แสดงข้อคำถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ .....	77
ตารางที่ 4 แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม .....	79
ตารางที่ 5 แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม .....	80
ตารางที่ 6 แสดงวันที่ส่ง วันที่ได้รับ วันหมดอายุ และหมายเลขหนังสืออนุมัติให้ทำการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย .....	82
ตารางที่ 7 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและ ได้รับเคมีบำบัด จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิ การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะเวลาที่ มีทวารเทียม จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด .....	85
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสพการณ์การมีอาการ ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดในเขต กรุงเทพมหานครรายด้านและโดยรวม จำนวน 110 คน .....	88
ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิตที่พบในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวาร เทียมและได้รับเคมีบำบัด (n=110) .....	89
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมี บำบัดในเขตกรุงเทพมหานครรายด้านและโดยรวม จำนวน 110 คน .....	91
ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดในเขต กรุงเทพมหานครรายด้านและโดยรวม จำนวน 110 คน .....	92
ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดในเขตกรุงเทพมหานคร รายด้านและโดยรวม จำนวน 110 คน .....	93

ตารางที่ 13	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตตามระยะเวลาที่มีทวารเทียม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมี บำบัดในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 110 คน.....	94
ตารางที่ 14	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตตามลำดับครั้งการให้เคมีบำบัด ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมี บำบัดในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 110 คน.....	94
ตารางที่ 15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิต ความร่วมมือใน การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จำนวน 110 คนใน รูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์ (inter correlation matrix).....	95
ตารางที่ 16	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จำนวน 110 คน .....	96
ตารางที่ 17	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด (n = 110) จำแนกตาม รายข้อ .....	185
ตารางที่ 18	แสดงจำนวน ร้อยละของประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด (n=110) .....	187
ตารางที่ 19	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมี บำบัด (n = 110) จำแนกตามรายข้อ.....	189
ตารางที่ 20	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด (n = 110) จำแนกตามรายข้อ .....	191

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แสดงไดอะแกรมแสดงแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอากาศ Dodd et al. (2001)..	41
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	65



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลกปี 2012 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มากถึง 14 ล้านคนและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 8.2 ล้านคน สำหรับประเทศไทย มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติรายงานสาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็งช่วงปี พ.ศ. 2551-2554 พบอัตราการตายคิดเป็นร้อยละ 87.6, 88.34, 91.2 และ 95.2 ต่อประชากร 100,00 คน ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักถือเป็นโรคที่พบบ่อยในโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหารจากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ฉบับที่ 27 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติซึ่งแสดงข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มาใช้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2554 ถึง 31 ธันวาคม 2554พบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคมะเร็งอันดับที่ 1 ของโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับในเพศชายและในเพศหญิงพบเป็นโรคมะเร็งอันดับที่ 3 ทั้งนี้เนื่องจากคนไทยมีการรับประทานอาหารเป็นแบบตะวันตกมากขึ้นส่งผลให้อัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปีอย่างรวดเร็ว (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554)

การผ่าตัดถือถือว่าเป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยจะมีทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy) เพื่อเป็นทางระบายของอุจจาระแทนทางทวารหนัก (เปรมฤดี บุญภัทรานนท์, 2550) แม้ว่าการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องจะเป็นการรักษามะเร็งที่มีประสิทธิภาพดี แต่การผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะอย่างถาวรแบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไป และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อผู้ป่วยได้ทำการผ่าตัดและได้มองเห็นลำไส้บนหน้าท้องของตนเอง ต้องมีช่องเปิดลำไส้ที่มีลักษณะเหมือนแผลเปิดตลอดเวลา ผู้อื่นสามารถมองเห็นการขับถ่ายได้ มีการขับถ่ายอุจจาระที่ไม่เป็นเวลา เพราะขาดกล้ามเนื้อหูรูดในการควบคุมการขับถ่าย เกิดลมและกลิ่น ทำให้ผู้ป่วยกลัว เกิดความกังวลว่าจะมีบุคคลรอบข้าง รังเกียจ ซึมเศร้า เกิดความเครียด บางรายแสดงอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ท้อแท้ หดหวัง เบื่อหน่าย และไม่ยอมมีชีวิตอยู่ในบางครั้งอุจจาระรั่วซึมออกมานอกถุงรองรับอุจจาระ ทำให้ผิวหนังรอบๆลำไส้เกิดการระคายเคือง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความมั่นใจในการเลือกรับประทานอาหาร เพราะกลัวว่าจะทำให้เกิดก๊าซ เกิดกลิ่น และอาจทำให้เกิดอาการท้องผูก ท้องเสียได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็น

สิ่งรบกวนความรู้สึกผู้ป่วย มีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การทำงาน การดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (จุฬาพร ประสงค์, 2557)

ภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากการได้รับเคมีบำบัด นั้นเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาเพื่อเพิ่มโอกาสหายขาดให้สูงขึ้นกว่าการรักษาเฉพาะที่เพียงอย่างเดียว โดยเฉลี่ยแล้วใช้เวลาประมาณ 6 เดือน (สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิล, ประไพ อริยประยูร และ แมนมณา จิระจรัส, 2555) ยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่ค่อนข้างรุนแรง จากการศึกษาของ Tournigand et al. (2004) พบว่าอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้แก่ อาการชา รู้สึกเจ็บแปลบตามปลายมือ ปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ยังเกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ทำให้เลือดแข็งตัวช้าทำให้เลือดออกได้ง่ายหรือมีจุดเลือดออกตามร่างกาย มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อหูทางเดินอาหารอักเสบ ท้องเสีย ผมหงอกขนร่วง เป็นต้น จะเห็นได้ว่าตลอดการรักษา ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยเคมีบำบัดและหากได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ย่อมทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในขณะที่เจ็บป่วยจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (พัสมณฑิ์ คุ่มทวีพร, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดโดย Simmonds (2000) พบว่าผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงที่ค่อนข้างรุนแรงจากยาเคมีบำบัดซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมโดย Dabirian, Yaghmaei, Rassouli, and Tafreshi (2011) พบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Salomé, de Almeida, and Silveira (2014) ที่พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับต่ำเช่นเดียวกันและเมื่อพิจารณารายด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ด้านจิตใจและด้านร่างกาย ยังอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน (Sun et al., 2012 )

ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุด (พัสมณฑิ์ คุ่มทวีพร, 2553; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีความสำคัญในการบ่งบอกผลลัพธ์ของภาวะสุขภาพ สภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ในสังคมที่ดี เป็นดัชนีบ่งชี้คุณภาพการดูแลที่ได้รับจากพยาบาล (Padilla & Grant, 1985) โดยคุณค่าของการพยาบาลมิใช่อยู่ที่การช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่อยู่ที่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ หรือมีความพึงพอใจในชีวิตแม้ในขณะที่เจ็บป่วย นอกจากนี้ข้อมูลคุณภาพชีวิตยังมีความสำคัญที่ช่วยในการประเมินความคุ้มค่าของการรักษา เป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา หากผู้ป่วยมี

คุณภาพชีวิตไม่ดีพบว่ามีอัตราการรอดชีวิตลดลง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น นอกจากนี้จะเป็นปัญหาต่อตัวผู้ป่วยเองแล้วยังส่งผลไปสู่ครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มียานวิจัยศึกษาถึงปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด พยาบาลในฐานะบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติมากกว่าบุคลากรอื่นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีลักษณะเฉพาะและมีความแตกต่างจากผู้ป่วยอื่น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาทั้งเคมีบำบัดและมีทวารเทียมทางหน้าท้องร่วมด้วยซึ่งก่อให้เกิดอาการที่ไม่สุขสบายรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ต่างๆที่กล่าวมาข้างต้นยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ชัดเจน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลได้เข้าใจ และตระหนักถึงปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดและทวารเทียมและนำผลวิจัยมาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จากประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม

### คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดเป็นอย่างไร
2. ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดหรือไม่อย่างไร

3. ประสบการณ์การมีอากาศ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดหรือไม่อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ซึ่งเป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยและการปฏิบัติการพยาบาล แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ ประสบการณ์การมีอากาศ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ และมีองค์ประกอบด้านอื่นๆ ได้แก่ ด้านบุคคล เช่น ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย โดยในการศึกษานี้มุ่งเน้นที่ประสบการณ์การมีอากาศและผลลัพธ์ของอากาศคือคุณภาพชีวิต โดยประสบการณ์การมีอากาศเป็นประสบการณ์ที่ไม่หยุดนิ่งและต้องผ่านการคิดรู้ ซึ่งจะนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต บุคคลที่รับรู้ถึงความถี่ ความรุนแรงของโรคและความรุนแรงของอาการมากก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านบุคคลคือความร่วมมือในการรักษาเมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาจะช่วยให้สามารถควบคุมความรุนแรงของอาการและควบคุมความรุนแรงของโรคได้ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม โดยเครือข่ายทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของอาการนั้นคือคุณภาพชีวิต

เมื่อพิจารณาตัวแปรทั้งหมดในการศึกษานี้ผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดตามกรอบแนวคิด และเป็นตัวแปรที่มีหลักฐานงานวิจัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมถึงเป็นตัวแปรที่พยาบาลมีบทบาทในการจัดการกับตัวแปรเหล่านั้นได้แก่ ประสบการณ์การมีอากาศ ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม

**ประสบการณ์การมีอากาศ** Dodd et al. (2001) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอากาศครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ เป็นประสบการณ์ที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นกระบวนการที่ต้องผ่านการคิดรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการจึงเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ ซึ่งจะนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการ



ต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีการรับรู้อาการเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังที่ Armstrong, Cohen, Eriksen, and Hickey (2004) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์กับอาการได้แก่ อาการอ่อนล้า อาการปวด อาการซึมเศร้า และภาวะหมดประจำเดือน ด้วยการรับรู้ถึงความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Dodd, Cho et al. (2010) และ Kim & Kim (2011) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้จำนวนอาการยิ่งเพิ่มขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยิ่งลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Abu-Saad Huijer and Abboud (2012) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยรู้ว่าจำนวนอาการยิ่งเพิ่มขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยิ่งลดลง ( $r=-0.553$ ;  $p<0.01$ ) ดังนั้นประสบการณ์การมีอาการจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

**ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด** คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากปัจจัยความร่วมมือในการรักษาซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาจากตัวผู้ป่วย โดยมีทีมบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลให้ความช่วยเหลือ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นความร่วมมือและตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและทีมสุขภาพที่ต้องการเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา ต้องการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ซึ่งประกอบด้วย การมาตรวจตามแพทย์นัด การรับประทานยาตามคำแนะนำ การสังเกตอาการขณะได้รับยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการข้างเคียงและการป้องกันการติดเชื้อ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษานั้นจะทำให้มีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น โรคมะเร็งแพร่กระจายมากขึ้น มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและไม่สามารถควบคุมโรคได้ซึ่งสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตดังเช่น DiBonaventura, Copher, Basurto, Faria, and Lorenzo (2014) ศึกษาพบว่าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ ) และ Sundaresan et al. (2015) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาและยาต้านฮอร์โมน พบว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือตลอดการรักษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

**การสนับสนุนทางสังคม** การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ คู่ชีวิตบุตร เพื่อนญาติ แพทย์และพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับความช่วยเหลือนั้นครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือแรงงานและการประเมินตัดสินใจ ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น จากการเจ็บป่วยทางกายและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ วนิดา รัตนานนท์ (2545) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 9.3 ( $R^2 = .093$ ) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Henoch, Bergman, Gustafsson, Gaston-Johansson,

and Danielson (2007) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยถ้า การสนับสนุนทางสังคมดีผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ( $r=0.41$ ,  $p<0.05$ ) ดังนั้นการ สนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต จากแนวเหตุผลดังกล่าวสามารถ กำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

2. ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทาง สังคมร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับ เคมีบำบัด

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) นี้มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดโดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ที่ เข้ารับการรักษาในหน่วยเคมีบำบัดของโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมี บำบัด การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิต

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ถึงความ ผาสุก ความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และสังคม ประเมินโดยใช้แบบ ประเมินคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดของ Padilla & Grant (1985) ซึ่งแปลโดยสมจิต หนูเจริญกุล (1988) ครอบคลุม 6 ด้าน คือ

- 1) ความผาสุกด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ถึงความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวัน ความสามารถประกอบอาชีพได้ และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้
- 2) ความผาสุกด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ถึงความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต
- 3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ถึงสภาพร่างกายของตนเอง และสามารถปรับตัวกับ การมีทวารเทียมและสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้
- 4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด รับรู้ถึงปฏิกิริยาจากบุคคลในสังคมที่มีต่อตนเอง ความ กลัวการปฏิเสธจากสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และความต้องการความเป็นส่วนตัว
- 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมถึงอาการปวด ความรุนแรงของการเจ็บปวด ความสามารถในการ มีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง
- 6) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ หมายถึง การรับรู้ของ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดถึงความรู้สึกลอยากรับประทาน อาหาร ความเพียงพอในการรับประทานอาหาร หลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

**ประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับ เคมีบำบัด** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยประเมินว่ามีความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการและอาการที่ทำให้ รู้สึกทุกข์ทรมานที่รบกวนการดำเนินชีวิต ประเมินโดยแบบวัดอาการการรับรู้อาการ Memorial Symptom Assessment Scale ของ Portenoy et al. (1994)

**ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี ทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด** หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ตามคำแนะนำจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ในเรื่องการมาตรวจตามนัด การเลือกรับประทานอาหาร การสังเกตอาการขณะได้รับยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและการป้องกันการติดเชื้อ สำหรับการประเมินความร่วมมือในการรักษาจะประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรม

**การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด** หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ คู่ชีวิตบุตร เพื่อนญาติ แพทย์และพยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือแรงงาน และการประเมินตัดสินใจ ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การประเมินตัดสินใจประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดยกฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ตามแนวคิดของ House (1985) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษา การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ได้รับความแนะนำ แนวทางในการดูแลสุขภาพ จากบุคคลใกล้ชิดเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

3) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับ สิ่งของเครื่องใช้ เงินทอง เวลา แรงงาน จากบุคคลใกล้ชิด

4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ได้รับการยอมรับ และเห็นด้วยในการกระทำที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด และผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

2. สามารถนำความรู้ที่ได้จากงานวิจัยไปสนับสนุนองค์ความรู้ทางการแพทย์ในการบริการทางพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

4. มุ่งองค์ความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด และเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำเสนอสาระเป็นลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด
  - 1.1 อุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่
  - 1.2 กายวิภาคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
  - 1.3 สรีรวิทยาของลำไส้ใหญ่
  - 1.4 พยาธิวิทยา
  - 1.5 ลักษณะอาการและอาการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
  - 1.6 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
  - 1.7 การประเมินระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
  - 1.8 การจัดระดับความรุนแรงของมะเร็งลำไส้ใหญ่
  - 1.9 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
  - 1.10 แนวปฏิบัติการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
  - 1.11 ผลกระทบที่เกิดจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด
  3. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด
    - 3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
    - 3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
    - 3.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
  4. แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)
  5. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด
    - 5.1 ประสบการณ์การมีอาการ
    - 5.2 ความร่วมมือในการรักษา
    - 5.3 การสนับสนุนทางสังคม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

### 1.1 อุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักถือเป็นโรคที่พบบ่อยในโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหารจากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลฉบับที่ 27 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติซึ่งแสดงข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มาใช้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2554 ถึง 31 ธันวาคม 2554 พบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคมะเร็งอันดับที่ 1 ของโรคมะเร็งที่พบบ่อย ในเพศชายและในเพศหญิงพบเป็นโรคมะเร็งอันดับที่ 3 ทั้งนี้เนื่องจากคนไทยมีการรับประทานอาหารเป็นแบบตะวันตกมากขึ้นส่งผลให้อัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปีอย่างรวดเร็ว (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554)

### 1.2 กายวิภาคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แบ่งออกเป็นส่วนต่างๆดังนี้ (สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2553)

ลำไส้ใหญ่ซีกขวาอันได้แก่ cecum, ascending colon และ transverse colon เป็นส่วน midgut ซึ่งเลี้ยงด้วย superior mesenteric artery (SMA) อันมีแขนงคือ ileocolic, right colic และ middle colic artery cecum เป็นส่วนที่กว้างที่สุดของลำไส้ใหญ่ มีเส้นผ่านศูนย์กลางเฉลี่ย 7.5 ซม. และมีไส้ติ่งยื่นออกจากปลายล่างสุด

ลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายอันได้แก่ descending colon, sigmoid colon และ rectum เป็นส่วนของ hind gut ซึ่งเลี้ยงด้วย inferior mesenteric artery (IMA) มีแขนงคือ left colic artery, sigmoidal artery, rectosigmoidal artery และ superior rectal artery เส้นเลือดแดงของลำไส้ใหญ่เหล่านี้จะเชื่อมต่อกันด้วยกลุ่มเส้นเลือดแดงที่เรียงตัวโค้งไปตาม mesenteric artery of Drummond จาก arcades นี้จะมีแขนงตรงเข้าสู่ผนังลำไส้เรียก vasa recta ซึ่งจะมีแขนงย่อยต่อไปเลี้ยงผนังลำไส้ใหญ่ทั้งจากด้านหน้าและด้านหลัง บริเวณ splenic flexure เป็นตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการขาดเลือดสูงที่สุด เนื่องจากเป็นตำแหน่งปลาย arcades ของ middle colic artery และ left colic artery มาบรรจบกันและ marginal artery บริเวณนี้อาจมีขนาดเล็กและไม่มี vasa rectal เป็นช่วงสั้นๆ 1.2-2.8 ซม.

ทวารหนัก (rectum) มีความยาวทั้งสิ้น 12-15 ซม. บริเวณนี้เป็นโป่งกระเปาะเพื่อเก็บอาหาร มี peritoneum คลุมด้านหน้าและด้านข้างที่ upper 1/3 ของ rectum และที่ middle 1/3 ของ rectum มี peritoneum คลุมทางด้านหน้า ส่วน lower 1/3 ไม่มี peritoneum คลุมเลย ด้านในจะมีรอยหักพับของผนังเป็นลิ้นหนาอยู่ที่ 3 ระดับ เรียก Valve of Houston อันบนสุดและล่างสุดจะโค้งอยู่ด้านขวาและอันกลางจะโค้งด้านซ้าย

### 1.3 สรีรวิทยาของลำไส้ใหญ่

ลำไส้ใหญ่ซีกขวามีการบีบตัวในอัตรา 1 ชม. ต่อชั่วโมง และมีการบีบตัวแบบ retroulsive เป็นตำแหน่งที่มีการย่อยคาร์โบไฮเดรตและโปรตีนที่เหลือมาจากลำไส้เล็ก โดยแบคทีเรีย aerobics และ anaerobics และเป็นตำแหน่งที่มีการควบคุมปริมาณน้ำ โดยดูดกลับโซเดียมและน้ำของผนังลำไส้ใหญ่

ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย เป็นตำแหน่งสุดท้ายที่จะปรับลักษณะก่อนที่จะขับออกสู่ภายนอก ร่างกาย ลำไส้ส่วนนี้อาจมีบทบาทในการกักเก็บอุจจาระ และช่วยในการกักเก็บอุจจาระ แบคทีเรียในลำไส้มีมากกว่า 400 ชนิดซึ่งมีหน้าที่ย่อยสลายกากอาหารที่เหลือ เพื่อสร้างกรดไขมันสายสั้น (short chain fatty acid) และสร้างวิตามินเค ซึ่งสามารถดูดซึมได้ที่ลำไส้ส่วนนี้ นอกจากนั้นแบคทีเรียยังมีหน้าที่ในการควบคุมการแบ่งตัวและการเจริญเติบโตของเซลล์เยื่อ รวบรวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันของลำไส้ใหญ่ การมีแบคทีเรียจำเพาะอาศัยอยู่จะช่วยป้องกันแบคทีเรียก่อโรคไม่ให้เติบโตได้

โดยสรุปแล้วหน้าที่ของลำไส้ใหญ่มีดังนี้คือมีหน้าที่ย่อยสารอาหารโดยอาศัยจุลชีพที่อยู่ในลำไส้, ดูดซึมน้ำและเกลือแร่, หลังสารน้ำซึ่งมีเกลือแร่และเมือก, เก็บสะสมกากอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลวและขับเคลื่อนอุจจาระไปสู่ทวารหนักเพื่อขับออกทางปากทวาร (สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2553)

### 1.4 พยาธิวิทยา

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้ใหญ่จะกลายเป็นเซลล์มะเร็งลำไส้ใหญ่ได้นั้น ส่วนใหญ่ต้องผ่านการเปลี่ยนแปลงของยีนเป็นส่วนหนึ่งของดีเอ็นเอ พบอยู่ในทุกเซลล์ของสิ่งมีชีวิตทุกชนิดโดยมีหน้าที่ควบคุมการเจริญเติบโต การทำงานเพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาเพื่อทำหน้าที่เฉพาะ (differentiation) ของเซลล์สิ่งมีชีวิตชนิดนั้นๆ หากยีนเกิดการกลายพันธุ์ (mutation) ที่ทำให้การถ่ายทอดคำสั่งหรือการจัดเรียงรหัสเสียไปก็จะเกิดความบกพร่องหรือสูญเสียการควบคุมการเจริญของเซลล์ เซลล์ที่ได้รับการควบคุมดังกล่าวอาจจะตายไปหรืออาจจะเจริญคุกคามเซลล์ปกติข้างเคียงที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อเซลล์รอบข้าง เซลล์ที่มีคุณลักษณะดังกล่าวคือ เซลล์มะเร็ง และยีนที่อยู่ก่อให้เกิดภาวะดังกล่าวเรียกว่า ยีนก่อมะเร็ง (อาคม ชัยวิระวัฒน์, เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน, อนันต์ กรลักษณ์ และธีรวุฒิ คุหะเปรมะ, 2552)

มะเร็งลำไส้ใหญ่เริ่มจาก Intramucosal epithelial lesions ของ Adenomatous polyps ของเยื่อบุลำไส้ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อชั้นในสุด เมื่อขยายตัวขึ้นจึงลุกลามไปยังเนื้อเยื่อชั้นถัดไปคือชั้น Muscularis mucosae หลังจากนั้นลุกลามเข้าสู่หลอดเลือดหรือทางเดินน้ำเหลืองไปสู่ต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณ (Regional lymph nodes) อวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ติดกับลำไส้ และอวัยวะที่อยู่ห่างกันออกไปตามลำดับ มีน้อยรายที่มีการแพร่กระจายโดยไม่ผ่าน Muscularis mucosae ตำแหน่งของมะเร็งมีความสำคัญต่อการแพร่กระจาย เช่น บริเวณไส้ตรง เป็นอวัยวะที่ตรึงอยู่กับที่และไม่มี Serosa



มะเร็งจึงลุกลามผ่านผนังออกมาสู่เนื้อเยื่อรอบๆได้ง่าย ไปสู่กระเพาะปัสสาวะ ช่องคลอด หรือเส้นประสาทในอุ้งเชิงกราน ถ้ามะเร็งอยู่บริเวณ 1 ใน 3 ส่วนล่างของไส้ตรง ซึ่งหล่อเลี้ยงด้วยระบบเลือด 2 ชุด การลุกลามอาจผ่านไป 2 ทาง คือ ผ่าน Superior hemarrhoidal vein เข้าสู่หลอดเลือดดำปอร์ทอลไปตับ หรือผ่าน Middle hemarrhoidal vein เข้า Inferior vena cava ไปปอด ถ้ามะเร็งอยู่ที่บริเวณสองในสามส่วนบนของไส้ตรง หลอดเลือดดำกลับสู่ระบบเลือดดำปอร์ทัลทั้งหมด แต่เนื่องจากการเชื่อมโยงโดยตรงระหว่างหลอดเลือดดำปอร์ทอล และ Vertebral veins (Batson's vertebral venous plexus) จึงอาจมีการลุกลามไปที่กระดูกสันหลังส่วนเอวและอกได้ สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่เหนือไส้ตรง มะเร็งจะลุกลามผ่านผนังออกมาไปยังต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณแล้วแพร่กระจายต่อไปตามทางเดินน้ำเหลือง และแพร่กระจายไปตามหลอดเลือดดำไปสู่ตับ ส่วนการแพร่กระจายไปปอดนั้นเป็นการแพร่กระจายไปจากตับอีกทอดหนึ่ง (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2543) สำหรับตำแหน่งมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่พบส่วนใหญ่อยู่ที่บริเวณลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายโดยเฉพาะบริเวณ sigmoid colon และบริเวณลำไส้ตรง ซึ่งพบได้ร้อยละ 70

**1.4.1 การแพร่กระจายของมะเร็งของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก** การแพร่กระจายสามารถกระจายไปได้หลายทางคือ (บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545)

1.4.1.1 Direct extension คือการขยายตัวของก้อนนอกผนังลำไส้แล้วไปติดกับอวัยวะข้างเคียง นอกจากนี้ยังมีการขยายตัวของก้อนไปตามผนังลำไส้ (intramural extension) ซึ่งจะใช้เป็นตัวกำหนดขอบเขตในการตัดลำไส้ การรักษาจะตัดมะเร็งออกพร้อมกับอวัยวะใกล้เคียงพร้อมกันเลยทีเดียว เพราะส่วนมากจะเป็นการอักษะรอบๆก้อนมะเร็ง หากติดกับ duodenum หรือ bladder ควรจะทำ pelvic exenteration พบว่าการกระจายไปติดมดลูก 39% ลำไส้เล็ก 21% กระเพาะปัสสาวะ 16% และผนังหน้าท้อง 4%

1.4.1.2 Lymphatic dissemination เป็นวิธีการแพร่กระจายของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด พบว่าในรายที่มะเร็งอยู่ภายในผนังลำไส้จะมีการกระจายไป regional lymph node 45% แต่ถ้ามีการขยายตัวออกนอกผนังลำไส้จะมีการกระจายไป regional lymph node 90%

1.4.1.3 Blood stream dissemination เกิดจากมะเร็งกระจายเข้าไปใน venous channel แล้วจะไปตาม portal system ไปยังตับ ดังนั้น liver metastasis จึงพบมากที่สุดของ metastasis (75%) แล้วจึงกระจายต่อไปยัง lung (15%), brain (5%), bone (5%) ส่วนอื่นที่มีการกระจาย rare ส่วนอื่นที่มีการกระจาย rare มากเช่น spleen, kidney, pancreas, adrenal gland, breast, thyroid, skin

1.4.1.4 Implantation มักเกิดจากการผ่าตัดทำให้เซลล์มะเร็งตกตามที่ต่างๆ มักพบที่ตำแหน่งตัดต่อลำไส้ (anastomosis) แต่ก็อาจพบในที่อื่นได้เช่นในแผลผ่าตัด

**1.5 ลักษณะอาการและการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก** มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของก้อนมะเร็งดังนี้ (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

1.5.1 ลำไส้ใหญ่ซีกขวา เป็นท่อที่มีขนาดค่อนข้างกว้าง และอุจจาระที่ผ่านเข้ามาก็มีลักษณะเหลว เมื่อเกิดมะเร็งในบริเวณนี้ จึงไม่ทำให้ลำไส้แคบลงจนกระทั่งมีขนาดก้อนใหญ่มาแล้ว ส่วนใหญ่จึงไม่ก่อให้เกิดการอุดตัน หรือกีดขวางต่อการผ่านของอุจจาระ อาการปวดท้องหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการถ่ายอุจจาระจึงไม่เกิด หรือเกิดในระยะหลังแล้ว แต่อาการหลักนั้นเกิดจากการที่ก้อนเกิดเป็นแผลมีเลือดออกซ้ำๆโดยมิได้เปลี่ยนสีหรือลักษณะของการถ่ายอุจจาระ แต่ก่อให้เกิดภาวะเลือดจางเรื้อรัง

1.5.2 ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ท่อลำไส้แคบกว่าซีกขวาและอุจจาระเริ่มเป็นก้อนแล้ว ทั้งมะเร็งในบริเวณนี้มักกลุกามเป็นวงรอบผนังลำไส้ จึงทำให้เกิดการอุดตันได้ง่ายและอุจจาระผ่านลำบาก จึงแสดงออกด้วยอาการปวดท้องอย่างรุนแรง และมีการแปรปรวนของการถ่ายอุจจาระ กล่าวคือ ระยะที่อุจจาระผ่านจุดที่อุดตันไม่ได้มีอาการท้องผูก หลังจากลำไส้บีบตัวรุนแรงอุจจาระส่วนที่เหลวผ่านไปได้จะเกิดการท้องเดิน อาการท้องผูกอาจสลับกับอาการท้องเดินอยู่ระยะหนึ่ง จนกระทั่งเกิดการอุดตันทั้งหมด

1.5.3 ไส้ตรง เป็นตำแหน่งที่อุจจาระมารวมตัวเป็นก้อนแล้ว การมีก้อนมะเร็งก็คล้ายการมีก้อนอุจจาระ ผู้ป่วยจึงมีอาการถ่ายอุจจาระบ่อย แม้ไม่มีอุจจาระออกอีกแล้ว ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดเบ่งเนื่องจากมีความรู้สึกเหมือนมีอุจจาระค้างอยู่ตลอดเวลา และถ้ามีเลือดออก เลือดมักจะอยู่ที่ผิวของก้อนอุจจาระ

## 1.6 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Cancer.net, 2013; สุพล จินดาทรัพย์, 2544; อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2543) ดังนี้

**1.6.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetics)** พบได้ประมาณร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.6.1.1 กลุ่มอาการที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ที่มีลักษณะเป็นตั้งเนื้อ (Familial adenomatous polyposis: FAP) ส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติด้านพันธุกรรมในการยับยั้งและต่อต้านการเกิดมะเร็ง ซึ่งส่งผลให้เซลล์มีการแบ่งตัวผิดปกติ และมีรูปร่างเป็นตั้งเนื้อที่มีลักษณะเป็นแท่ง ๆ (Polyp cell) โดยเซลล์เหล่านี้มีการเจริญเติบโตที่เป็นไปอย่างไม่หยุดยั้ง และกลายเป็นมะเร็งไปในที่สุด ซึ่งจะมีการถ่ายทอดโดยเป็นลักษณะเด่น (Autosomal dominant) ทางพันธุกรรม อายุเฉลี่ยของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักประมาณ 39 ปี

1.6.1.2 การถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่มีลักษณะไม่เป็นดั่งเนื้อ (Hereditary no polyposis 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 เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดซึ่งการกลายพันธุ์ของ MMR ทำให้เซลล์แก้ไขความผิดพลาดจากการจำลองโมเลกุล DNA ไม่ได้เกิดการผิดพลาดของการจำลองโมเลกุล (Replication error) ส่งผลให้เกิดการกลายพันธุ์เป็นเซลล์มะเร็งเกิดขึ้น อายุเฉลี่ยของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักประมาณ 45 ปี

### 1.6.2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

เป็นปัจจัยที่สำคัญกว่าปัจจัยทางพันธุกรรมซึ่งพบได้ร้อยละ 70-85 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมักเกิดกับประชากรในเมืองที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง การศึกษาระบาดวิทยาในหลายประเทศได้ผลตรงกันว่าอัตราตายจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร ทั้งในแง่ของแคลอรี โปรตีนจากเนื้อสัตว์ และไขมันในอาหาร มีความสัมพันธ์กับระดับโคเลสเตอรอลในเลือด

1.6.2.1 การรับประทานอาหารที่มีกากน้อย โดยเชื่อว่าอาหารที่มีกากน้อย จะมีการขับถ่ายน้อยครั้งกว่า ทำให้สารก่อมะเร็ง (Carcinogen) สัมผัสกับเยื่อผิวภายในของลำไส้ใหญ่และทวารหนักนานกว่า จึงเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มากกว่า

1.6.2.2 ไขมันในอาหาร พบว่าอาหารที่ทำจากไขมันจำพวกไขมันไม่อิ่มตัว (High Unsaturated fat) ทำให้มีโอกาสมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง โดยไขมันที่ได้จากพืชและปลา เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปลา จะทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักน้อย เมื่อเทียบกับไขมันในสัตว์ กลไกการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากไขมันเชื่อว่าอาหารไขมันจากสัตว์มีผลทำให้แบคทีเรียชนิดอนโรบิคในลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น แบคทีเรียเหล่านี้เปลี่ยน primary bile acid ซึ่งเป็นเมตาบอไลต์ของโคเลสเตอรอลให้เป็น secondary bile acids สารเหล่านี้เชื่อว่าเป็นตัวส่งเสริมการเกิดมะเร็ง (Carcinogen) เพราะ secondary bile acids และ free fatty acids มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อเยื่อลำไส้และกระตุ้นการเพิ่มจำนวน epithelial cells จึงทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง

1.6.2.3 แคลเซียม (Calcium) จะสามารถรวมตัวกับเกลือแร่ และกรดไขมัน (Fattyacids) ในลำไส้ ทำให้ลดจำนวนตัวกระตุ้นให้เกิดมะเร็งได้ ดังนั้นแคลเซียมจะทำให้มีการเกิดมะเร็งลดลงได้ ซึ่งพบว่าอาหารที่มีแคลเซียมต่ำจะก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง

### 1.6.3. ปัจจัยอื่นๆ

1.6.3.1 การดื่มแอลกอฮอล์ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางเคมี ของเอทานอล โดยแบคทีเรียในกระเพาะอาหารและลำไส้เป็นอะซีตัลดีไฮด์ (Acetaldehydes) ซึ่งสารเคมีดังกล่าว จะทำให้เกิดการทำลายเยื่อเมือกในลำไส้ (Mucosal damage) และเกิดการสร้างเยื่อเมือกใหม่ที่มีหนาตัว กว่าปกติ (Mucosal hyper regeneration) ซึ่งมีผลทำให้เกิดมะเร็งขึ้น โดยพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ ทุกวันจะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มากกว่าคนปกติ 2 เท่า

1.6.3.2 การสูบบุหรี่ ถ้าสูบนานกว่า 35 ปี โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพิ่มขึ้น

1.6.3.3 การผ่าตัดถุงน้ำดี โดยยึดหลักว่าหลังการทำการผ่าตัดถุงน้ำดีออก แล้วจะมีกรดน้ำดีไปสัมผัสกับเยื่อเมือกในลำไส้ของลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าปกติ ทำให้เกิด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าปกติ

1.6.3.4 การฉายรังสี มะเร็งในอุ้งเชิงกรานหลังจากการฉายรังสีแล้วจะมี โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะเวลาประมาณ 15 ปี

1.6.3.5 Diverticular disease พบว่า diverticular disease จะมีโอกาส เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าคนปกติ ถ้าพบ adenoma ใน diverticular disease จะ พบมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักประมาณ 3 เท่า

1.6.3.6 Inflammatory bowel disease (IBD) ผู้ป่วย Ulcerative colitis และ Crohn's disease มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรครดังกล่าวทำให้เกิดการอักเสบของลำไส้ใหญ่ได้ ในระยะ 10ปีแรกความเสี่ยงโรคมะเร็งไม่สูงนักประมาณร้อยละ 0.5-1.0 ต่อ ปี แต่หลังเป็นโรคแล้ว 25 ปี อัตราการเกิดโรคมะเร็งรวมแล้วประมาณร้อยละ 8-30

1.6.3.7 การออกกำลังกาย ทำให้โอกาสเกิดมะเร็งได้น้อยกว่าปกติ

1.6.3.8 เชื้อชาติ พบว่าชนชาติผิวสีดามีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าชนชาติผิวขาว

### 1.7 วิธีการประเมินระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การตรวจเพื่อประเมินว่าเซลล์มะเร็งนั้นมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆหรือไม่ นั้นมีความสำคัญในการวางแผนการรักษา (อาคม ชัยวิระวัฒน์, เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน, อนันต์ กรลักษณ์ และธีรวุฒิ คูหะเปรมะ, 2552)

1.7.1 Computerized tomography หรือ CT scan ของ abdomen กับ pelvis จะสามารถประเมินระยะการลุกลามของโรคที่บริเวณลำไส้ ต่อม้ามเนื้อและและการกระจายไปที่อื่น รวมทั้งโรคแทรกซ้อนที่เกิดจาก colorectal cancer เช่น การอุดตัน การทะลุหรือมี fistula เกิดขึ้น

1.7.2 การตรวจวัดระดับ Carcinoembryonic antigen โดยการวัดระดับ CEA ใน กระแสเลือด ซึ่ง CEA นี้ จะถูกปล่อยออกมาจากทั้งเซลล์มะเร็ง และเซลล์ปกติ แต่ปริมาณของ CEA ในกระแสเลือดที่สูงกว่าปกติอาจเป็นสัญญาณเตือนของมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือความผิดปกติอื่นๆได้

1.7.3 การตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอก (chest x-ray): คือการตรวจเอ็กซเรย์ของอวัยวะ บริเวณทรวงอก ซึ่งรังสีเอ็กซ์นี้จะสามารถทะลุผ่านร่างกาย และทำให้เกิดภาพบนฟิล์ม ซึ่งทำให้เกิด ภาพถ่ายของอวัยวะภายในได้

1.7.4 Intra-operative evaluation การทำ intra-operative evaluation เป็น วิธีการที่สำคัญในการประเมินระยะของโรคในผู้ป่วย การผ่าตัดซึ่งนอกจากจะสามารถตัดก้อนเนื้อออก ออกแล้ว ยังสามารถมองเห็นบริเวณที่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้อีกด้วย

## 1.8 การจัดระดับความรุนแรงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Staging of cancer)

การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีหน่วยงานที่แบ่งระดับ ความรุนแรงไว้หลายรูปแบบมีรายละเอียดดังนี้

1.8.1 ระบบ Tumor Node Metastasis (TNM) เป็นระบบที่นิยมใช้กันซึ่งถูก กำหนดขึ้นโดย The American Joint Committee on Cancer (2010) มีรายละเอียดดังนี้

1.8.1.1 ลักษณะบริเวณก้อนมะเร็ง: Primary tumor (T)

Tx = ไม่สามารถประเมินก้อนมะเร็งได้

T0 = ไม่พบก้อนมะเร็งในชั้นเนื้อเยื่อที่ผ่าตัดได้

Tis = มะเร็งอยู่ในชั้นเยื่อบุผิว หรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในชั้นเยื่อบุผิว

T1 = มะเร็งรุกรามถึงชั้นใต้เยื่อบุผิว (submucosa)

T2 = มะเร็งลุกลามถึงชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (muscularis propria)

T3 = มะเร็งลุกลามถึงชั้นใต้เยื่อบุลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้านนอก (subserosa) แต่ไม่ผ่านเยื่อบุผิวด้านนอกหรือมะเร็งทะลุผ่าน กล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (muscularis propria) เข้าสู่เนื้อเยื่อโดยรอบซึ่งไม่มีเยื่อช่องท้องปกคลุม (non peritonealized pericolic or perirectal tissue)

T4a = มะเร็งทะลุผ่านเยื่อบุด้านนอกลำไส้ใหญ่และทวารหนักไปสู่ช่อง ท้อง (perforation of visceral peritoneum)

T4b = มะเร็งทะลุเยื่อบุด้านนอกลำไส้ใหญ่และทวารหนักสู่อวัยวะ ข้างเคียงลุกลามสู่อวัยวะอื่น

### 1.8.1.2 ลักษณะของต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง: regional lymph node (N)

Nx = ไม่สามารถประเมินได้

N0 = ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง (regional nodes)

N1a = มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง 1 ต่อมน้ำ

N1b = มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง 2 ถึง 3 ต่อมน้ำ

N1c = มีการกระจายไปที่เนื้อเยื่อข้างเคียงถ้าใส่ใหญ่ที่ไม่ใช่ต่อมน้ำเหลือง

N2a = มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง 4 ถึง 6 ต่อมน้ำขึ้นไป

N2b = มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 7 ต่อมน้ำขึ้นไป

### 1.8.1.3 การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น: metastasis (M)

Mx = ไม่สามารถประเมินได้

M0 = ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

M1a = มีการแพร่กระจายมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น 1 อวัยวะ

M1b = มีการแพร่กระจายมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นมากกว่า 1 อวัยวะ

### 1.8.2 การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็ง (degree of malignant neoplasms)

พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของนิวเคลียส การแบ่งเซลล์มะเร็งที่แตกต่างจากลักษณะของเซลล์ปกติ แบ่งออกเป็น 4 เกรด (grade) (Broder's classification) เรียงลำดับความรุนแรงจากน้อยไปมากที่สุด กำหนดโดย American Society of Clinical Oncology (ASCO) (2013) ดังนี้

GX = เซลล์มะเร็งไม่สามารถระบุได้

G1 = เซลล์มะเร็งทั้งหมดมีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์ของเนื้อเยื่อเดิม (well differentiated).

G2 = เซลล์มะเร็ง 3 ใน 4 มีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อ (moderately differentiated)

G3 = เซลล์มะเร็งครึ่งหนึ่งมีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อเดิม (poorly differentiated)

G4 = เซลล์มะเร็งเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่สามารถพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อเดิม (undifferentiated)

1.8.3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถแบ่งเป็นระยะตั้งแต่ระยะ 0 ถึง 4 ตามการเจริญเติบโตของเนื้อมะเร็งจากผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนักไปยังต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะอื่นๆ โดยแบ่งตามหลักของ The American Joint Committee on Cancer (2010) ดังนี้

**Stage 0 (Carcinoma in Situ)** ในระยะ 0 นี้เซลล์ที่ผิดปกติจะพบเฉพาะบริเวณชั้นผิวเยื่อของลำไส้ใหญ่และทวารหนักเท่านั้น (lamina propria) หากปล่อยทิ้งไว้ก็จะมีอาการลุกลามไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงได้ในระยะถัดไป ซึ่งระยะ 0 นี้เรียกอีกอย่างว่า“carcinoma in situ”

**Stage I (T1 or T2, N0, M0)** ในระยะ 1 นี้เซลล์มะเร็งจะมีการลุกลามจากเนื้อเยื่อชั้นในสุดของผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนักไปยังเนื้อเยื่อในชั้นกลาง

**Stage II** ระยะที่ 2 นี้สามารถแบ่งออกได้เป็น ระยะ 2A, 2B และ 2C

ระยะ 2A: เซลล์มะเร็งมีการลุกลามผ่านเนื้อเยื่อชั้นกลางของผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนักหรือไปยังเนื้อเยื่อบริเวณใกล้ๆลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย(T3, N0, M0)

ระยะ 2B: เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปยังเยื่อในช่องท้อง (visceral peritoneum) (T4a, N0, M0).

ระยะ 2C: เซลล์มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะใกล้ๆลำไส้ใหญ่ (T4b, N0, M0)

**Stage III** มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะที่ 3 นี้สามารถแบ่งออกได้เป็น ระยะ 3A, 3B และ 3C

ระยะ 3A: (T1 or T2 N1c M0 or T1N2aM0). เซลล์มะเร็งมีการลุกลามจากเนื้อเยื่อชั้นในสุดไปยังเนื้อเยื่อในชั้นกลางร่วมกับมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงไม่เกิน 3 ต่อมน

ระยะ 3B: (T3 or T4a N1 or N1c M0 ; T2 or T3 N2a M0; or T1 or T2 N2b M0) เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงไม่เกิน 3 ต่อมน ร่วมกับมีการลุกลามผ่านเนื้อเยื่อชั้นกลางของผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนักหรือมีการลุกลามไปยังเนื้อเยื่อบริเวณใกล้ๆลำไส้ใหญ่ และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย; หรือมีการลุกลามไปยังอวัยวะใกล้ๆลำไส้ใหญ่ และ/หรือ ไปยังเยื่อในช่องท้อง (visceral peritoneum)

ระยะ 3C: (T4a, N2a, M0; T3 or T4a, N2b, M0; or T4b, N1 or N2, M0) เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงตั้งแต่ 4 ต่อมนขึ้นไป ร่วมกับมีการลุกลามผ่านเนื้อเยื่อชั้นกลางของผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก; หรือมีการลุกลามไปยังเนื้อเยื่อบริเวณใกล้ๆลำไส้ใหญ่ และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย; หรือมีการลุกลามไปยังอวัยวะใกล้ๆลำไส้ใหญ่ และ/หรือ ไปยังเยื่อในช่องท้อง (visceral peritoneum)

**Stage IV (any T, any N, M1)**

ระยะ 4A: (any T, any N, M1a). ในระยะที่ 4 นี้เซลล์มะเร็งจะมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง และมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ห่างไกลออกไป 1 ที่

ระยะ 4B: (any T, any N, M1b). เซลล์มะเร็งจะมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง และมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ห่างไกลออกไปมากกว่า 1 ที่

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ระบบการแบ่งระยะมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะ 0 ถึง 4 ตามการเจริญเติบโตของเนื้อมะเร็งจากผนังลำไส้ใหญ่ไปยังต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่นๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะพิจารณาจากระยะของโรคมะเร็งเป็นหลัก

### 1.9 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้ได้ผลดีต้องเป็นการรักษาร่วมแบบสหสาขาวิชา ประกอบด้วย การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการให้รังสีรักษา โดยให้พิจารณาตามความเหมาะสมและข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละรายไป (บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545; ปริญา ทวีชัยการ, 2549; สุพล จินดาทรัพย์, 2544)

**1.9.1 การผ่าตัดทวารเทียม (Colostomy)** หมายถึง การผ่าตัดที่นำลำไส้ใหญ่ออกมาเปิดไว้ทางหน้าท้องให้อุจจาระออก การเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้เช่นนี้ทำได้หลายลักษณะ เช่น ดึงออกมาเป็น loop (เรียกว่า loop colostomy) หรือนำปลายบนมาเปิดไว้ (end หรือ terminal colostomy) หลังจากตัดปลายล่างออกทั้งหมดหรือเย็บปิดปลายล่างออกทั้งหมดหรือเย็บปิดปลายล่างหรือนำทั้งสองปลายมาเปิดออกไว้ด้วยกัน (double barreled colostomy) (ปริญา ทวีชัยการ, 2554) รุระบายอุจจาระทางหน้าท้อง แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1.9.1.1 การเปิดรุระบายอุจจาระออกทางหน้าท้องอย่างเป็นการชั่วคราว (Temporary Colostomy) กระทำในกรณีที่ไม่สามารถเย็บต่อลำไส้ใหญ่เข้าหากันได้ทันทีในการผ่าตัดครั้งแรก เนื่องจากลำไส้บวมมาก มีการอุดตันของลำไส้หรือมีการติดเชื้อภายในช่องท้อง จึงต้องทำทางเปิดหรือทางเบี่ยงชั่วคราวในการระบายอุจจาระออกมาก่อน รอสักระยะหนึ่ง เมื่อสภาพลำไส้และร่างกายของผู้ป่วยพร้อมดีแล้ว จึงทำการผ่าตัดอีกครั้งหนึ่ง เพื่อทำการปิดออสโตมี (ostomy) ภายหลัง

1.9.1.2 การเปิดรุระบายอุจจาระออกทางหน้าท้องอย่างถาวร (Permanent Colostomy) กระทำในกรณีที่การตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรงพร้อมก้อนเนื้อออกออกไม่สามารถหลีกเลี่ยงการตัดทำลายกล้ามเนื้อหูรูดของรูทวารหนักได้ เนื่องจากเนื้องอกอยู่ชิดหรือทำลายกล้ามเนื้อหูรูดของรูทวารหนักจนเสียหายไปแล้ว ผู้ป่วยต้องมี ออสโตมี (ostomy) ติดตัวตลอดไป เช่น ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งทวารหนักส่วนปลายจำเป็นต้องตัดทวารหนักออกหมด ไม่มีส่วนของทวารหนักเหลืออยู่เลย ผู้ป่วยจะต้องมี colostomy ตลอดชีวิต



**1.9.2 การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy)** กลุ่มยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง แบ่งตามลักษณะและคุณสมบัติทางเภสัชวิทยา แบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม ดังนี้ (American Cancer Society, 2013)

1.9.2.1 กลุ่ม Alkylating agent เป็นยาในกลุ่มแรกที่ได้มีการนำมาใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง ลักษณะสำคัญของยาในกลุ่มนี้คือ สามารถปล่อย alkyl group ซึ่งเป็นประจุบวกสามารถจับกับ DNA ซึ่งมีประจุลบได้ ความสามารถในการทำลายเซลล์มะเร็งของยาเกิดจากการที่ยาปล่อย alkyl group โดยให้อนุมูล Alkyl จับกับอนุไฮโดรเจนในสารประกอบอินทรีย์ รวมทั้ง DNA ของเซลล์มะเร็งโดยเฉพาะ guanine ทำให้สาย DNA แยกจากกันไม่ได้ ทำให้เซลล์แบ่งตัวไม่ได้และตายไปในที่สุด นอกจากนี้ยังทำให้กลไกการซ่อมแซม DNA เสียไป ทำให้เกิดความเสียหายต่อ DNA ของเซลล์มากยิ่งขึ้น จัดเป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะต่อระยะของวงจรชีวิตของเซลล์ (Cell cycle phase-nonspecific chemotherapy) เช่น Cyclophosphamide, Ifosphamide และ Busulfan เป็นต้น

1.9.2.2 กลุ่ม Antimetabolites ยาในกลุ่มนี้มีสูตรโครงสร้างทางเคมีคล้ายกับสารที่ใช้ในการสร้าง purine, pyrimidines และ nucleic acid โดยออกฤทธิ์เฉพาะต่อเซลล์ที่อยู่ในระยะ S (S-phase) เท่านั้น ซึ่งเป็นระยะที่เซลล์มีการสังเคราะห์ nucleotide และ DNA โดยยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ในกระบวนการสังเคราะห์ ทำให้เซลล์ไม่สามารถสังเคราะห์ nucleotide ที่สำคัญต่อการสร้าง DNA เป็นผลให้เซลล์ไม่สามารถเจริญเติบโตและไม่สามารถแบ่งเซลล์ได้ในที่สุด ทำให้ได้ผลดีกับมะเร็งที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว มี doubling time สั้นและมีอัตราส่วนเซลล์ที่มีการแบ่งตัวสูง (high growth tractions) การที่ยาออกฤทธิ์แบบ cell cycle specific ทำให้ประสิทธิภาพของยาขึ้นกับระยะเวลาที่เซลล์สัมผัสกับยา ดังนั้นระยะเวลาที่สัมผัสกับยานานขึ้น ประสิทธิภาพในการตอบสนองจะเพิ่มขึ้น ยานี้มีผลข้างเคียงต่อเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่น เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร ทำให้เกิด mucositis ท้องร่วง และเซลล์เม็ดเลือดของไขกระดูกทำให้เกิดการยับยั้งการสร้างเม็ดเลือด (myelosuppression) ยาในกลุ่มนี้เช่น Methotrexate (MTX), 5-Fluorouracil (5-FU) เป็นต้น อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ ท้องร่วง, แสบร้อนยอดอก, เจ็บปาก หรือริมฝีปาก, เลือดออกในทางเดินอาหารอาการเจ็บในปาก มีผลต่อไขกระดูกทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือด และเม็ดเลือดแดงลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย หรือภาวะเลือดออกง่าย ฟลูออโรยูราซิล (fluorouracil) อาจทำให้เกิดกลุ่มอาการพาลมาร์-แพลนเทอร์ อิริโทรดีอัสทีเซีย (palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome) หรือกลุ่มอาการ มือ-เท้า (hand-foot syndrome) โดยเริ่มแรกอาจมีความรู้สึกเหมือนมีหนามแทงปลายมือ ปลายเท้า จากนั้นอีก 2-3 วัน จะรู้สึกเจ็บ ปวด ขณะจับสิ่งของ หรือเดิน ฝ่ามือและฝ่าเท้า บวม แดง ทั้งสองข้าง อาจมีผิวหนังลอกร่วมด้วย

1.9.2.3 กลุ่ม Antitumor Antibiotic เป็นกลุ่มยาเคมีบำบัดที่ส่วนใหญ่ สกัดมาจากเชื้อรา เชื่อว่าในธรรมชาติเชื้อราสร้างสารเหล่านี้เพื่อยับยั้งสิ่งมีชีวิตอื่นที่มาแย่งอาหาร การ ออกฤทธิ์ของยากลุ่มนี้ในการทำลายเซลล์มะเร็งได้โดยยาจับกับ DNA (DNA Intercalation) เป็น cell-cycle nonspecific ยกเว้น bleomycin ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ bleomycin, doxorubicin, dactinomycin, mitomycin C, mitoxantrone อาการข้างเคียง ได้แก่ กัดไขกระดูก มีแผลในปาก ผمร่วง พิษต่อหัวใจ ถ้ายารั่วออกนอกเส้นเลือดเนื้อเยื่อจะถูกทำลายรุนแรง

1.9.2.4 กลุ่ม Plant Alkaloid ยาเคมีบำบัดหลายชนิดได้มาจากพืช ลักษณะกลไกการออกฤทธิ์ของยากลุ่มนี้คล้ายคลึงกันคือมีผลต่อ microtubule ของเซลล์ หน้าที่ปกติ ของ microtubule ในเซลล์ปกติคือในการขนส่งสารต่างๆ ลักษณะรูปร่างของเซลล์และในการแบ่งตัว ยาในกลุ่มนี้เป็น cell-cycle phase-specific ที่ระยะ M (Metaphase) เท่านั้น โดยออกฤทธิ์จับกับ tubulin ยับยั้งการสร้าง microtubule และ spindle fibers ที่ใช้ในการดึงโครโมโซมแยกออกจาก กัน (Chromo-somal segregation) ในระยะการแบ่งโครโมโซม ทำให้เซลล์ไม่สามารถแบ่งเซลล์และ ตายในที่สุด เช่น Vincristine, Paclitaxel และ Etoposide เป็นต้น

1.9.2.5 กลุ่ม Topoisomerase Targeting Drug ยาเคมีบำบัดที่ยับยั้ง เอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้าง DNA คือ Topoisomerase (type I และ II) เอนไซม์ที่ทำหน้าที่ เกี่ยวกับการคลายตัว การแยกตัวและการเชื่อมต่อกันใหม่ของ DNA ยาเคมีบำบัดที่ยับยั้ง Topoisomerase I ได้แก่ topotecan (Hycamtin) และ Irinotecan (Camptosar) ส่วนยาเคมี บำบัดที่ยับยั้ง Topoisomerase II ได้แก่ etoposide (VP 16) และ Teniposide (VP 26) อาการ ข้างเคียง ได้แก่ เม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ ผمร่วง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย การทำงานของตับ เพิ่มขึ้น

1.9.2.6 กลุ่ม Enzymes L-Asparaginase ได้มาจาก Escherichia coli หรือ Erwinia carotovora เอนไซม์นี้ทำให้เกิด hydrolysis ของ L-asparagine ซึ่งเป็น essential amino acid ทำให้เกิดการยับยั้งการสร้างโปรตีน ภาวะแทรกซ้อนของยา L-asparaginase มีหลาย ระบบ ที่สำคัญคือ การเกิดโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะซีด เสร้า ประสาทหลอน สูญเสียความทรงจำ

1.9.2.7 กลุ่ม Platinum compound ยาในกลุ่ม platinum ไม่จัดว่าเป็น กลุ่ม alkylating agents เพราะออกฤทธิ์โดยการแตกตัวเป็น platinum ไม่ใช่ alkyl group จับกับ DNA เกิดเป็น covalent bond ทำให้ลักษณะ double helix ของ DNA เสียไป ยาในกลุ่มนี้ออก ฤทธิ์ต่อเซลล์ได้ทุกระยะ โดยยาจะทำปฏิกิริยากับ Guanine ทำให้เกิดการเสียหาย โมเลกุลอื่นของ DNA จะจับกัน สลับที่กันทำให้ DNA ไม่สามารถจำลอง DNA ชุดใหม่สำหรับการแบ่งตัวของเซลล์ ทำให้เซลล์ตายในที่สุด อาการไม่พึงประสงค์ได้แก่ มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า อาจเป็นตะคริว

อาการข้างต้นอาจรุนแรงขึ้นในสภาวะอากาศหนาวนอกจากนี้ยังอาจเกิดอาการ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงมีโอกาสดีเชื้อสูงกว่าปกติยาในกลุ่มนี้ได้แก่ cisplatin, carboplatin และ oxaliplatin

สำหรับยาเคมีบำบัดที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนใหญ่ แพทย์จะพิจารณาให้มีการใช้ยามะเร็งหลายชนิดร่วมกัน (Combination chemotherapy) เนื่องจาก ยาเพียงชนิดเดียว มักให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันทำให้ ผลการรักษาดีขึ้นเนื่องจาก ยามีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกันทำให้มีผลเสริมฤทธิ์กันในการทำลาย เซลล์มะเร็ง โดยแพทย์จะพิจารณาตามความเหมาะสม ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนัก มีดังนี้(American Society of Clinical Oncology (ASCO), 2013)

1) 5-fluorouracil : 5 FU ฟลูออโรยูราซิล (fluorouracil) หรือเรียกย่อว่าไฟฟ-เอฟ ยู (5-FU) จัดอยู่ในกลุ่ม Antimetabolites เป็นยาที่มีโครงสร้างคล้ายกับเบสยูราซิล (uracil) ที่มีการ เติมหมู่ฟลูออรีน (fluorine) เข้าไป เมื่อยาเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนเป็นสารออกฤทธิ์ที่อยู่ในรูปของนิ วคลีโอไทด์ (nucleotide) ที่ชื่อว่าฟลูออโรดีออกซียูริดีนโมโนฟอสเฟต (fluorodeoxyuridine monophosphate) แล้วจับกับเอนไซม์ไทมิดิลเลตซินเทส (thymidylate synthase) ทำให้เอนไซม์ หมดฤทธิ์ไป จึงทำให้เซลล์มะเร็งสังเคราะห์สารไทมิดีน (thymidine) ที่จะนำมาสร้างเป็นสายดีเอ็นเอ (DNA) ไม่ได้ และยังมีนิวคลีโอไทด์ในรูปไตรฟอสเฟต (triphosphate nucleotide) ที่จะเข้าไปรวม กับอาร์เอ็นเอ (RNA) ทำให้ทำหน้าที่ผิดปกติไป อาการข้างเคียง ฟลูออโรยูราซิล (fluorouracil) อาจ ทำให้เกิดกลุ่มอาการพาลมาร์-แพลนเทอร์ อิริโทรดีอัสทีเซีย (palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome) หรือกลุ่มอาการ มือ-เท้า (hand-foot syndrome) ซึ่งเกิดจากยาปริมาณน้อย ๆ ค่อย ๆ รั่วออกจากหลอดเลือดขนาดเล็กที่มือและเท้า ยาที่รั่วออกมาจึงทำลายเนื้อเยื่อที่อยู่รอบ ๆ หลอด เลือด โดยเริ่มแรกอาจมีความรู้สึกเหมือนมีหนามแทงปลายมือ ปลายเท้า จากนั้นอีก 2-3 วัน จะรู้สึก เจ็บ ปวด ขณะจับสิ่งของ หรือเดิน ฝ่ามือและฝ่าเท้า บวม แดง ทั้งสองข้าง อาจมีผิวหนังลอกร่วมด้วย นอกจากนี้อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยคือ ท้องร่วง, แสบร้อนยอดอก, เจ็บปาก หรือริมฝีปาก, เบื่อ อาหาร , คลื่นไส้ อาเจียน, อ่อนเพลีย และการให้ 5FU infusion ร่วมกับการฉายรังสี มีผลข้างเคียงต่อ ไชกระดูกน้อยกว่าแบบ bolus แต่อาจมีผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารมากกว่าดังนั้นหากมีการ ฉายรังสีบริเวณเชิงกราน และ กระดูกสันหลัง (ซึ่งกดไขกระดูกมาก) การเลือกใช้ 5FU infusion จึง เป็นทางเลือกที่ดีกว่าการใช้ bolus

2) Oxaliplatin จัดอยู่ในกลุ่ม Platinum compound กลไกการออกฤทธิ์ของ Oxaliplatin คือจะทำปฏิกิริยากับ Guanine ทำให้เกิดการเสียหาย โมเลกุลอื่นของ DNA จะจับกัน สลับที่กันทำให้ DNA ไม่สามารถจำลอง DNA ชุดใหม่สำหรับใช้ในการแบ่งตัวของเซลล์ ข้อบ่งใช้ (Indication) ยา Oxaliplatin ใช้ร่วมกับยาอื่น (5-FU และ leucovorin) มีข้อบ่งใช้เป็นการรักษา

เสริม (adjuvant therapy) ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะที่ 3 ตามหลังการตัดเนื้องอกระยะแรกออกอย่างสมบูรณ์แล้ว และยา Oxaliplatin ใช้ร่วมกับยาอื่น (5-FU และ Leucovorin) มีข้อบ่งใช้เป็นลำดับแรกในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะแพร่กระจายรวมถึงสามารถใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะแพร่กระจายที่ล้มเหลวจากการใช้สูตรการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิดอื่น อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า อาจเป็นตะคริว อาการข้างต้นอาจรุนแรงขึ้นในสภาวะอากาศหนาวนอกจากนี้ยังอาจเกิดอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงมีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าปกติ

3) Leucovorin (ลิโวโรวิน) หรือ calcium folinate (แคลเซียมโฟลิเนท) ยา Leucovorin ไม่ใช้กลุ่มยาต้านมะเร็งแต่ใช้ Leucovorin เพื่อเพิ่มฤทธิ์ของยาต้านมะเร็งชื่อ 5-FU อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Leucovorin ไม่รุนแรงและพบการเกิดน้อย เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หากใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัดชนิดอื่น อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจะเกิดจากยาเคมีบำบัดที่ใช้ร่วมกับยา Leucovorin

4) Capecitabine (เคพีไซตาบิน) มีข้อบ่งใช้เป็นลำดับแรกในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะแพร่กระจาย นอกจากนี้ยา Capecitabine ใช้ร่วมกับยาอื่นเพื่อรักษาเสริมหลังจากรักษาด้วยวิธีหลักแล้ว โดยยา Capecitabine ยับยั้งไม่ให้เซลล์มะเร็งมีการเติบโตและลดขนาดของเซลล์มะเร็ง เมื่อยาเข้าสู่ร่างกายจะถูกดูดซึมผ่านลำไส้ในรูปแบบยาที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง จากนั้นจะผ่านขบวนการเปลี่ยนแปลงยา Capecitabine ให้เป็น active 5-fluorouracil (5-FU) ซึ่งเป็นตัวยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเซลล์มะเร็ง ขบวนการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ยาออกฤทธิ์อาศัยเอนไซม์ 3 ชนิด เอนไซม์ดังกล่าวพบเป็นจำนวนมากในเซลล์มะเร็งเมื่อเทียบกับเซลล์ปกติของร่างกาย ดังนั้นจึงเป็นข้อดีของยา Capecitabine โดยหลักการคือทำให้ระดับของ active 5-fluorouracil (5-FU) ที่เป็นตัวยาออกฤทธิ์ในก้อนมะเร็งสูงกว่าเซลล์ปกติของร่างกาย จึงเพิ่มประสิทธิภาพในการทำลายเซลล์มะเร็งได้โดยมีผลต่อเซลล์ปกติของร่ากายน้อย อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Capecitabine อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้แก่ ความรู้สึกผิดปกติบริเวณมือหรือเท้าโดยเกิดทั้งฝั่งซ้ายและขวาพร้อมกัน เป็นอาการที่พบบ่อย แต่ระดับความรุนแรงจะแตกต่างกันในแต่ละคน และอาการที่เกิดขึ้นจะดีขึ้นและหายไปหลังหยุดรับประทานยา อาการที่อาจเกิดคือผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีผื่นแดงหรือคล้ำขึ้น ผิวลอก มีการบวม แดง ชา รู้สึกเจ็บผิวหนังแสบหรือคัน ในบางรายอาจเกิดแผลพุพอง มีอาการปวดรุนแรง, ท้องเสีย ถ่ายอุจจาระเหลวและถ่ายบ่อยครั้ง, คลื่นไส้ หรือ อาเจียน เบื่ออาหาร ปกติพบเพียงเล็กน้อยหรืออาจไม่มีอาการเลย, มีแผลในปาก เกิดขึ้นได้หลังจากได้รับยาไม่กี่วัน โดยเริ่มจากมีอาการที่ลิ้น ข้างกระพุ้งแก้ม หรือในลำคอ และอื่นๆ เช่น ปวดหรือเวียนศีรษะ มีไข้ อ่อนเพลีย เป็นต้น

5) Irinotecan (ไอริโนทีแคน) จัดอยู่ในกลุ่ม Topoisomerase Targeting Drug ใช้ร่วมกับยาอื่น (5-FU และ Leucovorin) มีข้อบ่งใช้เป็นการรักษาเสริม (adjuvant therapy) ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะที่ 3 ตามหลังการตัดเนื้องอกระยะแรกออกอย่างสมบูรณ์แล้ว ใช้ร่วมกับยาอื่น (5-FU และ Leucovorin) มีข้อบ่งใช้เป็นลำดับแรกในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะแพร่กระจายรวมถึงสามารถใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะแพร่กระจายที่ล้มเหลวจากการใช้สูตรการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิดอื่น กลไกการออกฤทธิ์ของ Irinotecan มีผลร้ายต่อเซลล์โดยการยับยั้งเอนไซม์ในร่างกายนี่ชื่อว่า topoisomerase I ที่เป็นเอนไซม์ที่ทำหน้าที่ในขบวนการการทำหน้าที่ของ DNA เมื่อเอนไซม์ไม่ทำงานทำให้เซลล์มะเร็งไม่เกิดการแบ่งตัว ไม่มีการเพิ่มจำนวนเซลล์มะเร็ง และตายในที่สุด อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Irinotecan ภาวะท้องเสีย แบบแรกเกิดภายใน 24 ชั่วโมงและมักเกิดร่วมกับอาการปวดมวนท้อง เหงื่อแตก น้ำลายออกมากกว่าปกติ น้ำตาไหลเป็นต้น ซึ่งสามารถรักษาได้โดยการให้ยา atropine และอาการท้องเสียชนิดนี้ไม่ค่อยรุนแรง อาการท้องเสียแบบที่สองคือเป็นชนิดที่เกิดหลังจากได้รับยาเกิน 24 ชั่วโมง แต่โดยทั่วไปเกิดวันที่ 4-8 อาการที่เกิดได้แก่ ถ่ายเหลวเป็นน้ำจำนวนมาก ถ่ายบ่อยเป็น 10-20 ครั้งต่อวัน อาการแบบที่สองพบได้บ่อยประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา Irinotecan และอาจมีความรุนแรงเกิดความดันต่ำ เกิดภาวะช็อค เสียชีวิตได้ถ้าแก้ไขไม่ทัน ปัจจุบันมีวิธีลดความรุนแรงของอาการท้องเสียโดยการให้ยาหยุดถ่าย ยาที่เป็นที่รู้จักและใช้บ่อยคือ ยา loperamide อาการข้างเคียง ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำเป็นสาเหตุให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงมีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าปกติ มักเกิดระหว่างวันที่ 21-29 หรือ 6-9 วันหลังได้รับยา Irinotecan ขึ้นอยู่กับขนาดการให้ยาและระยะเวลาการรักษา และอาการอื่นที่อาจพบได้แก่ ปากเปื่อย เหนื่อยเพลีย ท้องผูก ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน

มีการศึกษาอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของ Tournigand et al. (2004) พบว่าอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยมีดังนี้

1) อาการทางระบบประสาทส่วนปลาย ได้แก่ อาการชา รู้สึกเจ็บแปลบตามปลายมือ ปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง เนื่องจากมีการเสื่อมสลายของใยประสาทส่วนปลายและทำลายเซลล์ประสาทส่วนปลายรับความรู้สึกใน dorsal root ganglia ผู้ป่วยมักจะเริ่มมีอาการชาบริเวณปลายมือปลายเท้า ในผู้ป่วยบางรายอาจจะรู้สึกเหมือนเข็มตำแสบร้อนหรือปวดได้และมักจะมีอาการเริ่มจากปลายเท้าก่อน หลังจากนั้นจะมีความผิดปกติที่ปลายมือ ตรวจร่างกายจะพบการสูญเสียความรู้สึกทุกด้าน deep tendon reflex ลดลง หลังจากนั้นจะมีอาการอ่อนแรงบริเวณปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง ในช่วงแรกอาการอาจจะเป็นๆ หายๆ ได้แต่มักจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ตามจำนวนรอบครั้งของการรักษาและอาจจะป็นเรื้อรังได้แม้จะหยุดยาไปแล้ว (จิรวดี สถิตย์เรืองศักดิ์ และอรุณี เตชะพันธุ์กุล (2557)

2) ผลต่อระบบโลหิต โดยยาเคมีบำบัดจะทำลายไขกระดูกในร่างกาย ซึ่งมีหน้าที่ในการสร้างเม็ดเลือดทั้งเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือด ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้ง่าย หากมีการติดเชื้อซึ่งอาจรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ในบางครั้งอาจจำเป็นต้องใช้ยาที่กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาวเพื่อป้องกันหรือรักษาภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เกิดภาวะโลหิตจาง ส่งผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอกจากนี้ยังเกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ จะมีผลทำให้เลือดแข็งตัวช้าลงซึ่งอาจทำให้เลือดออกได้ง่ายหรือมีจุดเลือดออกตามร่างกาย (Dehghani et al., 2015)

3) อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) จะเกิดอาการภายใน 1-2 ชั่วโมงจนถึง 24 ชั่วโมงภายหลังได้รับเคมีบำบัดและอาจหายภายใน 36 ชั่วโมง เมื่อเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกายกระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทอันได้แก่ dopamine, muscarinic, cholinergic, serotonin, และ histamine ซึ่งสารเหล่านี้มีตัวรับอยู่บริเวณ chemoreceptor trigger zone เมื่อตัวรับได้รับการกระตุ้นจากสารสื่อประสาทจะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนก่อนได้รับเคมีบำบัดเนื่องจากความวิตกกังวลเรียกว่า Anticipatory nausea and vomiting ซึ่งอาการนี้เป็นการตอบสนองแบบมีเงื่อนไขที่เกิดจากการเรียนรู้มาก่อน มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดในครั้งก่อนแล้วมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก ดังนั้นการได้รับป้องกันการคลื่นไส้อาเจียนก่อนรับยาเคมีบำบัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Saif, Choma, Salamone, & Chu, 2009)

4) อาการท้องเสีย (Diarrhea) เคมีบำบัดจะผ่านเข้าสู่หลอดเลือดที่มาเลี้ยงเยื่อบุผนังลำไส้ ทำให้เกิดการทำลายผนังลำไส้อย่างเฉียบพลัน เกิดการตายของเซลล์ผนังลำไส้และลุกลามไปยังเยื่อบุกระเพาะอาหาร ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง เกิดอาการท้องเสียซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ (Dehydration) และขาดสารอาหาร ทำให้เกิดการสูญเสียความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เกิดภาวะกรดคั่งในร่างกาย (Acidosis) จะมีอาการคือ ผู้ป่วยจะหายใจเร็วและลึก (Kussmaul respiration) มีอาการของทางเดินระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้อาเจียน เกิดอาการของหลอดเลือดส่วนปลายขยาย ความดันโลหิตต่ำลง ตัวเย็น มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ การบีบตัวของหัวใจไม่ดี เนื่องจากมีโปแตสเซียมในเลือดสูงขึ้นจากภาวะกรดคั่ง ก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาท คือ ซึมไม่รู้สึกรู้ตัว (อรุณศรี เตชัสหงส์, 2545)

5) เยื่อบุช่องปากอักเสบ ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ต่อเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว โดยเฉพาะเซลล์เยื่อบุช่องปาก ทำให้เยื่อบุช่องปากบางลง เกิดการอักเสบ ทำให้เกิดบาดแผลในช่องปาก โดยผู้ป่วยมักเกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในวันที่ 3-7 ภายหลังได้รับเคมีบำบัดและเกิดแผลขึ้นที่ปากใน 3-5 วันต่อมา และอาการอาจคงอยู่นาน 2-3 สัปดาห์หลังได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะมีความไวต่อความร้อนหรือความเย็นของอาหาร อาหารรสจัด

ทำให้ปวดแสบปวดร้อนในปาก ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารเนื่องจากความเจ็บปวด มีโอกาสได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ (Saif et al., 2009)

6) ผมร่วง (Alopecia) ยาเคมีบำบัดมีคุณสมบัติทำลายเซลล์ทุกชนิด แต่จะทำลายเซลล์มะเร็งมากกว่าเซลล์ปกติ ดังนั้นเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด เซลล์ปกติของร่างกายจึงได้รับผลกระทบไปด้วย เซลล์ของรากผมเป็นเซลล์ที่ได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดเช่นกัน และเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวสูงกว่าเซลล์ปกติทั่วไป จึงได้รับผลกระทบได้ง่ายกว่าเซลล์ปกติอื่นๆ ยาเคมีบำบัดทำลายเซลล์ผมทำให้ผมบาง ผมเปราะง่าย และผมร่วงในที่สุด ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ซึ่งมักพบเกิดได้ประมาณในสัปดาห์แรกของการให้ยาเคมีบำบัด หรือในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังให้ยาอาการเหล่านี้จะหายไปและเส้นผมที่เคยหลุดร่วงไปก็จะกลับขึ้นมาเหมือนเดิม

### 1.9.3 รังสีรักษา (Radiation therapy)

รังสีรักษา คือ เทคนิคการใช้เอ็กซเรย์พลังงานสูงหรือ รังสีชนิดอื่นๆ ในการทำลาย หรือ ยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง เทคนิคการใช้รังสีรักษาแบ่งเป็น 2 รูปแบบใหญ่ๆ คือ การฉายรังสีระยะไกลและการฉายรังสีระยะใกล้ (Brachy therapy) การฉายรังสีระยะไกลโดยการฉายแสงจากภายนอกร่างกายผ่านเข้าไปยังก้อนมะเร็งซึ่งอยู่ภายใน เครื่องมือที่ใช้รักษา ได้แก่ เครื่องโคบอลต์-60, เครื่องเร่งอนุภาคอิเล็กตรอน หรือไลเนค (Linear Accelerator: LINAC) เป็นต้น ขณะฉายรังสี ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บปวดใดๆ เนื่องจากผลทางด้านรังสียังไม่เกิดขึ้นทันที แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีเป็นระยะเวลาหนึ่ง จึงจะเริ่มมีผลข้างเคียงหรือผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสี เช่น คลื่นไส้, อาเจียน, ผมร่วง, ผิวหนังมีสีคล้ำขึ้น เป็นต้น การฉายรังสีระยะใกล้ หรือ การใส่แร่ เป็นการรักษาโดยใส่แร่ปริมาณสูงแบบชั่วคราวหรือถาวรเข้าไปที่เนื้อเยื่อ หรือโพรงอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย แร่ที่ใช้ในการรักษามะเร็ง ได้แก่ แร่อิริเดียม-192, แร่ซีเซียม-137,เรเดียม, ไอโอดีน, อีร์เดียม, โคบอลต์, คาลิฟอร์เนียม เป็นต้น การฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้นไม่นิยมใช้เนื่องจากแพทย์จะพิจารณาให้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่หรือกรณีมะเร็งลุกลามมาก ไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด

#### 1.10 แนวปฏิบัติการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในปัจจุบันมักจะใช้รักษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูง, กลุ่มที่มีการกระจายหรือคาดว่าจะมีการกระจายของเซลล์มะเร็ง และในรายที่เป็นระยะที่ 3 ระยะที่ 4 โดยจะเริ่มภายในประมาณ 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด (อาคม ชัยวีระวัฒน์, เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน, อนันต์ กรลักษ์ณ์ และธีรวิฑูมิ คุณะเปรมะ,(2552) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบ่งตามระยะของโรคมะเร็งดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2548)

- 1) ระยะที่ 1 (T1-2 No Mo) ไม่มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา
- 2) ระยะที่ 2 การให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาไม่ได้เป็นการรักษามาตรฐาน ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น คือ มะเร็งลุกลามถึงชั้นใต้เยื่อบุลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้านนอก (subserosa) แต่ไม่ผ่านเยื่อบุผิวด้านนอกหรือมะเร็งทะลุผ่านกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (muscularis propria) เข้าสู่เนื้อเยื่อโดยรอบซึ่งไม่มีเยื่อช่องท้องปกคลุม (T3) ที่มีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้คือ Poorly differentiated หรือ Undifferentiated tumor, Lymphatic หรือ Vascular invasion, Tumor obstruction, Tumor perforation, Resected lymph node less than 12 nodes ควรพิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy ร่วมด้วย 2) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ได้แก่ T4 lesion, T3 with localized perforation, Positive margin หรือ closed marginและอาจพิจารณาให้รังสีรักษาเฉพาะราย
- 3) ระยะที่ 3 ควรพิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy ทุกรายยกเว้นในกรณีที่มีข้อห้ามหรือสภาพร่างกายไม่เหมาะสม
- 4) ระยะที่ 4 (any T any N M1) ในกรณีที่มีการแพร่กระจายไปยังตับและสามารถผ่าตัดส่วนที่มีการแพร่กระจายไปยังตับออกได้หมด (Curative resection) อาจพิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy การผ่าตัดส่วนที่มีการแพร่กระจายไปยังตับนั้นอาจผ่าตัดพร้อมกับการผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หรือผ่าตัดภายหลังภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ แต่ถ้าไม่สามารถผ่าตัดส่วนที่มีการแพร่กระจายไปยังตับออกได้ (Unresectable liver metastasis) อาจพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดแล้วดูการตอบสนองของก้อนมะเร็ง ถ้าตอบสนองดีอาจทำการผ่าตัดได้ในภายหลัง หรือ พิจารณาให้ Palliative care ในกรณีที่มีการแพร่กระจายและไม่สามารถผ่าตัดได้ พิจารณาให้ Palliative chemotherapy หรือ Palliative care

### 1.11 ผลกระทบที่เกิดจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

1.11.1 ด้านร่างกาย การผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไปเกิดความไม่สุขสบาย ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ในบางครั้งอุจจาระรั่วซึมออกมานอกอุ้งรองรับอุจจาระ ทำให้ผิวหนังรอบๆทวารเทียมเกิดการระคายเคือง อาจมีการบาดเจ็บและการกระทบกระเทือนต่อช่องเปิดลำไส้ อาจเกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง ภายหลังการผ่าตัดได้ อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นอาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้ อาเจียน การมีเม็ดเลือดขาวต่ำ และเม็ดเลือดแดงลดลงหลังจากได้ยาเคมีบำบัด การมีน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากความอยากอาหารที่ลดลง การอักเสบของเยื่อช่องปากและทางเดินอาหาร ยาเคมีบำบัดบางชนิดมีผลเสีย



ต่อกล้ามเนื้อหัวใจส่งผลให้ประสิทธิภาพในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เหล่านี้ส่งผลต่อทำให้ทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายลดลงโดยนำไปสู่ความพิการและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.11.2 ด้านจิตใจ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผู้ป่วยรู้ตัวว่าจะต้องเข้ารับฉายาอูจาระทางหน้าท้อง ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล หวาดกลัว กลัวเจ็บ กลัวถูกรังเกียจ หลังผ่าตัดผู้ป่วยบางคนอาจจะไม่ยอมรับโคลอสโตมี จะแยกตัวจากสังคม ผู้ป่วยบางคนแสดงความรังเกียจ ทวารเทียม ปฏิเสธที่มองรูปเปิดของตน ผู้ป่วยบางรายแสดงอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ท้อแท้ หดหู่ เบื่อหน่าย และไม่อยากมีชีวิตอยู่ นอกจากนี้ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการรักษา และการรอดชีวิต ครอบครัวญาติพี่น้อง อากาศข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด วิธีการตรวจรักษา สภาพความเป็นอยู่ในโรงพยาบาล การเงิน การงาน ภาวะสุขภาพ เนื่องจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์กับเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เช่น เซลล์รากผม ทำให้เกิดภาวะผมร่วงซึ่งไม่ได้เป็นอันตรายต่อชีวิต แต่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง การเป็นภาระต่อผู้อื่น และเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกในชีวิตลดลง

1.11.3 ด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยการเป็นโรคมะเร็งและการรักษาทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง รวมทั้งขณะนั้นการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพการงานได้หรือความสามารถในการทำงานลดลง ทำให้ผู้ป่วยขาดรายได้หรือรายได้จากการทำงานลดลง รวมทั้งต้องลาออกจากการทำงาน ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมตามมา

## 2. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดนั้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจาก การมีทวารเทียมทางหน้าท้องทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตจากการที่แบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้เหมือนเช่นเคย การมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ และมีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ (Krouse et al., 2007) อีกทั้งยังต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งองค์รวม (Kuo & Ma, 2002) พยาบาลในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงต้องมีบทบาทที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น (Padilla and Grant, 1985) โดยพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดดังนี้

## 2.1 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมก่อนได้รับเคมีบำบัด

2.1.1 ประเมินความพร้อมของร่างกาย โดยซักถามประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประวัติการรับประทานยา ประเมินลักษณะทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม ตรวจวัดสัญญาณชีพ ติดตามและประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

### 2.2 ให้ข้อมูลความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยและญาติในเรื่องต่อไปนี้

#### 2.2.2.1 อธิบายขั้นตอนการให้ยาเคมีบำบัด

2.2.2.2 อธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้เคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังนี้

2.2.2.2.1 ประเมินความเสี่ยงของการเกิดผลข้างเคียงต่อระบบประสาทของผู้ป่วยก่อนให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ มีโรคเบาหวานร่วม ภาวะขาดสารอาหาร พิษสุราเรื้อรัง โรคประจำตัวทางเส้นประสาทเดิม เนื่องจากยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้าได้ แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการการรับรู้ของฝ่ามือฝ่าเท้าที่ผิดปกติไป เช่น ชา หรือรู้สึกเหมือนมีของแหลมมาทิ่มตำ ไม่รับรู้ความรู้สึกสัมผัส ไม่รับรู้อุณหภูมิ บางครั้งอาจมีอาการปวดร่วมด้วย แนะนำการดูแลความสะอาดฝ่ามือฝ่าเท้า นวด สวมถุงมือถุงเท้าเพื่อความอบอุ่นและเพิ่มการไหลเวียนเลือด

2.2.2.2.2 แนะนำการป้องกันการติดเชื้อจากการที่มีเม็ดเลือดขาวลดลง และแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกง่าย เช่น มีจุดจ้ำเลือด บริเวณผิวหนัง เลือดออกตามไรฟัน อุจจาระหรือปัสสาวะปนเลือด มีเลือดออกบริเวณทวารเทียม แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาด ร่างกายทั่วไป ปากฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนที่ปรุงสุก สะอาด หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเชื้อหรือการได้รับเชื้อจากบุคคลอื่น เช่น คนเป็นหวัด หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่แออัดเช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า หรือหอประชุม เป็นต้น หมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

2.2.2.2.3 ยาเคมีบำบัดอาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจเกิดขึ้นเฉียบพลัน (Acute) ภายใน 2-3 นาที ถึง 1-2 ชั่วโมง หลังจากให้ยาเคมีบำบัดหรืออาการอาจเกิดขึ้นหลังจากให้ยาเคมีบำบัด อาการจะคงอยู่นานประมาณ 3-5 วัน โดยผู้ป่วยจะได้รับยาเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนก่อนได้รับยาเคมีบำบัดและเมื่อกลับบ้านแพทย์จะให้ยาเม็ดป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยรับประทานยาก่อนอาหาร 1 ชั่วโมงแล้วจึงรับประทานอาหารอ่อนๆ โดยรับประทานอาหารทีละน้อยๆซ้ำแต่บ่อยครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะอาหารแน่นเกินไป จนเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัดเย็นจัดหรือร้อนจัด เป็นต้น

2.2.2.2.4 ยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการท้องเสียได้ เมื่อมีอาการท้องเสียบรรเทาอาการโดยรับประทานอาหารอ่อนที่ย่อยง่าย สุกสะอาดมีกากและเส้นใยน้อย แต่มีโปรตีนและแคลอรีสูง รับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงการดื่มนมสดและอาหารหรือ

เครื่องตีที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร แนะนำให้งดรับประทานอาหารที่ กระตุ้นการเคลื่อนไหวของกระเพาะ ลำไส้ เช่น ข้าวกลิ้ง อาหารอย่างปิ้ง น้ำผลไม้ ผักดิบ ถั่ว เครื่องตี และอาหารที่มีคาเฟอีน ควรสังเกตจำนวน ลักษณะ ความถี่ของการถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน ถ้ามีมากต้องรีบมาพบแพทย์

2.2.2.2.5 ประเมินช่องปากผู้ป่วยเนื่องจากยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้รับนั้นอาจทำให้เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้ ให้ผู้ป่วยอม น้ำแข็งก้อนให้ยา 5 นาทีและตลอดเวลาการให้ยา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ และนำ นวัตกรรมสุขภาพเยื่อช่องปากด้วยตนเอง โดยสังเกตเยื่อในช่องปาก เหงือก รอยแดง จุดฝ้าขาว มีมากขึ้นหรือไม่ ทำความสะอาดปากฟันอย่างถูกวิธีภายหลังรับประทานอาหารทุกมื้อด้วยแปรงสีฟันที่มีขน นุ่มและยาสีฟันควรเป็นชนิดที่ไม่มีส่วนผสมของสารที่ระคายช่องปาก และบ้วนปากด้วย 0.9% NSS ทุก 1 - 2 ชั่วโมง แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เย็นจัด ร้อนจัด ไม่ควรสูบบุหรี่ เคี้ยวยาสูบ หรือตีเครื่องตีแอลกอฮอล์

2.2.2.2.6 แนะนำเรื่องการดูแลผมและหนังศีรษะเนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลทำให้ผมร่วงทันทีหรือภายใน 7-14 วัน ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับ ควรใช้แชมพูอ่อน ๆ สระผม ไม่ควรตัดผม รัดผม หรือหวีผมแรง ๆ หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาและสารเคมี เช่น ย้อมผม ตัดผม การฉีดสเปรย์ผม แนะนำให้จัดหาผ้าโพกศีรษะ หมวก ผมปลอมเตรียมไว้

2.2.2.2.7 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามพูดคุยและตอบ คำถามตามบทบาทของพยาบาล ให้กำลังใจและกระตุ้นผู้ป่วยให้พร้อมรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2.2.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้ถ่ายเทของเสียออกจากถุงรองรับอุจจาระก่อนได้รับยาเคมีบำบัด และเมื่อมีอุจจาระมากกว่าครึ่งหนึ่งหรือหนึ่งในสามของถุง

## 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมขณะได้รับเคมีบำบัด

2.2.1 ตรวจวัดสัญญาณชีพ

2.2.2 เลือกตำแหน่งของเส้นเลือดที่เหมาะสมสำหรับวิธีการบริหารยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ไม่ใช่เส้นเลือดเก่า (ใช้นานกว่า 24 ชั่วโมง) หลีกเลี่ยงตำแหน่งของเส้นเลือดบริเวณ ข้อมือด้านในหลังมือ หรือบริเวณที่เป็นศอก เพราะมีเส้นเลือดฝอยและเอ็น

2.2.3 ฝ้าสังเกตอาการผิดปกติในช่วง 10-15 นาทีแรกและตรวจเยี่ยมทุก 30 นาที จนหายหมดเพราะอาจเกิดการแพ้ยา หรือ Hypersensitivity reaction ผู้ป่วยจะมีอาการ แน่นหน้าอก, หน้าแดง (flushing), ผื่นขึ้นตามตัว, หายใจลำบาก (Bronchospasm), หรือชนิดที่รุนแรงที่สุดคือ Anaphylactic shock ส่วนใหญ่อาการมักเกิดขึ้นภายในไม่กี่นาทีแรกหลังเริ่มให้ยา ดังนั้น การให้ยาเคมีบำบัดควรเริ่มให้ทางหลอดเลือดดำช้า ๆ โดยเฉพาะภายใน 10 นาทีแรก และเฝ้าระวังอาการดังกล่าวอย่างใกล้ชิด ถ้ามีอาการผิดปกติให้หยุดยาและรายงานแพทย์ทันที

2.2.4 ประเมินการรั่วของยาออกนอกเส้นเลือด โดยตรวจสอบการไหลกลับของเลือด ก่อนให้ยา หมุนข้อต่อระหว่างเข็มและสายยางให้แน่นเพื่อป้องกันการหลุดเลื่อน เตรียม dressing ชนิดใส เพื่อให้สามารถมองเห็นผิวหนังตำแหน่งที่ให้ยาได้ชัดเจน ตรวจสอบตำแหน่งของเข็มทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของการรั่วหรือการหลุดเลื่อนของเข็ม และแนะนำผู้ป่วยให้สังเกต อาการและอาการแสดงของการหลุดเลื่อน การรั่ว อาการปวดบวมแดงบริเวณตำแหน่งที่ใส่ยาหรือเข็ม หากมีอาการดังกล่าวให้รีบแจ้งพยาบาล

## 2.3 การพยาบาลในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

2.3.1 แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ ถ้าพบติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพบแพทย์ก่อนวันนัด

2.3.1.1 มีไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส ไอ มีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ

2.3.1.2 มีเลือดกำเดาออก พบจุดหรือจ้ำเลือดออกตามตัว

2.3.1.3 คลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง

2.3.1.4 ผิวหนังรอบทวารเทียมเป็นแผลเปื่อยและอักเสบ ช่องเปิดติบหรือ ลำไส้ยื่นมากผิดปกติ ท้องเสียรุนแรงมาก อุจจาระเหม็นผิดปกติ ช่องเปิดลำไส้บวม เป็นสีดำคล้ำ มีเลือดออกมาก

2.3.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมาตรวจและรับยาเคมีบำบัดตามนัด โดยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และครอบครัวเรื่องความสำคัญของการมารับยาเคมีบำบัดตามนัด เพราะจะช่วยให้สามารถควบคุม การแพร่กระจายของโรค ลดความรุนแรงของโรคได้ หากไม่สามารถมาตามนัดได้ ควรแจ้งแพทย์ พยาบาล เพื่อพิจารณาเลื่อนการรักษาและไม่ควรหยุดการรักษาเอง และให้ความรู้ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัดและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อ การวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีการสื่อสารกันอย่างต่อเนื่องทั้งจากตัวผู้ป่วยครอบครัวและทีม สุขภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนการดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ ร่วมมือในการรักษาตามมา

## 3. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพปกติหรือเจ็บป่วย การมีคุณภาพชีวิตที่ดียังเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรของประเทศต่างๆ ถ้าบุคคลมี คุณภาพชีวิตที่ดีการพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะทำให้ดีและรวดเร็วขึ้น สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีย่อมเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนา ดังนั้น

ในงานวิจัยนี้จะอธิบายเรื่องความหมายของคุณภาพชีวิต องค์ประกอบ การประเมินและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

**3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต** คุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาสถานที่ และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณีวัฒนธรรมแตกต่างกัน มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้มากมายซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุก ความพึงพอใจ รวมถึงความสุขในชีวิต ดังรายละเอียด

จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2535) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่าและชีวิตที่มีความหมาย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน(2539) ได้ให้ความหมายไว้ว่าคุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนชีวิตให้ความหมายว่าหมายถึง ความเป็นอยู่ตรงข้ามกับความตาย แต่ไม่ได้กล่าวรวมในความหมายของคุณภาพชีวิตดังนั้นสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลขณะมีชีวิตอยู่

นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส (2552) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความเชื่อมโยงกันระหว่างองค์ประกอบหลายอย่าง และเกี่ยวข้องกับแต่ละบุคคล ซึ่งสรุปได้ว่า เป็นการสะท้อนให้เห็นผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพ และความผาสุกของบุคคลหนึ่ง

วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร (2554) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ามีความสามารถในการทำหน้าที่ หรือมีความผาสุกในมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต

Burckhardt (1985) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็น การที่บุคคลรับรู้คุณภาพในชีวิตตนเองว่าดี มีความพึงพอใจในชีวิต แต่ละบุคคลมีภาวะสุขภาพกายและด้านวัตถุดี (physical and material well-being) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม/ชุมชน/สังคมในกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งแต่ละบุคคลมีการพัฒนาตนเอง, การทำให้บรรลุผลและการหาเวลาพักผ่อน

Padilla and Grant (1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

Ferrans and Powers (1992) กล่าวว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุกที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งที่บุคคลนั้นเห็นว่ามีค่าสำคัญต่อตนเอง

World Health Organization (1993) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็น การรับรู้ ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

Cella (1994) หมายถึง การประเมินของบุคคลและความพึงพอใจต่อระดับการทำหน้าที่ในด้านต่างๆเมื่อเปรียบเทียบกับระดับที่ตนคาดหวังว่าควรจะได้ โดยการประเมินจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้น

Ferrell (1995) กล่าวว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุกด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตได้ว่าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดถึงความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และสังคม

**3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต**คุณภาพชีวิตสามารถจำแนกได้หลายองค์ประกอบ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดและองค์ประกอบซึ่งหลากหลายจากนักทฤษฎีดังนี้

Padilla and Grant (1985) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวาร เทียมทางหน้าท้องและได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตมี 6 องค์ประกอบคือ

1) ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being) ได้แก่ ความแข็งแรง ของร่างกาย การมีกำลังวังชา ความสามารถประกอบอาชีพได้ และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่พึง ประสงค์ได้

2) ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) ได้แก่ ความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตโดยทั่วไป ความพึงพอใจในการรับประทานอาหารและการนอนหลับ

3) ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (body image concerns) ได้แก่ ความสามารถมองทวารเทียมบริเวณหน้าท้องของตนเอง แนวโน้มความวิตกกังวล และ ความสามารถในการปรับตัวอยู่ร่วมกับลินของทวารเทียม

4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม (social concerns) ได้แก่ การรับรู้ ปฏิกริยาจากบุคคลในสังคม ความกลัวการปฏิเสธจากสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมต่อการมี ารุเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา (diagnosis/treatment: surgical) ได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บปวด ความสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้หลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม ทางหน้าท้อง

6) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ (diagnosis/treatment: nutritional) ได้แก่ การรับรู้ความอยากอาหารหลังผ่าตัด ความพึงพอใจในน้ำหนักตัวหลังผ่าตัด

Ferrans and Powers (1992) กล่าวว่า เป็นความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในชีวิต ในมิติหรือองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (health and functioning domain) ได้แก่ ภาวะสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพของบุคคล ภาวะพึ่งพิงด้านร่างกาย การตอบสนองของร่างกาย อาการหรือภาวะไม่สุขสบายต่างๆ การปฏิบัติกิจกรรม เพศสัมพันธ์ และการทำงานอดิเรก
- 2) สังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic domain) ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ รายได้ ที่อยู่อาศัย อาชีพ การศึกษา เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และการสนับสนุนด้านอารมณ์
- 3) จิตใจและจิตวิญญาณ (psychological / spiritual domain) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิต ความรู้สึกต่อตนเอง เป้าหมายในชีวิต ความเชื่อทางศาสนา
- 4) ครอบครัว (family domain) ความสุขในครอบครัว คู่สมรส บุตรและ ภาวะสุขภาพของคนในครอบครัว

Cella (1993) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

- 1) ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical Well-Being) การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการรักษาต่อร่างกาย เช่น อาการที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงจากการรักษา ความรู้สึกไม่สบาย การรับภาระต่าง ๆ ของครอบครัวที่เป็นผลกระทบจากการรักษาต่อสภาพร่างกาย
- 2) ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม (Social and Family Well-Being) การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับความกำลังใจจากครอบครัว และการยอมรับความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ความพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว ความรู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครองหรือคนสำคัญ ความพึงพอใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์
- 3) ความผาสุกด้านอารมณ์ (Emotional Well-Being) การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกเศร้าใจ ความรู้สึกหมดหวังกับการต่อสู้กับการเจ็บป่วย ความรู้สึกกระวนกระวายใจ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและกังวลเกี่ยวกับความตาย
- 4) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional Well-Being) การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการทำงานทั่วไปได้ ความพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน การพึงพอใจในชีวิต การนอนหลับเพียงพอ มีความสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสำเร็จ ความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตน

Ferrell (1998) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 4 ด้านคือ

1) ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being and symptoms) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุมหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย

2) ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) เป็นการหาวิธีที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ในด้านการเผชิญความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้

3) ความผาสุกด้านสังคม (social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และบทบาททางสังคม

4) ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ได้แก่ การมีความหวังและความเชื่อของบุคคลทางศาสนา หรือแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณของบุคคล

จากความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดตามแนวคิดของ Padilla and Grant (1985) ดังต่อไปนี้

1) ความผาสุกด้านร่างกาย ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถประกอบอาชีพได้ และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้

2) ความผาสุกด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ถึงความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต

3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกายของตนเอง และสามารถปรับตัวกับการมีทวารเทียมและสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้

4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ได้แก่ การรับรู้ถึงปฏิกิริยาจากบุคคลในสังคมที่มีต่อตนเอง ความกลัวการปฏิเสธจากสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และความต้องการความเป็นส่วนตัว

5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ได้แก่ การรับรู้ถึงอาการปวด ความรุนแรงของการเจ็บปวด ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

6) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ได้แก่ ความรู้สึกอยากรับประทานอาหาร ความเพียงพอในการรับประทานอาหาร หลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด



### 3.3 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

คุณภาพชีวิตเป็นโครงสร้าง (Construct) ที่ประกอบขึ้นด้วยหลายแนวความคิด (Concept) ได้แก่ สุขภาพด้านกายภาพ (Physical health) สุขภาพด้านจิตใจ (mental health) สุขภาพด้านสังคม (social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health) คุณภาพชีวิตที่ดีไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรค แต่หมายถึงการมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยทั่วไป เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสามารถจัดประเภทตามกลุ่มประชากรสามารถแบ่งได้เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป และแบบเฉพาะกับโรคหรือภาวะสุขภาพใดภาวะหนึ่ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 3.3.1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (General quality of life measures)

เป็นเครื่องมือวัดแบบทั่วไป (generic instrument) ซึ่งไม่จำกัดอายุ เพศ หรือภาวะโรคที่เป็น ข้อดีของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป คือสามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตในมิติต่างๆ และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆได้ ข้อเสียคือ มีความไว (responsiveness) ต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือสุขภาพค่อนข้างต่ำ เนื่องจากเครื่องมือเหล่านี้ไม่เฉพาะต่อโรคใดโรคหนึ่งหรือสภาวะใดสภาวะหนึ่ง ตัวอย่างของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปเช่น

##### 3.3.1.1 Short Form Health Survey-36 (SF-36) เป็นหนึ่งเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย SF-36 เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดย Ware และคณะ (Ware & Sherbourne, 1992) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพโดแบ่งเป็น 8 มิติ (Dimension) รวม 36 ข้อ คือ มิติ Physical Functioning (PF), Role Limitations due to Physical problems (RP), Social Functioning (SF), Role Limitations due to Emotional problems (RE), Bodily Pain (BP), General Mental Health (MH), Vitality (VT) และ General Health Perceptions (GH) รวมทั้งคำถามเปรียบเทียบสุขภาพ (Reported Health Transition) อีก 1 ข้อ รวมทั้งสิ้น 36 ข้อ แต่ละคำถามจะถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา และตัวเลือกตอบแต่ละคำถามเป็นแบบ likert scale คะแนนของแต่ละมิติจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 100 ความหมายของคะแนนสูงคือการมีสุขภาพดีคะแนนต่ำแสดงถึงระดับสุขภาพที่ด้อยกว่าหรือแย่กว่า ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ของแบบสอบถาม SF-36 ในแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0.63-0.76

##### 3.3.1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EuroQOL (EQ-5D) เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ซึ่งพัฒนาขึ้นมาโดย Brooks (1996) ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 มิติ คือ การเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

(usual activities) ความเจ็บปวดและการไม่สุขสบาย (pain/discomfort) และความวิตกกังวลและความซึมเศร้า (anxiety/depression) แต่ละมิติจะมีตัวเลือกอยู่ 3 ระดับคือไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลาง และมีปัญหาอย่างมาก ค่าคะแนนอยู่ในช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 ซึ่ง 0 หมายถึงสภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดและ 100 หมายถึงสภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด

3.3.1.3 Health Utility Index (HUI) พัฒนาโดย Horsman, Furlong, Feeny, and Torrance (2003) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายคือ HUI3 จะแบ่งคำถามออกเป็น 8 มิติ คือ การมองเห็น (vision) การได้ยิน (hearing) การพูด (speech) การเดิน (ambulation) ความคล่องตัว (dexterity) อารมณ์ (emotion) การรับรู้ (cognition) ความปวด (pain) ซึ่งจะให้คะแนนในช่วง 0-1 โดย 0 หมายถึง ความตาย (Death) และ 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (full health)

**3.3.2 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ (Disease-specific quality of life measures)** ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจำเป็นต้องมีการประเมินคุณภาพชีวิต พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและต้องให้การดูแลแบบองค์รวม จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินคุณภาพชีวิต (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งเริ่มพัฒนาจากการวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของ Karnofsky Performance Status (KPS) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยนายแพทย์ David A. Karnofsky และ นายแพทย์ Joseph H. Burchenal (1949) เครื่องมือดังกล่าวประเมินเฉพาะมิติด้านร่างกาย ซึ่งไม่ครอบคลุมมิติคุณภาพชีวิตทั้งหมด จึงมีการศึกษาพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้นโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ แบบทั่วไปซึ่งใช้ได้กับมะเร็งทุกชนิด และแบบวัดคุณภาพชีวิตมะเร็งเฉพาะประเภท ทำให้มีความเที่ยงตรงและไวต่อการเปลี่ยนแปลงมากยิ่งขึ้น

#### 3.3.2.1 แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ใช้ในโรคมะเร็งโดยทั่วไป เช่น

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) พัฒนาโดย Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, and Macmillan (1991) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่มักนำมาใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) เป็นผู้ประเมินอาการต่างๆที่มี ณ เวลาที่ประเมิน อาการที่ ประเมินในแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลียอาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) quality of life questionnaire (QOL) ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง เครื่องมือได้รับการพัฒนาโดย Aaronson, Bullinger,

and Ahmedzai (1988) มีการแปลเป็นภาษาต่างๆมากกว่า 80 ภาษารวมทั้งภาษาไทยด้วยและมีค่าความแม่นยำระหว่าง 0.64-0.89 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อที่ประกอบด้วยการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม ในส่วนของการประเมินการทำงาน 5 กลุ่ม คือ ด้านร่างกาย ด้านบทบาท ด้านความคิด ด้านอารมณ์และด้านสังคม การประเมินกลุ่มอาการ 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย อาการปวด และอาการคลื่นไส้อาเจียน การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมและการประเมินอาการเดี่ยว 6 อาการ ประกอบด้วยอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งคือ อาการเหนื่อย อาการเบื่ออาหาร อาการนอนไม่หลับ อาการท้องผูก และอาการถ่ายเหลว รวมถึงการประเมินสภาวะทางการเงินของผู้ป่วยที่เป็นผลจากตัวโรคและการรักษาด้วย

แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Thai version ซึ่งสร้างตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella (1997) เป็นแบบประเมินการรับรู้ความทุกข์ มี 27 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้านคือ ความผาสุก ด้านอารมณ์ ด้านการทำหน้าที่ ด้านร่างกาย และด้านสังคม ลักษณะการเลือกตอบใช้การประเมินค่า 5 ระดับ รวมคะแนนรายด้านและคะแนนรวมทุกข้อ คะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 466 ราย ผลการทดสอบคุณสมบัติด้านความเที่ยง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในของแบบวัดทั้งฉบับอยู่ในระดับดี ( $\alpha=.89$ ) ส่วนมิติย่อยอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ( $\alpha=.65-.82$ ) ความเที่ยงของแบบทดสอบซ้ำอยู่ในระดับดี ( $r=.92$ ) วรชัย รัตนธรรธร แม้นมมา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล (2001) นำมาแปลและทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งคนไทย 364 ราย พบว่า FACT-Gฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงอยู่ในระดับดี ( $\alpha=.75-.90$ ) มีความตรงเชิงจำแนกเมื่อทดสอบโดยใช้กลุ่มที่มีคุณสมบัติที่ต้องการวัดอย่างเด่นชัดกับกลุ่มที่ไม่มีคุณสมบัตินั้นๆและมีความตรงเชิงโครงสร้างเมื่อทดสอบด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ

### 3.3.2.1 แบบวัดคุณภาพชีวิตมะเร็งเฉพาะประเภท เช่น

FACT-B ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม พัฒนาโดย Cella และคณะ (1993) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1) ส่วนคุณภาพชีวิตทั่วไป (General QOL: FACT-G) มีคำถาม 27 ข้อ แบ่งย่อยเป็น 4 รายด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย 7 ข้อ; ด้านการปฏิบัติกิจกรรม 7 ข้อ; ด้านสังคม/ครอบครัว 7 ข้อ; และด้านอารมณ์ 6 ข้อ; และ 2) ส่วนคำถามเจาะจงสำหรับโรคมะเร็งเต้านม (Breast Cancer Subscale: BCS) 9 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0-4 ตั้งแต่ไม่มีปัญหาเลย (0) จนถึงมีมากที่สุด (4) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-144 คะแนน ค่าคะแนนสูงบ่งชี้ถึงภาวะคุณภาพชีวิตที่ดี มีค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือเท่ากับ .87

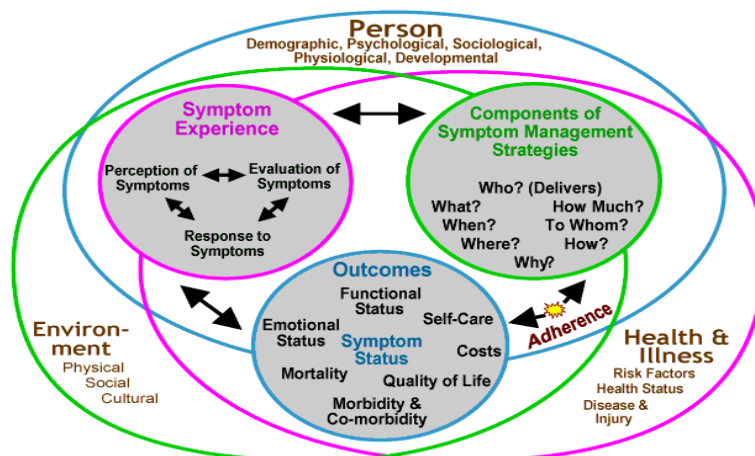
Twenty-three item QLI for colostomy patients เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นโดย Padilla and Grant (1985) เริ่มสร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตขึ้นในปี ค.ศ.1983 และต่อมาใน ค.ศ.1985 ได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาพัฒนาเป็นครั้งที่สองเพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามในด้านบวก 16 ข้อ ข้อคำถามในด้านลบ 7 ข้อและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำนวน 135 ราย เมื่อนำมาวิเคราะห์หาความตรงตามโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่ามี 6 องค์ประกอบคือ 1) ความผาสุกด้านร่างกาย 2) ความผาสุกด้านจิตใจ 3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ 4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา 6) ภาวะโภชนาการ และได้ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ระหว่าง 0.48-0.90 และต่อมา Hanucharumkul (1988) ได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) ดังกล่าวมาแปลและดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับคนไทยประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 112 ราย และได้หาคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.89

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตพบว่าเครื่องมือของ Padilla and Grant (1985) ซึ่งได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง มีความครอบคลุมในทุกด้านและสอดคล้องกับกลุ่มประชากรผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ได้แก่ ด้านความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being) ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (body image concerns) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม (social concerns) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา (diagnosis/treatment: surgical) และการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ (diagnosis/treatment: nutritional) จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในงานวิจัยนี้

#### 4. แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)

แบบจำลองการจัดการกับอาการมุ่งเน้น 3 แนวคิดหลักคือ แนวคิดประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ แนวคิดกลวิธีการจัดการกับอาการ และแนวคิดผลลัพธ์จากอาการ ซึ่งเป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยและการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ในคณะ แบบจำลองนี้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติและการวิจัย และถูกนำไปใช้ในการศึกษามากมาย ในบริบทต่างๆกัน จากนั้นในปี ค.ศ. 2001 ได้มีการพัฒนาแบบจำลองการจัดการกับอาการโดยเน้นถึงปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และปัจจัย

ด้านสุขภาพที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์จากอาการ นอกจากนี้ยังกล่าวถึงแนวคิดความร่วมมือในการรักษา (Adherence) ที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างกลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์จากอาการ Dodd et al. (2001)



ภาพที่ 1 แสดงไดอะแกรมแสดงแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ Dodd et al. (2001)

มโนทัศน์ในแบบจำลองการจัดการกับอาการนั้น ประกอบด้วย ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ผลลัพธ์ของอาการ (Symptom outcomes) โดยอาการนั้นมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ โดยเมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้ว มักมีความรุนแรง ก่อให้เกิดความรู้สึกทรมาน และรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย นำไปสู่ปัญหามากมายเช่น การทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ลดลง ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตลดต่ำลง นอกจากนี้ยังทำให้บุคคลรอบข้างรู้สึกเป็นทุกข์ไปด้วย ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการและการจัดการกับอาการ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและให้ความช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในการประเมินอาการ จัดการกับอาการ และติดตามผลลัพธ์การจัดการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยแบบจำลองการจัดการกับอาการอยู่บนข้อตกลงพื้นฐาน 5 ข้อได้แก่

- 1) การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการเป็นของแต่ละบุคคล และเป็นการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง
- 2) อาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเนื่องจากผลของตัวแปร เช่น การทำงานที่เป็นอันตรายและกลวิธีในการจัดการกับอาการอาจเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการ

3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และอธิบายการมีประสบการณ์ โดยมีการแปลความหมายผ่านทางครอบครัวหรือผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกันกับการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด

4) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการอาจจะมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

5) การจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเอง โดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วย หรือสิ่งแวดล้อม

มโนทัศน์ในแบบจำลองการจัดการกับอาการนั้น ประกอบด้วย ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ผลลัพธ์ของอาการ (Symptom outcomes) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience)** เป็นประสบการณ์ที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นกระบวนการที่ต้องผ่านการคิดรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการจึงเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ ซึ่งจะนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม ดังนั้นการเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการ หมายถึง การที่บุคคลสังเกตพบว่าตนเองมีอาการหรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การรับรู้เป็นการแปลความของข้อมูลผ่านกระบวนการคิดรู้ของบุคคล โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากการรักษา หรือปัจจัยทางด้านบุคคล ซึ่งการรับรู้อาการนั้นมีความซับซ้อน ถ้าการรับรู้ถึงอาการของผู้ป่วยและทีมบุคลากรทางการแพทย์มีความสอดคล้องตรงกัน ก็จะได้รับจัดการที่มีความเหมาะสม

1.2 การประเมินผลของอาการ หมายถึง การตัดสินใจที่ตนเองนั้นกำลังเผชิญอยู่การประเมินเป็นการสะท้อนคุณลักษณะของประสบการณ์ที่ผู้ป่วยมีต่ออาการของโรคซึ่งเกิดจากปัจจัยอันซับซ้อน นอกจากนี้ยังรวมถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งที่เกิดอาการ ลักษณะของอาการที่เป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร ความบอ้ยของอาการ ความสัมพันธ์กับการไร้สมรรถนะ และการประเมินถึงสิ่งที่คุกคามต่ออาการ เช่น สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการผิดปกติ ความรุนแรงและความบอ้ยของอาการที่เกิดขึ้น หรือผลกระทบของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นต้น ในแต่ละบุคคลการ

ประเมินผลของอาการอาจจะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งทำให้การประเมินผลของแต่ละบุคคลมีไม่เท่ากัน

1.3 การตอบสนองต่ออาการ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปอันมีผลมาจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค บุคคลจะมีอาการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางด้านพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านร่างกาย เป็นลักษณะอาการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพเช่น อาการนอนไม่หลับ มีรอบประจำเดือนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีอาการใจสั่น มีการตอบสนองทางด้านจิตใจ สะท้อนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ ทศนคติหรือกระบวนการคิด เช่น มีอารมณ์แปรปรวนง่าย มีความสนใจ หรือมีความตั้งใจลดลงหรืออึดอัดมนต์ทัศน์เปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางด้านพฤติกรรม เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกที่มีต่ออาการเปลี่ยนแปลง หรือ ความรู้สึกที่มีต่ออาการของโรค ซึ่งจะรวมไปถึงการสื่อสาร การแสดงออกทางท่าทางหรือการพูด เช่น การตะโกน การร้องไห้ การมีท่าทีที่สับสน การหลีกเลี่ยงสังคม หรือความสามารถในการทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป

2. กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ในแบบจำลองการจัดการกับอาการ มีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านลบ หรือ ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านลบซ้ำที่สุด เพราะฉะนั้นเป้าหมายจึงคือเพื่อควบคุมอาการที่เกิดขึ้น โดยการควบคุมอาการที่เกิดขึ้นนั้นต้องใช้กลยุทธ์ในการดูแลตนเอง กลยุทธ์ที่อาศัยบุคลากรทางการแพทย์และการใช้ยาในการรักษา กระบวนการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ตลอดเวลาเพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับอาการที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องยินยอมในการใช้กลยุทธ์นั้นๆและมีความเฉพาเจาะจงว่าจะใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ใช้ที่ไหน ทำไม่จึงต้องใช้ ใช้มากน้อยเท่าไหร่ ใช้กับใคร และใช้อย่างไร โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ที่ประกอบด้วยประเมินประสบการณ์การมีอาการ จากมุมมองของผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อนำไปสู่กลวิธีจัดการกับอาการ ซึ่งกลวิธีจัดการอาการอาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์เช่น นอกจากจะทำให้อาการหรือโรคที่เป็นอยู่หายหรือทุเลาลง อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประสิทธิภาพในการควบคุมอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยนั้น จะมีประสิทธิภาพได้ต้องอาศัยความร่วมมือของตัวผู้ป่วยเอง สมาชิกในครอบครัวและทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้นหรือสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

3. ผลลัพธ์ของอาการ (Symptom outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และเป็นผลมาจากกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยจะประกอบไปด้วย 8 ด้าน ดังต่อไปนี้ 1) ค่าใช้จ่าย (Costs) รวมถึงรายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้ที่ลดลงจากการที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล เงินทดแทนจากการทำงาน 2) ภาวะอารมณ์

(Emotional status) 3)การดูแลตนเอง (Self-care) 4) ภาวะการกระทำหน้าที่ (Functional status) 5) คุณภาพชีวิต (Quality of life) 6) อัตราการเกิดโรค และการเกิดโรคร่วม (Morbidty and co-morbidity) 7) อัตราการตาย(Mortality) 8) ความรุนแรงของอาการ (Symptom status) ซึ่งผลลัพธ์ทั้งหมดดังที่กล่าวมาข้างต้นนี้อาจจะมีความสัมพันธ์ และสามารถส่งผลซึ่งกันและกันได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ในแบบจำลองการจัดการกับอาการปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของอาการที่เกิดขึ้นได้แก่

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และสถานะทางการเงิน) ตัวแปรทางด้านจิตใจ (เช่น ความสามารถเกี่ยวกับกระบวนการคิด ความสามารถในการปรับตัว และการมีแรงจูงใจ) ตัวแปรทางด้านสังคม (เช่น หน่วยครอบครัว วัฒนธรรม ศาสนา และประเทศ) ตัวแปรทางด้านร่างกาย ตัวแปรความร่วมมือในการรักษา

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยทางกายภาพ (เช่น ลักษณะที่อยู่อาศัยของแต่ละบุคคล เช่น ที่บ้าน ที่ทำงาน ลักษณะการทำงาน และการพักผ่อน) ปัจจัยด้านสังคม (เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม หรือการอบรมเลี้ยงดู)

3) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อในเรื่องต่างๆ และการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันของบุคคลที่มีวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง (เช่น มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ หรือการมีสาเหตุมาจากพันธุกรรม) ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ

จากมโนทัศน์ในแบบจำลองการจัดการกับอาการนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรคาดว่าน่าจะมีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดตามกรอบแนวคิด และเป็นตัวแปรที่มีหลักฐานงานวิจัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมถึงเป็นตัวแปรที่พยาบาลมีบทบาทในการจัดการกับตัวแปรเหล่านั้นได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม

## 5. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าน่าจะมีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด และเป็นตัวแปรที่มีหลักฐานงานวิจัยมีแสดงถึงความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดรวมถึง



เป็นตัวแปรที่พยาบาลมีบทบาทในการจัดการกับตัวแปรเหล่านั้นได้ สามารถถ่ายทอดเป็นตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

**5.1 ประสบการณ์การมีอาการ** โดยอาการนั้นมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ โดยเมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้ว มักมีความรุนแรง ก่อให้เกิดความรู้สึกทรมาน และรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย นำไปสู่ปัญหามากมายเช่น การทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ลดลง ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตลดต่ำลง นอกจากนี้ยังทำให้บุคคลรอบข้างรู้สึกทุกข์ไปด้วย

### 5.1.1 ความหมายของประสบการณ์การมีอาการ

Larson (1994) หมายถึง ประสบการณ์ส่วนตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม การรับรู้ความรู้สึก และการรู้คิด และเป็นประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมาน

Dodd et al. (2001) หมายถึง การรับรู้อาการของแต่ละบุคคล โดยบุคคลจะประเมินผลของอาการที่เกิดขึ้น ร่วมกับร่างกายมีอาการตอบสนองต่ออาการผิดปกติ

Meraviglia, Sutter, and Gaskamp (2008) หมายถึง การรับรู้อาการที่เกิดขึ้นว่ามีผลต่อการดำเนินชีวิตของและสามารถจัดการกับอาการนั้นได้

มนัญญา ชุมพล (2552) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้หรือรู้สึกว่าร่ากายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม ทั้งที่เกิดจากการดำเนินของโรค ซึ่งประเมินในด้านความถี่ ความรุนแรงของอาการและอาการที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน ที่รบกวนการดำเนินชีวิต

นงลักษณ์ สรรสม (2552) หมายถึง การรับรู้ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย หรือมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกายเป็นการรับรู้สิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วย

สรุปความหมายประสบการณ์การมีอาการหมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยประเมินว่ามี ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการและอาการที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน รบกวนการดำเนินชีวิต

### 5.1.2 องค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการ

Dodd et al. (2001) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการเป็นประสบการณ์ที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นกระบวนการที่ต้องผ่านการคิดรู้ ของแต่ละบุคคลต่ออาการประสบการณ์เกี่ยวกับอาการประกอบด้วย

1) การรับรู้เกี่ยวกับอาการ หมายถึง การที่บุคคลสังเกตพบว่าเป็นตนเองมีอาการหรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผ่านกระบวนการคิดรู้ของบุคคล โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ หรือได้รับอิทธิพลจากการรักษา หรือปัจจัยทางด้านบุคคล

2) การประเมินผลของอาการ เป็นการตัดสินอาการที่ตนเองนั้นกำลังเผชิญอยู่

3) การตอบสนองต่ออาการ เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือ พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปอันมีผลมาจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น หรือ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค บุคคลจะมีอาการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางด้านพฤติกรรม

Meraviglia et al. (2008) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น ครอบคลุมมิติต่างๆคือ

1) การให้ความหมายตามสถานการณ์ หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นนั้นมีผลต่อการดำเนินชีวิตตัวเองอย่างไรและจะสามารถจัดการกับอาการนั้นได้หรือไม่

2) การให้ความหมายกับการมีชีวิตอยู่ ซึ่งการให้ความหมายกับอาการนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นทางลบเสมอไป อาจมีการให้ความหมายทางบวกก็ได้เช่น ความปวดทำให้คนในครอบครัวเห็นอกเห็นใจกัน

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดประสบการณ์การมีอาการของ Dodd et al. (2001) มาใช้เนื่องจากมีความสอดคล้องและครอบคลุมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด โดยมีองค์ประกอบ การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การประเมินผลของอาการ และการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

**5.1.3 ประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด** ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดต้องเผชิญกับประสบการณ์การมีอาการ เช่น อาการระคายเคืองของผิวหนังบริเวณรอบๆ ทวารเทียม มีการบวมของทวารเทียม การอุดตันของลำไส้ และการเกิดภาวะไส้เลื่อน (O'Connor, Coates, & O'Neill, 2010), อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ ท้องเสีย, แสบร้อนยอดอก เกิดแผลในระบบทางเดินอาหาร ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และลดความสามารถในการรับประทานอาหารและน้ำก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้สิ้นหวังกับการรักษา ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Karagozoglu & Filiz Ulusoy, 2005) ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงมีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าปกติ (Deenen et al., 2008) เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรง มีกลุ่มอาการ มือ-เท้า (hand-foot syndrome) โดยผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีผื่นแดงหรือค้ำขึ้น ผิวลอก มีการบวม แดง รู้สึกเจ็บผิวหนังแสบหรือคัน ในบางรายอาจเกิดแผลพุพอง มีอาการปวดรุนแรง (Colette B et al., 2013; Shahrokni, Rajebi, & Saif, 2009) มีอาการทางระบบประสาทส่วนปลาย ผู้ป่วยจะมีอาการชา รู้สึกเจ็บแปลบตามปลายมือ ปลายเท้า

กล้ามเนื้ออ่อนแรง เนื่องจากการเสื่อมสลายและถูกทำลายของใยประสาทส่วนปลาย (Hershman et al., 2014) ประสบการณ์การมีอาการเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Swan, 2011)

**5.1.4 เครื่องมือประเมินประสบการณ์การมีอาการ** การประเมินประสบการณ์มีอาการมีความสำคัญ เนื่องจากมีผลโดยตรงต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยการประเมินที่ดีจะนำความสำเร็จในการจัดการกับอาการ นอกจากนี้ประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วยหลายมิติ เช่น ระยะเวลา ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน การรบกวนชีวิตจากการทบทวนวรรณกรรมมีเครื่องมือจำนวนมากที่ถูกนำมาใช้ในการประเมินประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น

5.1.4.1 Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) สร้างโดย Portenoy et al. (1994) เป็นแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งทั้งจากการดำเนินของโรคและการรักษา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการที่ประกอบด้วย มิติความถี่ของอาการ มิติความรุนแรงของอาการ และมิติความทุกข์ทรมาน ได้มีการนำ MSAS ไปใช้ในหลายการศึกษามีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) แต่ละหมวดการมีอาการ ความถี่ ความรุนแรงและควมรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ โดยรวม เท่ากับ .83, .88 และ .58 ตามลำดับ และได้แปลเป็นไทยและมีการแปลย้อนกลับตามกระบวนการแล้ว โดย นางลักขณ์ สุวิสิษฐ์ (2007) นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟารอนบาค ในมิติการมีอาการ ความถี่ ความรุนแรงและควมรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการเท่ากับ .96 และ มนัญญา ชุมพล (2552) นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการเท่ากับ .97

5.1.4.2 แบบวัดดัชนีประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experience Index: SEI) เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดย Fu, LeMone, and McDaniel (2004) มีข้อคำถามจำนวน 41 ข้อ ประเมินการรับรู้การเกิดอาการ (symptom occurrence) ในด้านความถี่และความรุนแรง 21 ข้อ และความทุกข์ทรมานจากอาการ (symptom distress) 20 ข้อ โดยให้ความสำคัญกับทั้งการรับรู้การเกิดอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการ โดยนำมาคำนวณรวมเป็นดัชนีประสบการณ์การมีอาการ เมื่อทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งพบว่ามีความสอดคล้องภายในของแบบวัดทั้งฉบับ ด้านการรับรู้อาการและด้านความทุกข์ทรมานในระดับดี (alpha = .91, .85 และ .84 ตามลำดับ) และมีความเที่ยงชนิดวัดซ้ำห่างกัน 2 สัปดาห์ในระดับดี (r = .92-.94) นอกจากนี้มีความตรงเชิงโครงสร้างเมื่อทดสอบเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่แตกต่างกันคือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และบุคคลทั่วไป

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะเลือกประเมินโดยใช้แบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดอาการทั้ง

จากการดำเนินของโรคและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง ครอบคลุมกับมิติต่างๆ ของประสบการณ์การมีอาการตามกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยศึกษาซึ่งประกอบด้วยมิติการมีอาการ ความถี่ ความรุนแรงและความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต

### 5.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ กับคุณภาพชีวิต

ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตจากการศึกษาของ วิภาวดี หิตนาแค (2550) เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 130 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มอาการที่ 1 ประกอบด้วย ปวดท้อง/เจ็บท้อง ท้องอืด/แน่นท้อง และท้องผูก (ร้อยละ 57.69) กลุ่มอาการที่ 2 ประกอบด้วย เพื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร(ร้อยละ 36.15) และกลุ่มอาการที่ 3 ประกอบด้วย วิดกกังวลหงุดหงิด โกรธง่าย เบื่อหน่ายท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ ซึมเศร้าและกลัว (ร้อยละ 6.92) ความถี่ของอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าเกิดความถี่ขึ้นบ่อยครั้ง 5 อันดับแรก คือ 1) ท้องอืด/แน่นท้อง 2) ท้องผูก 3) เพื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 4) ปวดท้อง/เจ็บท้องและ 5) นอนไม่หลับ ความรุนแรงของอาการ อาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าเมื่อเกิดขึ้นแล้วมีความรุนแรงของอาการ 5 อันดับแรกคือ 1) ไข้ 2) ปวดท้อง/เจ็บท้อง 3) หูอื้อ 4) ผม่วงและ 5) ท้องผูก ซึ่งจากอาการต่างๆส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และ คุณภาพชีวิต (Toftthagen, 2010) นอกจากนี้ ประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่นๆพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเช่น ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ และมะเร็งปอด (Fox & Lyon, 2006) พบว่าประสบการณ์การมีอาการมีผลต่อคุณภาพชีวิตและสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตได้ถึงร้อยละ 42 และร้อยละ 29 ตามลำดับ การศึกษาระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งคนไทยโดย Thienthong et al. (2006) พบว่าระดับระดับความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Suwisith et al. (2008) ยังพบว่าจำนวนอาการ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากอาการที่มากขึ้นจะกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากขึ้นตามไปด้วย Akin, Can, Aydiner, Ozdilli, and Durna (2010) ศึกษาเรื่อง ประสบการณ์การมีอาการ และอาการทุกข์ทรมาน และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 154 คนที่เป็นมะเร็งปอดและได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ประสบการณ์การมีอาการ อาการทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dodd et al. (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์มีอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ยังมีประสบการณ์การมีอาการมากทั้งในด้านความถี่ความรุนแรงจะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลง ในการศึกษาของ Kim and Kim (2011) พบว่าประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ของ Abu-Saad Huijer and

Abboud (2012) พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการได้รับยาเคมีบำบัดที่มีระดับความรุนแรง ความถี่ของอาการเพิ่มขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ประสิทธิภาพการมีอาการจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

**5.2 ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด** ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมไม่ว่าจะเป็นชนิดชั่วคราวหรือชนิดถาวรร่วมกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระ ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางการขับถ่ายนั้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทันที (นวพร ชิตมน, 2549) รวมทั้งยังจะต้องเผชิญผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ซึ่งยาเคมีบำบัดนั้นมีความรุนแรง มีฤทธิ์ทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วเช่น ไชกระดุก เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร รากผมจะถูกทำลายด้วย การรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดต้องใช้เวลาและต่อเนื่องเพื่อหวังผลให้โรครายขาด (Lyman, 2009) ผู้ป่วยมักจะทนกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นไม่ได้จึงไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษานั้นจะทำให้โรคริดรอนแพร่กระจายมากขึ้น มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและไม่สามารถควบคุมโรคได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (Bosley, 2012) จากการศึกษาของ Standeven et al. (2013) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 462 รายที่สถาบันมะเร็งประเทศแคนาดา พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 51% ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้โรคลุกลามมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปและมีข้อจำกัดมากขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆลดลงโดยผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

### 5.2.1 ความหมายความร่วมมือในการรักษา

องค์การอนามัยโลก WHO (2003) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือ (Adherence) ว่า หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งการใช้ยา การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคโดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต้องเกิดจากความตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์

Burkhart and Sabate (2003) ได้ให้ความหมายของ Adherence ไว้ว่า คือ พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการใช้ยาตามคำสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยพฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดขึ้นจากการตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการรักษา

Leong, Molassiotis, and Marsh (2004) กล่าวว่า Adherence เป็นความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ทั้งในการรับประทานยา การรับประทานอาหารการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย งดการสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Cohen (2009) กล่าวว่า Adherence เป็นความปรารถนาที่จะปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลมาจากความเห็นชอบร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีการรักษา

Landier (2011) ให้ความหมายความร่วมมือในการรักษา หมายถึงตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ที่ต้องการเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ซึ่งรวมไปถึงการรับประทานยา การมาตามนัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Frost et al. (2012) ได้ให้ความหมายของ Adherence ไว้ว่าเป็นพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการใช้ยาตามคำสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยพฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดขึ้นจากการตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการรักษา

อิสริย์กร สุรศรีสกุล (2555) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาหมายถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับ ตั้งใจ มีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา โดยเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น บนพื้นฐานของการรับรู้ความจำเป็น ความปลอดภัย ผลประโยชน์

วริศรา ม่วงช่วง (2556) กล่าวว่าความร่วมมือในการรักษา หมายถึงพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำด้วยความเต็มใจซึ่งพฤติกรรมประกอบไปด้วย การรับประทานยา การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด

ศิริพร ศรีสมัย (2556) ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การปฏิบัติตามคำแนะนำจากทีม สุขภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด และการงดสูบบุหรี่

สรุปความหมายของความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดหมายถึง การกระทำ การปฏิบัติของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ตามคำแนะนำจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ในเรื่องการมาตรวจตามนัด การเลือกรับประทานอาหาร การสังเกตอาการขณะได้รับยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและการป้องกันการติดเชื้อ

### 5.2.3 องค์ประกอบความร่วมมือในการรักษา

กรณีการ วิระกุล (2554) ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ประกอบด้วย 1) ความร่วมมือในการใช้ยา การรับประทานยาที่ตรงเวลา สม่ำเสมอ เนื่องจากยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีมีผลลดจำนวนเชื้อไวรัสให้น้อยลง พร้อมทั้งเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี4เพิ่มมากขึ้น ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น โอกาสที่จะ ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสนี้จะลดลง 2) การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ได้แก่การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การเลือกรับประทานอาหาร และบริโภคน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ ออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเพียงพอ 3) การมาตรวจตามนัด หรือมาพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ

สุพัตรา บัวที (2555) กล่าวว่าองค์ประกอบของความร่วมมือในการรักษาเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตาม National institutes of Health (2004) ประกอบด้วย 1) การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต (lifestyle modifications) ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัว ลดปริมาณเกลือในอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและอาหารประเภททอด ควรเลือกใช้ไขมันชนิดไม่อิ่มตัว เน้นการบริโภคผัก และผลไม้สด รับประทานคาร์โบไฮเดรตกลุ่มธัญพืชชนิดไม่ขัดสี (whole grain) จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำจิตใจให้สงบ รู้จักคลายเครียด 2) รับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิตตามแผนการรักษา (pharmacologic treatment) โดยผู้ป่วยต้องไม่หยุดยาเอง ไม่เปลี่ยนขนาด ไม่เปลี่ยนชนิดยาเอง หากมีอาการผิดปกติให้ปรึกษาแพทย์ มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ หรือมาพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ

Taylor and Shoheiber (2003) กล่าวว่าองค์ประกอบของความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย 1) องค์ประกอบทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเชื่อในความสามารถของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ทศนคติเกี่ยวกับการรักษา ความวิตกกังวล 2) ด้านการสนับสนุนทางสังคม การได้รับความช่วยเหลือทั้งสิ่งของ การเงิน แรงงาน การให้การยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) ด้านการรักษา ได้แก่ จำนวนยา ชนิดยา ความซับซ้อนในการรับประทานยา ระยะเวลาในการรักษา รวมทั้งอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา

Roland, Rodriguez, Patterson, and Trivers (2013) พัฒนาแนวคิดการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) Purposeful action คือ ความต้องการ ตั้งใจ ที่จะรับประทานยา บนพื้นฐานของการรับรู้ความจำเป็น ความปลอดภัย และผลประโยชน์ของการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะรับประทานยา หรือ ปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานยา หรือ จะหยุดรับประทานยานั้น 2) Patterned behavior คือ ระดับการเริ่มต้นในการรับประทานยาของผู้ป่วย การนำพฤติกรรมมารับประทานยาเข้าไปมีส่วนร่วมในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน จนเป็นนิสัย หรือ

ทำให้การรับประทานยาเป็นกิจวัตรประจำวัน ง่ายต่อการจำ การเข้าถึง และสะดวกต่อการรับประทานยา และ 3) Feedback คือ ระดับของข้อมูล ความพร้อม หรือแรงกระตุ้นที่จำเป็นต่อการคงอยู่ของความร่วมมือในการรับประทานยา

Landier (2011) ได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวพบว่าความร่วมมือในการรักษาเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ที่ต้องการเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา ต้องการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ซึ่งรวมไปถึงการรับประทานยา การมาตามนัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลที่ตามมา คือผู้ป่วยสามารถรักษาระดับยาได้ ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น เช่นลดการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งและเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้งของผู้ป่วย หรือของทีมสุขภาพ มีความภูมิใจและประสบผลสำเร็จในการรักษา ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีความรู้เกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ถูกต้อง และผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้ 1) มีความต้องการ และตั้งใจที่จะทำตามแผนการรักษา 2) มีความสามารถ มีความรับผิดชอบในการรับประทานยา 3) มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหากต้องมีการปรับเปลี่ยนสูตรหรือขนาดของการรักษา 4) มีการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษาได้แก่ การรับประทานอาหาร การป้องกันการติดเชื้อ 5) มีส่วนร่วมในการบริหารยาเคมีบำบัดรับประทาน

จากองค์ประกอบความร่วมมือในการรักษาตามที่กล่าวมาผู้วิจัยเลือกใช้อองค์ประกอบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด Landier (2011) เพราะมีความใกล้เคียงกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาดังนั้นองค์ประกอบของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ได้แก่ 1) การมาตรวจตามแพทย์นัด 2) การรับประทานอาหาร 3) การสังเกตอาการขณะได้รับยาเคมีบำบัด 4) การปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการข้างเคียง 5) การป้องกันการติดเชื้อ

## 5.2.4 เครื่องมือประเมินความร่วมมือในการรักษา

5.2.4.1 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สร้างโดย พิกุล บุญช่วง (2526) ประกอบด้วย 3 ด้านได้แก่ 1) ความสม่ำเสมอของการรับประทานยาโดยสอบถามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงว่า ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเคยขาดยาหรือไม่ ก็ครั้ง 2) ความสม่ำเสมอของการติดตามรับการรักษาตามนัด โดยประเมินจากประวัติของผู้ป่วยภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาตามนัดสม่ำเสมอหรือไม่ 3) การควบคุมระดับความดันโลหิต ประเมินได้จากประวัติของผู้ป่วยที่ติดตามรับการรักษาภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือนี้ไม่พบในรายงาน



5.2.4.2 แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของ ไพรมาซิม บินทิจิตต์ (2544) สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Pender (1996) ประกอบด้วยข้อความที่ประเมินเกี่ยวกับ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและพัฒนาจิตวิญญาณ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88

5.2.4.3 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคของ รจนาไฉน สิงหเรศร์ (2550) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคมีทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับคือ เสมอ บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 3 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

5.2.4.4 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของอรอนงค์ สาระท่า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) โดยสร้างตามแนวคิดของ Pender (1996) มีจำนวน 33 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านพัฒนาจิตวิญญาณ เครื่องมือนี้อาศัยค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

5.2.4.5 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา The 8-item Morisky medication adherence score (MMAS-8) ฉบับภาษาไทยที่ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับโดย นางลักษณ์ อิงคมนตรี (2553) ได้นำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 51 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .76 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ความผิดพลาดของขนาดและเวลารับประทานยา การหยุดรับประทานยา และการลืม ตัวเลือกการตอบ ใช่หรือไม่ใช่ 7 ข้อและความรู้สึกในการรับประทานยา 1 ข้อ ตัวเลือกเป็นความถี่ของความรู้สึก 6 ระดับคือ รู้สึกเป็นประจำ รู้สึกบ่อยครั้ง รู้สึกบางครั้ง รู้สึกนานๆครั้ง รู้สึกน้อยครั้ง และไม่เคยรู้สึกจำนวน 1 ข้อ คะแนนรวมเท่ากับ 8 คะแนน จัดคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ สูง (8 คะแนน) ปานกลาง (6-7.8 คะแนน) ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรักษาพบว่าเครื่องมือที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมบริบทที่ผู้วิจัยศึกษา จึงจะพัฒนาเครื่องมือประเมินความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ตามองค์ประกอบที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมได้แก่ 1) การมาตรวจตามแพทย์นัด 2) การรับประทาน

อาหาร 3) การสังเกตอาการขณะได้รับยาเคมีบำบัด 4) การปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการข้างเคียง 5) การป้องกันการติดเชื้อ

**5.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษากับคุณภาพชีวิต** การศึกษาการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งผู้รอดชีวิต จำนวน 9,105 ของ Blanchard, Courneya, and Stein (2008) ประกอบด้วยมะเร็งเต้านม 2,885 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา ปฏิบัติตามคำแนะนำมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Inoue-Choi, Lazovich, Prizment, and Robien (2013) ในผู้ป่วยมะเร็งผู้รอดชีวิตเพศหญิงจำนวน 2,193 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัดที่ให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นโดยเฉพาะด้านร่างกายและจิตใจ และ Cheville et al. (2015) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาจำนวน 61 คน พบว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่อง การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการรับประทานยาเคมีบำบัดตามนัดทุกครั้งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง สามารถควบคุมและลดความรุนแรงของโรคได้และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

**5.3 การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด** การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ คู่ชีวิต บุตร เพื่อน ญาติ แพทย์และพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือแรงงานและการประเมินตัดสินใจ ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น จากการเจ็บป่วยทางกายและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

### 5.3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลนั้นได้รับข้อมูลและทำให้บุคคลนั้นมีความเชื่อและมีคนสนใจ เชื่อว่ามีบุคคลยกย่อง ดูแลเอาใจใส่และได้รับความรัก มองเห็นคุณค่าในตัวเองและเชื่อว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการติดต่อและผูกพันกันกับบุคคลอื่นๆในสังคม

Pilisuk (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

Abbey, Abramis, and Caplan (1985) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางด้านข่าวสาร การเงิน ด้านแรงงาน หรือด้านอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

Hanucharunkul (1988) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติ เพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัด สภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล

House (1985) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึงการมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมโดยทั่วไป รวมถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส, เพื่อน, ระหว่าง สมาชิกในองค์กรในสังคม ซึ่งทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

จุฬารักษ์ สยงกุล (2550) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยบุคคลได้รับการดูแลและได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ ได้รับการ ยอมรับนับถือและเห็นความมีคุณค่า ได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำด้านข้อมูล วัตถุ สิ่งของ หรือบริการต่างๆตลอดจนข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

สุชาติ ธราพร (2555) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ บุคคลได้รับความช่วยเหลือจาก เพื่อน ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ในด้านการสนับสนุน ทางอารมณ์ ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน และ การสนับสนุนโดยการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม

สรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลได้รับความ ช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ คู่ชีวิตบุตร เพื่อนญาติ แพทย์และพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือแรงงาน และการประเมินตัดสิน ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

### 5.3.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 องค์ประกอบ ซึ่ง ประกอบด้วย

1) ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็น ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อว่าตนได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ด้วยความจริงใจและได้รับความ สนใจจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของคนในสังคมและคนใน สังคมเห็นคุณค่าในตัว

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกัน และกัน

Pilisuk (1982) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 องค์ประกอบ ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
- 2) ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะทำให้ผู้รับมีความเชื่อว่าจะได้รับความเอาใจใส่ ความรัก ความหวังดี รู้สึกว่าตนเองมีค่า เป็นที่ยอมรับในสังคม และทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคมอย่างจริงจัง
- 3) ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

Hanucharunkul (1988) โดยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

- 1) การให้ความช่วยเหลือ โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการปฏิบัติของบุคคล
- 2) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าจะได้รับความเอาใจใส่หรือความรัก
- 3) การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) คือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง หรือการให้สิ่งของ การให้บริการ

House (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (esteem), ผลกระทบจากการเจ็บป่วย (affect), ความไว้วางใจ (trust), ความห่วงใย (concerns), การได้รับฟังสิ่งต่างๆ (listening)
- 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ, ข้อเท็จจริง, แนวทางการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนคำแนะนำหรือแนวทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในเรื่องอื่นๆ ที่นอกเหนือจากความเจ็บป่วย
- 3) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrumental support) ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้วยการแบ่งเบาภาระงาน ให้ความเวลา สิ่งของหรือเงิน

4) การสนับสนุนโดยการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) การยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา (affirmation) รวมถึงแรงสนับสนุนซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

จากองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดตามแนวคิดของ House (1985) ซึ่งครอบคลุมในทุกด้านและสอดคล้องกับกลุ่มประชากรผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษา การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ได้รับคำแนะนำ แนวทางในการดูแลสุขภาพจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

3) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของเครื่องใช้ เงินทอง เวลา แรงงาน จากบุคคลใกล้ชิด

4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ได้รับการยอมรับ และเห็นด้วยในการกระทำที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม

### 5.3.3 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม

5.4.3.1 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม NSSQ (The Norbeck Social Support Questionnaire) ของ Norbeck, Lindsey, and Carrieri (1981) ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินขนาดของเครือข่ายทางสังคมจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านคือ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านอารมณ์ และด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในแบบการทดสอบซ้ำ ซึ่งได้ค่าอยู่ในช่วง 0.85-0.92 (n=75)

5.4.3.2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของกฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ที่สร้างตามแนวคิดของ House (1985) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความกังวลที่มีอยู่ ทำให้รู้สึกมีคุณค่า ส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคล

รวมทั้งหมายถึงการมีบุคคลที่ไว้วางใจให้การสนับสนุนทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทองและร่วมมือกันนำสู่การมีสุขภาพดี ลักษณะของแบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อโดยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน ครอบคลุมทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามด้านบวกจำนวน 17 ข้อและด้านลบจำนวน 3 ข้อนำไปใช้ในสตรีโรคเบาหวานวัยหมดระดู จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 210 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 หลังจากนั้น มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 150 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96

5.4.3.3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สุภาพร แนวบุตร (2548) สร้างตามแนวคิดของ House (1981) มีจำนวน 69 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ บุคคลจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ 18 ข้อ ด้านการสนับสนุนการประเมินคุณค่า 15 ข้อ ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร 21 ข้อ และด้านการสนับสนุนทรัพยากร 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านเท่ากับ .83, .80, .88 และ .80 ตามลำดับ

5.4.3.4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สิริรัตน์ ลีลาจรัสและ พิศ สมัย อรทัย (2554) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ House (1981) มีข้อความถาม 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ด้านการสนับสนุนการประเมินคุณค่า ด้านการสนับสนุนทรัพยากรด้านการเงิน และด้านการสนับสนุนที่มากเกินไป ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะได้จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดยกฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ตามแนวคิดของ House (1985) เนื่องจากครอบคลุมสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน ซึ่งครอบคลุมทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในงานวิจัยนี้

**5.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง** การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น จากการเจ็บป่วยทางกายและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ มีการศึกษาจำนวนไม่น้อยที่พยายามศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ (health) การทำหน้าที่ในสังคมและความผาสุก (well-being) หรือคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอก็จะสามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวได้เหมาะสมตามการ

เปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ และมีบางงานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ดังเช่นดังเช่น งานวิจัยของ Hanucharurnkul (1988) ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในประเทศไทย งานวิจัยของวนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกและอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Henoch, Bergman, Gustafsson, Gaston-Johansson, and Danielson (2007) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่าถ้าการสนับสนุนทางสังคมดีผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาของ So et al. (2013) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดชาวจีนมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วนิดา รัตนานนท์ (2545) ได้ศึกษาศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดและศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ Orem (2001) มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 130 รายโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=73.98, SD=7.85$ ) การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษา รายได้ของครอบครัว สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al.(2001) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกที่ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลรามารามธิบดี ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี จำนวน 120 ราย โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=6.16 \pm 1.51$ ) กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.83 \pm .47$ ) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.51 \pm .77$ )

ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.99 \pm 0.47$ ) ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.38 \pm 0.85$ ) ชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะการทำหน้าที่ ( $r = 0.231$ ,  $p < 0.05$ ) ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.430$ ,  $p < 0.05$ ) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล และการสนับสนุนจากครอบครัว ไม่มีความความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ ( $p > 0.05$ )

มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลยุทธ์ในการจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ตามกรอบแนวคิดของแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงทุกระยะการดำเนินของโรคขณะที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดประเภทผู้ป่วยนอกจำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 66.43$ ,  $SD = 13.94$ ) พบว่าจำนวนอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ( $r = -0.449$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.294$ ,  $-0.193$ ,  $p < 0.05$ ) สำหรับกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในระดับต่ำ ( $r = 0.201$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

สุภาพร จงประกอบกิจ (2551) ศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 50 รายจากการศึกษาพบว่าระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 33.44$ ,  $SD = 19.44$ ) สถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดแบ่งเป็น 5 ประเภท คือ 1) เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา 2) ความไม่แน่นอนของการรักษา 3) กังวลใจ กลัวความเจ็บปวดทรมาน 4) ค่ารักษาพยาบาล และ 5) การเดินทาง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มบุคคลใกล้ชิด ตามลำดับ



อุษณีย์ ทับทอง (2552) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับแก้ปัญหา ด้านการลดความเครียด ด้านการตัดสินใจ และด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน วัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมิน Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่าก่อนการทดลอง คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.44$ ) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.69$ ) ด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านข้อคำถามเฉพาะโรค อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.54, 2.50, 2.47$  และ  $2.37$  ตามลำดับ) ภายหลังทดลองคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.97$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านความผาสุกด้านครอบครัวและสังคมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.22, 3.01, 3.37$  และ  $2.84$  ตามลำดับ) ส่วนข้อคำถามเฉพาะโรค คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.46$ )

ทิววรรณ คุณพันธ์ (2553) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม (Group Process) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 20 คน ผลการวิจัยสรุปได้คือความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องภายหลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องภายหลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการเฉพาะการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คณินิจ พงศ์ถาวรภมล, พิจิตรา เล็กดำรงกุล, พรพรรณ วนวโรตม และวันทกานต์ ราชวงศ์, (2014) ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม สถานภาพทางการเงิน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในสตรีมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella ประกอบด้วยมิติต่างๆรวมกันไว้ 4 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being) ด้านครอบครัวและสังคม (social family well-being) ด้านอารมณ์ (emotional well-being) และด้านการปฏิบัติกิจกรรม (functional well-being) กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่ได้รับวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษา ณ หน่วยรังสีรักษา

จำนวน 88 ราย ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก จากการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างสตรีมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษามีค่าเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ ( $\bar{X} = 141.77$ ,  $SD = 21.12$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีมะเร็งเต้านมระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดในการศึกษาที่ผ่านมา ( $\bar{X} = 164.40$ ,  $SD = 20.9$ ) คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = .47$ ,  $p < .01$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $r = .46$ ,  $p < .01$ ) และสถานภาพทางการเงิน ( $r = .36$ ,  $p < .01$ )

Akin et al. (2010) ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิต ประสบการณ์การมีอาการ และอาการทุพพิกขานในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคล ชนิดการรักษา กับคุณภาพชีวิต ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 154 คนที่เป็นมะเร็งปอดและได้รับยาเคมีบำบัด ไม่จำกัดว่าอยู่ในรอบการรักษาใด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 23.84$ ,  $SD = 3.24$ ) ประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 0.74$ ,  $SD = 0.45$ ) อาการทุพพิกขานอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 0.80$ ,  $SD = 0.60$ ) อย่างไรก็ตามพบว่า อาการทุพพิกขานมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดในระดับต่ำ ( $r = -.45$ ;  $p < 0.000$ )

Ferrell et al. (2005) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่จำนวน 1,383 คน โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่รอดชีวิตที่ประกอบด้วย ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านสังคม และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่จะเกี่ยวข้องกับ อายุ โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ( $\bar{X} = 6.42$ ,  $SD = 1.37$ ,  $\bar{X} = 5.63$ ,  $SD = 1.38$  ตามลำดับ) ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ระยะ 1 และ 2 มีการรับรู้คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการดำเนินโรครุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายๆ ( $\bar{X} = 6.52$ ,  $SD = 1.27$ ,  $\bar{X} = 5.91$ ,  $SD = 1.47$  ตามลำดับ) ผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่มีรายได้สูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ ( $\bar{X} = 6.21$ ,  $SD = 1.30$ ,  $\bar{X} = 5.98$ ,  $SD = 1.44$  ตามลำดับ) ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดเดียวจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน ( $\bar{X} = 7.33$ ,  $SD = 1.85$  และ  $\bar{X} = 6.95$ ,  $SD = 1.75$  ตามลำดับ) ผู้ป่วยที่มีอาการชาปลายมือปลายเท้ารับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ และผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นใหม่ของโรคมะเร็ง มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย ( $\bar{X} = 5.65$ ,  $SD = 1.32$ ) และสำรวจประสบการณ์การมีอาการพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ไม่มีประสบการณ์อาการเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง หรือมีอาการท้องเสีย ปวดเชิงกราน ท้องอืด แน่นท้อง และปวดท้องมากที่สุตร้อยละ 87

Jansen et al. (2010) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ด้านร่างกายด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ

เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นและมีระดับความเครียดความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับโรค การรักษาและการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเองเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยมักจะอายและไม่กล้าเข้าสังคม

Suwisith et al. (2008) ศึกษาในกลุ่มอาการ และอิทธิพลของกลุ่มอาการต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คนเป็นหญิงไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ใช้แบบประเมินประสพการณ์การมีอาการ (The Memorial Symptoms Assessment Scale) พบว่ากลุ่มอาการด้านความรุนแรงแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มอธิบายความแปรปรวนของอาการทั้งหมดได้ร้อยละ 50.1 คือกลุ่มอาการทางอารมณ์ กลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการอ่อนล้า กลุ่มอาการด้านภาพลักษณ์และการเปลี่ยนแปลงผิวหนัง และกลุ่มอาการด้านความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ทั้ง 4 กลุ่มอาการมีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) คิดเป็นร้อยละ 19.8 ของความแปรปรวนทั้งหมดของความสามารถในการทำกิจกรรม กลุ่มอาการด้านความทุกข์ทรมานจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มอธิบายความแปรปรวนของอาการทั้งหมดได้ร้อยละ 50.7 คือกลุ่มอาการด้านอารมณ์และความเจ็บปวด กลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการอ่อนล้า กลุ่มอาการด้านภาพลักษณ์และการเปลี่ยนแปลงผิวหนัง ทั้ง 3 กลุ่มอาการมีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) คิดเป็นร้อยละ 17.4 ของความแปรปรวนทั้งหมดของความสามารถในการทำกิจกรรม กลุ่มอาการทางเดินอาหารและอาการอ่อนล้า เป็นกลุ่มอาการที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมมากที่สุดทั้งในด้านความรุนแรงของอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการ

Kim and Kim (2011) ศึกษาในกลุ่มอาการและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 113 คน จากโรงพยาบาลในประเทศเกาหลีจำนวน 5 โรงพยาบาล โดยกลุ่มอาการที่ศึกษา คืออาการปวด อาการรบกวนการนอนหลับ ความเครียด ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับกลุ่มอาการ และอาการปวด อาการอ่อนล้า และความเครียด เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตได้ถึงร้อยละ 51.2

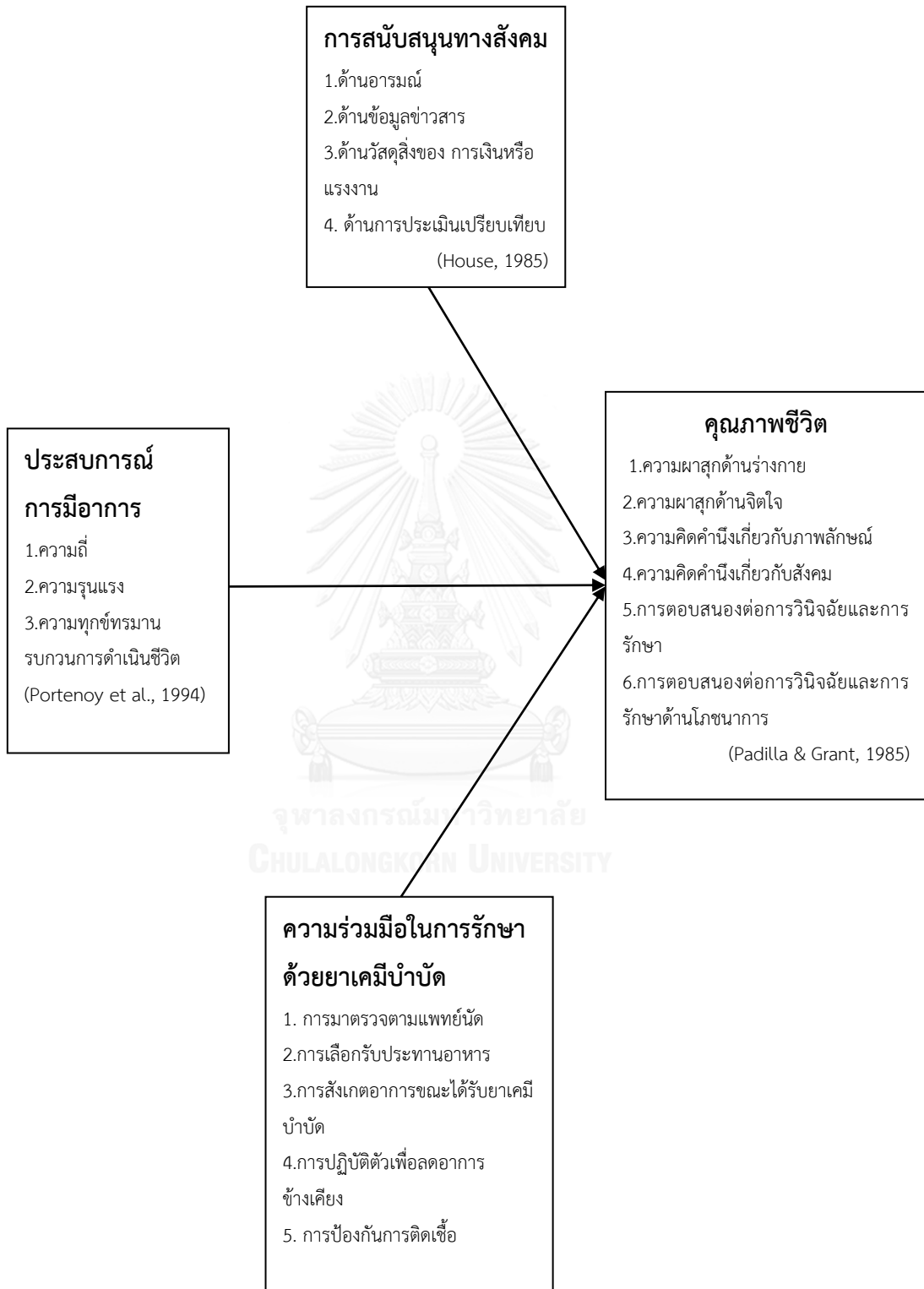
Chunli Liao and Ying Qin (2014) ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป มีทวารเทียมหน้าท้อง ไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา มารับการตรวจสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอก ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 คน พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ( $56 \pm 17$  คะแนน โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทง การรั่วซึม และการระคายเคืองผิว และศึกษาความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านระยะเวลาการมีทวารเทียม ความสามารถในการดูแลตนเอง ลักษณะโรค ความคาดหวังของบุคคล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยมีค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.24, 0.35 และ 0.32 ตามลำดับ และพบว่า ความคาดหวังของบุคคล และความสามารถในการดูแลตนเองทำนายร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ 16.8% และร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานและสังคม ได้ 17.8% ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้ และโรคประจำตัว สามารถร่วมกันทำนาย คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของทวารใหม่ได้ 23.4%

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด อันได้แก่ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม ตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001)

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดคุณภาพชีวิตของ (Padilla and Grant (1985)) มาเป็นแนวคิดในการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้านคือ ด้านความผาสุกด้านร่างกาย ด้านความผาสุกด้านจิตใจ ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ และเลือกปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดคือ ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยเคมีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1985) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน ด้านการประเมินเปรียบเทียบ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม และศึกษาอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดจากประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรวิจัย** คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยเคมีบำบัดของโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยเคมีบำบัดของ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชและมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด (Stage 2-4)
- 2) ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง อายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- 3) ไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสี
- 4) ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- 5) สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทยได้ดี
- 6) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
- 7) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท
- 8) ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$n = 10 k + 50$$

$n$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$k$  = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

จำนวนตัวแปรทั้งหมด 4 ตัว ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 90 คน เพื่อเป็นการป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นจะใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน

2. เลือกโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีกลุ่มประชากร โดยจำแนกเป็น 5 กลุ่มตามสังกัดคือ กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงกลาโหม, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, กรุงเทพมหานคร และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เพื่อเลือกสุ่มมา 3 สังกัดจาก 5 สังกัด จากการสุ่มสังกัดได้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาและสังกัดกรุงเทพมหานคร

2.1 ทำการสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 3 สังกัดโดยเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ที่มีหน่วยเคมีบำบัดและหน่วยออสโตมี ใช้อัตราส่วน 2:1 ได้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 4 โรงพยาบาล (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ที่มีหน่วยเคมีบำบัดและหน่วยออสโตมี

สังกัด	โรงพยาบาลที่มีหน่วยเคมีบำบัดและ หน่วยออสโตมี	โรงพยาบาลที่เป็นตัวอย่าง
1. สังกัดกระทรวง สาธารณสุข	1. โรงพยาบาลราชวิถี	1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
	2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	
2. สำนักงานคณะกรรมการ การอุดมศึกษา	3. โรงพยาบาลศิริราช	2. โรงพยาบาลศิริราช
	4. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	3. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
	5. โรงพยาบาลรามธิบดี	
3. สังกัดกรุงเทพมหานคร	6. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล	4. คณะแพทยศาสตร์วชิร พยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราธิราช
	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	

2.2 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณตามสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดที่เข้ามาใช้บริการในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (เดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2557) โดยมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดที่เข้ามาบริการรักษาในหน่วยเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 170 คน โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 180 คนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 150 คน รวม 700 คน และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ สถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 27 คน โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 28 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 31 คน คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 24 คน รวมทั้งสิ้น 110 คน

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) ด้วยการคัดเลือกผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ที่มีคุณสมบัติจนครบจำนวน 110 คน

4. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันและเวลาที่ได้รับอนุญาตระหว่างวันที่ 2 กุมภาพันธ์ถึง 26 มีนาคม 2558 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยเริ่มต้นจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราธิราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศิริราช ตามลำดับ จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมซึ่งได้รับการนัดหมายเพื่อมารับยาเคมีบำบัด โดยมีรายละเอียดวันเวลาในการเก็บข้อมูล ดังนี้



**ตารางที่ 2** แสดงรายละเอียดวันเวลาในการเก็บข้อมูล

วันที่	สถานที่เก็บข้อมูล เวลา 8-12น.	สถานที่เก็บข้อมูล เวลา 13-16น.
วันจันทร์		
2,9,16 ก.พ.	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
23 ก.พ .2, 9 มี.ค.	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
16, 23 มี.ค.	โรงพยาบาลศิริราช	โรงพยาบาลศิริราช
วันอังคาร		
3, 10, 17 ก.พ.	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
17, 24 มี.ค.	โรงพยาบาลศิริราช	โรงพยาบาลศิริราช
วันพุธ		
4, 11 ก.พ.	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
25 ก.พ.	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
วันพฤหัสบดี		
5, 12 ก.พ.	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
26 ก.พ. 5 มี.ค.	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
19, 26 มี.ค.	โรงพยาบาลศิริราช	โรงพยาบาลศิริราช
วันศุกร์		
6,13 ก.พ.	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

แบ่งออกเป็น 5 ชุด ดังนี้

**1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อยคือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ เป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ อายุ เป็นแบบเติมคำในช่องว่างสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ข้อมูลส่วนนี้ให้ผู้ป่วยเป็นผู้กรอกแบบบันทึกด้วยตนเอง

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการรักษาที่ได้รับ ประกอบด้วย ระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, ระยะเวลาที่มีทวารเทียมและครั้งที่ได้รับเคมีบำบัดข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเอง

**2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด** ใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต Quality of life index ของ Padilla and Grant (1985) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988) มีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกมีจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,2,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,18,20 และ 23 ข้อความด้านลบมีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 3,4,5,16,17,19,21 และ 22 ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้น (Linear analog Scale) ซึ่งยาว 100 มิลลิเมตร โดยเพิ่มตัวเลข 0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100 บนเส้นตรงโดยมีข้อความกำกับไว้ตรงตำแหน่งที่ 0 และ 100 เพื่อบอกความรู้สึกของผู้ตอบ โดยที่ตำแหน่งต้นหรือจุด 0 จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด และตำแหน่งปลายหรือจุด 100 จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตสูงที่สุด ในการตอบคำถามผู้ตอบจะเลือกกากบาทในจุดที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ตอบมี 6 องค์ประกอบคือ

- 1) ความผาสุกด้านร่างกาย ได้แก่ข้อ 1, 3, 7,11 และ 13
- 2) ความผาสุกด้านจิตใจ ได้แก่ข้อ 2, 9,10,14,15 และ 18
- 3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ได้แก่ข้อ 5,8,19 และ 22
- 4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ได้แก่ข้อ 20, 21 และ 23
- 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ได้แก่ข้อ 6, 16 และ 17
- 6) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ได้แก่ข้อ 4 และ 12

**เกณฑ์การให้คะแนน** เนื่องจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 23 ข้อ คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 100 ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 2300 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** สำหรับข้อความด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมด คะแนนรวมที่ได้จะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-2300 คะแนนยิ่งมากแสดงว่าคุณภาพชีวิตยิ่งสูง หาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนโดยใช้คะแนนรวมหารด้วย 23 คะแนนจะอยู่ในช่วง 0-100 พิจารณาระดับคะแนนคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ของ Meiqiong (1997) ที่ใช้แบ่งระดับคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0-33.33	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับต่ำ
33.34-66.67	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
66.68-100	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับสูง

3. แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี ทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือของ Portenoy et al.(1994) ซึ่งเป็นแบบ ประเมินประสบการณ์การมีอาการ (Memorial symptom assessment scale) ที่ถูกใช้ในกลุ่ม ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เครื่องมือชุดนี้มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของ อาการ และความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของ โรคมะเร็ง 32 อาการ ให้ผู้ป่วยประเมินความถี่ของการเกิดอาการ ระดับความรุนแรง และความรู้สึก ทุกข์ทรมานในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาหากไม่มีอาการแสดงเครื่องหมาย (-) หมายความว่าคำตอบใน ช่องความบ่อย ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานจะเป็น 0

การประเมินด้านความถี่ของอาการในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0-4 โดยที่ 0 หมายถึง ไม่เกิดอาการนั้น หากอาการนั้นเกิดน้อยมากให้ 1 คะแนน คะแนน ยิ่งมาก หมายถึงว่าอาการนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำและคะแนนสูงสุดคือ 4 คะแนน

การประเมินความถี่แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ

ไม่มีอาการ	หมายถึง	ไม่มีอาการเกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
น้อยมาก	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นประมาณ 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นระหว่าง 3-4 ครั้ง/ สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นทุกวันไม่เกินกว่าวันละ 1 ครั้ง
เกิดอาการเป็นประจำ	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลาอาการยังคงมีอยู่ไม่ เคยหายขาดเลย

โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาแบบสอบถามด้านความถี่ของอาการในแต่ละข้อดังนี้

ลักษณะการตอบ	คะแนน
ไม่มีอาการ	0
น้อยมาก	1
บางครั้ง	2
บ่อยครั้ง	3
เกิดเป็นประจำ	4

การประเมินความรุนแรงของอาการ เป็นมาตราส่วน 5 ระดับ คือ 0-4 โดยที่ 0 หมายถึง ไม่เกิดอาการนั้น หากอาการนั้นมีความรุนแรงน้อยให้ 1 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึงว่าอาการนั้นมีระดับความรุนแรงมากขึ้น และคะแนนสูงสุด (4 คะแนน) มีความรุนแรงมากที่สุด

โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาแบบสอบถามด้านความรุนแรงของอาการ ในแต่ละข้อดังนี้

ลักษณะการตอบ	คะแนน
ไม่มีอาการ	0
น้อย	1
ปานกลาง	2
มาก	3
มากที่สุด	4

การประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการ หรืออาการที่รบกวนผู้ป่วยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0-4 โดยที่ 0 หมายถึง อาการนั้นไม่ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือไม่รบกวนผู้ป่วยเลย คะแนนยิ่งมาก หมายถึง อาการนั้นมีระดับความทุกข์ทรมานหรือรบกวนผู้ป่วยมากที่สุด (4 คะแนน) โดยคะแนนรวมประสพการณ์การมีอาการมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีประสพการณ์เกี่ยวกับอาการด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานมาก

โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาแบบสอบถามด้านความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการ ในแต่ละข้อดังนี้

ลักษณะการตอบ	คะแนน
ไม่เลย	0
เล็กน้อย	1
พอควร	2
ค่อนข้างมาก	3
มาก	4

คะแนนประสพการณ์การมีอาการโดยรวมวิเคราะห์โดยหาผลรวมของแต่ละอาการในทุกมิติ และหาค่าเฉลี่ย เมื่อนำคะแนนรวมของแต่ละอาการมารวมกัน จะได้คะแนนรวมทั้งหมดของอาการ ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0-384 คะแนน โดยการแปลผลคะแนนผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวน ข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของประสพการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด คะแนนจะอยู่ในช่วง 0-12 คะแนน โดยคะแนน ที่มากหมายถึง มีการรับรู้ของอาการอยู่ในระดับมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ของอาการอยู่ใน ระดับน้อย พิจารณาระดับการรับรู้ประสพการณ์การมีอาการแบ่งระดับเป็น 3 ระดับตาม Portenoy et al. (1994) ที่แบ่งการรับรู้ประสพการณ์การมีอาการระดับน้อย ปานกลาง มาก ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0-3.99 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด มีประสพการณ์การมีอาการอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 4-7.99 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด มีประสพการณ์การมีอาการอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 8-12 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด มีประสพการณ์การมีอาการอยู่ในระดับมาก

การแปลผลคะแนนประสพการณ์เกี่ยวกับอาการรายด้าน ด้านความถี่ ความรุนแรง และ ความทุกข์ทรมานจากอาการที่ผู้ป่วยได้รับนั้น มีคะแนนในช่วง 0-4 คะแนน ตามเกณฑ์ของ Suwisith et al. (2008) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 1.33 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด มีประสพการณ์การมีอาการด้าน ความถี่ / ความรุนแรง / ความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.67 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด มีประสพการณ์การมีอาการด้านความถี่/ความรุนแรง/ ความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.68 - 4.00 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด มีประสพการณ์การมีอาการด้านความถี่ / ความรุนแรง / ความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับมาก

4. แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นด้วยตนเองจากการ ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ประกอบด้วยองค์ประกอบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้แก่

- 1) การมาตรวจตามแพทย์นัด ได้แก่ข้อ 1 และ 2
- 2) การเลือกรับประทานอาหาร ได้แก่ข้อ 3-7
- 3) การสังเกตอาการขณะได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ข้อ 8 และ 9
- 4) การปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการข้างเคียง ได้แก่ข้อ 10-13
- 5) การป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ข้อ 14-17

**เกณฑ์การให้คะแนน** ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likertscale) 5 ระดับคือ

ปฏิบัติได้เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง
ปฏิบัติได้บ่อย	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆครั้งหรือเกือบไม่ปฏิบัติเลย
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาแบบสอบถามในแต่ละข้อดังนี้

ลักษณะการตอบ	คะแนน
ปฏิบัติได้เป็นประจำ	5
ปฏิบัติได้บ่อย	4
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** นำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของ สมชาย วรกิจเกษมสกุล (2554) ดังนี้  $\text{อันตรายภาคชั้น} = \text{พิสัย} / \text{จำนวนชั้น} = 5-1 / 3 = 1.33$  นำมา แบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนตาม Fung (2009) ที่แบ่งระดับความร่วมมือในการรักษา ดังนี้ ความร่วมมือในระดับสูง ความร่วมมือในระดับปานกลาง ความร่วมมือในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00-2.33	ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระดับต่ำ
2.34-3.67	ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระดับปานกลาง
3.68-5.0	ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระดับสูง

**5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด** ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ตามแนวคิดของ House (1985) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ เป็นข้อความที่มีความหมายทางด้านบวกมีจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14, 15, 16,17,18,19 และ 20 ข้อความที่มีความหมายทางด้านลบมีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5 และ 21 ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

- 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ ข้อ 1-5
- 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ข้อ 6-11
- 3) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน ได้แก่ ข้อ 12-16
- 4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ได้แก่ ข้อ 17-21

**เกณฑ์การให้คะแนน** ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likertscale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 18 ข้อ ให้คะแนน 1 ถึง 5 โดยที่ 1 หมายถึง รับรู้ว่าไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และ 5 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงสุด ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 3 ข้อ ให้คะแนน 1 ถึง 5 โดยที่ 1 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงสุดและ 5 หมายถึง รับรู้ว่าไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** เป็นคะแนนรวมทั้งฉบับ คะแนนรวมสูง หมายถึงการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมมาก นำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ได้เป็น คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของกฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00-2.33	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ
2.34-3.67	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
3.68-5.0	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำข้อคำถามของเครื่องมือทั้ง 4 ชุดได้แก่ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และแบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด นำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมทั้งเนื้อหาและการใช้ภาษาหลังจากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก ) ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 1 ท่าน พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านโรคมะเร็ง จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลจำนวน 1 ท่าน โดยยึดเกณฑ์ ความเห็นสอดคล้องกันและยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามหรือตามแนวคิด ทฤษฎี ซึ่งกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1,2,3,4 โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- |   |         |   |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย   |
| 2 | หมายถึง | คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 3 | หมายถึง | คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 4 | หมายถึง | คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม   |



ตารางที่ 3 แสดงข้อความที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อความเดิม	ข้อความที่ปรับแก้ไข
<p><b>แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด</b></p> <p>1. ท่านมีกำลังวังชามากน้อยเพียงใด</p> <p>2. ท่านนอนหลับได้เพียงพอกับที่ต้องการมากน้อยเพียงใด</p> <p>3. ท่านรู้สึกอ่อนเพลียง่ายหรือไม่</p> <p>4. ท่านรู้สึกว่าน้ำหนักตัวของท่านขณะนี้ เป็นปัญหา</p> <p>5. ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียมของท่านหรือไม่</p> <p>10. ท่านรู้สึกว่าการรับประทานอาหารมีรสชาติอร่อยมากน้อยเพียงใด</p> <p>19. ท่านกลัวกลิ่นหรือการรั่วซึมจากทวารเทียมมากน้อยเพียงใด</p> <p>21. ท่านรู้สึกถูกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัวหรือคู่รักของท่านมากน้อยเพียงใด</p> <p><b>แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด</b></p> <p>1. กังวล</p> <p>5. หงุดหงิด/ไม่ไหวง่าย</p> <p>9. รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม</p> <p>13. รู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง</p>	<p><b>แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด</b></p> <p>1. ท่านรู้สึกว่ามี ความแข็งแรงมากแค่ไหน</p> <p>2. ท่านมีเวลานอนหลับเพียงพอตามที่ต้องการมากน้อยแค่ไหน</p> <p>3. ท่านอ่อนเพลียง่ายหรือไม่</p> <p>4. ท่านรู้สึกว่าน้ำหนักตัวของท่านขณะนี้ เป็นปัญหาหรือไม่</p> <p>5. ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียมของท่านมากน้อยเพียงใด</p> <p>10. ท่านมีความพึงพอใจในการรับประทานอาหารแค่ไหน</p> <p>19. ท่านรู้สึกกลัวกลิ่นหรือการรั่วซึมของอุจจาระจากทวารเทียมมากน้อยเพียงใด</p> <p>21. ท่านรู้สึกถูกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัวหรือคู่รักมากน้อยแค่ไหน</p> <p><b>แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด</b></p> <p>1. วิตกกังวล</p> <p>5. หงุดหงิด</p> <p>9. รู้สึกง่วงซึม</p> <p>13. รู้สึกอึดอัดท้อง</p>

ตารางที่ 3 แสดงข้อคำถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ (ต่อ)

ข้อความเดิม	ข้อความที่ปรับแก้ไข
<p><b>แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด</b></p> <p>1.ฉันมาตรวจตามที่หมอผ่าตัดนัดทุกครั้ง</p> <p>11. ฉันแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันขนนุ่ม</p> <p>13. ฉันหลีกเลี่ยงการถูกแดดจ้า</p>	<p><b>แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด</b></p> <p>1. ฉันมาตรวจตามที่แพทย์ผ่าตัดนัดทุกครั้ง</p> <p>11. ฉันใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม</p> <p>13. ฉันหลีกเลี่ยงการถูกแดดแรงๆ</p>
<p><b>แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด</b></p> <p>8. คุณได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในเรื่องโรคที่คุณเป็นอยู่</p> <p>9. คุณได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในเรื่องการดูแลทวารเทียมและการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด</p> <p>14. คุณได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับอุปกรณ์การดูแลทวารเทียม จากบุคคลใกล้ชิด</p>	<p><b>แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด</b></p> <p>8. คุณได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่</p> <p><b>เพิ่มข้อคำถาม</b></p> <p>9. คุณได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในเรื่องการดูแลทวารเทียม</p> <p>10. คุณได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในเรื่องการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด</p> <p>14. คุณได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับ อุปกรณ์การดูแลทวารเทียมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>

ผู้วิจัยได้นำผลการตัดสินความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ตารางที่ 4 แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ( CVI )
แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด	0.82
แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด	0.88
แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	0.94
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด	0.90

2) การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดที่เข้ามารับการรักษาในหน่วยเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 110 คนแล้ว นำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้ กรณีแบบวัดที่มีอยู่แล้ว ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยควรมีความเที่ยง .80 ขึ้นไป แต่หากกรณีเป็นแบบวัดใหม่ควรมีความเที่ยง .70 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2003)

ตารางที่ 5 แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค	
	ทดลองใช้ 30 คน	เก็บข้อมูลจริง 110 คน
แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด	.85	.88
แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด	.97	.96
แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	.86	.78
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด	.93	.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2. ผู้วิจัยขอหนังสืออนุมัติจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือวิจัยส่งถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขออนุมัติการทำวิจัยจากโรงพยาบาล

3. เมื่อได้รับผลการพิจารณาจริยธรรมว่าผ่านเรียบร้อยแล้ว และได้รับอนุญาตในการดำเนินการเก็บข้อมูลจากทางฝ่ายการพยาบาล และภาควิชาอายุรศาสตร์ของโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบหัวหน้าหน่วยมะเร็งวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนี้

3.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3.2 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย ระบุขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

3.3 หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามพร้อมทั้งวิธีตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 45 นาทีและสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้

3.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อคำถาม หากฉบับใดกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์ ในแต่ละโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบ 110 ราย

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

#### **การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์สำหรับกลุ่มตัวอย่างได้รับการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยมีการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษา และหากเกิดอาการหรือการเจ็บป่วยรุนแรงขณะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะประสานงานกับพยาบาลและแพทย์ เพื่อให้การรักษาทันที คำตอบและข้อมูลในแบบสอบถามถือเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชน และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะใช้เพื่อศึกษาตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ตารางที่ 6 แสดงวันที่ส่ง วันที่ได้รับ วันหมดอายุ และหมายเลขหนังสืออนุมัติให้ทำการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

โรงพยาบาล	วันที่ส่ง	วันที่ได้รับ อนุมัติ	วันหมดอายุ	หมายเลข จริยธรรม
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	14 ต.ค.57	3 ธ.ค.57	2 ธ.ค.58	482/57
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	21 ต.ค.57	11 ธ.ค.57	10 ธ.ค.58	040/2557
โรงพยาบาลศิริราช	7 พ.ย.57	30 ธ.ค.57	29 ธ.ค.58	765/2014
คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราชินราช	17 ต.ค.57	19 ม.ค.58	18 ม.ค.59	11/2558

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คุณภาพชีวิต ด้วยการแจกแจงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งรายด้านและโดยรวม
3. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสบการณ์การมีอาการ ได้แก่ ความถี่ในการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิต ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด
4. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Burns and Grove, 2003)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.10 – 0.29	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.50 – 1.00	มีความสัมพันธ์กันสูง

ส่วนเครื่องหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) จะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ถ้าเป็น (+) แสดงว่ามีความสัมพันธ์แบบตามกัน ถ้าเป็น (-) แสดงว่ามีค่าความสัมพันธ์แบบผกผันกัน

5. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของ ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษา การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และได้รับเคมีบำบัด วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Regression)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัดในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 3 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลวิเคราะห์ไว้ในตาราง

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

ตอนที่ 4 การศึกษาอำนาจในการทำนายของประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด



**ตอนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี ทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแสดงผล วิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและ ได้รับเคมีบำบัด จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการเบิกจ่ายค่า รักษาพยาบาล ระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะเวลาที่มีทวารเทียม จำนวนครั้งที่ได้รับ เคมีบำบัด

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	35	31.80
ชาย	75	68.20
<b>อายุ</b>		
30-39 ปี	1	.91
40-49 ปี	23	20.91
50-59 ปี	86	78.18
( $\bar{X}$ =53.36 ปี;SD=5.03,min=38 ปี,max=59 ปี)		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	12	10.91
คู่	79	71.82
หม้าย	7	6.36
หย่า	12	10.91
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	38	34.54
มัธยม	54	49.09
อื่นๆ เช่น ปวช, ปวส	2	1.82
ปริญญาตรี	14	12.73
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.82

**ตารางที่ 7** แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะเวลาที่มีทวารเทียม จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	7.27
เป็นเจ้าของกิจการเอง ค้าขาย	25	22.73
รับจ้าง	53	48.18
เกษตรกร	8	7.27
ไม่มีงานทำ	13	11.82
อื่นๆ เช่น พระภิกษุ	3	2.73
<b>รายได้ต่อเดือน</b>		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	18	16.36
5,000-10,000 บาท	13	11.82
10,001 -15,000 บาท	41	37.28
15,001-20,000 บาท	18	16.36
มากกว่า 20,000 บาท	20	18.18
<b>สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล</b>		
ข้าราชการ	10	9.09
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	83	75.45
ประกันสังคม	13	11.82
ประกันชีวิต	1	.91
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองโดยไม่มีสิทธิเบิก	3	2.73
<b>ระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก</b>		
ระยะที่ 2	2	1.82
ระยะที่ 3	94	85.45
ระยะที่ 4	14	12.73

**ตารางที่ 7** แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะเวลาที่มีทวารเทียม จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาที่มีทวารเทียม</b>		
1-6 เดือน	37	33.64
7-12 เดือน	52	47.27
>12 เดือน	21	19.09
( $\bar{X}$ =10.22 เดือน, SD=8.00, min=1 เดือน, max=36 เดือน)		
<b>ลำดับครั้งการให้เคมีบำบัด</b>		
1 <sup>st</sup> - 6 <sup>th</sup>	52	47.27
7 <sup>th</sup> - 12 <sup>th</sup>	38	34.55
>12 <sup>th</sup>	20	18.18
( $\bar{X}$ =9.77ครั้ง, SD=8.04, min=1 ครั้ง, max=36 ครั้ง)		

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายโดยคิดเป็นร้อยละ 68.20 มีอายุ 50-59 ปี จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 78.18 และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 53 ปี โดยมีสถานภาพสมรส จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 71.82 การศึกษาระดับชั้นมัธยมจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 49.09 มีอาชีพรับจ้างจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 48.18 มีรายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 37.28 กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) เป็นร้อยละ 75.45 กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 85.45 ระยะเวลาการมีทวารเทียมส่วนใหญ่ 7-12 เดือน จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 47.27 ระยะเวลาเฉลี่ยการมีทวารเทียม 10 เดือน และส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 1<sup>st</sup> - 6<sup>th</sup> จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 47.27 ส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 9

**ตารางที่ 8** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสบการณ์การมีอาการ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดในเขตกรุงเทพมหานครรายด้านและ โดยรวม จำนวน 110 คน

องค์ประกอบประสบการณ์การมีอาการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความถี่ของอาการ	.59	.51	น้อย
ความรุนแรงของอาการ	.57	.50	น้อย
ความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิต	.33	.46	น้อย
ประสบการณ์การมีอาการ	1.50	1.43	น้อย

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.50 คะแนน (SD=1.43) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามิติด้านความถี่ ของอาการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .59 คะแนน (SD=.51) ซึ่งอยู่ในระดับ น้อย รองลงมาคือมิติด้านความรุนแรงของอาการ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .57 คะแนน (SD=.50) ซึ่งอยู่ในระดับน้อยและมิติด้านความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยมี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .33 คะแนน (SD=.46) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ

**ตารางที่ 9** แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน  
 ครอบคลุมการดำเนินชีวิตที่พบในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด  
 (n=110)

อาการ	ความถี่		ความรุนแรง		ความทุกข์ทรมาน	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
1. วิตกกังวล	1.07	.775	1.02	.690	.58	.783
2. รู้สึกเศร้าใจ	.50	.763	.50	.763	.29	.626
3. รู้สึกกระวนกระวายใจ	.36	.787	.34	.720	.20	.647
4. นอนหลับยาก	.81	.829	.78	.771	.45	.712
5. หงุดหงิด	.63	.752	.62	.742	.34	.667
6. ไม่มีสมาธิ	.40	.638	.41	.668	.16	.440
7. ไม่มีแรง	.85	.815	.85	.822	.55	.774
8. ปวด	.55	.761	.55	.749	.38	.690
9. รู้สึกง่วงซึม	.48	.843	.48	.821	.32	.690
10. ปากแห้ง	.77	.905	.74	.864	.44	.723
11. คลื่นไส้	.70	.808	.66	.770	.41	.681
12. เบื่ออาหาร	.91	.944	.87	.889	.60	.837
13. รู้สึกอึดอัดท้อง	.85	.844	.85	.826	.53	.751
14. การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง	.91	.852	.91	.830	.59	.827
15. ท้องผูก	.46	.798	.45	.786	.28	.665
16. น้ำหนักลด	.63	.788	.60	.744	.32	.676
17. เวียนศีรษะ	.51	.687	.50	.687	.20	.555
18. อาเจียน	.55	.672	.54	.659	.23	.553
19. ชา/เจ็บแปลบปลายมือ ปลายเท้า	1.14	.862	1.07	.809	.77	.874
20. ไอ	.46	.725	.44	.671	.16	.516

**ตารางที่ 9** แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน รบกวนการดำเนินชีวิตที่พบในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด (n=110) (ต่อ)

อาการ	ความถี่		ความรุนแรง		ความทุกข์ทรมาน	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
21.มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิม	.90	.888	.86	.862	.45	.830
22. คำนถามร่างกาย	.42	.734	.39	.705	.18	.561
23. บวมบริเวณแขน/ขา	.22	.548	.23	.569	.08	.409
24. ท้องเสีย	.78	.806	.78	.817	.47	.809
25. มีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์	.33	.825	.34	.827	.16	.723
26. หายใจไม่อิ่ม	.35	.735	.31	.701	.19	.657
27. ผมร่วน	.77	.864	.72	.836	.43	.795
28. ปัสสาวะผิดปกติ	.40	.780	.37	.728	.23	.673
29. มีแผลในปาก	.47	.775	.49	.798	.31	.726
30. ปัสสาวะเล็ด	.31	.701	.29	.654	.20	.603
31. ผื่นร้าย	.25	.609	.21	.526	.10	.405
32. กลืนลำบาก	.29	.734	.28	.692	.17	.648

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความถี่การเกิดอาการในจำนวน 32 อาการที่เกิดบ่อยมากที่สุด 1 ลำดับที่ผ่านมา 3 อันดับ คือ อันดับที่ 1 ชา/เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.14 อันดับที่ 2 คือ วิดกกังวล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.07 และอันดับที่ 3 คือ เบื่ออาหาร และการรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .91 ในด้านความรุนแรงพบว่าอาการชา/เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า มีความรุนแรงมากที่สุดโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.07 รองลงมาคือ วิดกกังวล โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.02 และการรับรสอาหารเปลี่ยนแปลงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .91 ในด้านความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิตพบว่า อาการชา/เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า ผู้ป่วยรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .77 รองลงมาคือ การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .59 และวิดกกังวลมากที่สุดเป็นอันดับ 3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .58

**ตารางที่ 10** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดในเขตกรุงเทพมหานครรายด้านและโดยรวม จำนวน 110 คน

องค์ประกอบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การมาตรวจตามแพทย์นัด	4.93	.31	สูง
การเลือกรับประทานอาหาร	4.38	.68	สูง
การสังเกตอาการขณะได้รับยาเคมีบำบัด	4.86	.39	สูง
การปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด	4.42	.54	สูง
การป้องกันการติดเชื้อ	4.52	.51	สูง
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	4.55	.34	สูง

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดระดับสูง โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 (SD=.34) คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามิติด้านการมาตรวจตามแพทย์นัดมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.93 (SD=.31) คะแนน รองลงมาคือมิติด้านการสังเกตอาการขณะได้รับยาเคมีบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.86 (SD=.39) คะแนน มิติด้านการป้องกันการติดเชื้อมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 (SD=.51) มิติด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 (SD=.54) และมิติด้านการเลือกรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 (SD=.68) คะแนนตามลำดับ

**ตารางที่ 11** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดในเขตกรุงเทพมหานครรายด้านและโดยรวม จำนวน 110 คน

องค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
การสนับสนุนทางอารมณ์	4.52	.65	สูง
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	4.29	.58	สูง
การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือ แรงงาน	4.56	.60	สูง
การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ พฤติกรรม	4.57	.65	สูง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	4.47	.48	สูง

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมด้านการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงเท่ากับ 4.47 (SD=0.48) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.57 (SD=0.65) รองลงมาคือด้านการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงานมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 (SD=0.60) ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 (SD=0.65) และด้านข้อมูลข่าวสารมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 4.29 (SD=0.58)



**ตอนที่ 2 ศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด**

**ตารางที่ 12** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดในเขตกรุงเทพมหานครรายด้านและโดยรวมจำนวน 110 คน

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความผาสุกด้านร่างกาย	75.96	13.27	สูง
ความผาสุกด้านจิตใจ	75.45	12.07	สูง
ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์	72.43	15.70	สูง
ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม	93.24	14.76	สูง
การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา	89.18	13.94	สูง
การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ	80.68	15.04	สูง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	79.60	9.59	สูง

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 79.60, SD=9.59$ ) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 6 องค์ประกอบพบว่า ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 93.24 (SD=14.76) รองลงมาคือด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 89.18 (SD=13.94) ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 80.68 (SD=15.04) ด้านความผาสุกด้านร่างกายคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 75.96 (SD=13.27) ความผาสุกด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 75.45 (SD= 12.07) และด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 72.43 (SD=15.70) ตามลำดับ

**ตารางที่ 13** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตตามระยะเวลาที่มีทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 110 คน

ระยะเวลาที่มีทวารเทียม	คุณภาพชีวิต		ระดับ
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
1-6 เดือน	77.40	1.59	สูง
7-12 เดือน	80.49	1.25	สูง
มากกว่า 12 เดือน	81.30	2.29	สูง

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทวารเทียมเป็นระยะเวลานานมากกว่า 12 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่ากับ 81.30 (SD=2.29) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีทวารเทียมระยะ 7-12 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 80.49 (SD=1.25) และกลุ่มตัวอย่างที่มีทวารเทียมระยะ 1-6 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุดเท่ากับ 77.40 (SD=1.59)

**ตารางที่ 14** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตตามลำดับครั้งการให้เคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 110 คน

ตามลำดับครั้งการให้เคมีบำบัด	คุณภาพชีวิต		ระดับ
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
1 <sup>st</sup> - 6 <sup>th</sup>	77.99	1.38	สูง
7 <sup>th</sup> - 12 <sup>th</sup>	80.62	1.47	สูง
>12 <sup>th</sup>	81.85	2.13	สูง

จากตารางที่ 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเคมีบำบัดมากกว่า 12 ครั้งมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่ากับ 81.85 คะแนน (SD=2.13) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 7-12 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 80.62 คะแนน (SD=1.47) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1-6 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุดเท่ากับ 77.99 คะแนน (SD=1.38)

ตอนที่ 3 การคำนวณค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดวิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิต ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จำนวน 110 คนในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์ (inter correlation matrix)

	ประสบการณ์การ มีอาการ	ความถี่ ของอาการ	ความ รุนแรง ของอาการ	ความ ทุกข์ ทรมานรบกวน การดำเนินชีวิต	ความ ร่วมมือใน การรักษา	การ สนับสนุน ทางสังคม	การ คุณภาพชีวิต
ประสบการณ์การมีอาการ	1						
ความถี่ของอาการ	.985**	1					
ความรุนแรงของอาการ	.987**	.992**	1				
ความทุกข์ทรมานรบกวนการ ดำเนินชีวิต	.935**	.868**	.875**	1			
ความร่วมมือในการรักษา	-.347**	-.322**	-.319**	-.395**	1		
การสนับสนุนทางสังคม	-.511**	-.473**	-.469**	-.550**	.460**	1	
คุณภาพชีวิต	-.629**	-.608**	-.611**	-.616**	.148	.316**	1

\*\* p < .01

จากตารางที่ 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.629$ ) และสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 38 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความถี่ของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ( $r = -.608$ ) สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 36 ด้านความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ( $r = -.611$ ) ซึ่งสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 37 ความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ( $r = -.616$ ) สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 37 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .316$ ) และสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 9 ส่วนความร่วมมือในการรักษาด้วย

ยาเคมีบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และได้รับเคมีบำบัด ( $r=.148$ ) แต่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 2 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายพบว่าตัวแปรประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรสูง

#### ตอนที่ 4 การศึกษาอำนาจในการทำนายของประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบใช้ตัวแปรทำนายทุกตัวเข้าสู่สมการ (Enter Regression) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 16

**ตารางที่ 16** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จำนวน 110 คน

ตัวแปรทำนาย	B	SE <sub>b</sub>	Beta	t	p-value
Constant(a)	2188.066	266.385		8.214	.000
ประสบการณ์การมีอาการ	-3.101	.424	-.646	-7.314	.000
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	3.107	2.612	.114	1.190	.237
การสนับสนุนทางสังคม	.566	2.006	.026	.282	.778
R = .634    R <sup>2</sup> = .402    Adjust R <sup>2</sup> = .385    F = 23.730					

จากตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบใช้ตัวแปรทำนายทุกตัวเข้าสู่สมการพบว่า

1) ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=23.730$ )

2) ประสพการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 40 ( $R^2 = .402$ )

3) ประสพการณ์การมีอาการเพียงตัวเดียวมีสัมประสิทธิ์การทำนาย (BETA) ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (-.646) ส่วนตัวแปรความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด มิได้หมายความว่า ตัวแปรทำนาย ดังกล่าวไม่มีประสิทธิภาพในการทำนาย เพียงแต่อาจเป็นเพราะมีความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรสูง หรือ ตัวแปรทำนายมีอิทธิพลทางอ้อมส่งผ่านตัวแปรตัวอื่น ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ได้ดังนี้

จากตารางสามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_y = -.646 Z_{\text{ประสพการณ์การมีอาการ}} + .114 Z_{\text{ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด}} + .026 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}$$

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จากประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรวิจัย** ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

**กลุ่มตัวอย่าง** ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดอายุ 18-59 ปี ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ทำการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 2 กุมภาพันธ์ถึง 26 มีนาคม 2558 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน(Multi-stage sampling) การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดจนครบจำนวน 110 คนที่มีคุณสมบัติดังนี้

- เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด (Stage 2-4)
- 2) ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง อายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- 3) ไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสี
- 4) ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- 5) สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทยได้ดี
- 6) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัส
- 7) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท
- 8) ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

- เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดที่มีสัญญาณชีพที่ผิดปกติในระหว่างการเก็บข้อมูล เช่น ความดันโลหิตต่ำ ไข้สูง หายใจลำบากหรือเหนื่อยหอบ หรือมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ เป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ อายุ เป็นแบบเติมคำในช่องว่างสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ข้อมูลส่วนนี้ให้ผู้ป่วยเป็นผู้กรอกแบบบันทึกด้วยตนเอง

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการรักษาที่ได้รับ ประกอบด้วย ระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะเวลาที่มีทวารเทียมและครั้งที่ได้รับเคมีบำบัดข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเอง

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

3. แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

4. แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดเท่ากับ 0.82, 0.88, 0.94, 0.90 ตามลำดับ

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่หน่วยเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคดังนี้ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดเท่ากับ .85 แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดเท่ากับ .97 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเท่ากับ .86 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดเท่ากับ .93 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย พบว่าความเที่ยงเท่ากับ .88, .96, .78 และ .91 ตามลำดับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวม และรายด้าน ประสพการณ์การมีอาการ ได้แก่ การเกิดอาการ ความถี่ในการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ และความรู้สึกทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิต ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ประสพการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของ ประสพการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Regression)



## สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.20 มีอายุ 50-59 ปี มีจำนวน 86 คน (ร้อยละ 78.18) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 53 ปี มีสถานภาพสมรสจำนวน 79 คน (ร้อยละ 71.82) การศึกษาระดับชั้นมัธยมจำนวน 54 คน (ร้อยละ 49.09) มีอาชีพรับจ้างจำนวน 53 คน (ร้อยละ 48.18) มีรายได้ต่อเดือน 10,001 -15,000 บาท จำนวน 41 คน ร้อยละ 37.28 กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) เป็นร้อยละ 75.45 กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 85.45 ระยะเวลาการมีทวารเทียมส่วนใหญ่ 7-12 เดือน จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 47.27 ระยะเวลาเฉลี่ยการมีทวารเทียม 10 เดือน และส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 1<sup>st</sup> - 6<sup>th</sup> จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 47.27 ส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 9

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  =79.60, SD=9.59) เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตทั้ง 6 องค์ประกอบพบว่า ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคมมีเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 93.24 คะแนน (SD=14.76) รองลงมาคือด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ย 89.18 คะแนน (SD=13.94) ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาต้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ย 80.68คะแนน (SD=15.04) ด้านความผาสุกด้านร่างกายค่าเฉลี่ย75.96 คะแนน (SD=13.27) ความผาสุกด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ย75.45คะแนน (SD=12.07) และด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ มีค่าเฉลี่ย 72.43 คะแนน (SD=15.70) ตามลำดับค่าเฉลี่ยตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.50 คะแนน (SD=1.43) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเท่ากับ 4.55 คะแนน (SD=.34) ซึ่งอยู่ในระดับสูง สำหรับค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดมีเท่ากับ 4.47 คะแนน (SD=0.48) อยู่ในระดับสูง

3. ปัจจัยความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด พบว่า ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r$  =-.629) และสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 38 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความถี่ของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ( $r$  =-.608) สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 36 ด้านความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ( $r$  =-.611) ซึ่งสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 37 ความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ( $r$  =-.616) สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 37 อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .01 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=.316$ ) และสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 9 ส่วนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ( $r =.148$ ) แต่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 2 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายพบว่าตัวแปรประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรสูง

4. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด พบว่า ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=23.730$ ) และประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 40 ( $R^2 =.402$ ) ประสบการณ์การมีอาการเพียงตัวเดียวมีสัมประสิทธิ์การทำนาย (BETA) ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (-.646) ส่วนตัวแปรความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม ไม่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดอาจเป็นเพราะมีความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรสูงหรือมีอิทธิพลทางอ้อมกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ได้ดังนี้

$$Z_y = -.646 Z_{\text{ประสบการณ์การมีอาการ}} + .114 Z_{\text{ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด}} + .026 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}$$

## อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์เชิงทำนายกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

### วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 79.60$ ,  $SD = 9.59$ ) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของ Nicolussi and Sawada (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 79.13$ ,  $SD = 17.40$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆได้แก่ สอดคล้องกับงานวิจัยของมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 66.43$ ,  $SD = 13.94$ ) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 53 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยกลางคนที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถทำงานบ้านหรืองานประจำได้ รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยการรักษาพยาบาลและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.43 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกศิณี ธีรทองดี (2014) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านภาพลักษณ์อยู่ในระดับต่ำที่สุด ( $\bar{X} = 45.92$ ,  $SD = 6.11$ ) ซึ่งจากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียม รู้สึกกลัวกลิ่น กลัวการรั่วซึมของอุจจาระ และบางครั้งยังมีความลำบากใจในการมองทวารเทียม

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่ายิ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีทวารเทียมเป็นระยะเวลาอนานยิ่งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Marquis, Marrel, and Jambon (2003) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมนานกว่า 6 เดือนมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมเป็นเวลาน้อยกว่า 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เช่นเดียวกับ Chunli Liao and Ying Qin (2014) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมพบว่าระยะเวลาของการมีทวารเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .24$ ,  $p < .001$ ) เนื่องจากผู้ป่วยได้มีการปรับตัวเป็นระยะเวลาที่นานพอ และเรียนรู้ในการดูแลตนเอง มีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้น จากปัจจัยดังที่กล่าวมาน่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด**

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและประเด็นที่ค้นพบดังนี้

**ประสบการณ์การมีอาการ** มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=-.629$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความถี่ ความรุนแรงความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ( $r=-.608, -.611$  และ  $-.616$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษา Hayman and Halverson (2011) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังจากได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีการรับรู้อาการเพิ่มมากขึ้นยิ่งทำให้ระดับคุณภาพชีวิตจะลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Geinitz et al. (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังจากได้รับรังสีรักษาและยาเคมีบำบัดพบว่าการรับรู้อาการทางระบบทางเดินอาหารเพิ่มมากขึ้นยิ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.001$ ) สอดคล้องกับ Gosselin and Tracy Karen (2012) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมที่รู้ว่าตนเองมีอาการมากจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยที่รับรู้อาการน้อย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาการที่พบบ่อย 3 อาการแรกได้แก่ วิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 79.09 รองลงมาคือ ชา/เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า คิดเป็นร้อยละ 78.18 และอาการรับรสอาหารเปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 66.36 ด้านความถี่การเกิดอาการที่เกิดบ่อยมากที่สุดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3 อันดับ คือ ชา/เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า วิตกกังวล และ เบื่ออาหาร และการรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง ในด้านความรุนแรงพบว่าอาการ ชา/เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า มีความรุนแรงมากที่สุดโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.07 รองลงมาคือวิตกกังวล โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.02 และการรับรสอาหารเปลี่ยนแปลงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .91 ส่วนอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดคือ อาการชา/เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้าซึ่งผู้ป่วยรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .77 รองลงมาคือ การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .59 และวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .58) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ต้องเผชิญกับอาการทั้งจากการผ่าตัดเพื่อทำช่องเปิดลำไส้ผ่านทางหน้าท้อง เพื่อให้อุจจาระออกแทนทวารหนักเดิมเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ส่งผลผู้ป่วยมี

ปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การเข้าสังคม และพบว่าผู้ป่วยนั้นมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548) อีกทั้งยังมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพื่อควบคุมโรคและเพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตให้สูงขึ้นกว่าการรักษาเฉพาะที่เพียงอย่างเดียว (อุบล จ้วงพานิช, 2555) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับประสบการณ์การมีอาการจากโรคและการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ ทั้งในด้านความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานในชีวิตมากจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al.(2001) ที่ระบุว่า เมื่อบุคคลรับรู้อาการที่เกิดขึ้น และการรับรู้อาการที่เพิ่มมากขึ้นทำให้รบกวนชีวิตประจำวันที่เคยปฏิบัตินำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง

**ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด** ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Trevino, Fasciano, and Prigerson (2013) ที่พบว่าความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาวิจัยของ ศิริพร ศรีสมัย นรลักษณ์ เอื้อกิจ และรุ่งระวี นาวิเจริญ (2557) ที่พบว่าความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด สอดคล้องกับ Nunes (2001) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของ Martínez, Prado-Aguilar, Rascón-Pacheco, and Valdivia-Martínez (2008) พบว่าความร่วมมือในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจากข้อคำถามความร่วมมือในการรักษาส่วนใหญ่เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับอาการข้างเคียงและการดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัด ไม่เกี่ยวข้องกับทวารเทียมและการดูแล จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษาและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีมิติด้านการตรวจตามแพทย์นัดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.93 (SD=.31) ด้านการสังเกตอาการขณะได้รับยาเคมีบำบัดโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.86 (SD=.39) มิติด้านการป้องกันการติดเชื้อมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 (SD=.51) มิติด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 (SD=.54) และมิติด้านการเลือกรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 (SD=.68) คะแนนซึ่งหมายถึงมีกลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับสูง ดังกล่าวอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยว่าโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน การรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้มีโอกาสหายจากโรคและมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น (Ruddy, Mayer, & Partridge, 2009) จากการสอบถามผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และปฏิบัติ

ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลไม่ว่าจะเป็นเรื่องการหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดอาการท้องเสีย ท้องผูก อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น แก๊ส การป้องกันการติดเชื้อเช่นการล้างมือ การหลีกเลี่ยงอยู่ในที่คนแออัด หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นไข้หวัด และพกผ้าปิดจมูกติดตัวตลอดเวลา หรือแม้กระทั่งการสังเกตอาการตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดมีพฤติกรรมความร่วมมือที่ดี ถูกต้องเหมาะสม และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงอาจไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

**การสนับสนุนทางสังคม** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ในระดับปานกลาง ( $r=.316$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ( $r=.201$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ สยงกุล (2550) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.38$ ,  $p<.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชบา สมใจวงษ์ (2553) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ( $r=.12$ ,  $p<.01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติดา ธารพร (2555) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ( $r=.126$ ,  $p<.05$ ) ผลการวิจัยที่สอดคล้องกันเป็นการสนับสนุนแนวความคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ที่กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมทางสังคมประกอบด้วยเครือข่ายทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์การจัดการกับอาการนั้นคือคุณภาพชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทอง จะช่วยให้บุคคลลดความกังวล ความทุกข์ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าและมีความสำคัญนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จากประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม**

จากการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรทำนายทุกตัวเข้าสู่สมการพร้อมกัน (Enter Regression) ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและประเด็นที่ค้นพบดังนี้

**ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม** สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=23.730$ ) และมีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 40 ( $R^2 = .402$ ) ซึ่งสนับสนุนแนวความคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) มีกล่าวไว้ว่า ประสบการณ์การมีอาการเป็นประสบการณ์ที่ไม่หยุดนิ่ง ต้องผ่านกระบวนการคิดรู้อันของแต่ละบุคคล ซึ่งรับรู้ในด้านความถี่ ความรุนแรงของอาการและความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิต หากบุคคลรับรู้ประสบการณ์การมีอาการมากจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง และยังมีปัจจัยของความร่วมมือในการรักษาที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต หากบุคคลมีพฤติกรรมความร่วมมือโดยปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องจะสามารถควบคุมอาการ ความรุนแรงของโรค ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม หากบุคคลได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งเจ้าบุคคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือแรงงาน ซึ่งเป็นการเพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น จากการเจ็บป่วยทางกายและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

**ประสบการณ์การมีอาการ** มีสัมประสิทธิ์การทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Beta=-.646$ ) โดยประสบการณ์การมีอาการสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 38 อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้ประสบการณ์การมีอาการมากจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษา Kenne Sarenmalm, Ohlén, Odén, and Gaston-Johansson (2008) ที่พบว่าประสบการณ์การมีอาการสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กลับเป็นซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Garrison, Overcash, and McMillan (2011) ที่พบว่าประสบการณ์การมีอาการสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ ทั้งทางด้านอารมณ์ ได้แก่ วิดกกังวล รู้สึกเศร้าใจ รู้สึกกระวนกระวายใจหงุดหงิด ไม่มีสมาธิ นอนหลับยาก มีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ด้านระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง อึดอัดแน่นท้อง ท้องผูก ท้องเสียบางรายมีปัญหาแน่นท้องลดลง อาการทางด้านอวัยวะส่วนปลาย ได้แก่ อาการขาเจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า บวมบริเวณแขนขา ทางด้านภาพลักษณ์ได้แก่ มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิม ผอมร่วง และความเจ็บปวด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดรับรู้ทั้งความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงระดับความรุนแรงของอาการ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน รบกวนการดำเนินชีวิต ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงในที่สุด

**ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด** ไม่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แต่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ วริศรา ม่วงช่วง (2556) ที่พบว่าความร่วมมือในการรักษา สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีอิทธิพลทางอ้อมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรทำนายประสบการณ์การมีอาการส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จึงทำให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ไม่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เป็นลักษณะของตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลทางอ้อมส่งผ่านตัวแปรอื่นได้ ซึ่งจะเห็นได้จากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายพบว่าตัวแปร ความร่วมมือในการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรสูง แสดงว่าความร่วมมือในการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ซึ่งควรจะมีการศึกษาวิจัยต่อไป

**การสนับสนุนทางสังคม** ไม่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แต่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 9 สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูมรินทร์ มาลารัตน์และณัทธ พิทยรัตน์เสถียร (2551) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด สอดคล้องกับ Cai, Zhou, Yu, and Wan (2011) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และมณฑา ลิมทองกุล (2557) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ( $Beta=0.7, p<0.001$ ) ซึ่งในงานวิจัยดังกล่าวมีผู้สูงอายุร่วมด้วย แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่เป็นวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 53 ปี มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยวัยสูงอายุ การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.8 ซึ่งในบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยนั้น ครอบครัวจะมีความรักความผูกพันกันในระบบเครือญาติ มีความเอื้ออาทร ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันทั้งในภาวะปกติและเมื่อมีการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวญาติจะมีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนจัดการกับอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (รุจา ภูโพบูลย์, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ สายสมร เฉลยกิตติ, ศิริพร พูนชัย, ศิริพร สว่างจิตร และจุฑารัตน์ บันดาลสิน (2556) พบว่าสมาชิกใน



ครอบครัวเมื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจะช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืนและอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเรื่องการให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา ได้รับความช่วยเหลือในเรื่องของอุปกรณ์การดูแลทวารเทียมกระทั่งการจัดให้มีชมรมจิตอาสาทวารเทียม โดยมีจิตอาสาทวารเทียมเข้าร่วมกับทีมสุขภาพในการเยี่ยม ให้ความรู้ ให้กำลังใจผู้ป่วยรายใหม่เกิดการยอมรับและมั่นใจในการดูแลทวารเทียม นอกจากนี้ยังมีโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียมด้วยกลุ่มช่วยเหลือตัวเอง (self-help Group) เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีทวารเทียมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (งานการพยาบาลศัลยกรรม ออสโตมี คลินิก โรงพยาบาลราชวิถี, 2556) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับที่ดีอยู่แล้ว เพราะได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆอย่างต่อเนื่องจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ญาติ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ จึงอาจส่งผลให้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดได้

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 40 ซึ่งสนับสนุนความสัมพันธ์ที่กล่าวไว้ในแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ซึ่งเป็นตัวแปรที่พยาบาลมีบทบาทในการจัดการกับตัวแปรเหล่านี้ได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่าประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 40 ดังนั้นควรมีการนำข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานของอาการ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดมีระดับความวิตกกังวลสูงทั้งจากตัวโรคและการรักษา ดังนั้นจึงควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนตั้งแต่ผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาลเตรียมผ่าตัด ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

3. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้รับรู้อาการชา เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้ามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 78.2 เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีส่วนประกอบของโลหะหนักพลาตินัม ยาจะมีผลต่อระบบกล้ามเนื้อทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหรือการประสานกันของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้เกิดอาการก้าวเท้าลำบาก รู้สึกว่ากล้ามเนื้อเป็นตะคริว แขนขาอ่อนแรง มีอาการชาเจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า ดังนั้นควรมีการนำข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนและหาวิธีการบำบัดทางการพยาบาล เพื่อการป้องกัน บรรเทาและลดความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานของอาการ และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

#### ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดที่รับรู้ประสบการณ์การมีอาการมากจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง จึงควรนำผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการสร้างหรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกัน บรรเทาและลดอาการเพื่อส่งเสริมการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาตัวแปรระหว่าง ความร่วมมือและการสนับสนุนทางสังคม

3. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์หรือมีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

4. แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ซึ่งไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาเครื่องมือให้ครอบคลุมกับบริบทผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรณิการ์ วีระกุล. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- กฤติกาพร โยโนนตาด. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณินิจ พงศ์ถาวรภมม, พิจิตรา เล็กดำรงกุล, พรพรรณ วนวโรดม, & วันทนกันต์ ราชวงศ์. (2014). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม สถานภาพทางการเงินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในสตรีมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา. *Journal of Nursing Science*, 32(1), 15-27.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2535). พยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย. *สารสภากาการพยาบาล*, 7(3), 32-37.
- จิรวดี สติชัยเรืองศักดิ์, & อรุณี เดชาพันธุ์กุล. (2557). ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ สงขลานครินทร์เวชสาร, 32(4), 259-270.
- จุฬารณีย์ สัยกุล. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรีและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพวรรณ คุณพันธ์. (2553). ผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ สรรสม. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ อิงคณีย์. (2553). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. (วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นวพร ชิตมน. (2549). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร. (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส. (2552). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ : การประเมินและการนำไปใช้.  
ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บรรลือ เฉลยกิตติ. (2545). ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. กรุงเทพมหานคร: บริษัท รุ่งศิลป์  
การพิมพ์(1977)จำกัด.
- ปริญญา ทวีชัยการ. (2549). แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และเร็คตัม. กรุงเทพมหานคร:  
เพนทาگون แอดเวอร์ไทด์ซิง.
- ปริญญา ทวีชัยการ. (2554). ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: สาย  
ธุรกิจโรงพิมพ์ บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ไพโรมาษณ์ บินชจิตต์. (2544). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อไอวี.  
(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย),  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิกุล บุญช่วง. (2526). การศึกษาความสัมพันธ์ของอัตมโนทัศน์ กับการให้ความร่วมมือในการรักษาใน  
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ  
พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการ  
เหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับ  
ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มัญญา ชุมพล. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ด  
เลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการอาการ การ  
สนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย), จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- รจนาไฉน สิงห์เรศร์. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณ  
โรค. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย),  
มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วนิดา รัตนานนท์. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วริศรา ม่วงช่วง. (2556). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาวดี หีดนาแค. (2550). กลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศิริพร ศรีสมย์. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2554). รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล.  
[http://www.nci.go.th/th/File\\_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospitalbase2011.pdf](http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospitalbase2011.pdf)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2548). โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และเรคตัม: แนวทางเวชปฏิบัติ *Clinical Practice Guideline for cancer of Colon and Rectum*: กรุงเทพฯ : สปสช.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส, & พิศสมัย อรทัย. (2554). ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้หญิงไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง. วารสาร พยาบาลสาธารณสุข, 25(3), 1-17.
- สุชาดา ธราพร. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, & พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ. (2553). ตำราศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพล จินดาทรัพย์. (2544). ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์

- สุพัตรา บัวที. (2555). การพยาบาลกับการสนับสนุนการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 18(1), 49-61.
- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551). ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพร แนวบุตร. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรอนงค์ สารระทำ, & นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2551). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิทยา. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณศรี เดชสังข์. (2545). ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์. ในสุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิราและอรุณศรี เดชสังข์(บรรณาธิการ), พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาคม ชัยวีระวัฒน์, เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน, อนันต์ กรลักษ์ณ, & อีรวุฒิ คูหะเปรมะ. (2552). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. (2543). โรคลำไส้ : การวินิจฉัย และการรักษา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อิสริย์กร สุรศรีสกุล. (2555). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุษณีย์ ทับทอง. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Aaronson, N. K., Bullinger, M., & Ahmedzai, S. (1988). A Modular Approach to Quality-of-Life Assessment in Cancer Clinical Trials. In H. Scheurlen, R. Kay & M. Baum (Eds.), *Cancer Clinical Trials* (Vol. 111, pp. 231-249): Springer Berlin Heidelberg.

- Abbey, A., Abramis, D. J., & Caplan, R. D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology, 6*(2), 111-129.
- Abu-Saad Huijer, H., & Abboud, S. (2012). Health-related quality of life among breast cancer patients in Lebanon. *European Journal of Oncology Nursing, 16*(5), 491-497.
- Akin, S., Can, G., Aydiner, A., Ozdilli, K., & Durna, Z. (2010). Quality of life, symptom experience and distress of lung cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(5), 400-409. doi: 10.1016/j.ejon.2010.01.003
- American Cancer Society. (2013). Chemotherapy Principles (Publication no. <http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/treatmenttypes/chemotherapy/chemotherapyprinciplesanin-depthdiscussionofthetechniquesanditsroleintreatment/chemotherapy-principles-types-of-chemo-drugs>).
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2013). Colorectal Cancer - Stages (Publication no. <http://www.cancer.net/cancer-types/colorectal-cancer/stages>).
- Blanchard, C. M., Courneya, K. S., & Stein, K. (2008). Cancer survivors' adherence to lifestyle behavior recommendations and associations with health-related quality of life: results from the American Cancer Society's SCS-II. *Journal of Clinical Oncology, 26*(13), 2198-2204.
- Bosley, C. (2012). What Affects Patient Adherence to Oral Chemotherapy? *ONS Connect, 27*(4), 24-24.
- Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy, 37*(1), 53-72.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care, 7*(2), 6-9.
- Burckhardt, C. S. (1985). The Impact of Arthritis on Quality of Life. *Nursing Research, 34*(1), 11-18.

- Burkhart, P. V., & Sabate, E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh*, 35(3), 207.
- Cancer.net. (2013). Colorectal Cancer Risk Factors and Prevention (Publication no. <http://www.cancer.net/cancer-types/colorectal-cancer/risk-factors-and-prevention>).
- Cella D.F., Chang C.H., Hernandez L., Deasy S., Shiimoto G., & M., C. (1997). Cross-cultural validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) scales. *Quality of Life Research*, 6, 631.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: Concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3), 186-192. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0885-3924\(94\)90129-5](http://dx.doi.org/10.1016/0885-3924(94)90129-5)
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., . . . et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579.
- Chevillat, A. L., Alberts, S. R., Rummans, T. A., Basford, J. R., Lapid, M. I., Sloan, J. A., . . . Clark, M. M. (2015). Improving Adherence to Cancer Treatment by Addressing Quality of Life in Patients with Advanced Gastrointestinal Cancers. *J Pain Symptom Manage*. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.03.005
- Chunli Liao, & Ying Qin. (2014). Factors associated with stoma quality of life among stoma patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(2), 196-201.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S. M. (2009). Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nurs Forum*, 44(1), 25-36. doi: 10.1111/j.1744-6198.2009.00124.x
- Colette B, M., Bastiaannet, E., T, A, J. M, A., G, . . . Kapiteijn, E. (2013). Time trends in chemotherapy (administration and costs) and relative survival in stage III colon cancer patients - a large population-based study from 1990 to 2008. *Acta Oncologica*, 52(5), 941-949. doi: 10.3109/0284186X.2012.739730
- Deenen, M. J., Beijnen, J. H., Schellens, J. H. M., Zanger, U. M., Klein, K., & Schwab, M. (2008). Is fluorouracil-induced severe toxicity in DPYD\*2A individuals related to



- sex or to treatment regimen?... Schwab M, Zanger UM, Marx C et al: Role of genetic and nongenetic factors for fluorouracil treatment-related severe toxicity: a prospective clinical trial by the German 5-FU Toxicity Study Group. *J Clin Oncol* 26:2131-2138, 2008. *Journal of Clinical Oncology*, 26(30), 4997-4999.
- Dehghani, M., Hafezi, N., Vojdani, R., Ramzi, M., Karimi, M., Nourani, H., . . . Bahador, Z. (2015). Hematologic Toxicities in Colorectal Cancer Patients who Received FOLFOX4. *Middle East Journal of Cancer*, 6(3), 171-177.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., . . . Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Dodd, M. J., Cho, M. H., Cooper, B. A., & Miaskowski, C. (2010). The effect of symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 101-110.
- Edge, S., & Compton, C. (2010). The American Joint Committee on Cancer: the 7th Edition of the AJCC Cancer Staging Manual and the Future of TNM. *Annals of Surgical Oncology*, 17(6), 1471-1474. doi: 10.1245/s10434-010-0985-4
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing & Health*, 15(1), 29-38.
- Ferrell, B., Cullinane, C. A., Ervin, K., Melancon, C., Uman, G. C., & Juarez, G. (2005). Perspectives on the impact of ovarian cancer: women's views of quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 32(6), 1143-1149.
- Ferrell, B. R., Dow, K. H., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in long-term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 22(6), 915-922.
- Ferrell, B. R., Grant, M. M., Funk, B. M., Otis-Green, S. A., & Garcia, N. J. (1998). Quality of life in breast cancer survivors: implications for developing support services. *Oncology Nursing Forum*, 25(5), 887-895.
- Fox, S. W., & Lyon, D. E. (2006). Symptom clusters and quality of life in survivors of lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33(5), 931-936. doi: 10.1188/06.onf.931-936

- Frost, M. H., Johnson, M. E., Atherton, P. J., Petersen, W. O., Dose, A. M., Kasner, M. J., . . . Pipe, T. B. (2012). Spiritual well-being and quality of life of women with ovarian cancer and their spouses. *Journal of Supportive Oncology, 10*(2), 72-80.
- Fu, M. R., LeMone, P., & McDaniel, R. W. (2004). An integrated approach to an analysis of symptom management in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 31*(1), 65-70.
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. (PH.D.), WAYNE STATE UNIVERSITY. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1990114351&site=ehost-live> Available from EBSCOhost rzh database.
- Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F., & Danielson, E. (2007). The Impact of Symptoms, Coping Capacity, and Social Support on Quality of Life Experience Over Time in Patients with Lung Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management, 34*(4), 370-379.
- Hershman, D. L., Lacchetti, C., Dworkin, R. H., Smith, E. M. L., Bleeker, J., Cavaletti, G., . . . Lustberg, M. B. (2014). Prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *Journal of Clinical Oncology, JCO. 2013.2054. 0914*.
- Horsman, J., Furlong, W., Feeny, D., & Torrance, G. (2003). The Health Utilities Index (HUI®): concepts, measurement properties and applications. *Health and quality of life outcomes, 1*(1), 54.
- House, J. S., & Kahn, R.L. (1985). *Measures and concepts of social support* (I. C. a. S.L. & Syme Eds.). Orlando: Academic.
- Inoue-Choi, M., Lazovich, D., Prizment, A. E., & Robien, K. (2013). Adherence to the world cancer research fund/american institute for cancer research recommendations for cancer prevention is associated with better health-related quality of life among elderly female cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology, 31*(14), 1758-1766.

- Karagozoglu, S., & Filiz Ulusoy, M. (2005). Chemotherapy: the effect of oral cryotherapy on the development of mucositis. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 754-765. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01128.x
- Karnofsky, D. A. (1949). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. *Evaluation of chemotherapeutic agents*.
- Kim, G. D., & Kim, K. H. (2011). Symptom cluster and quality of life in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. *Korean Journal of Adult Nursing*, 23(5), 434-445.
- Krouse, R., Grant, M., Ferrell, B., Dean, G., Nelson, R., & Chu, D. (2007). Quality of Life Outcomes in 599 Cancer and Non-Cancer Patients with Colostomies. *Journal of Surgical Research*, 138(1), 79-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2006.04.033>
- Kuo, T.-T., & Ma, F.-C. (2002). Symptom Distresses and Coping Strategies in Patients With Non-small Cell Lung Cancer. *Cancer Nursing*, 25(4), 309-317.
- L. Jansen, L. Koch, H. Brenner, & V. Arndt. (2010). Quality of life among long-term (>=5 years) colorectal cancer survivors – Systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 46.
- Landier, W. (2011). Adherence to Oral Chemotherapy in Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia: An Evolutionary Concept Analysis. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), 343-352. doi: 10.1188/11.ONF.343-352
- Larson, P. J., Uchinuno, A., Izumi, S., Kawano, A., Takemoto, A., Shigeno, M., Shibata, S. (1994). A Model for Symptom Management. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272-276. doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00333.x
- Leong, J., Molassiotis, A., & Marsh, H. (2004). Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8(1), 26-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cein.2004.02.001>
- Lyman, G. H. (2009). Impact of chemotherapy dose intensity on cancer patient outcomes. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 7(1), 99-108.

- Meraviglia, M., Sutter, R., & Gaskamp, C. D. (2008). Evidence-based guideline: providing spiritual care to terminally ill older adults. *Journal of Gerontological Nursing, 34*(7), 8-14. doi: 10.3928/00989134-20080701-08
- National institutes of Health. (2004). National High Blood Pressure Educational Program: The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, and treatment of high blood pressure. from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK9630/>
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research, 30*, 264-269.
- O'Connor, G., Coates, V., & O'Neill, S. (2010). Exploring the information needs of patients with cancer of the rectum. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(4), 271-277. doi: 10.1016/j.ejon.2010.01.024
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *ANS Adv Nurs Sci, 8*(1), 45-60.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social inoculation. *American Journal of Orthopsychiatry, 52*(1), 20.
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., McCarthy Lepore, J., Friedlander-Klar, H., Coyle, N., . . . Scher, H. (1994). Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Quality of Life Research, 3*(3), 183-189. doi: 10.1007/BF00435383
- Ratanatharathorn, V., Sirilerttrakul, S., Jirajarus, M., Silpakit, C., Maneechavakajorn, J., Sailamai, P., & Sirisinha, T. (2001). Quality of life, Functional Assessment of Cancer Therapy-General. *J Med Assoc Thai, 84*(10), 1430-1442.
- Roland, K. B., Rodriguez, J. L., Patterson, J. R., & Trivers, K. F. (2013). A literature review of the social and psychological needs of ovarian cancer survivors. *Psycho-Oncology, 22*(11), 2408-2418. doi: 10.1002/pon.3322
- Saif, M. W., Choma, A., Salamone, S. J., & Chu, E. (2009). Pharmacokinetically guided dose adjustment of 5-fluorouracil: a rational approach to improving therapeutic outcomes. *Journal of the National Cancer Institute, 101*(22), 1543-1552.

- Shahrokni, A., Rajebi, M. R., & Saif, M. W. (2009). Toxicity and efficacy of 5-fluorouracil and capecitabine in a patient with TYMS gene polymorphism: a challenge or a dilemma? *Clinical Colorectal Cancer, 8*(4), 231-234. doi: 10.3816/CCC.2009.n.039
- So, W. K. W., Leung, D. Y. P., Ho, S. S. M., Lai, E. T. L., Sit, J. W. H., & Chan, C. W. H. (2013). Associations between social support, prevalent symptoms and health-related quality of life in Chinese women undergoing treatment for breast cancer: A cross-sectional study using structural equation modelling. *European Journal of Oncology Nursing, 17*(4), 442-448. doi: 10.1016/j.ejon.2012.11.001
- Standeven, L., Price Hiller, J., Mulder, K., Zhu, G., Ghosh, S., & Spratlin, J. L. (2013). Impact of a Dedicated Cancer Center Surveillance Program on Guideline Adherence for Patients With Stage II and III Colorectal Cancer. *Clinical Colorectal Cancer, 12*(2), 103-112. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clcc.2012.09.006>
- Suwisith, N. (2007). *Symptom clusters and their on the functional status of woman with breast cancer*. (Degree of Doctor of Philosophy), Mahidol University.
- Suwisith, N., Hanucharukul, S., Dodd, M., Vorapongsathorn, T., Pongthavorakamol, K., & Asavametha, N. (2008). Symptom clusters and functional status of women with breast cancer. *Thai Journal of Nursing Research, 12*(3), 153-164.
- Swan, E. (2011). Colostomy, management and quality of life for the patient. *British Journal of Nursing, 20*(1), 22-28.
- Taylor, A. A., & Shoheiber, O. (2003). Adherence to antihypertensive therapy with fixed-dose amlodipine besylate/benazepril HCl versus comparable component-based therapy. *Congest Heart Fail, 9*(6), 324-332.
- The World Health Organization. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research, 2*(2), 153-159. doi: 10.1007/BF00435734
- Thienthong, S., Pratheepawanit, N., Limwattananon, C., Maoleekoonpairroj, S., Lertsanguansinchai, P., & Chanvej, L. (2006). Pain and quality of life of cancer patients: a multi-center study in Thailand. *J Med Assoc Thai, 89*(8), 1120-1126.

- Toftagen, C. (2010). Surviving Chemotherapy for Colon Cancer and Living with the Consequences. *Journal of Palliative Medicine*, 13(11), 1389-1391. doi: 10.1089/jpm.2010.0124
- Tournigand, C., André, T., Achille, E., Lledo, G., Flesh, M., Mery-Mignard, D., . . . Ganem, G. (2004). FOLFIRI followed by FOLFOX6 or the reverse sequence in advanced colorectal cancer: a randomized GERCOR study. *Journal of Clinical Oncology*, 22(2), 229-237.
- Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- WHO. (2003). *Adherence to Long - Term Therapies Evidence for action*. Switzerland: World Health Organization.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน
1. ผศ.นพ.วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์	ภาควิชาอายุศาสตร์ หน่วยมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นส.จุฬาทพร ประสังสิต.	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
3. นางอุบล จ้วงพานิช	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงแขนงโรคมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัดโรงพยาบาลศรีนครินทร์
4. นางทิพวรรณ บัวทอง	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์
5. ผ.ศ.สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์	อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัย พยาบาลสภากาชาดไทย

ภาคผนวก ข  
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศร 0512.11/0842

วันที่ 9 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิมลรัตน์ เตชะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร. วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาโรคมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สุนิต มณีธรรม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร. วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-1153

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

นางสาววิมลรัตน์ เตชะ โทร. 08-3130-6103

ที่ ศธ 0512.11/๐๖๓๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

25 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิมลรัตน์ เดชะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจุฬาร ประสังสิต ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*สุนิดา ปรีชาวงษ์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวจุฬาร ประสังสิต

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-1153

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางสาววิมลรัตน์ เดชะ โทร. 08-3130-6103

ที่ ศธ 0512.11/0872



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิมลรัตน์ เดชะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอุบล จ่วงพานิช ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง แขนงโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางอุบล จ่วงพานิช

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-1153

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางสาววิมลรัตน์ เดชะ โทร. 08-3130-6103

ที่ ศธ 0512.11/0872



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

25 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิมลรัตน์ เดชะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางทิพวรรณ บัวทอง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางทิพวรรณ บัวทอง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-1153

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางสาววิมลรัตน์ เดชะ โทร. 08-3130-6103

ที่ ศธ 0512.11/0872



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิมลรัตน์ เดชะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-1153

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางสาววิมลรัตน์ เดชะ โทร. 08-3130-6103



ที่ ศธ 0512.11/1825

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

26 กันยายน 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิมลรัตน์ เดชะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด อายุ 18 – 59 ปี ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดประเภทผู้ป่วยนอกที่หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร และไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสี จำนวน 30 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิมลรัตน์ เดชะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่หนังสือ

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156

นางสาววิมลรัตน์ เดชะ โทร. 08-3130-6103



ที่ ศธ 0512.11/ 1235



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

26 กันยายน 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิมลรัตน์ เดชะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด อายุ 18 – 59 ปี ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดประเภทผู้ป่วยนอกที่หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร และไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสี จำนวน 30 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประเมินการมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิมลรัตน์ เดชะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชวongษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156  
นางสาววิมลรัตน์ เดชะ โทร. 08-3130-6103

ที่ ศธ 0512.11/ 1325



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

2 กันยายน 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิมลรัตน์ เดชะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด อายุ 18 – 59 ปี ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดประเภทผู้ป่วยนอกที่หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสี จำนวน 30 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดแบบสอบถามประเมินการมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิมลรัตน์ เดชะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

นางสาววิมลรัตน์ เดชะ โทร. 08-3130-6103



ที่ ศธ 0512.11/1825

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

26 กันยายน 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิมลรัตน์ เดชะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด อายุ 18 – 59 ปี ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดประเภทผู้ป่วยนอกที่หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร และไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสี จำนวน 30 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิมลรัตน์ เดชะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156  
นางสาววิมลรัตน์ เดชะ โทร. 08-3130-6103



ที่ ศร 0512.11/ 1308

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑ ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิมลรัตน์ เดชะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด อายุ 18-59 ปี ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดประเภทผู้ป่วยนอกที่หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร และไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสี จำนวน 30 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิมลรัตน์ เดชะ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางสาววิมลรัตน์ เดชะ โทร. 08-3130-6103

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง







**เอกสารรับรอง**  
จาก  
**คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ**  
เลขที่ 040/ 2557

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาววิมลรัตน์ เดชะ
หน่วยงานที่สังกัด	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	53_2014T_OUT383
สถานที่ทำวิจัย	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
เอกสารที่รับรอง	1.แบบโครงร่างวิจัย ภาษาไทย 2.เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3.ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ 4.แบบสอบถาม
วันที่รับรอง	11 ธันวาคม 2557

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและมีมติ รับรองเอกสาร ดังที่  
ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงชื่อ.....

(นายอาคม ชัยวิระวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการทบทวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ.....

(นายวีรฤทธิ อิ่มสำราญ)

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



**Certificate of Approval**  
**Research Committee of National Cancer Institute**

**Title of Project** Predicting factors of quality of life among colorectal cancer patients with colostomy receiving chemotherapy

**Project Number** 53\_2014T\_OUT383

**Principle Investigator** Miss Wimolrat Decha

**Affiliation** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

**Date of Approval** December 11, 2014

We confirm that the prior mentioned project has been approved by the Research Committee of National Cancer Institute.

Signature of Chairman .....  
(Arkorn Chaiwerawattana, M.D.)

Signature of Director .....  
(Weerawut Imsamran, M.D.)

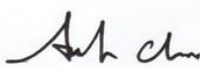


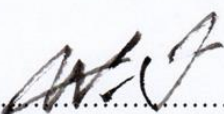


**Certificate of Approval**  
**From**  
**Ethics Committee of National Cancer Institute, Thailand**  
**EC COA 040/ 2014**

<i>Protocol Title</i>	<i>Predicting factors of quality of life among colorectal cancer patients with colostomy receiving chemotherapy</i>
<i>Protocol Number</i>	<i>53_2014T_OUT383</i>
<i>Principal Investigator</i>	<i>Miss Wimolrat Decha</i>
<i>Affiliation</i>	<i>Faculty of Nursing, Chulalongkorn University</i>
<i>Research Site</i>	<i>National Cancer Institute</i>
<i>Document Approved</i>	<i>1. Research Protocol 2. Participant Information Sheet 3. Informed Consent Form 4. Questionnaire</i>
<i>Date of Approval</i>	<i>December 11, 2014</i>

*The prior mentioned documents have been reviewed and approved by Ethics Committee, National Cancer Institute, Thailand, based on the Declaration of Helsinki and Good Clinical Practice*

  
 .....  
 (Dr. Arkom Chairwerawattana, M.D.)  
 Chairman, Ethics Committee

  
 .....  
 (Dr. Weerawut Insamran M.D.)  
 Director, National Cancer Institute

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๓๘๔๐ โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๘๔๓		COA 11/2558
<b>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</b> <b>คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล</b> <b>เอกสารรับรองโครงการวิจัย</b>		
<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP</p>		
<p><b>ชื่อโครงการภาษาไทย :</b> ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด</p>		
<p><b>ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ :</b> Predicting Factors of Quality of Life Among Colorectal Cancer Patients with Colostomy Receiving chemotherapy</p>		
<p><b>เลขที่โครงการ :</b> ๐๗๑/๕๗</p>		
<p><b>ผู้วิจัยหลัก :</b> นางสาววิมลรัตน์ เดชะ</p>		
<p><b>สังกัดหน่วยงาน :</b> คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>		
<p><b>เอกสารที่รับรอง :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบเสนอโครงการวิจัย Version 3 ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๕๘</li> <li>- เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามและพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย Version 3 ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๕๘</li> <li>- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย Version 3 ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๕๘</li> <li>- แบบบันทึกข้อมูลการวิจัย Version 3 ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๕๘</li> </ul> <p>ส่วนที่ ๑ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล          ส่วนที่ ๒ แบบประเมินคุณภาพชีวิต          ส่วนที่ ๓ แบบประเมินประสิทธิภาพการมีอาการ          ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา          ส่วนที่ ๕ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประวัติผู้วิจัยหลัก :             <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. นางสาววิมลรัตน์ เดชะ</li> </ol> </li> <li>- ประวัติผู้วิจัยร่วม :             <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ผศ.ดร.สุระชัย นาวีเจริญ</li> </ol> </li> </ul>		
<p>ลงนาม.....</p> <p style="text-align: center;">(นายแพทย์สุรพจน์ เมฆนาวิณี) ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</p>	<p>ลงนาม.....</p> <p style="text-align: center;">(นางสารบุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี) กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</p>	
<p><b>วันที่รับรอง :</b> ๑๙/๐๑/๒๕๕๘</p>		
<p><b>วันหมดอายุ :</b> ๑๘/๐๑/๒๕๕๙</p>		
<p>ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)</p>		

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอสถกรรม ชั้น ๒)  
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
 ๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐  
 โทรศัพท์ : ๐-๒๒๕๔-๓๘๔๐ โทรสาร : ๐-๒๒๕๔-๓๘๔๓



COA No. 830/2014

IRB No. 482/57

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ศึกษายานายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาววิมลรัตน์ เดชะ

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 2 Date 25 พฤศจิกายน 2557
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1 Date 9 ตุลาคม 2557
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 Date 25 พฤศจิกายน 2557
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1 Date 9 ตุลาคม 2557
5. Principal Investigator's CV Version 1 Date 9 ตุลาคม 2557
6. แบบบันทึกข้อมูลการวิจัย Version 2 Dated 25/11/2557



## 7. งบประมาณ

ลงนาม

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สีบหลินวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.อรอนงค์ กุล:

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 3 ธันวาคม 2557

วันหมดอายุ : 2 ธันวาคม 2558

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 830/2014

IRB No. 482/57

### INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493 ext 14, 15

#### Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

**Study Title** : PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG COLORECTAL CANCER PATIENTS WITH COLOSTOMY RECEIVING CHEMOTHERAPY.

**Study Code** : -

**Principal Investigator** : Miss Wimolrat Decha

**Affiliation of PI** : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

**Review Method** : Expedited

**Continuing Report** : At least once annually or submit the final report if finished.

**Document Reviewed** :

1. Protocol Version 2 Date 25 November 2014
2. Protocol Synopsis Version 1 Date 9 October 2014
3. Information sheet for research participant Version 2 Date 25 November 2014
4. Informed Consent Form Version 1 Date 9 October 2014
5. Principal Investigator's CV Version 1 Date 9 October 2014
6. Case Record Form Version 2 Dated 25/11/2014



## 7. Budget

Signature: Tada Sueblinvong Signature: Ananong Kulaputana  
(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD) (Associate Professor Ananong Kulaputana MD, PhD)  
Chairperson Member and Assistant Secretary, Acting  
The Institutional Review Board Secretary The Institutional Review Board

Date of Approval : December 3, 2014

Approval Expire Date : December 2, 2015

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

2 ถนนวังหลัง บางกอกน้อย  
กรุงเทพฯ 10700



โทร +66 2419 2667-72  
โทรสาร +66 2411 0162

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 765/2014

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

รหัสโครงการ : 745/2557(EC2)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาววิมลรัตน์ เดชะ / คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย /อาสาสมัคร
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. แบบสอบถาม
5. ประวัติดูวิจัย

วันที่รับรอง : 30 ธันวาคม 2557

วันหมดอายุ : 29 ธันวาคม 2558

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม .....  
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจรรยาพิภพ สูงสว่าง)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

20 ธ.ค. 2558

วันที่

ลงนาม .....  
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)  
รองคณบดี และผู้อำนวยการ โรงเรียนแพทย์ศิริราช  
รักษาการแทนคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

21 ธ.ค. 2558

วันที่

Page 1 of 2

2 WANGLANG Rd. BANGKOKNOI  
BANGKOK 10700



Tel. +66 2419 2667-72

Fax. +66 2411 0162

### Siriraj Institutional Review Board

### Certificate of Approval

COA no. **Si765/2014**

**Protocol Title** : PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG COLORECTAL CANCER PATIENTS  
WITH COLOSTOMY RECEIVING CHEMOTHERAPY

**Protocol number** : 745/2557(EC2)

**Principal Investigator/Affiliation**: Miss Wimolrat Decha / Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

**Research site** : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

**Approval includes :**

1. SIRB Submission Form
2. Participant Information Sheet
3. Informed Consent Form
4. Questionnaire
5. Curriculum vitae

**Approval date** : December 30, 2014

**Expired date** : December 29, 2015

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

(Prof. Jarupim Soongswang, M.D.)

Chairperson

20 JAN 2015

date

(Prof. Prasit Watanapa, M.D., Ph.D.)

Deputy Dean and Director of Siriraj Medical School

Acting Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

21 JAN 2015

date

Page 1 of 2



## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม  
และได้รับเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาว วิมลรัตน์ เดชะ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยในชั้น 8 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-6671000 ต่อ 72804

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 083-1306103 E-mail: meuw-meuw@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชื้อเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
2. โครงการวิจัยนี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด อันได้แก่ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด และเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดจากประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด มีอายุระหว่าง 18-59 ปี มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจภาษาไทย สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้จำนวนทั้งหมด 110คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5.1 เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างกล่าวแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที โดยตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

6. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กทม.10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



**ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
(Informed Consent Form)**

**ชื่อโครงการ** ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือฉบับนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจจากผู้วิจัย ชื่อ น.ส. วิมลรัตน์ เดชะ ที่อยู่ 33 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ สุขุมวิท ซอย 3 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและมีสิทธิจะถอนตัวจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใดๆแก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....

สถานที่ / วันที่

ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

.....

(.....)

สถานที่ / วันที่

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

.....

สถานที่ / วันที่

ลงนามพยาน

**เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม  
และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย**

**เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน**

ด้วยดิฉัน นางสาววิมลรัตน์ เดชะ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด” วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จากประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย 110 คน จำนวนสถาบันที่เข้าร่วมการวิจัย 4 แห่งซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ เป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ในการนี้ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด” ชนิดของแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน จำนวน 98 ข้อ สรุปลำคำถามในแบบสอบถามประกอบไปด้วยคำถามดังนี้ ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ใช้เวลาในการตอบ 30-45 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำเสร็จ ผู้วิจัยจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยรับด้วยตนเอง

เนื่องจากแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามหลายส่วนจึงขอความกรุณาให้ท่านพิจารณาตอบตามความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาคั้งนี้ โดยออกมาเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ตอบหรือหน่วยงานของผู้ตอบ เนื่องจากไม่สามารถนำมาสืบค้นเจาะจงหาผู้ตอบได้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง หากท่านไม่สบายใจหรืออึดอัดที่จะตอบคำถามนั้นหรือไม่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเลยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลใดๆของท่าน ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล


หากผู้เข้าร่วมมีข้อสงสัยเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือแบบสอบถาม สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ นางสาววิมลรัตน์ เดชะ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 083-1306103 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล สำนักงานฯ อยู่ที่ 681ตึกไอศกรรรม ชั้น 2 ถนนสามเสนใน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2244-3840 โทรสาร 0-2244-3843 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อประธานกรรมการฯหรือผู้แทนได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ขอขอบพระคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม  
ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ ..... ผู้วิจัย



 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p><b>AF 10-04/4.0</b></p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย <b>( Information sheet for research participant)</b></p>
--	--

ชื่อโครงการ วิจัยปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

### ผู้ทำวิจัย

ชื่อ น.ส.วิมลรัตน์ เดชะ

ที่อยู่...เลขที่ 112 หอพักพยาบาล 2 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ สุขุมวิท 1 เขตวัฒนา

แขวงคลองเตยเหนือ กรุงเทพมหานคร 10110

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 0831306103

### เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

### เหตุผลความเป็นมา

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและไม่มั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนไป ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตมีความสำคัญในการบ่งบอกสภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ในสังคมที่ดี จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆพบว่าไม่มีงานวิจัยศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตเพื่อนำผลวิจัยมาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดจากประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยคือผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด ทำการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครโดยเลือก

โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครที่มีหน่วยเคมีบำบัด หน่วยทวารเทียมและแพทย์เฉพาะทางด้าน การรักษาโรคมะเร็งและมีกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด โดยจำแนกเป็น 5 กลุ่มตามสังกัดคือ กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงกลาโหม, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, กรุงเทพมหานคร และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เพื่อเลือกสุ่มมา 4 สังกัดจาก 5 สังกัด จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลแต่ละสังกัดด้วยวิธีการจับฉลากมาสังกัดละ 1 แห่ง ได้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาล วชิรพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวนทั้งหมด 110 คน โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลนี้จะใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 30 คน

### **วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอม เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบประเมินพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นให้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 - 45 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำเสร็จ และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้

### **ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

### **ความเสี่ยงที่อาจได้รับ**

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในงานวิจัยค่อนข้างมีความเสี่ยงเล็กน้อย เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามเท่านั้น แต่อาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดความรู้สึกเสียเวลาไม่สบายใจ อึดอัดใจ หรือเกิดความเครียดจากการตอบแบบสอบถามบางข้อหรือเสียเวลาในการให้ข้อมูลบ้าง ผู้วิจัยมีการป้องกันและแก้ไขกรณีดังกล่าว โดยผู้วิจัยสอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม และจัดหาสถานที่มืดซิดสำหรับกลุ่มตัวอย่างเพื่อความเป็นส่วนตัว โดยอยู่บริเวณใกล้กับห้องตรวจ เพื่อสามารถตอบแบบประเมินได้อย่างอิสระ ส่วนการลดความไม่สบายใจ หรือลดความอึดอัดใจที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตอบแบบสอบถาม

### **ประโยชน์ที่อาจได้รับ**

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยตรง แต่เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ผลการศึกษาที่ได้จะสามารถเป็นข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### **ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย**

ขอให้ท่านปฏิบัติตามนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

### **อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย**

หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติต่างๆเกิดขึ้นจากโรคร่วม เช่น ปวดศีรษะ หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างได้พักเพื่อประเมินสัญญาณชีพ ถ้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้นและสมัครใจจึงเก็บข้อมูลต่อไป แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่ดีขึ้นจะยุติการตอบแบบสอบถามและผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลประจำแผนกทราบทันทีเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลรักษาต่อไป

### **การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน

### **การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร**

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชนในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก



จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้


### สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้.....

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	--

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(น.ส.วิมลรัตน์ เดชะ) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

### เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หรือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ปัจจัยทันทายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

**ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย** นางสาววิมลรัตน์ เดชะ

**สถานที่วิจัย** โรงพยาบาลศิริราช

**สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ**

โรงพยาบาลนักรุงราชบุรี อินเทอร์เน็ตชั้นแนล...โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-6671000 ต่อ72804

โทรศัพท์มือถือ...083-1306103

**ผู้สนับสนุนทุนวิจัย**.....

**ระยะเวลาในการวิจัย** 1ปี

**ที่มาของโครงการวิจัย** มะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลกและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทยเนื่องจากมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติรายงานสาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็งช่วงปี พ.ศ. 2551-2554 พบอัตราการตายคิดเป็นร้อยละ 87.6, 88.34, 91.2 และ 95.2 ต่อประชากร 100,00 คน ตามลำดับ (สำนักรนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักถือเป็นโรคที่พบบ่อยในโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหารจากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ฉบับที่ 27 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติซึ่งแสดงข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีมารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2554 ถึง 31 ธันวาคม 2554พบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคมะเร็งอันดับที่ 1 ของโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับในเพศชายและในเพศหญิงพบเป็นโรคมะเร็งอันดับที่ 3 ทั้งนี้เนื่องจากคนไทยมีการรับประทานอาหารเป็นแบบตะวันตกมากขึ้นส่งผลให้อัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปีอย่างรวดเร็ว (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554)

การผ่าตัดถือว่าเป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยจะมีทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy) เพื่อเป็นทางระบายของอุจจาระแทนทางทวารหนัก (เปรมฤดี บุญภัทรานนท์, 2550) แม้ว่าการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องจะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพดี แต่การผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะอย่างถาวร แบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไป และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อผู้ป่วยได้ทำการผ่าตัดและได้มองเห็นลำไส้บนหน้าท้องของตนเอง ต้องมีช่องเปิดลำไส้ที่มีลักษณะเหมือนแผลเปิดตลอดเวลาผู้อื่นสามารถมองเห็นการขับถ่ายได้ มีการขับถ่ายอุจจาระที่ไม่เป็นเวลา เพราะขาดกล้ามเนื้อหูรูดในการควบคุมการขับถ่าย เกิดลมและกลิ่น ทำให้ผู้ป่วยกลัว เกิดความกังวลว่าจะมีบุคคลรอบข้าง รังเกียจ ซึมเศร้า เกิดความเครียด บางรายแสดงอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ท้อแท้ หมดหวัง เบื่อหน่าย และไม่ยอมมีชีวิตอยู่ในบางครั้งอุจจาระรั่วซึมออกมานอกถุงรองรับอุจจาระ ทำให้ผิวหนังรอบๆลำไส้เปิดเกิดการระคายเคือง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความมั่นใจในการเลือกรับประทานอาหาร เพราะกลัวว่าจะทำให้เกิดก๊าซ เกิดกลิ่น และอาจทำให้เกิดอาการท้องผูก ท้องเสียได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งรบกวนความรู้สึกผู้ป่วย มีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การทำงาน การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Dunn et al., 2013)

นอกเหนือจากการผ่าตัดให้มีทวารเทียมแล้วยังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเนื่องจากการได้รับเคมีบำบัดนั้นเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาเพื่อเพิ่มโอกาสหายขาดให้สูงขึ้นกว่าการรักษาเฉพาะที่เพียงอย่างเดียว เฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 6 เดือน (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ศิลป์, ประไพ อริยประยูร, & แม้นมมา จิระจรัส, 2555) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบมากขึ้นกล่าวคือ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า และเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำลง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า หมดหวัง ไม่มั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเองที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในขณะที่เจ็บป่วยจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

คุณภาพชีวิตมีความสำคัญในการบ่งบอกผลลัพธ์ของภาวะสุขภาพ สภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ในสังคมที่ดี เป็นดัชนีบ่งชี้คุณภาพการดูแลที่ได้รับจากพยาบาล (Padilla & Grant, 1985) และเป็นข้อมูลในการประเมินความคุ้มค่าของการรักษา เป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีต่างๆมักส่งผลกระทบในด้านต่างๆแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ข้อมูลคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินจึงเป็นข้อมูลที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วย ญาติ แพทย์และพยาบาลผู้ดูแล สามารถใช้ร่วมกันตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาในทุกๆระยะของการเจ็บป่วย เช่น เมื่อการรักษา 2 วิธีช่วยให้มีอัตราการรอดชีวิตเท่ากัน แต่ผลข้างเคียงจากการรักษาหรือผลกระทบที่อาจตามมาในภายหลังแตกต่างกัน เมื่อการรักษาวิธีเดียวเท่านั้นที่จะช่วยให้รอดชีวิต แต่เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาสูงกว่าวิธีอื่นและการรักษาวิธีดังกล่าวอาจช่วยให้ระยะเวลาของการรอดชีวิตนั้นสั้นมาก เมื่อสามารถเลือกขนาดของการรักษาที่ใช้ (เช่นปริมาณยา หรือระยะเวลาที่ต้องให้ยา)เมื่อการรักษานั้นอาจมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตน้อยมากและเมื่อการรักษาเสริมอาจมีประโยชน์ในการป้องกันการกลับเป็นใหม่ของโรคมะเร็ง

ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้นก็มีเป้าหมายสำคัญเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุด) พัสนมภ์ คุ่มทวีพร, 2553; วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2554) หากมีคุณภาพชีวิตไม่ดีพบว่ามีอัตราการรอดชีวิตลดลง นอกจากจะเป็นปัญหาต่อตัวผู้ป่วยเองแล้วยังส่งผลไปสู่ครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 5.20$ ,  $SD = 1.43$ )แต่เมื่อพิจารณารายด้านได้แก่ ด้านสังคม ด้านจิตใจและด้านร่างกาย ยังอยู่ในระดับต่ำ โดยคะแนนด้านสังคมต่ำที่สุด( $\bar{x} = 4.57$ ,  $SD = 1.82$ ) รองลงมาคือด้านจิตใจและจิตวิญญาณ( $\bar{x} = 5.76$ ,  $SD = 2.44$ ) และด้านร่างกาย ( $\bar{x} = 5.86$ ,  $SD = 1.38$ ) และในแต่ละด้านนั้นยังพบว่า มีสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน เช่นด้านร่างกาย ผู้ป่วย จะมีอาการเหนื่อยล้า หลังได้รับการวินิจฉัยและระหว่างได้รับการรักษา ผู้ป่วยมีอาการเครียดวิตกกังวล นอกจากนี้ยังมีความวิตกกังวลในการกลับเป็นซ้ำ ด้านสังคม ครอบครัวผู้ป่วยมีระดับความเครียดความวิตกกังวลสูง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง คะแนนด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ (Sun et al., 2012) เมื่อเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดบำบัดซึ่งมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 66.43$ ,  $SD = 13.94$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีงานวิจัยศึกษาถึงปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดและมีทวารเทียม พยาบาลในฐานะบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติมากกว่าบุคลากรอื่นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดและมีทวารเทียม ซึ่งมีลักษณะเฉพาะและมีความแตกต่างจากผู้ป่วยอื่นทั้งในแง่ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาทั้งเคมีบำบัดและมีทวารเทียมทางหน้าท้องร่วมด้วยซึ่งก่อให้เกิดอาการที่ไม่สุขสบายรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ต่างๆที่กล่าวมายังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ชัดเจน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลได้เข้าใจ และตระหนักถึงปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีทวารเทียมและนำผลวิจัยมาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้

**วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย** เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

**ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก** ท่านเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

**จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ** 110 คน จากโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน

**หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ**

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด” ชนิดของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน จำนวน 98 ข้อ สรุปลำคำถามในแบบสอบถามประกอบไปด้วยคำถามดังนี้ ประสพการณ์การมีอาการความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ใช้เวลาในการตอบ 30-45 นาที ผู้วิจัยจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยรับด้วยตนเอง

เนื่องจากแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามหลายส่วน จึงขอความกรุณาให้ท่านพิจารณาตอบตามความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาค้างนี้ โดยออกมาเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบหรือหน่วยงานของผู้ตอบ เนื่องจากไม่สามารถนำมาสืบค้นเจาะจงหาผู้ตอบได้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง หากท่านไม่สบายใจหรืออึดอัดที่จะตอบคำถามนั้นหรือไม่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเลยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลใดๆของท่าน ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

**ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย** ไม่มี

**หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานคือ** ไม่มี

**หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับกรวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ** น.ส. วิมลรัตน์ เดชะ... โทรศัพท์มือถือ...083-1306103

**ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ** ไม่มี

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ผลการวิจัยสามารถเป็นข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ไม่มี

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง ไม่มีค่าใช้จ่าย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

## หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### (Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับ เคมีบำบัด

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับนางสาววิมลรัตน์ เดชะ โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 083-1306103

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ การบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

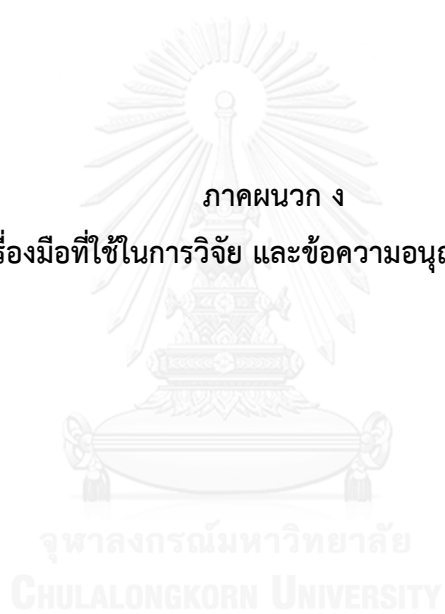
ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....

(นางสาววิมลรัตน์ เดชะ)

ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และข้อความอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย





## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....

### แบบสอบถามการวิจัย

**เรื่อง** ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด

**คำชี้แจง** แบบสอบถามการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด มีทั้งหมด 5 ส่วนดังต่อไปนี้

- |   |              |
|---|--------------|
| ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล   | จำนวน 10 ข้อ |
| ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด            | จำนวน 23 ข้อ |
| ตอนที่ 3 แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด | จำนวน 32 ข้อ |
| ตอนที่ 4 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด  | จำนวน 17 ข้อ |
| ตอนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด  | จำนวน 21 ข้อ |

แบบสอบถามทั้ง 5 ส่วนนี้ ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้ตอบแบบสอบถาม กรุณาตอบตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด คำตอบในแบบสอบถามนี้จะไม่ส่งผลใดๆต่อท่านและผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และจะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ขอขอบคุณอย่างสูง

นางสาววิมลรัตน์ เดชะ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบบันทึกข้อมูลการวิจัย

No. ....

เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม  
และได้รับเคมีบำบัด

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

วันที่เก็บข้อมูล.....

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างหรือเติมเครื่องหมาย ( X ) ลงในช่องว่างของข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

## 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
- 1.2 อายุ.....ปี
- 1.3 สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่  
( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่า
- 1.4 ระดับการศึกษา ( ) 1. ไม่ได้เรียน ( ) 2. ประถมศึกษา  
( ) 3. มัธยม ( ) 4. ปริญญาตรี  
( ) 5. สูงกว่าปริญญาตรี ( ) 6. อื่นๆ
- 1.5 อาชีพ ( ) 1. รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ  
( ) 2. เป็นเจ้าของกิจการเอง ค้าขาย  
( ) 3. รับจ้าง ( ) 4. เกษตรกร  
( ) 5. ไม่มีงานทำ ( ) 6. อื่นๆ
- 1.6 รายได้ต่อเดือน ( ) 1. ต่ำกว่า 5,000 ( ) 2. 5,000-10,000  
( ) 3. 10,001 -15,000 ( ) 4. 15,001-20,000  
( ) 5. มากกว่า 20,000
- 1.7 สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล  
( ) 1. ข้าราชการ ( ) 2. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ( ) 3. ประกันสังคม  
( ) 4. ประกันชีวิต ( ) 5. จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองโดยไม่มีสิทธิเบิก

## 2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการรักษาที่ได้รับ (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเอง)

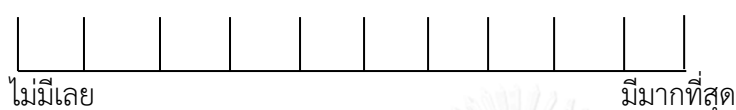
- 2.1 ระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.....
- 2.2 ระยะเวลาที่มีทวารเทียม.....ปี.....เดือน
- 2.3 ครั้งนี้เป็นการให้เคมีบำบัดครั้งที่.....

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 23 ข้อ ข้อความแต่ละข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของท่าน ในขณะที่ท่านกำลังรักษาด้วยเคมีบำบัดโดยความรู้สึกของท่านแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย (X) ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับ **ความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุด**

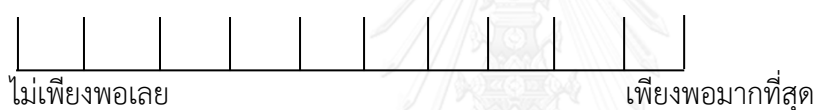
1. ท่านรู้สึกถึงความแข็งแรงมากแค่ไหน

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



2. ท่านมีเวลานอนหลับเพียงพอตามที่ท่านต้องการมากน้อยแค่ไหน

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

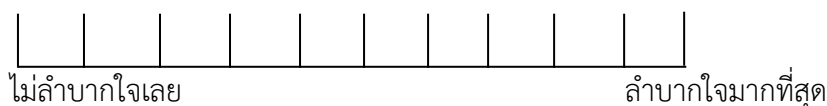


.  
.
   
.
   
.
   
.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

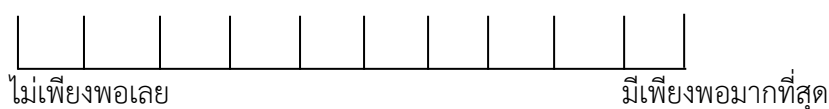
22. ท่านลำบากใจในการมองทวารเทียมมากแค่ไหน

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



23. ท่านมีเวลาความเป็นส่วนตัวเพียงพอกับความต้องการแค่ไหน

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



### ส่วนที่ 3 แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ

**วิธีการกรอกข้อมูล:** ข้อความข้างล่างนี้ เป็นรายการอาการจำนวน 32 อาการ กรุณาพิจารณาทีละอาการ หากท่านมีอาการใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ตรงตัวเลขในช่องความบ่อย ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการ หรืออาการรบกวนท่านมากเพียงใดที่กำหนด **ให้ครบทุกช่อง** หากท่านไม่มีอาการใด กรุณาทำเพียงเครื่องหมาย (-) ในช่อง “ไม่มีอาการ” และไม่ต้องระบุคำตอบในช่องความบ่อย ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานทางขวามือ

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการข้างล่างนี้หรือไม่	อาการ		ถ้ามีท่านเกิดอาการบ่อยเพียงใด				ถ้ามีอาการมักรุนแรงมากเพียงใด				ถ้ามีอาการดังกล่าวทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมาน/ทุกข์ใจหรือรบกวนท่านมากเพียงใด				
	มี (+)	ไม่มี (-)	น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิดตลอด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่เคย	เล็กน้อย	พอควร	ค่อนข้างมาก	มาก
1. วิดกกังวล			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. รู้สึกเศร้าใจ			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. รู้สึกกระวนกระวายใจ			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4. นอนหลับยาก			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5.....			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6. ....			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. ....			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8.....			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
32. กลืนลำบาก			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับสิ่งที่ได้ปฏิบัติในชีวิตประจำวันโดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

- ปฏิบัติได้เป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง
- ปฏิบัติได้บ่อย หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง
- ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆครั้งหรือเกือบไม่ปฏิบัติเลย
- ไม่เคยทำเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ความร่วมมือในการรักษา	ปฏิบัติ ได้เป็น ประจำ (5)	ปฏิบัติ ได้บ่อย (4)	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง (3)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย ทำ เลย (1)
1. ฉันทตรวจตามที่แพทย์ผ่าตัดนัดทุกครั้ง					
2. ฉันทรับการตรวจและได้รับยาเคมีบำบัดตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง					
3. ฉันทรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
17. ฉันทหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นไข้หวัด					

### ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** ขอให้ท่านนึกถึงการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข้อมูล ข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนโดยผ่านการประเมินตัดสิน จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์และพยาบาล รวมทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในยามที่เจ็บป่วย เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้ว กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยให้เลือกคำตอบแล้ว และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	ได้รับมากที่สุด (5)	ได้รับมาก (4)	ได้รับปานกลาง (3)	ได้รับเล็กน้อย (2)	ไม่ได้รับ (1)
1. คุณได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด					
2. เมื่อคุณมีเรื่องเดือดร้อนหรือไม่สบายใจ คุณไม่สามารถพึ่งพาผู้ใดได้					
3. เมื่อคุณมีปัญหา คุณสามารถปรับทุกข์หรือระบายความคับข้องใจกับบุคคลใกล้ชิดได้					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
21. คนใกล้ชิดไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของคุณ					



wimolrat decha <wimolratdecha@gmail.com>

---

**request for your permission to use your content to be instrument in my thesis.**

---

**Padilla, Geri** <geraldine.padilla@nursing.ucsf.edu>  
ถึง: wimolrat decha <wimolratdecha@gmail.com>

19 มิถุนายน 2557 23:47

Dear Ms Decha,  
You have my permission to use the instrument and translate it to Thai.  
Wishing you much success,  
Geraldine Padilla, PhD  
Professor Emeritus  
UCSF School of Nursing

Sent from Geraldine Padilla iPhone. Happy days :-)  
[ข้อความที่เกี่ยวข้องถูกซ่อนไว้]

E-mail : wimolratdecha@gmail.com

---

**Russell Portenoy, MD** <RPorteno@chpnet.org>  
ถึง: wimolrat decha <wimolratdecha@gmail.com>

14 มิถุนายน 2557 04:26

Dear Ms. Decha,

You may use this instrument as you wish from my perspective.

R. Portenoy MD

---

**From:** wimolrat decha [wimolratdecha@gmail.com]  
**Sent:** Friday, June 13, 2014 7:26 AM  
**To:** Russell Portenoy, MD  
**Subject:** permission to use your content to be instrument in my thesis.

[ข้อความที่เกี่ยวข้องถูกซ่อนไว้]

This message and any attachments are confidential and intended solely for the use of the individual or entity to which they are addressed. If you are not the intended recipient, you are prohibited from printing, copying, forwarding, saving, or otherwise using or relying upon them in any manner. Please notify the sender immediately if you have received this message by mistake and delete it from your system.



FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	564
วันที่	17/1/57
เวลา	15.35 น.
ผู้รับ	<i>[Signature]</i>

เรื่อง ขอหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน คณบดี ผ่านรองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาววิมลรัตน์ เคชะ รหัสประจำตัว 5577198236 นิสิตสาขา พยาบาลศาสตร์ แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 112 ซอยรื่นฤดี ถนนสุขุมวิท 1 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10110 โทรศัพท์ 0831306103

กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีภาวะเทียมและได้รับเคมีบำบัด ( PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG COLORECTAL CANCER PATIENTS WITH COLOSTOMY RECEIVING CHEMOTHERAPY )

(ระบุหัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ ตามประกาศ เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ ฉบับที่ 23/2556 ปีการศึกษา 2555 ลงวันที่ 16 พ.ค. 2557)

โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

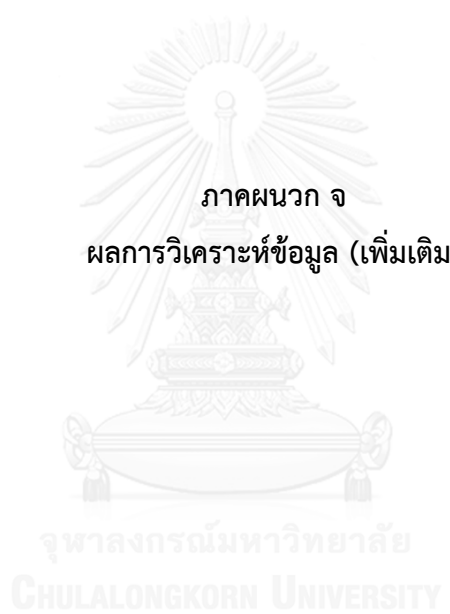
มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ การประเมินการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981)
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด รายงานการวิจัย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด รับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง ( $X = 3.64, SD = 0.39$ ) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านวัตถุประสงค์ของการเงินหรือแรงงานรับรู้ในระดับมาก ( $X = 4.01, SD = 0.58$ ) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการประเมินตัดสินใจรับรู้ในระดับปานกลาง ( $X = 3.27, SD = 0.39$ )
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย
- อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์
- คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
- ปีของวิทยานิพนธ์ ปีการศึกษา 2548

ลงนาม ..... *[Signature]* ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
(นางสาววิมลรัตน์ เคชะ)  
17 / 1 / 2557

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <i>[Signature]</i>	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ <i>[Signature]</i>
ลงนาม ..... <i>[Signature]</i> ..... (..... <i>[Signature]</i> .....) 12 / 1 / 57	ลงนาม ..... <i>[Signature]</i> ..... (..... <i>[Signature]</i> .....) ..... / ..... / .....
ความเห็นรองคณบดี..... <i>[Signature]</i>	อนุญาต
ลงนาม ..... <i>[Signature]</i> ..... (..... <i>[Signature]</i> .....) 18 / 1 / 57	ลงนาม ..... <i>[Signature]</i> ..... (.....) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ..... / ..... / .....

220  
18/1/57



### ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

#### Reliability Coefficients

Cronbach's Alpha = .850 Cronbach's Alpha Based on Standardized Items = .877

		Mean	Std. Deviation	N
1.	strength	71.67	19.134	30
2.	sleep	74.33	24.167	30
3.	tired easily	69.67	22.816	30
4.	weight is a problem	20.67	25.042	30
5.	worried about colos	76.33	27.478	30
6.	sexual activity	72.33	36.548	30
7.	state of health	73.33	19.179	30
8.	easy to adjust colostomy	73.33	30.210	30
9.	hobbies, social activities	82.67	22.118	30
10.	you find eating a pleasure	70.33	27.852	30
11.	work	85.00	16.969	30
12.	amount of your eating	77.67	22.542	30
13.	useful	82.00	19.191	30
14.	happiness	79.33	20.331	30
15.	life satisfy	79.33	19.464	30
16.	how much pain	89.00	16.474	30
17.	How often pain	88.33	16.626	30
18.	quality of life	77.67	19.061	30
19.	fearful odor or leakage	64.67	27.258	30
20.	contact	81.67	24.647	30
21.	rejected	82.67	30.050	30
22.	difficult to look	91.67	17.633	30
23.	privacy	86.67	19.711	30

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
strength	1678.67	60742.989	.626	.969	.837
sleep	1676.00	58617.931	.667	.893	.834
tired easily	1680.67	60137.471	.568	.906	.838
weight is a problem	1729.67	69886.092	-.265	.796	.869
worried about colos	1674.00	63769.655	.179	.751	.854
sexual activity	1678.00	62085.517	.197	.838	.858
state of health	1677.00	60518.276	.649	.971	.837
easy to adjust colostomy	1677.00	62897.586	.211	.757	.854
hobbies, social activities	1667.67	60563.333	.547	.906	.839
you find eating a pleasure	1680.00	62882.759	.240	.809	.851
work	1665.33	60536.092	.741	.948	.835
amount of your eating	1672.67	61075.402	.487	.904	.841
useful	1668.33	59014.368	.818	.960	.831
happiness	1671.00	58698.966	.802	.991	.831
life satisfy	1671.00	58926.552	.815	.995	.831
how much pain	1661.33	63984.368	.331	.985	.847
How often pain	1662.00	63913.103	.336	.987	.846
quality of life	1672.67	59344.368	.786	.987	.832
fearful odor or leakage	1685.67	63894.368	.172	.828	.854
contact	1668.67	62053.333	.354	.934	.846
rejected	1667.67	59280.575	.467	.937	.842
difficult to look	1658.67	64060.230	.296	.885	.847
privacy	1663.67	62886.092	.378	.888	.845

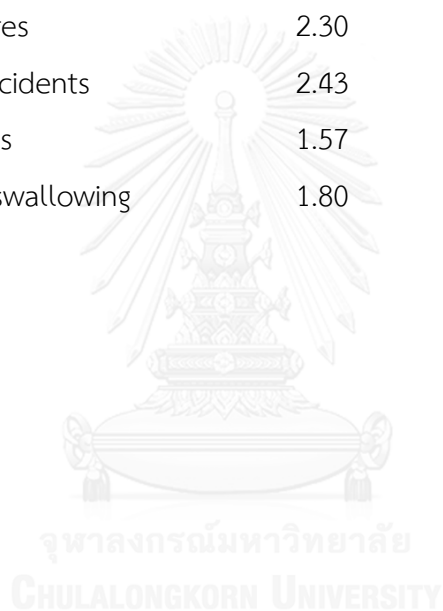
ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha = .971 Cronbach's Alpha Based on Standardized Items = .972

		Mean	Std. Deviation	N
1.	Worrying	3.50	2.583	30
2.	sad	2.60	2.686	30
3.	nervous	2.57	2.873	30
4.	Difficulty sleeping	2.93	2.912	30
5.	Feeling irritable	2.07	2.377	30
6.	Difficulty concentrating	1.70	2.246	30
7.	Lack of energy	2.77	2.417	30
8.	Pain	2.40	2.238	30
9.	Feeling drowsy	2.97	2.859	30
10.	Dry mouth	2.10	2.631	30
11.	Nausea	2.87	2.609	30
12.	Lack of appetite	3.40	2.824	30
13.	bloated	3.57	2.431	30
14.	Change in taste	3.07	2.815	30
15.	Constipation	2.97	2.723	30
16.	Weight loss	2.57	2.501	30
17.	Dizziness	2.17	2.276	30
18.	Vomiting	2.53	2.030	30
19.	Numbness	3.30	2.562	30
20.	Cough	2.43	2.487	30

		Mean	Std. Deviation	N
21.	I don't look like myself	2.37	2.846	30
22.	Itching	2.07	2.258	30
23.	Swelling	1.40	1.886	30
24.	Diarrhea	3.03	2.871	30
25.	sexual	1.97	3.337	30
26.	Shortness of breath	2.10	2.631	30
27.	Hair loss	3.57	2.967	30
28.	Problems with urination	2.37	2.526	30
29.	Mouth sores	2.30	2.914	30
30.	Urinary accidents	2.43	2.861	30
31.	Nightmares	1.57	2.012	30
32.	Difficulty swallowing	1.80	2.644	30



## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Worrying	77.93	3492.133	.509	.	.971
sad	78.83	3405.178	.772	.	.970
nervous	78.87	3401.637	.729	.	.970
Difficulty sleeping	78.50	3348.603	.882	.	.969
Feeling irritable	79.37	3419.620	.824	.	.969
Difficulty concentrating	79.73	3414.340	.895	.	.969
Lack of energy	78.67	3461.747	.656	.	.970
Pain	79.03	3473.551	.666	.	.970
Feeling drowsy	78.47	3368.602	.836	.	.969
Dry mouth	79.33	3434.989	.689	.	.970
Nausea	78.57	3424.047	.732	.	.970
Lack of appetite	78.03	3416.654	.696	.	.970
bloated	77.87	3485.154	.569	.	.971
Change in taste	78.37	3445.068	.609	.	.970
Constipation	78.47	3493.154	.478	.	.971
Weight loss	78.87	3501.568	.495	.	.971
Dizziness	79.27	3409.030	.903	.	.969
Vomiting	78.90	3533.817	.482	.	.971

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach 's Alpha if Item Deleted
Numbness	78.13	3444.464	.676	.	.970
Cough	79.00	3431.655	.743	.	.970
I don't look like myself	79.07	3381.237	.800	.	.969
Itching	79.37	3446.861	.763	.	.970
Swelling	80.03	3461.689	.851	.	.969
Diarrhea	78.40	3477.214	.499	.	.971
sexual	79.47	3419.844	.572	.	.971
Shortness of breath	79.33	3375.540	.889	.	.969
Hair loss	77.87	3442.671	.582	.	.971
Problems with urination	79.07	3417.651	.780	.	.969
Mouth sores	79.13	3353.844	.865	.	.969
Urinary accidents	79.00	3418.552	.680	.	.970
Nightmares	79.87	3470.395	.759	.	.970
Difficulty swallowing	79.63	3374.654	.887	.	.969



### ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha = .865      Cronbach's Alpha Based on Standardized Items = .854

#### Item Statistics

		Mean	Std. Deviation	N
1.	ตรวจตามนัดแพทย์ผ่าตัด	4.77	.817	30
2.	รับยาเคมีบำบัดตามนัด	4.90	.403	30
3.	รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	4.67	.661	30
4.	หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสีย	4.37	.765	30
5.	หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องผูก	4.30	.794	30
6.	หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น	4.17	.950	30
7.	หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส	4.13	.973	30
8.	เส้นเลือดที่ให้ยาเคมีบำบัดปวดบวม	4.83	.592	30
9.	แจ้งพยาบาลเมื่อแพ้ยาเคมีบำบัด	4.83	.592	30
10.	ทานยาบรรเทาอาการคลื่นไส้	4.60	.855	30
11.	ใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม	4.80	.484	30
12.	บ้วนปากบ่อยๆ	4.50	.861	30
13.	หลีกเลี่ยงการถูกแดดแรง	4.43	.898	30
14.	ทานอาหารที่ปรุงสุกสะอาด	4.00	.643	30
15.	ล้างมือ	3.83	.648	30
16.	เลี่ยงคนแออัด	3.90	.712	30
17.	เลี่ยงคนที่เป็นไข้หวัด	4.37	.615	30

## Item-Total Statistics

	Scale				
	Scale Mean if Item Deleted	Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ตรวจตามนัดแพทย์ผ่าตัด	70.63	46.102	.276	.	.868
รับยาเคมีบำบัดตามนัด	70.50	50.121	-.079	.	.873
รับประทานอาหารครบ 3 มือ	70.73	45.582	.428	.	.860
หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ ท้องเสีย	71.03	42.999	.623	.	.851
หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ ท้องผูก	71.10	42.852	.611	.	.852
หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิด กลิ่น	71.23	39.978	.745	.	.844
หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิด แก๊ส	71.27	40.064	.716	.	.845
เส้นเลือดที่ให้ยาเคมีบำบัด ปวดบวม	70.57	46.668	.348	.	.863
แจ้งพยาบาลเมื่อแพ้ยาเคมี บำบัด	70.57	46.668	.348	.	.863
ทานยาบรรเทาอาการ คลื่นไส้	70.80	44.579	.396	.	.862
ใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม	70.60	47.559	.306	.	.864
บ้วนปากบ่อยๆ	70.90	45.610	.299	.	.867
หลีกเลี่ยงการถูกแดดแรง	70.97	40.033	.792	.	.841
ทานอาหารที่ปรุงสุกสะอาด	71.40	43.766	.664	.	.851
ล้างมือ	71.57	44.461	.574	.	.854
เลี่ยงคนแออัด	71.50	44.397	.520	.	.856
เลี่ยงคนที่เป็นไข้หวัด	71.03	45.344	.497	.	.858

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha = .931      Cronbach's Alpha Based on Standardized Items = .945

Item Statistics

		Mean	Std. Deviation	N
1.	ได้รับความรัก	4.17	1.177	30
2.	เดือดร้อน	3.40	1.499	30
3.	ปรับทุกข์	4.17	1.053	30
4.	พูดคุย	4.20	1.064	30
5.	ไม่สนใจ	3.83	1.510	30
6.	ดูแลทวารเทียม	4.73	.640	30
7.	ดูแลตนเอง	4.70	.651	30
8.	แหล่งข้อมูลCA	4.47	.900	30
9.	แหล่งข้อมูลcolos	4.60	.675	30
10.	แหล่งข้อมูลยา	4.47	.937	30
11.	แลกเปลี่ยน	4.37	.890	30
12.	การเงิน	4.33	.959	30
13.	ให้ความช่วยเหลือ	4.27	1.172	30
14.	แบ่งเบาภาระ	4.23	1.165	30
15.	อุปกรณ์	4.37	1.098	30
16.	หาเวลา	4.33	1.028	30
17.	สนับสนุน	4.20	1.186	30
18.	เตือนสติ	4.23	1.040	30
19.	รับฟัง	4.30	1.088	30
20.	ชื่นชม	4.33	.994	30
21.	ไม่สนใจสุขภาพ	4.07	1.363	30

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ได้รับความรัก	85.60	195.972	.559	.	.929
เดือดร้อน	86.37	209.068	.103	.	.941
ปรับทุกข์	85.60	192.317	.765	.	.925
พูดคุย	85.57	192.668	.744	.	.926
ไม่สนใจ	85.93	203.857	.223	.	.939
ดูแลทวารเทียม	85.03	204.309	.604	.	.929
ดูแลตนเอง	85.07	205.030	.553	.	.930
แหล่งข้อมูลCA	85.30	196.079	.750	.	.926
แหล่งข้อมูลcolos	85.17	201.661	.713	.	.928
แหล่งข้อมูลยา	85.30	194.700	.772	.	.926
แลกเปลี่ยน	85.40	200.938	.557	.	.929
การเงิน	85.43	194.047	.779	.	.926
ให้ความช่วยเหลือ	85.50	192.534	.672	.	.927
แบ่งเบาภาระ	85.53	187.568	.841	.	.924
อุปกรณ์	85.40	197.697	.546	.	.929
หาเวลา	85.43	190.047	.870	.	.924
สนับสนุน	85.57	189.220	.771	.	.925
เตือนสติ	85.53	191.775	.796	.	.925
รับฟัง	85.47	188.464	.875	.	.923
ชื่นชม	85.43	191.357	.852	.	.924
ไม่สนใจสุขภาพ	85.70	204.700	.236	.	.937

คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 17

**ตารางที่ 17** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด (n = 110) จำแนกตามรายชื่อ

คุณภาพชีวิตรายชื่อ	Mean	SD	ระดับ
1. ท่านรู้สึกว่ามีความแข็งแรงมากแค่ไหน	71.09	15.10	สูง
2. ท่านมีเวลานอนหลับเพียงพอตามที่ท่านต้องการมากน้อยแค่ไหน	76.18	18.82	สูง
3. ท่านอ่อนเพลียง่ายหรือไม่	74.82	21.10	สูง
4. ท่านรู้สึกว่าน้ำหนักตัวของท่านขณะนี้ เป็นปัญหาหรือไม่	84.55	20.62	สูง
5. ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียมของท่านมากน้อยเพียงใด	69.18	24.54	สูง
6. การมีเพศสัมพันธ์เพียงพอกับความต้องการของท่านหรือไม่	87.55	24.50	สูง
7. สุขภาพของท่านขณะนี้เป็นอย่างไร	70.91	14.75	สูง
8. ท่านปรับตัวกับการมีทวารเทียมของท่านได้ง่ายเพียงใด	72.64	20.35	สูง
9. ท่านมีความสุขในการทำงานอดิเรก การพักผ่อนและการเข้าสังคมมากแค่ไหน	81.45	18.06	สูง
10. ท่านมีความพึงพอใจในการรับประทานอาหารแค่ไหน	74.73	21.10	สูง
11. ท่านสามารถทำงานบ้านหรืองานประจำได้มากแค่ไหน	80.45	17.21	สูง
12. ท่านรับประทานอาหารได้เพียงพอกับความต้องการหรือไม่	76.82	17.45	สูง
13. ท่านรู้สึกว่าตัวเองมีประโยชน์หรือมีคุณค่ามากน้อยเพียงใด	82.55	15.29	สูง
14. ท่านรู้สึกมีความสุขมากแค่ไหน	75.27	14.32	สูง

**ตารางที่ 17** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด (n = 110) จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

คุณภาพชีวิตรายชื่อ	Mean	SD	ระดับ
15. ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตของท่านขณะนี้มากน้อยเพียงใด	73.27	13.95	สูง
16. ท่านมีอาการปวดรุนแรงเท่าไร	89.73	15.59	สูง
17. ท่านมีอาการปวดบ่อยแค่ไหน	90.27	15.05	สูง
18. คุณภาพชีวิตของท่านในขณะนี้เป็นอย่างไร	71.82	14.02	สูง
19. ท่านรู้สึกกลัวกลืนหรือการร้วซึมของอุจจาระจากทวารเทียมมากน้อยเพียงใด	61.36	24.28	ปานกลาง
20. ท่านได้ติดต่อเพื่อนและคนในครอบครัวเพียงพอกับที่ท่านต้องการมากน้อยเพียงใด	92.09	16.92	สูง
21. ท่านรู้สึกถูกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัวหรือคู่รักมากน้อยแค่ไหน	93.09	20.44	สูง
22. ท่านลำบากใจในการมองทวารเทียมมากแค่ไหน	86.55	21.00	สูง
23. ท่านมีเวลาความเป็นส่วนตัวเพียงพอกับความต้องการแค่ไหน	94.55	13.04	สูง

จากตารางที่ 17 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดโดยจำแนกตามรายชื่อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 23 ท่านมีเวลาความเป็นส่วนตัวเพียงพอกับความต้องการแค่ไหน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 94.55 รองลงมาคือ ข้อที่ 21 ท่านรู้สึกถูกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัวหรือคู่รักมากน้อยแค่ไหน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 93.09 และข้อที่ 20 ท่านได้ติดต่อเพื่อนและคนในครอบครัวเพียงพอกับที่ท่านต้องการมากน้อยเพียงใด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 92.09

ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 19 ท่านรู้สึกกลัวกลิ่นหรือการรบกวนของ อูจจาระจากทวารเทียมมากน้อยเพียงใด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 61.36 รองลงมาคือ ข้อที่ 5 ท่านรู้สึก วิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียมของท่านมากน้อยเพียงใด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 69.18 และ ข้อที่ 7 สุขภาพของท่านขณะนี้เป็นอย่างไรมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.91

**ตารางที่ 18** แสดงจำนวน ร้อยละของประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด (n=110)

ประสบการณ์มีอาการ	มีอาการ		ไม่มีอาการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. วิตกกังวล	87	79.1	23	20.9
2. รู้สึกเศร้าใจ	40	36.4	70	63.6
3. รู้สึกกระวนกระวายใจ	24	21.8	86	78.2
4. นอนหลับยาก	67	60.9	43	39.1
5. หงุดหงิด	52	47.3	58	52.7
6. ไม่มีสมาธิ	35	31.8	75	68.2
7. ไม่มีแรง	70	63.6	40	36.4
8. ปวด	44	40.0	66	60.0
9. รู้สึกง่วงซึม	34	30.9	76	69.1
10. ปากแห้ง	56	50.9	54	49.1
11. คลื่นไส้	59	53.6	51	46.4
12. เบื่ออาหาร	66	60.0	44	40.0
13. รู้สึกอึดอัดท้อง	67	60.9	43	39.1
14. การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง	73	66.4	37	33.6
15. ท้องผูก	35	31.8	75	68.2
16. น้ำหนักลด	52	47.3	58	52.7
17. เวียนศีรษะ	46	41.8	64	58.2
18. อาเจียน	50	45.5	60	54.5

**ตารางที่ 18** แสดงจำนวน ร้อยละของประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด (n=110) (ต่อ)

ประสบการณ์มีอาการ	มีอาการ		ไม่มีอาการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
19. ชา/เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า	86	78.2	24	21.8
20. ไอ	39	35.5	71	64.5
21. มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิม	72	65.5	38	34.5
22. คั้นตามร่างกาย	34	30.9	76	69.1
23. บวมบริเวณแขน/ขา	20	18.2	90	81.8
24. ท้องเสีย	66	60.0	44	40.0
25. มีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์	22	20.0	88	80.0
26. หายใจไม่อิ่ม	27	24.5	83	75.5
27. ผม่วง	63	57.3	47	42.7
28. ปัสสาวะผิดปกติ	30	27.3	80	72.7
29. มีแผลในปาก	38	34.5	72	65.5
30. ปัสสาวะเล็ด	22	20.0	88	80.0
31. ฝันร้าย	18	16.4	92	83.6
32. กลืนลำบาก	20	18.2	90	81.8

จากตารางที่ 18 พบว่า ประสบการณ์การมีอาการที่พบมากในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาตาม การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง อาการที่พบบ่อยมากที่สุด 3 อันดับ คือ อันดับที่ 1 คือ วิตกกังวลคิดเป็น ร้อยละ 79.09 อันดับที่ 2 คือ ชา/เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า คิดเป็นร้อยละ 78.18 และอันดับที่ 3 คือ การรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 66.36 ส่วนอาการที่พบน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ อันดับที่ 1 คือ ฝันร้าย คิดเป็นร้อยละ 16.4 อันดับที่ 2 กลืนลำบาก คิดเป็นร้อยละ 18.2 และอันดับที่ 3 คือ ปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และปัสสาวะเล็ด คิดเป็นร้อยละ 20



**ตารางที่ 19** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด (n = 110) จำแนกตามรายชื่อ

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	Mean	SD	ระดับ
1. ฉันมาตรวจตามที่แพทย์ผ่าตัดนัดทุกครั้ง	4.91	.480	สูง
2. ฉันมารับการตรวจและได้รับยาเคมีบำบัดตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง	4.96	.232	สูง
3. ฉันรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	4.59	.721	สูง
4. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสีย	4.37	.788	สูง
5. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องผูก	4.33	.814	สูง
6. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น	4.33	.825	สูง
7. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส	4.32	.834	สูง
8. เมื่อเส้นเลือดที่ให้ยาเคมีบำบัดเริ่มมีอาการปวด บวม ฉันแจ้งให้พยาบาลหรือแพทย์ทราบทันที	4.84	.479	สูง
9. เมื่อฉันรู้สึกแพ้ยาเคมีบำบัด ฉันแจ้งให้พยาบาลหรือแพทย์ทราบทันที	4.90	.382	สูง
10. ฉันรับประทานยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนตามที่แพทย์สั่ง	4.20	1.056	สูง
11. ฉันใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม	4.77	.553	สูง
12. ฉันรักษาความชุ่มชื้นของช่องปากด้วยการบ้วนปากบ่อยๆ	4.36	.906	สูง
13. ฉันหลีกเลี่ยงการถูกแดดแรงๆ	4.38	.878	สูง
14. ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงสุกสะอาด	4.71	.564	สูง
15. ฉันล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ	4.58	.696	สูง
16. ฉันหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่บริเวณที่มีผู้คนแออัด	4.16	.852	สูง
17. ฉันหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นไข้หวัด	4.65	.599	สูง

จากตารางที่ 19 เมื่อพิจารณาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดโดยจำแนกตามรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 2 ฉันมารับการตรวจและได้รับยาเคมีบำบัดตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.96 รองลงมาคือ ข้อที่ 1 ฉันมาตรวจตามที่แพทย์ ผ่าตัดนัดทุกครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.91 และข้อที่ 9 เมื่อฉันรู้สึกแพ้ยาเคมีบำบัด ฉันแจ้งให้พยาบาลหรือแพทย์ทราบทันที มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.90

ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 16 ฉันหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่บริเวณที่มี ผู้คนแออัด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 รองลงมาคือ ข้อที่ 10 ฉันรับประทานยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนตามที่แพทย์สั่ง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 และ ข้อที่ 7 ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.32



**ตารางที่ 20** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด (n = 110) จำแนกตามรายชื่อ

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	ระดับ
1. คุณได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด	4.66	.745	มาก
2. เมื่อคุณมีเรื่องเดือดร้อนหรือไม่สบายใจ คุณไม่สามารถพึ่งพาผู้ใดได้	4.33	1.118	มาก
3. เมื่อคุณมีปัญหา คุณสามารถปรับทุกข์หรือ ระบายความคับข้องใจกับบุคคลใกล้ชิดได้	4.57	.760	มาก
4. บุคคลใกล้ชิดพูดคุยเป็นเพื่อนคุณ	4.58	.759	มาก
5. สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจเมื่อคุณเจ็บป่วย	4.46	1.002	มาก
6. คุณได้รับคำแนะนำจากแพทย์ / พยาบาลในการดูแลทวารเทียม	4.48	.631	มาก
7. คุณได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลในการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด	4.44	.643	มาก
8. คุณได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	4.25	.771	มาก
9. คุณได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ในเรื่องการดูแลทวารเทียม	4.32	.703	มาก
10. คุณได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ในเรื่องการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด	4.35	.749	มาก

**ตารางที่ 20** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด (n = 110) จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	ระดับ
11. คุณพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่มารับบริการในคลินิกเคมีบำบัดหรือคลินิกทวารเทียม	3.87	1.041	มาก
12. เมื่อคุณมีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน บุคคลใกล้ชิดสามารถให้ความช่วยเหลือคุณได้	4.64	.674	มาก
13. กรณีที่คุณไม่สามารถไปรับการรักษาจากแพทย์ด้วยตนเอง บุคคลใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือคุณ	4.63	.765	มาก
14. คุณมีคนในครอบครัวแบ่งเบาภาระงานบ้าน ในกรณีที่ คุณไม่สามารถทำงานบ้านได้	4.59	.770	มาก
15. คุณได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับ อุปกรณ์การดูแลทวารเทียมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	4.35	.808	มาก
16. ท่านมีคนคอยห่วงใย หาเวลาให้ท่านได้พักผ่อน	4.60	.693	มาก
17. คนใกล้ชิดสนับสนุนคุณในการดูแลทวารเทียมและ การดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด	4.58	.783	มาก
18. เมื่อคุณมีอาการหงุดหงิด คนใกล้ชิดคอยเตือนสติคุณ	4.55	.725	มาก
19. คุณมีคนที่ยอมรับฟังความคิดเห็น หรือคำแนะนำจากคุณ	4.57	.748	มาก
20. คนใกล้ชิดชื่นชมและพอใจในการปฏิบัติตัวของคุณ	4.56	.784	มาก
21. คนใกล้ชิดไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของคุณ	4.57	.872	มาก

จากตารางที่ 20 เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดโดยจำแนกตามรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 1 คุณได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด คะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.66 รองลงมาคือ ข้อที่ 12 เมื่อคุณมีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน บุคคลใกล้ชิดสามารถให้ความช่วยเหลือคุณได้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.64 และข้อที่ 13 กรณีที่คุณไม่สามารถไปรับการรักษาจากแพทย์ด้วยตนเอง บุคคลใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือคุณมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.63

ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 11 คุณพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยคนอื่นๆที่มารับบริการในคลินิกเคมีบำบัดหรือคลินิกทวารเทียม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 รองลงมาคือ ข้อที่ 8 คุณได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 และ ข้อที่ 9 คุณได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในเรื่องการดูแลทวารเทียม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.32



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว วิมลรัตน์ เดชะ เกิดวันที่ 23 มิถุนายน 2525 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยนเรศวรในปี พ.ศ. 2547 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในเคมีบำบัดและโรคมะเร็ง โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล และได้ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2555

