

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



นางสาวชลยา อรรถานันท์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS IN COLORECTAL CANCER PATIENTS WITH
COLOSTOMY AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

Miss Chonlaya Atthaphinan



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

โดย

นางสาวชลยา อັตถาภินันท์

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลือบุญวัชชัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลือบุญวัชชัย)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

ชลยา อรรถาภินันท์ : คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS IN COLORECTAL CANCER PATIENTS WITH COLOSTOMY AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. นพ.พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 93 หน้า.

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ตัวอย่างและวิธีการศึกษา : ทำการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมที่มารับบริการตรวจรักษาที่ตึก ภปร. ชั้น 6 แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่เดือน มกราคม- มีนาคม ปี พ.ศ.2559 จำนวน 90 ราย โดยการตอบแบบสอบถามทั้งหมดด้วยตนเอง 8 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ 3) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียม 4) แบบประเมินทัศนคติของผู้ที่มีทวารเทียมต่อการมีเพศสัมพันธ์ 5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย 6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 7) แบบประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย 8) แบบประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดีแบบการถดถอยลอจิสติก

ผลการศึกษา : คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.8) อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป มีสิทธิการรักษา ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาปานกลาง ไม่มีภาวะวิตกกังวล ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติกพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาปานกลาง การไม่สูบบุหรี่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมีสิทธิในการรักษา

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ปีการศึกษา 2558

5774253730 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE / COLOSTOMY / COLORECTAL CANCER

CHONLAYA ATTHAPHINAN: QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS IN COLORECTAL CANCER PATIENTS WITH COLOSTOMY AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. ADVISOR: ASSOC. PROF. PEERAPHON LUEBOONTHAVATCHAI, 93 pp.

Objective : To identify the quality of life and associated factors in colorectal cancer patients with colostomy at Outpatient Department, Surgical Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Materials and Methods : Ninety colorectal cancer patients, were recruited from Outpatient Department, Surgical Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital during January 2016 to March 2016. All samples completed eight questionnaire : 1) Demographic Data and Form 2) Health Information Questionnaire 3) Knowledge about colostomy Questionnaire 4) Sexual Relationship Questionnaire 5) World Health Organization Quality of life Brief – Thai questionnaire (WHOQOL-BREF-THAI) 6) Social Support Questionnaire 7) Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) 8) Thai Interpersonal Questionnaire. The associated factors of quality of life in the patients was analyzed by chi-square test and logistic regression was used to identify the predictor of good quality of life.

Result : Most of colorectal cancer patients with colostomy at King Chulalongkorn Memorial Hospital (67.8) had moderate level of quality of life. Factors associated with their quality of life were married status, above bachelor degree education, health and welfare, no smoking, no alcoholic drinking, good interpersonal functioning, no anxiety and no depression. According to logistic regression showed that the predictor of good quality of life were good interpersonal functioning, no smoking, married status, above bachelor degree education and welfare.

Department: Psychiatry

Student's Signature

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature

Academic Year: 2015

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเป็นเพราะความอนุเคราะห์จากรองศาสตราจารย์นายแพทย์พิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ ชี้แนะแนวทางตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมทั้งยังช่วยแก้ไขข้อบกพร่อง ให้คำแนะนำเพื่อที่จะทำให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ทางผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ ที่ได้สละเวลาและให้เกียรติมาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และศาสตราจารย์แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ได้ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพื่อนำกลับไปแก้ไขให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ของเนื้อหาและรายละเอียดยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลวิจัย ขอกราบขอบพระคุณทีมแพทย์ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย รวมทั้งพี่ๆพยาบาลทุกท่านที่หอผู้ป่วย ภา.ปร.ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือและคอยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเพื่อการทำวิจัยฉบับนี้ รวมถึงขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องทุกท่านที่ยินดีและยินยอมเข้าร่วมให้ข้อมูลในการทำวิจัยฉบับนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมารดา เพื่อนร่วมชั้นเรียนปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ที่คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัยตลอดจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ พี่ๆเจ้าหน้าที่ธุรการภาค ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ที่คอยให้คำแนะนำและช่วยเหลือทุกอย่าง จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จไปด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามการวิจัย (Research Questions).....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objectives).....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption).....	5
ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations).....	5
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definitions).....	5
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application).....	6
อุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างการทำวิจัยและมาตรการในการแก้ไขปัญหา (Obstacles and Strategies to solve the problem).....	6
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Considerations).....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework).....	8
บทที่ 2.....	9
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
1. คุณภาพชีวิต (Quality of Life).....	9
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	11
2. มะเร็งลำไส้ใหญ่.....	15

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	15
พยาธิวิทยา (Pathogenesis).....	16
การดำเนินโรค อาการและอาการแสดง	16
การวินิจฉัยโรค.....	18
การพยากรณ์โรค.....	18
การรักษาโรค.....	19
การรักษาโดยการผ่าตัด.....	20
การผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy).....	22
ข้อบ่งชี้ในการทำทวารเทียมทางหน้าท้อง	23
ชนิดของทวารเทียมทางหน้าท้อง.....	23
การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคมของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ทางหน้าท้อง	24
กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ภายหลังจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทาง หน้าท้อง.....	27
3.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
บทที่ 3	34
วิธีการดำเนินการวิจัย	34
รูปแบบการวิจัย.....	34
ระเบียบการวิจัย (Research Methodology).....	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
ขนาดตัวอย่าง (Sample size)	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร	37
การรวบรวมข้อมูล (Data collection).....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis).....	43

บทที่ 4	45
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	45
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละตามลักษณะข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ	46
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	51
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	53
ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.....	56
ตารางที่ 5 การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation).....	60
ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวาร เทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	61
บทที่ 5	62
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	62
สรุปผลการวิจัย	62
อภิปรายผลการวิจัย	63
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	68
การนำผลการวิจัยไปใช้	68
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	69
รายการอ้างอิง.....	70
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	93

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี 2012⁽¹⁾ ประชากรโลกเสียชีวิตลงด้วยโรคมะเร็งถึง 8.2 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 9 ล้านคนในปี 2016 และเพิ่มเป็น 11.4 ล้านคน ในปี 2030 ทำให้โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ของประชากรโลก โดยมะเร็งที่พบมากในเพศชาย คือ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งตับ และมะเร็งที่พบมากในเพศหญิงคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งกระเพาะอาหารตามลำดับ

มะเร็งลำไส้ใหญ่ (colorectal cancer) เป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูง ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ได้รับการวินิจฉัยใหม่ประมาณ 131,200 ราย/ปี ส่วนในประเทศไทยโดยสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และอันดับที่ 5 ในเพศหญิง สำหรับสถิติจากสถานวิทยามะเร็งศิริราช พบมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นอันดับ 3 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด และจากสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในปี พ.ศ. 2552-2555 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ถึงปีละ 1,402-1,802 รายต่อปี และได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องถึงปีละ 194-264 รายต่อปี (12.52-17.04%) และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคที่พบบ่อยมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในแต่ละวันที่เปลี่ยนแปลงไป ความรีบเร่งในเรื่องเวลาและอุปนิสัยในการบริโภคอาหารประเภทไขมันและเนื้อสัตว์สูงที่ขึ้นทำให้โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูงตามขึ้นไปด้วย จากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry) ฉบับที่ 27 ปี 2555 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเพศชายมากเป็นอันดับ 1 (ร้อยละ 16.2) ของมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรก โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60-69 ปี และในเพศหญิงพบเป็นลำดับที่ 3 (ร้อยละ 9.6) โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 55-64 ปี ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม ไม่ว่าจะเป็ชนิดชั่วคราวหรือชนิดถาวร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระ การที่ต้องเผชิญกับการมีช่องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องหรือทวารเทียมเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางการขับถ่ายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และแบบแผนการดำเนินชีวิต การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่นั้นเป็นการรักษาหลากหลาย

รูปแบบร่วมกัน (multimodality treatment) โดยการรักษหลักเป็นการผ่าตัด ร่วมกับการรักษาเสริม ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา

นอกจากการรักษาเพื่อกำจัดมะเร็งออกให้ได้มากที่สุดแล้ว อีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลือกการวิธีการรักษาผู้ป่วยคือความพยายามที่จะให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพยายามหลีกเลี่ยงการทำ colostomy โดยคงประสิทธิผลของการรักษาโรควิวให้ได้มากที่สุด ชนิดของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งและการลุกลามของโรค โดยมีหลักการคือตัดเนื้ออกรวมทั้งขอบเขต 2-3 ซม. รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองรอบเร็คตัมรวมทั้ง vascular pedicle ออก โดยการผ่าตัดที่ควรรู้จักในมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้แก่

- Anterior Resection (AR) ใช้ในกรณีที่เป็น rectosigmoid หรือ upper rectum
- Low anterior resection (LAR) ใช้ในกรณีที่รอยโรคอยู่สูงจาก anal verge ประมาณ 6-7 ซม. ขึ้นไป
- Abdomino-perineal Resection (APR) ใช้ในกรณีที่รอยโรคอยู่ lower rectum และไม่สามารถทำ LAR ได้ ในกรณีนี้ผู้ป่วยจะต้องทำ permanent colostomy และ เย็บปิดรูทวารหนัก
- Wide excision โดย approach ต่างๆ เช่น transanal, transsacral approach ใช้ในกรณีที่เป็นรอยโรคขนาดเล็กและยังไม่มีอาการลุกลาม
- Total mesorectal excision (TME) เป็นการผ่าตัดวิธีใหม่ที่พยายามตัดส่วนของ mesorectum ออกทั้งหมดด้วยการใช้ sharp dissection เพื่อลดการกระจายของโรคในขณะผ่าตัด
- Colostomy / Hartmann Pouch ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุมากหรือรอยโรคไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด

การผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง (colostomy) ถือเป็นการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การผ่าตัดเป็นการสร้างทางเปิดระหว่างลำไส้ใหญ่และผนังหน้าท้องหรือเรียกว่า ทวารเทียม เพื่อเป็นทางระบายออกของอุจจาระแทนทวารหนักโดยเป็นการเปลี่ยนทางเดินของอุจจาระใหม่ในส่วนของลำไส้ที่เป็นโรคหรือได้รับอันตราย การผ่าตัดทวารเทียมจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทุกรายจะมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การเข้าสังคม และการดำเนินชีวิตประจำวันแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ⁽²⁾ ซึ่งปัญหาเหล่านี้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญ นำมาวางแผนให้การช่วยเหลือและการสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพความเจ็บป่วย มีทัศนคติที่ดีต่อ colostomy และเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถ

ดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีรวมทั้งพยาบาลต้องกระตุ้นให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุดเพราะกำลังใจที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยก็คือคนในครอบครัว

การผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะอย่างถาวร เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ แบบแผนการขับถ่าย เกิดความไม่สุขสบาย มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจากการที่ผู้ป่วยต้องมีช่องเปิดลำไส้หรือทวารเทียมที่มีลักษณะเหมือนกับบาดแผลที่เปิดตลอดเวลา แม้ทวารเทียมจะไม่มีเจ็บปวด และการที่มีผู้อื่นมองเห็นการขับถ่าย การเกิดกลิ่นและลมที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลว่าจะมีบุคคลรอบข้างรังเกียจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกังวลเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร กลัวว่าอาหารที่รับประทานเข้าไปจะทำให้เกิดกลิ่น การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เกิดความกลัวที่จะดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง จะเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบในระยะยาวต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ทั้งในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ตลอดจนการทำงาน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและต้องรับภาระหรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และอาจส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจภายในครอบครัว ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัว จะเห็นว่าการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ก่อให้เกิดปัญหาสำคัญต่อตัวผู้ป่วยเองและยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล

การศึกษาในครั้งนี้เลือกศึกษาใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพราะมีคลินิกลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตั้งอยู่ที่ตึก ภปร ชั้น 6 คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก มีคลินิกเฉพาะทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยทวารเทียม มีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก ซึ่งเป็นศูนย์การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีความสำคัญ

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในประเทศไทยมีจำกัด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมที่ คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีทวารเทียมให้สามารถปรับตัวกับการใช้ชีวิต เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมที่มารับบริการตรวจรักษาที่ตึก ภปร. ชั้น 6 คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมี

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ (independent variable) ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- สถานภาพสมรส
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- การประกอบอาชีพ
- รายได้ของครอบครัว
- เศรษฐฐานะของครอบครัว
- ที่พัก
- ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย

ปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค

- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียม

ปัจจัยทางจิตสังคม

- ภาวะวิตกกังวล
- ภาวะซึมเศร้า
- การสนับสนุนของสังคม
- สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
- ทักษะคิดเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์

ตัวแปรตาม(dependent variable) คือ ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มี ทวารเทียม

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

การศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ที่เข้ามาใช้บริการตรวจรักษาที่ตึก ภปร. ชั้น 6 คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมที่เข้ามาใช้บริการตรวจรักษาที่ตึก ภปร. ชั้น 6 คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเท่านั้น

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definitions)

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง การรับรู้ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งพัฒนาเครื่องมือโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ(2540) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตคะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ คือ การศึกษาครั้งนี้หมายถึงผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากศัลยแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง

ทวารเทียม (colostomy) หมายถึง เป็นการนำลำไส้มาเปิดออกทางหน้าท้องเพื่อขับถ่ายอุจจาระ ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหรือโรคบริเวณลำไส้ เช่น การบาดเจ็บบริเวณลำไส้ ลำไส้อุดตัน หรือโรคมะเร็งลำไส้ เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง

ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. เพื่อที่จะสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้เป็นแนวทางในการประเมินรักษา ป้องกันและติดตามผู้ป่วยที่มีทวารเทียม และส่งเสริมการปรับตัวต่อการใช้ชีวิต เพื่อที่จะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม

อุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างการทำวิจัยและมาตรการในการแก้ไขปัญหา (Obstacles and Strategies to solve the problem)

1. งานวิจัยนี้ศึกษาและเก็บข้อมูลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ตึก ภปร. ชั้น 6 คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก จึงอาจมีปัญหาเรื่องความสะดวกของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ ผู้วิจัยจะแก้ไขโดยเลือกเวลาในการเก็บข้อมูลให้เหมาะสมที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวก เช่น ระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยรอคิวพบแพทย์ เป็นต้น
2. งานวิจัยครั้งนี้อาศัยแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยอาจมีข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยจะแก้ไขโดยการอธิบายและชี้แจงให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

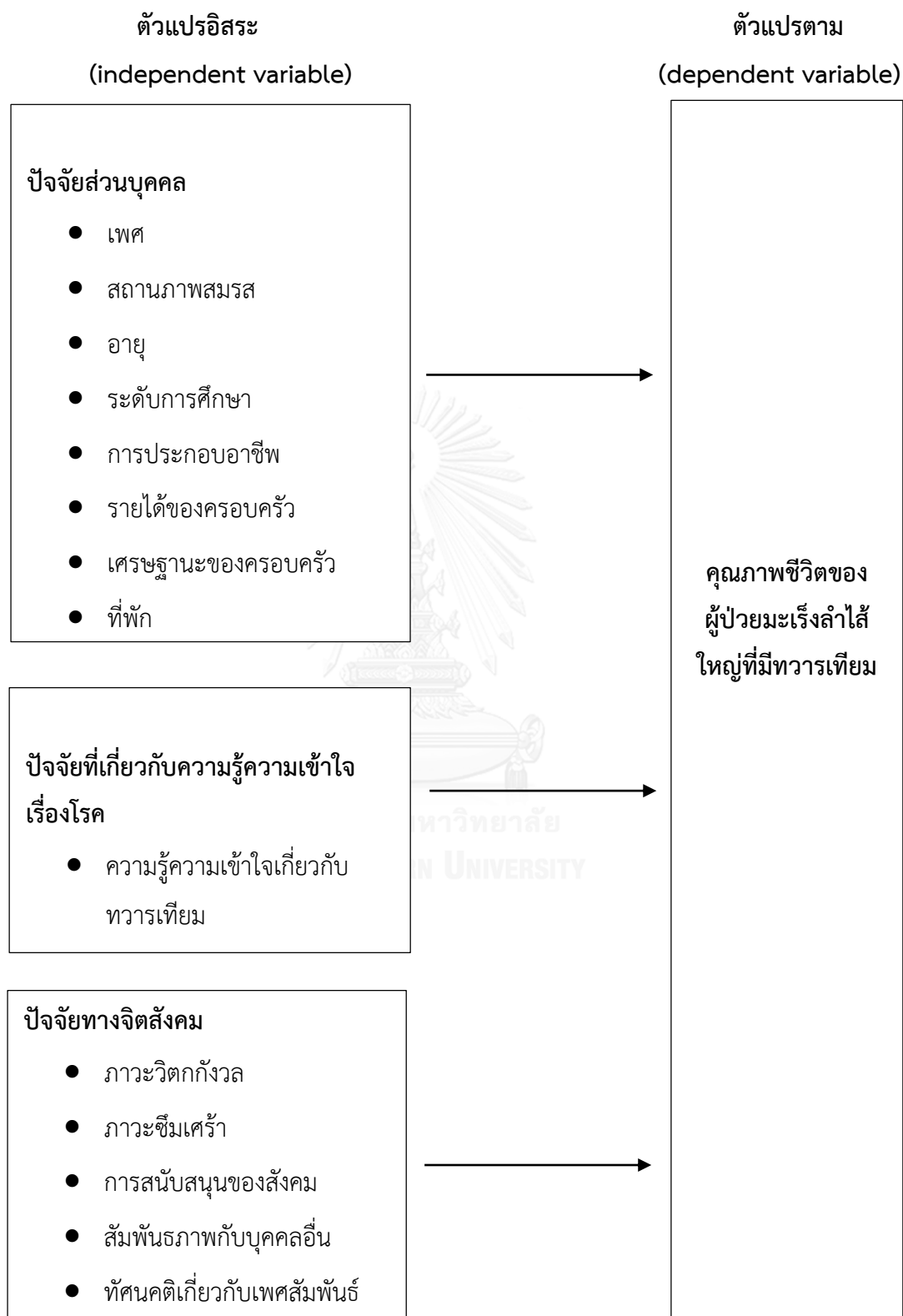
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Considerations)

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นการตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นการแสดงความรู้สึกส่วนตัวโดยอิสระ ดังนั้นผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้ทั้งหมดเป็นความลับ ไม่นำข้อมูลส่วนตัวมาเปิดเผย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบข้อมูลในการทำวิจัย และการแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ ผู้วิจัยจะระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถมีอิสระที่จะสมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีข้อผูกมัด บังคับใดๆจากผู้วิจัย และผู้วิจัยจะไม่แสวงหาผลประโยชน์จาก

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเพียงเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ ขั้นตอนและวิธีการศึกษาได้ยึดหลัก
จรรยาบรรณของการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) ผู้วิจัยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจน
ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจได้อย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วม
การวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล การรายงานผลการศึกษจะไม่ระบุ
ชื่อ ตำแหน่ง สถานที่พักอาศัยของผู้ให้ข้อมูลทั้งนี้เพื่อเป็นหลักประกันว่าการศึกษาคั้งนี้
จะไม่มีผลกระทบละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ให้การเคารพในการให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
โดยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง พอเพียง ไม่ปิดบังข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นใน
ระหว่างการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลไม่ถูกชักจูงด้วยอามิสสินจ้าง และมีสิทธิที่จะถอนตัวจาก
โครงการวิจัยโดยไม่ต้องชดใช้ค่าเสียหาย
2. หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficance)
ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน หรือ
minimal risks เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก แต่การเก็บข้อมูลจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย
หรือมีผลกระทบต่อบุคคลหรือองค์กรที่ถูกรบกวนถึง
3. หลักยุติธรรม (Justice) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเป็นผู้ที่มีเชื้อชาติ ศาสนา หรือฐานะใดก็ได้
มีการกระจายความเสี่ยงและมีการสุ่มตัวอย่างประชากรอย่างเท่าเทียม
4. ในกรณีที่พบผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หรือมีความคิดอยากฆ่าตัว
ตาย ทางผู้วิจัยจะให้คำแนะนำเบื้องต้น และแนะนำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าพบจิตแพทย์
เพื่อให้ได้รับการประเมิน และการรักษาอย่างถูกต้อง

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมใน คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. คุณภาพชีวิต (Quality of Life)
2. มะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal Cancer)
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นคำที่เกี่ยวข้องกับคนในสังคม ซึ่งอาจหมายถึง การมีชีวิตที่ดี (Good Life) และการกินดีอยู่ดี (Well-being) ซึ่งรวมแล้วอาจหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง ในสมัยกรีกโบราณได้มีนักปรัชญา คือ Socratis, Plato และ Aristotle ซึ่ง Socratis กล่าวว่า ชีวิตที่ดีสำหรับมนุษย์คือชีวิตที่มนุษย์รู้จักใช้สติปัญญาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตและแก้ปัญหาต่างๆด้วยตัวเอง รวมถึงรู้จักตนเองและปรับปรุงตนเองให้สูงขึ้นเพื่อให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ที่สุดและเป็นชีวิตที่ดีถูกต้องตามธรรมเนียมของคลองธรรมในระบบสังคม Plato และ Aristotle มีแนวคิดเห็นตามกันคือ ชีวิตที่ดีที่สุดของมนุษย์นั้นอยู่ที่การได้ขัดเกลาอินทรีย์อย่างดีที่สุด เพื่อจะได้หยั่งถึงสิ่งที่มีค่าในตนเอง แต่มนุษย์นั้นไม่สามารถที่จะอยู่โดดเดี่ยวได้ ต้องอาศัยอยู่ในระบบของสังคม ซึ่งจุดหมายของสังคม คือ การสร้างปัจจัยต่างๆเพื่อให้พลเมืองทุกคนสามารถจะมีชีวิตที่ดีที่สุดได้⁽³⁾

คุณภาพชีวิตเป็นค่าที่นักวิชาการต่าง ๆ นำมาใช้ และกล่าวถึงกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิต อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากร โดยเชื่อว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่างๆก็จะทำได้ดีและรวดเร็ว คุณภาพชีวิตกำลังได้รับความสนใจทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ในทางด้านวงการแพทย์ได้กำหนดให้เป็นเป้าหมายในการให้บริการรักษาพยาบาล เนื่องจากแนวคิดในการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้มุ่งให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือมีชีวิตรอดเพียงอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย นักวิชาการต่างๆได้พยายามศึกษาค้นคว้าถึงคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหาแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่ามีทัศนคติแตกต่างกันขึ้นกับระดับการศึกษา อาชีพ สังคม วัฒนธรรม

สภาพแวดล้อม และประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตได้ชัดเจนแน่นอน อย่างไรก็ตามได้มีผู้ที่ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต ไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรม และคุณค่าที่คนผู้นั้นอาศัยอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับบุคคลผู้นั้น เป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคล ในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสภาวะจิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการสร้างดัชนีที่จะวัดคุณภาพชีวิตจึงมีความหลากหลายตามเป้าหมาย และแนวคิดของแต่ละกลุ่มคนในสังคม

องค์การยูเนสโก (UNESCO)⁽⁴⁾ ได้นิยามคำว่า คุณภาพชีวิต ว่าหมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมและระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์

Orem⁽⁵⁾ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

Meeberg⁽⁶⁾ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของความพึงพอใจในชีวิตทั่วไป เป็นความสามารถทางอารมณ์ในการประเมินผลชีวิตของตนเองตามความพอใจ สภาพที่ยอมรับได้ของสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

Zhan⁽⁷⁾ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นระดับความพึงพอใจการมีคุณค่าในชีวิต ความสุขในการดำรงชีวิต การรับรู้ถึงสภาวะ ความสามารถในการทำหน้าที่ และความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศาสนา สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม รวมไปถึงการรับรู้และความเข้าใจความหมายของคุณภาพชีวิต ทั้งนี้การประเมินคุณภาพชีวิตซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์พื้นฐานชีวิตของแต่ละบุคคล

Bullinger⁽⁸⁾ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจในชีวิต การรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี รวมไปถึงความสามารถในการแสดงบทบาทหรือการทำหน้าที่ทั่วไปได้ดี

Sucheera Phattharayuttawut⁽⁹⁾ ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความแตกต่างส่วนบุคคลในการรับรู้และมีมุมมองถึงเรื่องต่างๆ ความรู้สึกมีคุณค่าของตน ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ส่วนบุคคล

ศิริ ฮามสุทธิ์⁽¹⁰⁾ ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิต ไว้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาให้กับสังคม เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตที่ชอบธรรม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ค่านิยมของสังคม

ประภา รัตนเมธานนท์⁽¹¹⁾ กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข ความหมายใกล้เคียงกับความพึงพอใจในชีวิต

Young and Longman (1985 : 46) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นระดับความพอใจในชีวิตปัจจุบัน เกิดขึ้นจากการรับรู้ของบุคคลนั้น

Padilla et.al⁽¹²⁾ เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม

จากความหมายต่างๆที่ได้กล่าวมา จึงสรุปว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทุกอย่างของชีวิต เช่น ความสามารถในการปฏิบัติการกิจตามบทบาทของสังคม แม้ในบุคคลที่เจ็บป่วยและต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่ผู้ป่วยก็พยายามที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้เพื่อการดำรงอยู่และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฎ⁽¹³⁾ ได้กล่าวไว้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามทัศนะของ เบนเนท ว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ สิ่งที่เป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำของบุคคล ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีเศรษฐกิจที่ดี และสังคมดี

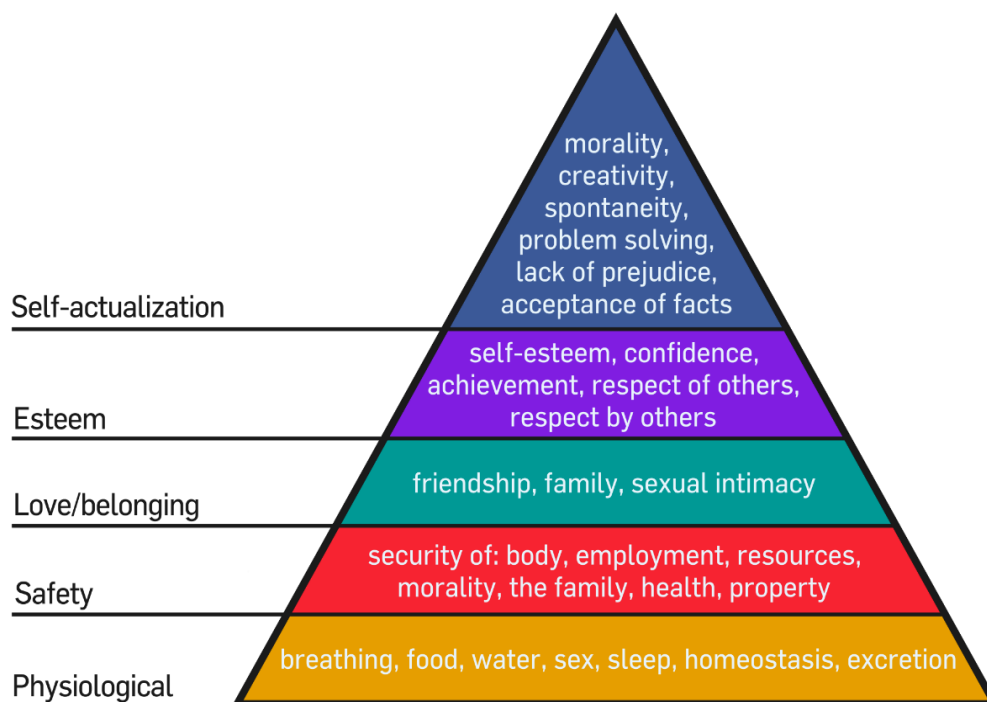
มาลี วรลัดนากุล⁽¹⁴⁾ ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรประกอบด้วย

1. ความผาสุกทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข
2. การรับรู้ส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคม ได้แก่ การสังสรรค์กับบุคคลที่คุ้นเคย การทำงาน การติดต่อกับเพื่อนฝูง การมีเวลาเป็นของตนเอง
3. การรับรู้ถึงภาพลักษณ์ เช่น ความพอใจในรูปร่างหน้าตา
4. ความผาสุกทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีกำลังวังชา การนอนหลับ การรับประทานอาหาร ภาวะสุขภาพ การรู้สึกอ่อนเพลีย ความเจ็บปวด
5. การตอบสนองต่อการรักษาและวินิจฉัย เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น

Zhan ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรประกอบไปด้วย ด้านความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องต่างๆไป ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง เกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านสุขภาพและหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นความพึงพอใจเกี่ยวกับ อาชีพ การศึกษาและรายได้ ความต้องการในด้านต่างๆของบุคคล ถ้าได้รับการตอบสนองในทางที่ดี ก็จะทำให้บุคคลรู้สึกพึงพอใจในชีวิต การที่มนุษย์จะมีความสุขได้นั้น ต้องมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพราะร่างกาย อารมณ์ และความคิดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต ดังนั้นคุณภาพชีวิตของบุคคล หมายถึง การได้รับปัจจัยที่สนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังพบว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตควรประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. องค์ประกอบทางด้านกายภาพ ประกอบด้วยสิ่งที่วัดได้ นับได้ และมีอิทธิพลก่อให้เกิดความพึงพอใจ อันเนื่องมาจากการตอบสนองความต้องการพื้นฐานส่วนใหญ่ของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการด้านวัตถุที่ทำให้มนุษย์กินดี อยู่ดี ประกอบด้วยปัจจัย 4 การบริการทางด้านสังคมต่างๆ เช่น การศึกษา การบริการด้านสาธารณสุข เป็นต้น สิ่งดังกล่าวสามารถตอบสนองความต้องการของมนุษย์ทางด้านร่างกาย ทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้
2. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาหรือด้านจิตใจของมนุษย์ ที่เป็นกลไกภายในจิตใจและร่างกาย ซึ่งช่วยทำให้มนุษย์เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ ได้แก่ ความมีศักดิ์ศรี ความพึงพอใจในการมีความสามารถในการสร้างสรรค์ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่รักของผู้อื่น

จากแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต สรุปได้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือองค์ประกอบที่สนองตอบความต้องการทางด้านร่างกาย และองค์ประกอบที่สนองตอบความต้องการด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของมาสโลว์ (Maslow) ⁽¹⁵⁾ โดยกล่าวว่า พัฒนาการทางด้านความคิดและความหมายของคุณภาพชีวิตมีความเป็นมาอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2493 – 2502 มาสโลว์ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์และได้พัฒนาทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory)



ภาพที่ 2 Maslow's Hierarchy of Needs Theory

จาก https://en.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เช่น ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม ที่พักอาศัย ยารักษาโรค การพักผ่อนนอนหลับ อุณหภูมิที่เหมาะสม ความต้องการทางเพศ เป็นต้น
2. ความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย (Safety and security Needs) ความปลอดภัยดังกล่าวมี 2 แบบ ความต้องการความปลอดภัยทางด้านร่างกายและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดี ความปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการดำรงชีวิต และการประกอบอาชีพ งานที่มั่นคง บำเหน็จ บำนาญ ประกันชีวิต เป็นต้น
3. ความต้องการความรักและการเป็นที่รัก (Love/Belongingness Needs) ความต้องการทางด้านสังคม มีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น การมีครอบครัว เพื่อน คนรัก การเป็นสมาชิกหรือมีความสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคมหรือชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มวิชาชีพ เป็นต้น

4. ความต้องการการยอมรับและการยกย่อง (Esteem Needs) สามารถแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน (Lower Level Needs for the Respect) ได้แก่ ได้รับการยอมรับนับถือ เป็นที่สนใจ มีศักดิ์ศรี การมีชื่อเสียง การมีอิทธิพล เป็นต้น ระดับสูงขึ้นไป (Higher Level Needs for the Respect) ได้แก่ ความเชื่อมั่นในงาน สมรรถนะ ความสำเร็จ การเป็นแบบอย่าง ความเป็นอิสระ เป็นต้น
5. ความต้องการความสำเร็จและการประจักษ์ในตน (Self Actualization Needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดที่มนุษย์จะเข้าใจตนเอง ความสามารถที่จะบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดของตนเอง มาสโลว์ได้อธิบาย ความต้องการในข้อนี้ว่า “อะไรที่มนุษย์สามารถจะเป็นได้เขาจะต้องเป็นสิ่งนั้น” (What a man can be, he must be)



2. มะเร็งลำไส้ใหญ่

มะเร็งลำไส้ใหญ่ (colorectal cancer) เป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูง ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ได้รับการวินิจฉัยใหม่ประมาณ 131,200 ราย/ปี ส่วนในประเทศไทยโดยสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และอันดับที่ 5 ในเพศหญิง สำหรับสถิติจากสถานวิทยามะเร็งศิริราช พบมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นอันดับ 3 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด⁽¹⁾ และจากสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในปี พ.ศ. 2552-2555 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ถึงปีละ 1,402-1,802 รายต่อปี และได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องถึงปีละ 194-264 รายต่อปี (12.52-17.04%) และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ถึงแม้ว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีอุบัติการณ์ที่ต่ำกว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ แต่กลับมีอัตราการตายที่สูงกว่า จากรายงานประจำปีของ American Cancer Society ในปี 2005 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 145,2901 ราย และเสียชีวิตลงด้วยโรคนี้ถึง 56,290 ราย จึงเป็นอัตราการตายอันดับสองรองลงมาจาก มะเร็งเต้านมในผู้หญิง อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆทุกปี โดยมี 5 years survival rate เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 61⁽¹⁶⁾

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น Multifactorial disease ที่พยาธิสภาพเกิดจาก inherited predisposition และ environment factors มีหลักฐานทางระบาดวิทยาระบุชัดเจนว่า อาหารและวิถีการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ หรือแต่ละประเทศ

มะเร็งลำไส้ใหญ่ มีหลักฐานสนับสนุนอย่างชัดเจนว่าการบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูง หรือมีไขมันสัตว์จำนวนมาก โดยมาจากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า ไขมันเหล่านี้เป็นพิษต่อเยื่อบุลำไส้ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุลำไส้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุลำไส้และอาจกลายเป็นมะเร็งในที่สุด ร่วมกับการรับประทานผัก ผลไม้ในปริมาณน้อย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคเบาหวาน และการมีน้ำหนักตัวเกินค่ามาตรฐาน ทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าคนปกติถึง 4.8 เท่า แต่จะเสี่ยงเพิ่มขึ้น 8.6-20 เท่า หากป่วยเป็นโรคลำไส้อักเสบก่อนอายุ 30-40 ปี⁽¹⁷⁾

พยาธิวิทยา (Pathogenesis)

มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมากเป็น Adenocarcinoma พบบริเวณใกล้ทวารหนัก และเป็นชนิดอื่น แคร้อยละ 5 เช่น Squamous cell carcinoma, Cloacogenic, Transitional cell หรือ Melanocarcinoma ซึ่งพบบริเวณใกล้ทวารหนัก

ลักษณะที่มองเห็นด้วยตาเปล่าของมะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างกันตามตำแหน่งก้อนมะเร็ง ถ้าตำแหน่งก้อนมะเร็งที่ cecum มักจะมีลักษณะเป็นก้อนขนาดใหญ่ จนเลือดไม่สามารถมาเลี้ยงได้พอ จนทำให้เกิดการตายเฉพาะส่วน (Necrosis) ได้ง่าย ทำให้มีเลือดออก ลักษณะของก้อนมะเร็งจะพบได้เกือบทุกตำแหน่งของลำไส้ทั้งซีกซ้ายและซีกขวา โดยมะเร็งจะขยายตัวตามแนวขวางเป็นวงรอบหรือเกือบรอบทำให้ลำไส้บริเวณนั้นแคบลงและที่ผิวลำไส้จะเกิดแผล ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ได้ง่าย

มะเร็งลำไส้ใหญ่จะเริ่มจาก Intramucosal epithelial lesion ของ Adenomatous polyps หรือที่ Glands ของเยื่อบุลำไส้ เมื่อขยายตัวใหญ่ขึ้นจะมีการลุกลามผ่าน Muscularis mucosae และลุกลามเข้าสู่หลอดเลือด หรือทางเดินน้ำเหลือง ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ regional lymphnode ของอวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ติดกับลำไส้และอวัยวะที่อยู่ห่างออกไปได้ตามลำดับ ตำแหน่งของมะเร็งมีความสำคัญต่อการแพร่กระจาย เช่น บริเวณลำไส้ตรง เป็นบริเวณที่ถูกตรึงอยู่กับที่ มะเร็งจึงลุกลามออกมาสู่เนื้อเยื่อรอบๆได้ง่าย ไปสู่กระเพาะปัสสาวะ ช่องคลอด หรือเส้นประสาทในอุ้งเชิงกราน ส่วนมะเร็งที่อยู่ในระหว่างส่วนที่หนึ่งในสามของส่วนกลางของลำไส้ จะแพร่กระจายสองทางผ่านคือ ผ่าน Superior hemorrhoidal vein ไปยังเส้นเลือดดำไปที่ตับหรือผ่าน Middle hemorrhoidal vein เข้า Inferior vena cava ไปสู่ปอด หรือถ้ามะเร็งอยู่ในบริเวณสองในสามส่วนบนของลำไส้ตรง จะผ่านทางหลอดเลือดดำในช่องเชิงกรานทั้งหมดทำให้อาจลุกลามไปยังส่วนเอวและอกได้ สำหรับมะเร็งที่อยู่ในบริเวณเหนือลำไส้ตรง จะสามารถแพร่กระจายโดยผ่านต่อมน้ำเหลือง หลอดเลือดดำไปสู่ตับและปอดต่อไป⁽¹⁷⁾

การดำเนินโรค อาการและอาการแสดง

มะเร็งลำไส้ใหญ่ เกิดจากเซลล์ในเยื่อบุลำไส้ใหญ่ จึงเป็นชนิด Adenocarcinoma จากนั้นเซลล์มะเร็งจะลุกลามไปสู่ผนังลำไส้ใหญ่ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรอบข้าง อวัยวะข้างเคียง และลุกลามไปอวัยวะอื่นที่ไกลออกไป โดยการดำเนินของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเหมือนกัน แตกต่างกันที่ทวารหนักเป็นอวัยวะที่อยู่ในอุ้งเชิงกราน จึงมีอาการและอาการแสดงของโรครวมทั้งข้อพิจารณาในการรักษาต่างไปจากมะเร็งลำไส้ใหญ่

มะเร็งลำไส้ใหญ่อาจตรวจพบได้โดยการคัดกรองโรคโดยผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ ส่วนอาการที่จะมาพบแพทย์มากที่สุด คือ การมีเลือดออกทางทวารหนัก โดยเลือดจะมีสีแดงสด สีคล้ำ เลือดปนกับอุจจาระเหลว หรือแยกออกจากอุจจาระแข็ง อาจออกมาก่อน มาพร้อมกัน หรือตามหลัง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระบบขับถ่าย มีอาการถ่ายอุจจาระลำบาก ผู้ป่วยมักต้องใช้น้ำยาหรือยาสวนทางทวารหนักเพื่อให้อุจจาระง่ายขึ้น มีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย เนื่องจากก้อนมะเร็งในลำไส้อุดกั้นทำให้อุจจาระก้อนที่มีขนาดใหญ่ไม่สามารถออกมาได้ ผู้ป่วยมักจะเข้าใจผิดคิดว่าเป็นโรคริดสีดวงทวาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ 15 % ของมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมาด้วยอาการลำไส้อุดกั้น โดยมีอาการไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ นอกจากนี้จะมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ ปัสสาวะลำบากหรือมีเลือดออกร่วมด้วย มีเลือดออกปกติทางช่องคลอด ส่วนมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้นบางรายอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย ซีดลง อุจจาระสีดำ หรือคล้ำได้ ก้อนบริเวณช่องท้อง และปวดท้องซึ่งอาการจะขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด ขอบเขตของก้อน อาการน้ำหนักลดมักแสดงถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมักจะกระจายไปบริเวณตับและปอด แต่ในระยะแรกมักไม่แสดงอาการ และในระยะท้ายสุด ผู้ป่วยจะมีอาการตัวเหลือง ท้องโต ไอแห้งๆ หรือหายใจได้ไม่เต็มอัม การตรวจสภาพร่างกายโดยทั่วไป ตรวจความแข็งแรงของร่างกายโดยทั่วไป อาการซีด ตัวเหลือง การทำงานของระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด การตรวจช่องท้องเพื่อประเมินว่ามีอุจจาระคั่งในลำไส้มากหรือไม่ มีตับโต คล้ำได้ก้อนในช่องท้องหรือไม่ บางรายหากมีการกระจายไปที่เยื่อช่องท้อง อาจตรวจพบมีน้ำในช่องท้อง (Ascities) หรือก้อนที่สะดือ (Sister Mary Joseph Nodule) รวมถึงการคลำต่อน้ำเหลืองบริเวณไหปลาร้า และขาหนีบทั้ง 2 ข้าง การตรวจร่างกายอาจพบก้อนได้ ถ้าปล่อยไว้จะทำให้ลำไส้ใหญ่มีแรงดันมากขึ้น ทำให้แรงดันในช่องท้องสูงกว่าแรงดันหลอดเลือดทำให้เลือดไม่สามารถมาเลี้ยงผนังลำไส้ใหญ่ เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงและเกิดการเน่าตาย ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง rebound tenderness และมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง หรือไม่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ ถ้าปล่อยไว้ก็จะเกิดการเน่าตาย แล้วเกิดการทะลุของลำไส้ ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อภายในช่องท้อง

การตรวจร่างกายทางทวารหนักอาจคลำได้ก้อนซุซระยะที่เยื่อภายในของทวารหนัก หากก้อนมะเร็งอยู่บริเวณส่วนล่าง หรือส่วนกลางของทวารหนัก มีมูกเลือดหรือมีอาการถ่ายอุจจาระผิดปกติติดยาลดน้ำ ควรตรวจประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูด ขนาด ความลึกของก้อนมะเร็ง รวมทั้งการลุกลามไปอวัยวะใกล้เคียง เช่น ต่อมลูกหมาก ช่องคลอด และกระดูกก้นกบ เนื่องจากจะเป็นข้อพิจารณาในการเลือกวิธีการผ่าตัด⁽¹⁸⁾

การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุที่มากกว่า 40 ปี ควรสงสัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ให้มาพบแพทย์เพื่อดำเนินการตรวจวินิจฉัยโรค ด้วยการตรวจทางทวารหนัก การตรวจทางรังสีวิทยา หรือการตรวจโดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) เป็นการตรวจที่มีความแม่นยำมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับก้อนมะเร็งขนาดเล็กและสำหรับการตรวจหา Adenoma ในกรณีที่ทำ colonoscopy ไม่ได้ด้วยสาเหตุที่ไม่มีเครื่องมือ ทำลำบาก หรือผู้ป่วยปฏิเสธ อาจจะทดแทนได้ด้วย Sigmoidoscopy ร่วมกับ Air-contrast Barium enema อาจเห็น Adenoma ขนาดเล็กได้แม้จะไม่ทำ Colonoscopy ก็ตาม และเมื่อพบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้ว การตรวจลำไส้ใหญ่ให้ทั่วจะถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีพยาธิสภาพอยู่ที่อื่นด้วย (Synchronous lesion) เช่น มีมะเร็งอีกตำแหน่งหนึ่ง หรือมี Adenoma ซึ่งมีผลต่อการรักษา

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรค ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆดังต่อไปนี้

- ปัจจัยทางระยะของโรค มักมีการแบ่งระยะของโรค ออกเป็น 2 ระบบ ซึ่งอาศัยหลักการที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ Duke's Classification และ TNM Classification โดยอาศัยข้อมูล คือ มะเร็งผ่านลำไส้ใหญ่เข้าไปลึกมากน้อยเพียงใด (T=Tumor penetration) มะเร็งลุกลามไปถึงต่อมน้ำเหลืองเฉพาะถิ่นหรือยัง มากเพียงใด (N= presence of lymph node involvement) และมีการแพร่กระจายของมะเร็งแล้วหรือยัง (M= distant metastasis)
- ลักษณะทางพยาธิสภาพ ลักษณะที่สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ได้แก่ Poorly differentiated, Mucinous Scirrhus signet-ring, Lymphatic venous and perineural invasion และลักษณะที่สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ดี ได้แก่ Well differentiated และ Inflammatory response and Lymphocytic infiltration
- ปัจจัยทางคลินิก อายุของผู้ป่วยที่ต่ำกว่า 30 ปี ส่วนใหญ่ลักษณะของโรคมีความรุนแรง ตำแหน่งของมะเร็ง มะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย (Transverse colon, Descending colon and Sigmoid colon) การพยากรณ์โรคดีกว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวา (Cecum and Ascending colon) ดีกว่าที่บริเวณลำไส้ส่วนโค้ง และบริเวณไส้ตรง ตามลำดับ
- ระดับของ Serum carcinoma - embryonic antigen (CEA) ก่อนผ่าตัด

การรักษาโรค

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่แบ่งตามระยะของโรค ดังนี้

- ระยะที่ 0 (TisN0M0) คือ ตึ่งเนื้อยื่นลำไส้ใหญ่ที่เซลล์มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะนี้ไม่มีความเสี่ยงต่อการกระจายของมะเร็งไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง ดังนั้นสามารถรักษาโดยการตัดตึ่งเนื้อเยื่อเหล่านี้ด้วยวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (endoscopy) ด้วยการตัดออกเพียงครั้งเดียว เพื่อให้ได้ขอบเขตที่ชัดเจนและปราศจากเซลล์มะเร็ง จากนั้นติดตามการรักษาด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นระยะ เพื่อตรวจการกลับเป็นซ้ำ
- ระยะที่ 1 (T1N0M0) ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักทราบว่าเป็นมะเร็งหลังจากการตัดตึ่งเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา โดยต้องติดตามอาการซ้ำเช่นเดียวกับระยะที่ 0 แต่หากพบข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ให้รักษาโดยการผ่าตัดลำไส้เช่นเดียวกับระยะที่ 2-3
- ระยะที่ 1 (T2N0M0) และระยะที่ IIA (T3N0M0) รักษาโดยการตัดลำไส้ใหญ่พร้อมหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงออกและต่อลำไส้ใหญ่เข้าหากัน จากนั้นติดตามอาการอย่างเป็นระยะ
- ระยะที่ IIB-IIC (T4a-T4bN0M0) และระยะที่ III (anyT,N1-2,M0) ระยะนี้รักษาด้วยการตัดลำไส้ใหญ่พร้อมหลอดเลือดน้ำเหลืองและหลอดเลือดบริเวณข้างเคียงออกและต่อลำไส้ใหญ่เข้าหากัน และให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดเสริม
- ระยะที่ IV (anyT, anyN, M1) กรณีที่มีการกระจายของโรคไปสู่อวัยวะอื่น เช่น ปอด ตับ มีข้อพิจารณา ดังนี้
 - ก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่กระจายไปสู่อวัยวะที่สามารถผ่าตัดได้ รวมทั้งสภาพร่างกายพร้อมทั้งสำหรับการผ่าตัดใหญ่ให้ผ่าตัดก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ออกพร้อมกับมะเร็งที่กระจาย และให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดเสริม
 - ก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่กระจายไปสู่อวัยวะที่สามารถผ่าตัดได้ แต่สภาพร่างกายผู้ป่วยไม่พร้อมสำหรับการผ่าตัดใหญ่ สามารถเลือกได้ 2 วิธี
 1. ผ่าตัดก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากนั้นให้ยาเคมีบำบัด ประมาณ 2-3 เดือน และพิจารณาผ่าตัดมะเร็งที่กระจาย ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด
 2. ให้ยาเคมีบำบัดเป็น neoadjuvant chemotherapy ประมาณ 2-3 เดือน เพื่อการตอบสนองของโรค

- หากมีการกระจายไปสู่อวัยวะอื่น แต่ไม่สามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งที่กระจายออกได้หมด มีแนวทางการรักษาดังนี้
 1. ให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจร่วมกับการรักษาแบบมุ่งเป้าและดูการตอบสนองต่อยาทุก 2 เดือน หากสามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่และมะเร็งที่กระจายได้ให้พิจารณาผ่าตัด
 2. หากก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ทำให้เกิดลำไส้อุดตัน หรือเลือดออกในปริมาณมาก จะพิจารณาให้ผ่าตัดก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ออก จากนั้นให้ยาเคมีบำบัด และดูการตอบสนองต่อยาทุก 2 เดือน พิจารณาผ่าตัดมะเร็งที่กระจายหากอยู่ในบริเวณที่สามารถตัดออกได้

การรักษาโดยการผ่าตัด

มีรายละเอียดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ดังนี้

1. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วน cecum หรือ ascending colon จะทำการผ่าตัด right hemicolectomy คือ การผ่าตัดลำไส้ตั้งแต่ลำไส้เล็กส่วนปลาย 10 เซนติเมตร ไล่ตั้ง ลำไส้ใหญ่ส่วน cecum, ascending colon, hepatic flexure of colon และ transverse colon ส่วนที่อยู่ต้นต่อหลอดเลือดแดง middle colic ตัดหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ ileocolic, right colic และ right branch of middle colic จากนั้นต่อลำไส้เล็กส่วน ileum เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วน transverse colon
2. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วน hepatic flexure of colon หรือ transverse colon ผ่าตัด extended right hemicolectomy คือ การผ่าตัดลำไส้ตั้งแต่ลำไส้เล็กส่วนปลาย 10 เซนติเมตร ไล่ตั้ง ลำไส้ใหญ่ส่วน cecum, ascending colon, hepatic flexure of colon และ transverse colon ส่วนที่อยู่ปลายต่อหลอดเลือดแดง middle colic จนพังก้อนมะเร็ง ตัดหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ ileocolic, right colic, middle colic และ left branch of middle colic จากนั้นต่อลำไส้เล็กส่วน ileum เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วน transverse colon
3. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วน splenic flexure of colon หรือ descending colon ผ่าตัด left hemicolectomy คือ การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ส่วน transverse colon, splenic flexure of colon, descending colon และ sigmoid colon ส่วนต้น ตัดหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ middle colic, left colic, และ first branch of middle colic จากนั้นต่อลำไส้ใหญ่ส่วน transverse colon เข้ากับส่วน sigmoid colon

4. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วน sigmoid colon ผ่าตัด sigmoidectomy ให้ตัดลำไส้ตั้งแต่ส่วน descending colon ส่วนปลาย และ sigmoid colon ตัดหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ inferior mesenteric และ sigmoid จากนั้นต่อลำไส้ใหญ่ส่วน descending colon เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนบน (upper rectum) หรือที่เรียกว่า anterior resection
5. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วน rectosigmoid colon ผ่าตัด anterior resection โดยทำ partial mesorectal excision (PME) หรือ adequate mesorectal excision (AME) ตัดลำไส้ตั้งแต่ส่วน descending colon ส่วนปลาย และ sigmoid colon และลำไส้ส่วนต้นและส่วนกลาง ตัดหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ inferior mesenteric และ sigmoid จากนั้นต่อลำไส้ใหญ่ส่วน descending colon เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนกลาง โดยมีขอบเขตของลำไส้ที่ปกติห่างจากขอบล่างสุดของก้อนมะเร็ง 5 เซนติเมตร ซึ่งรอยต่อจะอยู่เหนือ anterior peritoneal reflection นั้นหมายถึง รอยต่อลำไส้ที่อยู่ในช่องท้อง
6. มะเร็งลำไส้ส่วนกลาง ผ่าตัด low anterior resection โดยทำ total mesorectal excision (TME) ตัดลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ส่วนปลาย descending colon หรือ sigmoid colon ส่วนต้น ขึ้นกับปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ใหญ่หลังการตัดหลอดเลือดแดง inferior mesenteric ที่ขั้ว (high ligation of IMA) นั่นคือบริเวณที่แตกแขนงออกจากหลอดเลือดแดง aorta ส่วนต้น ต่อกับหลอดเลือดแดง left colic แยกแขนงออก รวมกับการตัดลำไส้ส่วนต้น กลางและส่วนปลาย (lower rectum) โดยต้องการเลาะลำไส้ทั้งหมดออกอ้อมเชิงกราน จากนั้นต่อลำไส้ใหญ่ส่วน descending หรือ sigmoid colon เข้ากับลำไส้เล็กส่วนปลาย โดยมีขอบเขตของลำไส้ที่ปกติห่างจากขอบล่างสุดของก้อนมะเร็ง 2 เซนติเมตร ทั้งนี้จะต้องเลาะลำไส้ใหญ่ส่วน splenic flexure และ/หรือตัดหลอดเลือดดำ inferior mesenteric ในตำแหน่งขอบล่างของตับอ่อน เพื่อสามารถดึงลำไส้ใหญ่ด้านบนลงไปต่อกับลำไส้เล็กส่วนปลายโดยไม่มีภาวะดึงที่รอยต่อลำไส้ รอยต่อลำไส้หลังการผ่าตัดชนิดนี้จะอยู่ต่ำกว่า anterior peritoneal reflection
7. มะเร็งลำไส้เล็กส่วนปลาย ผ่าตัด ultralow anterior resection หรือ extended low anterior resection ซึ่งการผ่าตัดเช่นเดียวกับ low anterior resection แต่เป็นการต่อลำไส้ใหญ่ส่วน descending หรือ sigmoid colon เข้ากับทวารหนัก (anus) ที่บริเวณขอบบนของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (anorectal ring) หรือที่เรียกว่า coloanal anastomosis เป็นการผ่าตัดที่พยายามไม่ตัดกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักออก และให้ขอบเขตของลำไส้เล็กที่ปกติห่างจากขอบล่างสุดของก้อนมะเร็ง 2 เซนติเมตร หากทำการผ่าตัดแบบ TME โดยการทำการ coloanal anastomosis นั้น หากเป็นการตัดต่อลำไส้เข้าหากันด้วยเครื่องมือตัดต่อลำไส้

รอยต่อลำไส้จะอยู่บริเวณขอบบนของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก ซึ่งลำไส้ใหญ่ส่วนต้นที่นำมาต่ออาจต่อเข้าแบบตรง (Straight anastomosis) หรือพับลำไส้ใหญ่ส่วนต้นเข้าหากัน (J-pouch anastomosis) เพื่อลดอาการถ่ายเหลวในระยะ 1 ปีแรกหลังการผ่าตัด แต่หากก่อนเนื้องอกอยู่ใกล้ขอบบนของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักมากจำเป็นต้องผ่าตัดด้วย handsewn coloanal anastomosis นั่นคือการเลาะเยื่อบุทวารหนัก (mucosectomy) ตั้งแต่บริเวณ dentate line ขึ้นไปที่ขอบบนของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก จากนั้นต่อลำไส้ด้วยการเย็บด้วยไหมบริเวณ dentate line และในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักแข็งแรงมาก อาจตัดกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นในออกไปพร้อมกับเยื่อบุทวารหนักโดยการทำให้ coloanal anastomosis จำเป็นต้องเลาะลำไส้ใหญ่ส่วน splenic flexure ตัดหลอดเลือดดำ inferior mesenteric ในตำแหน่งขอบล่างของตับอ่อนและตัดหลอดเลือดแดง inferior mesenteric ที่ขั้วเสมอ เพื่อสามารถดึงลำไส้ใหญ่ด้านบนลงไปต่อกับทวารหนักโดยไม่มี ความตึงที่รอยต่อลำไส้ ทั้งนี้การผ่าตัด low anterior resection และ ultralow anterior resection มีโอกาสเกิดรอยต่อลำไส้รั่วสูงจึงแนะนำให้ผ่าตัดยกลำไส้เล็กส่วนปลายขึ้นเป็น protective ileostomy เพื่อไม่ให้อุจจาระตกลงไปสู่รอยต่อลำไส้ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานรุนแรงเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

8. มะเร็งลำไส้เล็กส่วนปลายที่ไม่สามารถผ่าตัด ultralow anterior resection with coloanal anastomosis ได้ เนื่องจากก้อนมะเร็งลุกลามถึงกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักให้ผ่าตัด Abdominoperineal resection (APR) ซึ่งเป็นการผ่าตัด ultralow anterior resection ร่วมกับการตัดกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักและผิวหนังรอบทวารหนักออก จากนั้นนำลำไส้ใหญ่ส่วน descending หรือ sigmoid colon เปิดออกเป็นทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy) ที่ผนังท้องด้านซ้ายล่าง

การผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy)

Colostomy หมายถึง ลำไส้ใหญ่ที่นำออกมาเปิดไว้หน้าท้องให้อุจจาระออก อาจทำได้ชั่วคราวหรือถาวร การเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้เช่นนี้สามารถทำได้หลายลักษณะ เช่น ดึงออกมาเป็น loop (เรียกว่า loop colostomy) หรือนำปลายบนมาเปิดไว้ (end หรือ terminal colostomy) หลังจากตัดปลายส่วนล่างออกทั้งหมด หรือเย็บปิดปลายล่างออกทั้งหมด หรือนำทั้งสองปลายมาเปิดไว้ด้วยกัน (double barreled colostomy) นอกจากนี้ยังมีทวารเทียมทางหน้าท้องที่นำลำไส้เล็กมาเปิด (Ileostomy)

ข้อบ่งชี้ในการทำทวารเทียมทางหน้าท้อง

1. เพื่อลดแรงดันในลำไส้และระบายอุจจาระเหนือบริเวณที่ลำไส้อุดตัน
2. เพื่อไม่ให้อุจจาระผ่านรอยต่อลำไส้ซึ่งอาจรั่วหรือไม่ให้ผ่านบริเวณที่เป็น รุทะลุ เช่น มีการทะลุระหว่างลำไส้และช่องคลอด
3. เพื่อทำหน้าที่แทน anus ในผู้ที่ทำ Abdominoperineal (AP) resection หรือในกรณีที่ยังไม่สามารถต่อลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดได้
4. ลำไส้มีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด (Congenital anomalies) เช่น ไม่มีรูทวารหนัก (Imperforated anus) หรือมีการตีบแคบของรูทวารหนัก (Constrictive anus)
5. ลำไส้ใหญ่มีการทะลุ หรือมีการติดเชื้อ เช่น ulcerative colitis, crohn's disease หรือ diverticulitis
6. มะเร็งของลำไส้ใหญ่บริเวณไส้ตรง CA rectum หรือ CA sigmoid colon มักจะทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน
7. ลำไส้ใหญ่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เช่น ถูกยิง ถูกแทง หรือรูทวารหนักได้รับบาดเจ็บมีแผลทะลุ⁽¹⁹⁾

ชนิดของทวารเทียมทางหน้าท้อง

การแบ่งชนิดของทวารเทียมทางหน้าท้อง สามารถแบ่งได้หลายลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. แบ่งตามชนิดของการผ่าตัด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ
 - ทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดถาวร (Permanent colostomy) เป็นการเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องที่เกิดจากการผ่าตัด ที่ไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาขับถ่ายอุจจาระในช่องทางปกติเหมือนเดิมได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทวารเทียมทางหน้าท้องไปตลอดชีวิต
 - ทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดชั่วคราว (Temporary colostomy) เป็นการผ่าตัดลำไส้และทางเปิดหรือทางเบี่ยงชั่วคราว ซึ่งแพทย์มักทำเพื่อการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในผู้ป่วยที่จำเป็น ซึ่งภายหลังแพทย์จะทำการผ่าตัดปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง และผู้ป่วยก็สามารถกลับไปขับถ่ายในช่องทางปกติได้อีก
2. แบ่งตามส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ซึ่งลำไส้ที่นำมาเปิดเป็นทวารเทียมทางหน้าท้องนั้นจะมีตำแหน่งต่าง ๆ กัน ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคและ

วัตถุประสงค์ของการทำผ่าตัด เช่น Ascending Colostomy, Transverse Colostomy (Loop colostomy), Sigmoid Colostomy, Ileostomy เป็นต้น

3. แบ่งตามลักษณะทางกายภาพ เช่น end colostomy, loop colostomy

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคมของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องซึ่งเป็นสิ่งใหม่ในชีวิต ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม เพื่อให้สามารถเผชิญและยอมรับสถานการณ์ต่อสู้กับโรคที่กำลังเผชิญอยู่โดยมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังนี้

ด้านร่างกาย

จากโครงสร้างและหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดภาวะต่างๆที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาได้ดังนี้

- ภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่และวิตามิน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการตัดไส้ตรงและลำไส้บางส่วน ทำให้การดูดซึมกลับของน้ำและเกลือแร่สูญเสียไป เนื่องจากลำไส้ใหญ่มีหน้าที่ดูดกลับของน้ำและเกลือแร่ถูกตัดออกไป ทำให้ลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหลือดูดน้ำและเกลือแร่ได้น้อยลง ดังนั้นสิ่งที่ขับถ่ายออกมาอาจมีลักษณะเหลวและมีเกลือแร่ถูกขับออกมาด้วย
- การเกิดก๊าซ กลิ่น และอาการท้องผูก อาการท้องเสีย ส่งผลให้เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ปัญหาต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการรับประทานอาหาร ในช่วงแรกของการปรับตัว ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
- การที่ไม่สามารถควบคุมสิ่งที่ขับถ่ายออกมาทางทวารเทียม (colostomy) ได้ เนื่องจากช่องทางเปิด (stoma) ไม่มีกล้ามเนื้อหูรูดที่ใช้ในการควบคุมการไหลของสิ่งที่ขับถ่ายได้ตามต้องการ ประกอบกับสิ่งที่ขับถ่ายออกมามีหลายลักษณะ จึงทำให้ขับถ่ายออกมาไม่เป็นเวลา อาจส่งผลต่ออุปกรณ์ที่ใช้อุปกรณ์ที่ใช้อุปกรณ์
- การระคายเคืองของผิวหนังรอบๆช่องทางเปิด (stoma) เนื่องจากลักษณะของสิ่งที่ขับถ่ายออกมามีลักษณะแตกต่างกันตามแต่ละชนิดของการผ่าตัดและตำแหน่งของช่องทางที่มาเปิด

อาจเกิดการระคายเคืองและอาจเกิดการอักเสบของผิวหนังที่มีลักษณะแดง เปื่อย ผู้ป่วยจะรู้สึกแสบ คัน ระคายเคือง ดังนั้นควรทำความสะอาดด้วยสบู่อ่อนๆ และถ้าเป็นรุนแรงมากถึง การอักเสบติดเชื้อ ควรให้ยาลดการอักเสบติดเชื้อประกอบกับเลือกอุปกรณ์ที่รองรับสิ่ง ขี้ถ่ายที่เหมาะสม

- การออกกำลังกายและการทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน และไม่มี ภาวะแทรกซ้อนใดๆ ถ้าใส่ยูกบวม และร่างกายแข็งแรงปกติดีแล้ว 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ หรือทำงานได้เช่นเดียวกับคนปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงในการยก ของหนักใน 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะลำไส้ยื่นยาว หลีกเลียงกีฬาที่เกิดการ กระแทกแรง เช่น ฟุตบอล รักบี้ เป็นต้น
- การมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน สุขภาพแข็งแรงดี สำหรับผู้ป่วยที่มีครอบครัวหรือมีคู่สมรสก็สามารถกลับไปมีเพศสัมพันธ์ได้ใน 6-8 สัปดาห์ ในขณะที่แผลผ่าตัดหายดีแล้ว แต่ส่วนมากผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจะมีเพศสัมพันธ์ลดลง เนื่องจากสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่กังวลกลัวว่าคู่สมรสจะรังเกียจ เกิดความวิตกกังวล กลัวการ รั่วซึมของสิ่งขี้ถ่ายขณะมีเพศสัมพันธ์ ในสตรีที่ต้องการตั้งครรภ์ควรพบแพทย์เพื่อรับ คำแนะนำก่อนการตั้งครรภ์ ปกติแพทย์จะแนะนำให้สามารถตั้งครรภ์ได้ภายหลังการผ่าตัด 1 ปี ถ้าตัวผู้ป่วยไม่มีพยาธิสภาพที่เป็นปัญหาในการตั้งครรภ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในด้านโครงสร้างและหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระจากการ ผ่าตัดลำไส้ออกบางส่วน และทำการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย คือความผิดปกติของการดูดซึม ความสามารถในการควบคุมการไหลของอุจจาระ การระคายเคืองของ ผิวหนังรอบๆทวารเทียม การออกกำลังกายและการทำกิจวัตรประจำวันตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์ สิ่ง เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการมีทวารเทียม

ด้านจิตใจ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องเป็นปัญหาจำเพาะ คือ การสูญเสียภาพลักษณ์ และหน้าที่การทำงานที่เปลี่ยนไปของระบบขับถ่าย การปรับตัวต้องใช้ระยะเวลา แต่การเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยกระบวนการยอมรับและการแก้ปัญหาต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่ เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยไว้ 4 ระยะ คือ

ระยะเกิดผลกระทบ เป็นระยะที่เกิดความรู้สึกสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย ชีวิต ความเป็นอยู่ รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ สูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งผู้ป่วยย่อมรู้สึกแตกต่างกันไปเล็กน้อยใน แต่ละส่วนไม่เหมือนกัน และพฤติกรรมที่แสดงออกมาย่อมไม่เหมือนกัน

ระยะหลบหนีความจริง ส่วนใหญ่เกิดหลังจากการผ่าตัด เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกฟื้นชีวิตอันตรัยจากการตายด้วยโรคร้าย แต่ต้องมาเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการมีทวารเทียม ซึ่งผู้ป่วยจะยังจดจำภาพลักษณ์เดิม ทำให้ผู้ป่วยอยากที่จะหลบหนีความจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจแสดงออกด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว โกรธเคืองต่อผู้ใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัว พยาบาล ใครก็ตามที่ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยที่จะแสดงออกได้ โดยความเป็นจริงคือ ความโกรธมีต่อสถานการณ์ไม่ใช่ต่อบุคคล แต่การแสดงออกเช่นนี้ย่อมดีกว่าเก็บความรู้สึกไว้ เพราะจะช่วยให้ร่วมกันแก้ปัญหาได้ง่ายขึ้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่ควรต่อต้านหรือหลบเลี่ยงผู้ป่วย

ระยะยอมรับความจริง เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มทำใจยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ และความโกรธจะลดลง แต่ความเครียดและความวิตกกังวลยังคงอยู่ ผู้ป่วยจะต้องเผชิญความจริงในการดำเนินชีวิตประจำวัน การแสดงออกของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกัน และถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ป่วยเข้าใจและคอยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและพร้อมที่จะยอมรับการมีทวารเทียม

ระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่ผู้ป่วยปรับตัวปรับใจในการยอมรับทวารเทียมได้มากขึ้น แม้ไม่ทั้งหมด แต่ไม่ได้หมายความว่า จะไม่มีการต่อต้าน ในรายที่สามารถปรับตัวได้ดีและสามารถดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเองจะเริ่มรู้สึกถึงความภาคภูมิใจในการพึ่งพาตนเองได้ ไม่ต้องเป็นภาระของผู้อื่น แต่ยังเป็นระยะกำลังของความรู้สึกระหว่างการพึ่งพาและการพึ่งพาตนเอง

ด้านจิตสังคม

จากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทำให้เป็นอุปสรรคในการที่จะเปิดเผยตนเองต่อสังคมหรือชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอาย กลัวว่าสังคมจะรังเกียจ กังวลว่าตนเองจะไม่สามารถเป็นไปตามค่านิยมและความคาดหวังของสังคมและการพบกับบุคคลอื่น กลัวว่าตนเองจะเป็นที่รังเกียจจากการมีถุงรองรับอุจจาระอยู่บริเวณหน้าท้องที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้และนอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าจะมีการรั่วของถุงรองรับอุจจาระ กังวลว่าจะรั่วในที่ชุมชน และกังวลจะทำให้คนที่พบเจอรังเกียจ การทำกิจกรรมต่างๆร่วมกับบุคคลในสังคม เช่น การใช้ห้องน้ำร่วมกัน การรับประทานอาหารร่วมกัน การทำงานร่วมกัน เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมสังคมกับผู้อื่น และมีผลกระทบต่อการทำงานประจำวันตลอดจนความสามารถในการทำงาน

กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ภายหลังจากผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

1. การทำความสะอาดทวารเทียมทางหน้าท้อง และผิวหนังบริเวณรอบๆ ขั้นตอนการทำความสะอาดแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้
 - ระยะแรกหลังได้รับการผ่าตัด 4-5 วัน ทำความสะอาดด้วยหลักการเทคนิคของการปราศจากเชื้อ เพื่อลดการติดเชื้อที่จะเกิดกับแผลผ่าตัด
 - หลังผ่าตัด 7-10 วัน เมื่อแผลผ่าตัดดีขึ้นและเริ่มมีอุจจาระออกทางทวารเทียมสามารถใช้สาลีและน้ำสะอาด ทำความสะอาดทวารเทียมได้
 - หลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ ทวารเทียมยุบวมและมีขนาดคงที่ สามารถอาบน้ำ และทำความสะอาดเหมือนการล้างทวารเทียมทางหน้าท้องตามธรรมดา
2. การเลือกอุปกรณ์หรือวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย เลือกใช้วัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายที่มีแผ่นแป้นสำหรับปกป้องผิวหนังจากการระคายเคือง ซึ่งมีหลายชนิด สามารถเลือกใช้ให้เหมาะสม
3. การระบายสิ่งขับถ่ายและการเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย เมื่อสิ่งขับถ่ายมีปริมาณ 1 ใน 3 ของถุรองรับ ให้ระบายสิ่งขับถ่ายออก เพราะถ้าไม่ระบายอาจทำให้เกิดการหลุดลอกของถุรองรับหรือมีการรั่วซึมได้ ส่วนใหญ่ระยะเวลาในการเปลี่ยนถุรองรับสิ่งขับถ่ายในช่วงหลังผ่าตัด 3 เดือนแรกควรเปลี่ยนทุก 3-5 วัน เพื่อประเมินลักษณะของทวารเทียมและผิวหนังบริเวณรอบๆทวารเทียม หรืออาจจำเป็นต้องเปลี่ยนบ่อยกว่านั้นถ้ามีการรั่วซึม
4. การรับประทานอาหารที่เหมาะสมหลังการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง เช่น หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด หรืออาหารหมักดอง เนื่องจากจะทำให้ถ่ายเหลวหรือท้องเสียได้ ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว ควรรับประทานอาหารผักและผลไม้ที่มีกากใยน้อยในช่วงแรกหลังการผ่าตัด
5. การควบคุมกลิ่นและก๊าซ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่นและก๊าซ
6. การเลือกเสื้อผ้า ผู้ป่วยสามารถใส่เสื้อผ้าที่เคยใช้ก่อนการผ่าตัดได้ การเลือกเสื้อผ้าควรพิจารณาให้เหมาะสม ระวังไม่ให้รัดแน่นบริเวณทวารเทียม สามารถใส่กางเกงชั้นในได้ตามปกติ
7. การเดินทาง สามารถเดินทางได้ปกติ มีข้อจำกัดเพียงการจัดการหาเวลาและสถานที่ในการระบายสิ่งขับถ่าย การเดินทางไกลหรือเดินทางด้วยเครื่องบินสามารถทำได้ แต่ควรเตรียมอุปกรณ์สำหรับการดูแลทวารเทียมให้พร้อม
8. การออกกำลังกาย ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้องและไม่ควรยกของหนัก สามารถใส่เข็มขัด (ostomy belt) เพื่อช่วยเพิ่มความกระชับ และความมั่นใจในการออกกำลังกายได้

9. การมีเพศสัมพันธ์ ในเพศชายอาจจะมีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของอวัยวะเพศและการหลั่งอสุจิ เนื่องจากการผ่าตัดอาจกระทบต่อเส้นประสาทและโครงสร้างอื่นที่จำเป็นต่อการมีเพศสัมพันธ์ แต่ในเพศหญิงการเปลี่ยนแปลงอาจจะสังเกตได้น้อยเนื่องจากเส้นประสาทที่ไปยัง clitoris ไม่ถูกรบกวน รับความรู้สึกได้เหมือนเดิม แต่หากมีการตัดช่องคลอดบางส่วนทำให้การหลั่งเมื่อกลดลง เกิดการเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ อาจทำให้ผู้ป่วยกลัวคู่สมรสรังเกียจ ส่งผลถึงความต้องการทางเพศที่ลดลง กลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวกลิ่นและการรั่วของสิ่งขับถ่ายขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือกลัวเจ็บขณะร่วมเพศ
10. การป้องกันและการดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน



3.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Bratha ⁽²⁰⁾ พบว่าการรับรู้ที่จะต้องทำผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินอุจจาระมีผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรงก่อนผ่าตัด ร้อยละ 80 สมาชิกในครอบครัวแสดงความเห็นอกเห็นใจ ร้อยละ 8 ถูกครอบครัวรังเกียจ ร้อยละ 10 เกิดความเครียดทันทีหลังผ่าตัด ร้อยละ 35 เปิดเผยว่ามีปัญหาเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 40 กลุ้มใจมากกังวลเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของสังคม ร้อยละ 60 ต้องกลับเข้าโรงพยาบาลใหม่ด้วยสาเหตุคิดฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง และร้อยละ 65 ลดการออกสังคม

Bekkers⁽²¹⁾ พบว่าการที่มีทวารเทียมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด กลัวผู้อื่นจะรังเกียจ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวตาย และจะแสดงอาการโกรธ ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต คิดว่าการมีทวารเทียมเป็นสิ่งสกปรก นำรังเกียจและไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า การมีทวารเทียมชนิดถาวรทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตในด้านหน้าที่การงาน เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายต่อการทำงานและเกี่ยวข้องกับการเข้าไปทำงานในหน้าที่เดิมหรือการหางานใหม่ ซึ่งมีผลกระทบต่อรายได้จากการทำงานและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการศึกษาด้วยการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องนั้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

Ma N⁽²²⁾ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่ลดลงตามวัยภาวะพึ่งพิงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่แตกต่างไปจากวัยผู้ใหญ่ ความต้องการการเกื้อหนุนจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

Dauchesne⁽²³⁾ พบว่าการผ่าตัดทวารเทียมมีผลในการรักษาโรคและอาการทุกข์ทรมานที่เกิดจากปัญหาการขับถ่ายอุจจาระแต่ในขณะเดียวกันก็อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัดพบได้บ่อย และมีอัตราสูงขึ้นจากร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 69.4

Cotrium H⁽²⁴⁾ พบว่าการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านจิตใจ เพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์ ความวิตกกังวล สูงกว่าผู้ที่ไม่มิตวารเทียม

Wade ⁽²⁵⁾ จากการศึกษาการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จำนวน 215 รายพบว่า หลังการผ่าตัด 10 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลร้อยละ 25 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6 มีความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 5

Follick และคณะ ⁽²⁶⁾ ได้ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง พบว่า ร้อยละ 30 มีกิจกรรมทางสังคมลดลง ร้อยละ 10 ประสบปัญหาการปรับตัวในการทำงาน

Nilsoon ⁽²⁷⁾ และคณะ ได้ศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยที่มี ileostomy ต่อการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการผ่าตัดทำ ileostomy พบว่าร้อยละ 98 มีความรู้สึกอายน่าสนใจหรือละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ที่เคยปฏิบัติ มีเพียงร้อยละ 24 ที่มีปฏิภริยาตรงกันข้าม ร้อยละ 80 พบว่าการมี ileostomy มีผลกระทบต่อการใช้เพศสัมพันธ์เนื่องจากการรั่วซึมของอุจจาระ มีกลิ่นของอุจจาระ มีเสียงของอุจจาระ ร้องรับอุจจาระในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ในเพศชายร้อยละ 31 และในเพศหญิง ร้อยละ 52 และพบว่าร้อยละ 85 จำนวนครั้งในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงหรือไม่มีเลย

Makela & Niskasari (2006) พบว่า ร้อยละ 30 ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนของ stoma ในเรื่องของ parastomal hernia นอกจากนี้ ยังพบว่า การที่มีทวารเทียมใหม่ทางหน้าท้อง บางรายไม่สามารถยอมรับกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ส่งผลต่อการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การเล่นกีฬา การดำเนินชีวิตในสังคม และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ซึ่งประสบการณ์ที่ย่างยากเหล่านี้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

Richbourg และคณะ⁽²⁸⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความยุ่งยากของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมใหม่ทางหน้าท้องหลังจากออกจากโรงพยาบาล พบว่า มีประสบการณ์ความยุ่งยาก คือ peristomal skin irritation ร้อยละ 76 pouch leakage ร้อยละ 62 odor ร้อยละ 59 การต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 54 มีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 53 และพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเหล่านี้ไม่แสวงหาความช่วยเหลือใดๆ

Pittman และคณะ⁽²⁹⁾ ได้ศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม พบว่าภาวะแทรกซ้อน เช่น skin irritation, leakage, difficulty adjusting มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะทาง dermatographic clinical และคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมที่รุนแรงยังสามารถทำนายคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ด้วย

Perrson, Hellstrom, Anna-Lena ⁽³⁰⁾ ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมใหม่ โดยเน้นเกี่ยวกับเรื่องภาพลักษณ์ในช่วง 6-12 สัปดาห์หลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียมใหม่ มี 7 ประเด็นที่ค้นพบ คือ มีความรู้สึกว่าร่างกายผิดแปลกไป มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การมี stoma มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ ต่อการดำเนินชีวิตในสังคม เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน มีอิทธิพลต่อการเล่นกีฬา การมีกิจกรรม และมีปัญหาด้านร่างกาย

Dylan และคณะ ⁽³¹⁾ ได้ทำการศึกษาโดยการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกรังเกียจ ความพึงพอใจในการใช้ชีวิต และความรู้สึกเป็นตราบาป พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความรู้สึกรังเกียจทวารเทียมใหม่ และความพึงพอใจในชีวิต และมีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้สึกรังเกียจทวารเทียมใหม่กับความรู้สึกเป็นตราบาปจากการมี colostomy

Makela ⁽³²⁾ ได้ศึกษาโดยสอบถามปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทาง clinical และการดูแล stoma ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของ stoma อาการของผู้ป่วย ปัญหาเกี่ยวกับการดูแล

stoma และการปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ปัญหาด้านสังคม พบว่า ร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนของstoma ได้แก่ parastomal hernia และพบว่าผู้ป่วยที่มี ileostomy มีความยุ่งยากในการดูแล stoma มากกว่าผู้ป่วยที่มี colostomy

Ratliff,Donovam ⁽³³⁾ ได้ศึกษาโดยการประเมิน peristomal skin ในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมใหม่ ที่กลับมาตรวจติดตามหลังจากผ่าตัดมา 2 เดือน พบว่า ร้อยละ 6 มีปัญหา peristomal complications และพบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิด Ileal conduits ร้อยละ 15 ileostomy ร้อยละ 9 และมีเพียง 1 ใน 81 คนที่พบในผู้ป่วย colostomy

Krouse และคณะ ⁽³⁴⁾ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มี colostomy พบว่าปัญหาคุณภาพชีวิตที่พบได้บ่อย คือ ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ การมีลมในถุงรองรับอุจจาระ ปัญหาท้องผูก ปัญหาในการเดินทาง และความไม่พึงพอใจในการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ โดยผู้ป่วยที่มี colostomy ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Lucia & Dusan ⁽³⁵⁾ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ผ่านทางหน้าท้อง มีคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง (SD = 3.31 และ 3.16 ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 76 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74 และอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 65 การมีครอบครัวโดยเฉพาะภรรยา นับเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วย ในครอบครัวคนไทยเมื่อสามีเจ็บป่วยและมีความผิดปกติของร่างกายตามมา เช่น ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดออกทางหน้าท้อง ภรรยาจะคอยดูแลเอาใจใส่สามี คอยให้กำลังใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวปรับใจและดำรงชีวิตประจำวันได้

กาญจนา รุ่งแสงจันทร์ ⁽³⁶⁾ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตที่พบน้อยที่สุดด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความเป็นจริงต่อภาพลักษณ์ของตนเองในฐานะสกปรกและน่ารังเกียจ กังวลว่าอุจจาระจะแตกและมีกลิ่นเหม็น ทำให้สัมพันธ์ภาพกับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเสียไป โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ส่งผลให้เกิดปัญหาการหย่าร้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ชีวิตและความทุกข์ของคนที่มีทวารเทียมเป็นความรู้สึกสูญเสียอวัยวะที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ทำให้สูญเสียความเป็นตัวตน เกิดการปกปิดสมรรถภาพ และแยกตัวจากสังคม

จรินทร์ สมภู ⁽³⁷⁾ ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวร พบว่าความสามารถในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่โดยรวม และบทบาทย่อยของสตรีที่มีทวารเทียมชนิดถาวร อยู่ในระดับค่อนข้างดี และจำนวนบทบาทหน้าที่ การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ เป็นปัจจัยทำนายการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ 22.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฬาร ประสงค์ (38) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดถาวรในวัยทำงาน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ

นวพร ชิตมน (39) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดถาวร พบว่า ร้อยละ 76.84 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ได้แก่ การรั่วซึมของถุงรองรับอุจจาระ การมีผื่นคันรอบๆทวารเทียม การเข้าสังคม และพบว่ามีความวิตกกังวล 24.2 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.8

ธัญญลักษณ์ (40) พบว่า ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง วิธีการดำเนินชีวิตและต้องมีการปรับตัวในการดูแลตนเองอย่างยากลำบาก มีภาวะฟุ้งเฟิงเพิ่มขึ้น ซึ่งบางรายอาจมองตนเองในด้านลบ ประเมินคุณค่าของตนเองต่ำเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง มีปัญหาอุปสรรคและความยากลำบากในการจัดการเกี่ยวกับทวารเทียมซึ่งอาจทำให้เป็นภาระต่อผู้ดูแลมากขึ้น

ศุภมาส มณีสินธุ์ (41) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้คุ้นเคยกับทวารเทียมได้ดีและมีความพึงพอใจต่อถุงรองรับอุจจาระที่ใส่เก็บของเสียอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธภาพทางสังคมเป็นหัวข้อที่บุคลากรทางการแพทย์ควรพิจารณาเพื่อให้ผู้ป่วยทวารเทียมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลทวารเทียมอาจเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สำคัญต่อผู้ป่วยทวารเทียม

สุวรรณา และคณะ (42) ทำการศึกษาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 9 คน พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงเกี่ยวกับการมีทวารเทียม และ 3 ใน 9 คน มีความคิดอยากตาย ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตลดลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การกลับไปทำงานช้า รวมทั้งการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและการตัดสินใจ

เกศินี ธีรทองดี (43) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=61.70,SD=14.26) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะฟุ้งเฟิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 75.3 โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด ได้แก่ ความวิตกกังวล รองลงมา คือภาวะฟุ้งเฟิง ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ตามลำดับ

ทิพวรรณ คุณพันธ์ (44) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพของผู้ป่วยทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่าการผ่าตัดทวารเทียมจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ภาพลักษณ์แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทุกรายจะมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการดำเนินชีวิตประจำวันแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

ทิฆัมพร อธิพิงษ์วัฒน์⁽⁴⁵⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางผิวหนัง ชนิดทางเดินปัสสาวะ และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางเดินปัสสาวะใหม่ระยะยาว พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และ แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้สึกมีคุณค่า ในตัวเองกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ส่วนความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนผิวหนังและชนิด ทางเดินปัสสาวะไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

พจนา ปิยะปกรณ์ชัย⁽⁴⁶⁾ การผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะ อย่างถาวร เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ แบบแผนการขับถ่าย เกิดความไม่สุขสบาย การเกิดกลิ่น และลมที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลว่าจะมีบุคคลรอบข้างรังเกียจ ผู้ป่วยบางราย แสดงอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ท้อแท้ หหมดหวัง เบื่อหน่าย และไม่ อยากรมีชีวิตอยู่

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research Design) โดยศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมใน ตึก ภปร. ชั้น 6 แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ระเบียบการวิจัย (Research Methodology)

ตัวแปรตาม (dependent variable) คือ ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม

ตัวแปรอิสระ (independent variable) ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- สถานภาพสมรส
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- การประกอบอาชีพ
- รายได้ของครอบครัว
- เศรษฐฐานะของครอบครัว
- ที่พัก
- ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย

ปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค

- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ
ทวารเทียม

ปัจจัยทางจิตสังคม

- ภาวะวิตกกังวล
- ภาวะซึมเศร้า
- การสนับสนุนของสังคม
- สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
- ทักษะคิดเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมที่มารับบริการตรวจรักษาที่ตึก ภปร. ชั้น 6 แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ประชากรที่จะทำการศึกษา (Population to be studied) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมที่มารับบริการตรวจรักษาที่ตึก ภปร. ชั้น 6 แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทุกรายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและยินดีเข้าร่วมการวิจัยใน ตั้งแต่เดือน มกราคม – มีนาคม ปี พ.ศ.2559 จำนวน 90 ราย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยแพทย์
- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดถาวร (Permanent colostomy)
- ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมที่สามารถเข้าใจการสื่อสาร และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของสมองบกพร่องรุนแรง เช่น ไม่รู้เวลาสถานที่ หรือไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นให้เข้าใจได้ ประเมินโดยการสัมภาษณ์จากผู้วิจัย
- ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชที่รุนแรงจนส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยประเมินโดยการสัมภาษณ์จากผู้วิจัย

ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

คำนวณจากสูตร
$$n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

โดย

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

z = ค่า z จากตาราง เมื่อ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

p = ค่าความชุกของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง = 0.25

q = 1-p = 0.75

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ (Maximum error) เท่ากับ 10 % = 0.1*

แทนค่า
$$n = \frac{(1.96)^2 (0.25)(0.75)}{(0.1)^2}$$
 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่าง = 72 คน

*ในการศึกษาครั้งนี้แทนค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ (Maximum error) เท่ากับ 10 % = 0.1 เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างมีน้อย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงยอมรับค่าความคลาดเคลื่อนได้มากขึ้น

เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมที่สามารถตอบคำถามวิจัยได้อย่างครอบคลุม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้ คือ 72 คน และเพื่อป้องกันความผิดพลาด จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณ 20 % ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 90 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

โดยเก็บผู้ป่วยทุกรายที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และยินยอมให้ความร่วมมือกับการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ที่อยู่ปัจจุบัน สิทธิทางการรักษา
2. แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ระยะเวลาที่มีทวารเทียม โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด
3. แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียม ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยได้เรียบเรียงขึ้น จากการศึกษาคู่มือคำแนะนำการปฏิบัติตัวการดูแลทวารเทียม จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นศัลยแพทย์ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและทำการปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม จำนวน 20 ราย พบว่า มีค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.78

การคิดคะแนน

ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน

โดยให้คะแนน 1 คะแนน จากการตอบ ใช่ ในข้อคำถามที่ 2,4,5,7,8,9,10

โดยให้คะแนน 1 คะแนน จากการตอบ ไม่ใช่ ในข้อคำถามที่ 1,3,6

การแปลผล

แปลผลโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) เพราะข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ ในการแบ่งระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียม

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียม ต่ำ หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า mean-SD

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียม ปานกลาง หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนอยู่ในช่วง mean-SD ถึง mean+SD

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียม สูง หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า mean+SD

ถ้าผู้ร่วมวิจัยตอบแบบประเมินได้คะแนนที่สูง หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียมสูง

4. แบบประเมินทัศนคติของผู้ที่มีทวารเทียมต่อการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual Relationship Questionnaire) เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยได้เรียบเรียงขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ ในเพศชายอาจจะมีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของอวัยวะเพศและการหลั่งอสุจิเนื่องจากการผ่าตัดอาจกระทบต่อเส้นประสาทและโครงสร้างอื่นที่จำเป็นต่อการมีเพศสัมพันธ์ แต่ในเพศหญิงการเปลี่ยนแปลงอาจจะสังเกตได้น้อยเนื่องจากเส้นประสาทที่ไปยัง clitoris ไม่ถูกรบกวน รับความรู้สึกได้เหมือนเดิม แต่หากมีการตัดช่องคลอดบางส่วนทำให้การหลั่งเมื่อกลดลง เกิดการเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะอาจทำให้ผู้ป่วยกลัวคู่สมรสรังเกียจ ส่งผลถึงความต้องการทางเพศที่ลดลง กลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวกลิ่นและการรั่วของสิ่งขับถ่ายขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือกลัวเจ็บขณะร่วมเพศ กาญจนา รุ่งแสงจันทร์ ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความเป็นจริงต่อสภาพลักษณะของตนเองในฐานะสกปรกและน่ารังเกียจ กังวลว่าอุจจาระจะแตกและมีกลิ่นเหม็น ทำให้สัมพันธ์ภาพกับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเสียไป โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ส่งผลให้เกิดปัญหาการหย่าร้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ชีวิตและความทุกข์ของคนที่มีทวารเทียม ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินทัศนคติของผู้ที่มีทวารเทียมต่อการมีเพศสัมพันธ์ จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นศัลยแพทย์จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและทำการปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม จำนวน 20 ราย พบว่า มีค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.71

การคิดคะแนน

ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

การแปลผล

ตอบ	ไม่เลย ให้	5 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย ให้	4 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง ให้	3 คะแนน
ตอบ	ค่อนข้างมาก ให้	2 คะแนน
ตอบ	มาก ให้	1 คะแนน

แปลผลโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) เพราะข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ ในการแบ่งระดับทัศนคติของผู้ที่มีทวารเทียมต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทัศนคติของผู้ที่มีทวารเทียมต่อการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ดี หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า mean-SD ทัศนคติของผู้ที่มีทวารเทียมต่อการมีเพศสัมพันธ์ ปานกลาง หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนอยู่ในช่วง mean-SD ถึง mean+SD

ทัศนคติของผู้ที่มีทวารเทียมต่อการมีเพศสัมพันธ์ ดี หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า mean+SD

ผู้ที่มีทัศนคติในทางบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนรวมมาก

ผู้ที่มีทัศนคติในทางลบต่อการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนรวมน้อย

5. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI)

พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือเครื่องมือได้รับการทดสอบแล้วพบว่ามีความ Content validity = 0.65 และมีค่าความเชื่อมั่นที่ดี โดยมีความสอดคล้องภายใน ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL -26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2,9,11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้			กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้		
ตอบ	ไม่เลยให้	5 คะแนน	ตอบ	ไม่เลย ให้	1 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย ให้	4 คะแนน	ตอบ	เล็กน้อย ให้	2 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง ให้	3 คะแนน	ตอบ	ปานกลาง ให้	3 คะแนน
ตอบ	มาก ให้	2 คะแนน	ตอบ	มาก ให้	4 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด ให้	1 คะแนน	ตอบ	มากที่สุด ให้	5 คะแนน

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนน เท่าไหร่ สามารถเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 – 95	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง
คะแนน 96 – 130	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 – 130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2,3,4,10,11,12,24

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13,14,25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ใน องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

6. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ฉบับภาษาไทย ใช้วัด ระดับการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย ใช้ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการทดสอบแล้วพบว่ามีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ใน เกณฑ์ดี แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 16 คำถาม หัวข้อใหญ่ 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ (7 ข้อ Cronbach's alpha coefficient 0.91)
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร (4 ข้อ Cronbach's alpha coefficient 0.88)
3. ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ (5 ข้อ Cronbach's alpha coefficient 0.87)

การคิดคะแนน

ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน โดยคะแนนที่ยิ่งสูงแสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น

การแปลผล

ตอบ	มากที่สุด ให้	5 คะแนน
ตอบ	มาก ให้	4 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง ให้	3 คะแนน
ตอบ	น้อย ให้	2 คะแนน
ตอบ	น้อยที่สุด ให้	1 คะแนน

แปลผลโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD)

เพราะข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ ในการแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ต่ำ หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า mean-SD

การสนับสนุนทางสังคม ปานกลาง หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนอยู่ในช่วง mean-SD ถึง mean+SD

การสนับสนุนทางสังคม สูง หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า mean+SD

7. แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) โดย Zigmond และ Snaitte พัฒนาขึ้นในปี เป็นแบบสอบถามใช้คัดกรองภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งพัฒนาโดย ผศ.นพ. ธนา นิลชัยโกวิทย์ โดยคำถามจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นคำถามถึงอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8511 สำหรับ Anxiety sub-scale และ 0.8259 สำหรับ Depression sub-scale ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 แสดงว่ามีภาวะวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า

การคิดคะแนน

ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 14 ข้อ คะแนนเต็ม 42 คะแนน

อาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อคี่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน

อาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมกัน

การแปลผล

ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 แสดงว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มอาการนั้น

8. แบบประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire) โดยผู้วิจัยนำส่วนของแบบสอบถามที่ใช้ประเมินมาจาก พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย ซึ่งแปลมาจาก คู่มือการบำบัดของ Myrma M. Weissman and Helena Verdelli ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82)

การคิดคะแนน

ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน คะแนนของแบบประเมิน 0-15 คะแนน

การแปลผล

ตอบ	ไม่เลย ให้	0 คะแนน
ตอบ	บางครั้ง ให้	1 คะแนน
ตอบ	บ่อยๆ ให้	2 คะแนน
ตอบ	ตลอดเวลา ให้	3 คะแนน

แปลผลโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) เพราะข้อมูลมีการกระจายแบบปกติในการแบ่งระดับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ไม่มีปัญหา หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า mean-SD ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีปัญหาปานกลาง หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนอยู่ในช่วง mean-SD ถึง mean+SD

ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูง มีปัญหาหนัก หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า mean+SD

ถ้าคะแนนที่สูง หมายความว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มาก แบ่งระดับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็น ไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลาง มีปัญหาหนัก โดยอาศัยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การรวบรวมข้อมูล (Data collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีทวารเทียมที่ตึก ภปร. ชั้น 6 แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. เข้าพบหัวหน้าตึก ภปร. ชั้น 6 แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. แนะนำตนเองพร้อมทั้งแสดงเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้อย่างละเอียด จนผู้เข้าร่วมวิจัยสนใจ และตัดสินใจอย่างเป็นอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
4. ชี้แจงถึงการเก็บข้อมูลว่าจะเป็นความลับ และเป็นการรายงานผลข้อมูลเป็นกลุ่ม โดยไม่มีผลวิจัยที่จะสามารถระบุถึงตัวบุคคลได้และการเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบหรือไม่ตอบข้อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ
5. ชี้แจงถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ว่าผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม
6. แจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย
7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ นำข้อมูลที่ได้มาเพื่อคิดคะแนนและวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ข้อมูลที่รวบรวมทั้งหมดจะถูกนำมาตรวจสอบความถูกต้องพร้อมทั้งลงรหัสและบันทึกข้อมูล จากนั้นใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะประชากร
2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร หรือปัจจัยต่างๆที่ศึกษาด้วย chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงลักษณะ และ unpaired t-test

3. ใช้สถิติ Binary regression analysis โดยการนำปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องมาหาความสัมพันธ์ และทำนายผลของตัวแปร



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่เข้ามาใช้บริการที่ ตึก ภปร. ชั้น 6 แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 90 ราย ตั้งแต่เดือนมกราคม - เดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตรงตามจำนวนที่ได้กำหนดไว้

ผลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยรูปแบบของตารางพร้อมคำบรรยายโดยจำแนกตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

ส่วนที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ส่วนที่ 3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency)

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละตามลักษณะข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (คน) N=90	ร้อยละ %
เพศ		
ชาย	48	53.3
หญิง	42	46.7
สถานภาพสมรส		
คู่	52	57.8
โสด	21	23.3
หย่า	11	12.2
หม้าย	6	6.7
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	2	2.2
31-40 ปี	4	4.4
41-50 ปี	16	17.8
51-60 ปี	24	26.7
61-70 ปี	28	31.1
71 ปีขึ้นไป	16	17.8
Mean \pm SD = 58.20 \pm 11.62 , Min = 29, Max = 85		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 6	0	0
ประถมศึกษาปีที่ 6	10	11.1
มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า	0	0
มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	10	11.1

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	N=90	%
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส)	7	7.8
ปริญญาตรี	58	64.4
ปริญญาโท	5	5.6
ปริญญาเอก	0	0
อาชีพ		
ข้าราชการ	39	43.3
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	18	20.0
รับจ้าง	14	15.6
ข้าราชการบำนาญ	10	11.1
รัฐวิสาหกิจ/องค์กรอิสระ	6	6.7
เกษตรกรกรรม	2	2.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	1.1
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	65	72.2
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	17	18.9
ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้	5	5.6
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	3	3.3
ที่ท่านพักอาศัยอยู่ด้วย		
คู่สมรสหรือแฟน	41	45.6
บุตร	28	31.1
บิดา/มารดา	10	11.1
พี่/น้อง	8	8.9
ไม่มี (อยู่คนเดียว)	2	2.2
ญาติอื่นๆ	1	1.1

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (คน) N=90	ร้อยละ %
สิทธิทางสุขภาพ		
สิทธิข้าราชการ	46	51.1
บัตรทอง	23	25.6
ประกันชีวิต	9	10.0
รัฐวิสาหกิจ	8	8.9
ที่อยู่ปัจจุบัน		
กรุงเทพ และปริมณฑล	75	83.3
ภาคกลางนอกเขตปริมณฑล	9	10.0
ภาคเหนือ	3	3.3
ภาคตะวันออก	2	2.2
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1	1.1
ภาคตะวันตก	0	0
ภาคใต้	0	0
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	31	40.8
โรคความดันโลหิตสูง	18	23.7
โรคไขมันในเลือดสูง	18	23.7
โรคหัวใจ	7	9.2
โรคปอด	1	1.3
โรคโลหิตจาง	1	1.3

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (คน) N=90	ร้อยละ %
ระยะเวลาที่มีทวารเทียม		
น้อยกว่า 6 เดือน	10	11.1
6 เดือน – 1 ปี	51	56.7
มากกว่า 1 ปี – 2 ปี	23	25.6
มากกว่า 2 ปี – 3 ปี	4	4.4
มากกว่า 3 ปี ขึ้นไป	2	2.2
ประวัติการใช้สารเสพติด		
บุหรี่		
ไม่สูบเลย	74	82.2
สูบเป็นครั้งคราว	16	17.8
สูบเป็นประจำ	0	0
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มเลย	79	87.8
ดื่มเป็นครั้งคราว	11	12.2
ดื่มเป็นประจำ	0	0
สารเสพติดชนิดอื่น		
ไม่ใช้เลย	90	100.0
ใช้เป็นครั้งคราว	0	0
ใช้เป็นประจำ	0	0

จากตารางที่ 1 แสดงถึงลักษณะข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3, เพศหญิง ร้อยละ 46.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 26.7 อายุ 61-70 ปี ร้อยละ 31.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพการสมรสคู่ร้อยละ 57.8 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 64.4 ประกอบอาชีพข้าราชการ ร้อยละ 43.3, มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 72.2 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 45.6 อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 83.3 และใช้สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 51.1

ข้อมูลสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทวารเทียมมาเป็นระยะเวลา 6 เดือน – 1 ปี ร้อยละ 56.7 และพบว่ามีโรคประจำตัวที่พบบ่อย คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 40.8 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.7, โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 23.7 ประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า ไม่สูบบุหรี่เลย ร้อยละ 82.2 สูบเป็นครั้งคราว ร้อยละ 12.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ดื่มเลย ร้อยละ 87.8 ดื่มเป็นครั้งคราว ร้อยละ 12.2 ไม่พบการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ร้อยละ 100



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมใน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

คุณภาพชีวิต	จำนวน(90)	ร้อยละ(%)
คุณภาพชีวิตโดยรวม		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	29	32.2
คุณภาพชีวิตปานกลาง	61	67.8
คุณภาพชีวิตที่ดี	0	0
Mean \pm SD = 65.54 \pm 8.87 , min = 56, max = 98		
องค์ประกอบชีวิตด้านสุขภาพกาย		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	27	30.0
คุณภาพชีวิตปานกลาง	63	70.0
คุณภาพชีวิตที่ดี	0	0
Mean \pm SD = 20.50 \pm 1.94 , min = 16, max = 26		
องค์ประกอบชีวิตด้านจิตใจ		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	42	46.7
คุณภาพชีวิตปานกลาง	48	53.3
คุณภาพชีวิตที่ดี	0	0
Mean \pm SD = 17.56 \pm 2.06 , min = 14, max = 23		
องค์ประกอบชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	40	44.4
คุณภาพชีวิตปานกลาง	48	53.3
คุณภาพชีวิตที่ดี	2	2.2
Mean \pm SD = 8.33 \pm 1.48 , min = 5, max = 12		

คุณภาพชีวิต	จำนวน(90)	ร้อยละ(%)
องค์ประกอบชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	19	21.1
คุณภาพชีวิตปานกลาง	68	75.6
คุณภาพชีวิตที่ดี	3	3.3
Mean \pm SD = 22.86 \pm 3.69 , min = 16, max = 32		

คุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่ (ร้อยละ67.8) อยู่ในระดับปานกลาง ไม่พบผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตดี มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 65.54 ± 8.87 เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายด้านจะพบว่าคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (ร้อยละ70.0) ด้านจิตใจ (ร้อยละ 53.3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (ร้อยละ53.3) ด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ75.6)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ปัจจัยด้านจิตสังคม	จำนวน(90)	ร้อยละ(%)
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียม		
ต่ำ	11	12.2
ปานกลาง	67	74.4
สูง	12	13.4
Mean \pm SD = 8.0 \pm 1.3 , min = 3, max = 10		
ทัศนคติของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมต่อการมีเพศสัมพันธ์		
ไม่ดี	4	4.4
ปานกลาง	74	82.2
ดี	12	13.3
Mean \pm SD = 6.97 \pm 2.37 , min = 3, max = 15		
การสนับสนุนทางสังคม		
ต่ำ	9	10.0
ปานกลาง	61	67.8
สูง	20	22.2
Mean \pm SD = 53.55 \pm 7.93 , min = 32, max = 75		
ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล		
มีปัญหามาก	10	11.1
มีปัญหาปานกลาง	65	72.2
ไม่มีปัญหา	15	16.7
Mean \pm SD = 6.02 \pm 1.45 , min = 4, max = 10		

ปัจจัยด้านจิตสังคม	จำนวน(90)	ร้อยละ(%)
ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบ่งเป็นรายด้าน		
ด้านอารมณ์		
มีปัญหามาก	8	8.9
มีปัญหาปานกลาง	39	43.3
ไม่มีปัญหา	43	47.8
Mean \pm SD = 23.75 \pm 3.81 , min = 14, max = 35		
ด้านข้อมูลข่าวสาร		
มีปัญหามาก	5	5.6
มีปัญหาปานกลาง	51	56.7
ไม่มีปัญหา	34	37.8
Mean \pm SD = 13.18 \pm 2.17 , min = 8, max = 16		
ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ		
มีปัญหามาก	9	10.0
มีปัญหาปานกลาง	42	46.7
ไม่มีปัญหา	39	43.3
Mean \pm SD = 16.55 \pm 3.22 , min = 10, max = 24		
ภาวะวิตกกังวล		
ไม่มีภาวะวิตกกังวล	73	81.1
มีภาวะวิตกกังวล	17	18.9
Mean \pm SD = 8.62 \pm 2.71 , min = 2, max = 13		
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	75	83.3
มีภาวะซึมเศร้า	15	16.7
Mean \pm SD = 7.33 \pm 3.59 , min = 0, max = 13		

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.4) มีทัศนคติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.4) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.8) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับมีปัญหาปานกลาง (ร้อยละ 72.2) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวล (ร้อยละ 81.1) และไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 83.3)



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและปัจจัย ด้านจิตสังคม	ระดับคุณภาพชีวิต				χ^2	p-value
	ไม่ดี (n=29)		ปานกลาง ถึง ดี (n=61)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	15	31.3	33	68.8	0.45	0.833
หญิง	14	33.3	28	66.7		
สถานภาพ						
คู่	3	5.8	49	94.2	39.461	<0.001**
โสด หย่า หม้าย	26	68.4	12	31.6		
อายุ						
น้อยกว่า 40 ปี	18	39.1	28	60.9	2.056	0.152
41 ปีขึ้นไป	11	25	33	75		
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	22	81.5	5	18.5	42.855	<0.001**
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	20.3	56	88.9		
อาชีพ						
ธุรกิจส่วนตัว	10	24.4	31	75.6	2.115	0.146
ข้าราชการ	19	38.8	30	61.2		

ปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและปัจจัย ด้านจิตสังคม	ระดับคุณภาพชีวิต				χ^2	p-value
	ไม่ดี (n=29)		ปานกลาง ถึง ดี (n=61)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	28	34.1	54	65.9		0.429 ^Δ
ไม่เพียงพอ	1	12.5	7	87.5		
สิทธิทางสุขภาพ						
มีสิทธิการรักษา	8	14.8	46	85.2	18.731	<0.001**
ไม่มีสิทธิการรักษา	21	58.3	15	41.7		
ที่อยู่ปัจจุบัน						
กรุงเทพ และปริมณฑล	19	40.4	28	59.6	0.254	0.614
นอกเขตกรุงเทพ	10	23.3	33	76.7		
ระยะเวลาที่มีทวารเทียม						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	20	32.8	41	67.2	0.028	0.868
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	9	31.0	20	69.0		
ประวัติการใช้สารเสพติด						
บุหรี						
สูบบุหรี	13	81.3	3	18.8	21.418	<0.001**
ไม่สูบบุหรี	16	21.6	58	78.4		

ปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและปัจจัย ด้านจิตสังคม	ระดับคุณภาพชีวิต				p-value χ^2
	ไม่ดี (n=29)		ปานกลาง ถึง ดี (n=61)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่ม	9	81.8	2	18.2	<0.001** ^Δ
ไม่ดื่ม	20	25.3	59	74.7	
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ทวารเทียม					
ต่ำ	5	45.5	6	54.5	0.323 ^Δ
ปานกลางถึงสูง	24	30.4	55	69.6	
ทัศนคติของผู้ป่วยที่มีทวาร เทียมต่อการมีเพศสัมพันธ์					
ไม่ดี	2	50	2	50	0.592 ^Δ
ปานกลางถึงดี	27	31.4	59	68.6	
การสนับสนุนทางสังคม					
ไม่ดี	3	33.3	6	66.7	1.000 ^Δ
ปานกลางถึงดี	26	32.1	55	67.9	

ปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและปัจจัย ด้านจิตสังคม	ระดับคุณภาพชีวิต				p-value χ^2
	ไม่ดี (n=29)		ปานกลาง ถึง ดี (n=61)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปัญหาสัมพันธภาพ					
ระหว่างบุคคล					
มีปัญหามาก	11	91.7	1	8.3	<0.001** Δ
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหา					
ปานกลาง	18	23.1	60	76.9	
ภาวะวิตกกังวล					
ไม่มีภาวะวิตกกังวล	19	26.0	54	74.0	6.791 0.009**
มีภาวะวิตกกังวล	10	58.8	7	41.2	
ภาวะซึมเศร้า					
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	19	25.3	56	74.7	0.003** Δ
มีภาวะซึมเศร้า	10	66.7	5	33.3	

*p<0.05, **p<0.01, Δ = Fisher's Exact Test

(ปานกลางถึงดี หมายถึง ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี ปานกลาง ดี แต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตดี ดังนั้นในระดับปานกลางถึงดี จะหมายถึงผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง)

ผลการศึกษาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี (ตารางที่4) ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีสิทธิการรักษา ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาปานกลาง ไม่มีภาวะวิตกกังวล ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 5 การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับคุณภาพชีวิต	
	Pearson's Correlation	p-value
คะแนนซึมเศร้า	-0.330	0.002**
คะแนนวิตกกังวล	-0.275	0.009**
คะแนนสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	-0.168	0.114
คะแนนการสนับสนุนทางสังคม	-0.021	0.846
คะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียม	-0.097	0.364
คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์	0.295	0.005**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 5 การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) ของคะแนนรวมระดับคุณภาพชีวิต กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า

คะแนนรวมระดับคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนความซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีคะแนนความซึมเศร้าน้อยจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

คะแนนรวมระดับคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

คะแนนรวมระดับคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์มากจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนคะแนนรวมระดับคุณภาพชีวิต ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียม

ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ระดับปานกลางถึงดี	Adjusted Odds (OR)	95% CI of Adjusted OR		p - value
		Lower	Upper	
ปัจจัยส่วนบุคคล				
สถานภาพสมรสคู่	17.799	3.425	92.499	0.001**
ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป	18.765	4.033	87.388	<0.001**
มีสิทธิการรักษา	6.143	1.653	22.833	0.007**
ปัจจัยด้านสุขภาพ				
ไม่สูบบุหรี่	9.181	1.955	43.127	0.005**
ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์	3.469	0.496	24.239	0.211
ปัจจัยด้านจิตสังคม				
สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลระดับ				
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาปานกลาง	30.349	3.511	262.313	0.002**
ไม่มีภาวะวิตกกังวล	2.066	0.511	8.351	0.309
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	3.437	0.802	14.723	0.096

*p<0.05 ** p<0.01

จากตารางที่ 6 เมื่อนำตัวแปรของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิต มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยลอจิสติก (logistic regression) พบว่า ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดีของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป มีสิทธิการรักษา ไม่สูบบุหรี่ สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาปานกลาง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research Design) โดยศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมที่มารับบริการตรวจรักษาที่ตึก ภปร. ชั้น 6 แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่เดือน มกราคม-มีนาคม ปี พ.ศ.2559 จำนวน 90 ราย โดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด 8 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ 3) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียม 4) แบบประเมินทัศนคติของผู้ที่มีทวารเทียมต่อการมีเพศสัมพันธ์ 5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย 6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 7) แบบประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย 8) แบบประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดีแบบการถดถอยลอจิสติก

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3, เพศหญิง ร้อยละ 46.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 26.7 อายุ 61-70 ปี ร้อยละ 31.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพการสมรสคู่ร้อยละ 57.8 จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 64.4 ประกอบอาชีพข้าราชการ ร้อยละ 43.3, มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 72.2 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 45.6 อาศัยอยู่ในกรุงเทพ ร้อยละ 83.3 และใช้สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 51

ข้อมูลสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทวารเทียมมาเป็นระยะเวลา 6 เดือน – 1 ปี ร้อยละ 56.7 และพบว่ามีโรคประจำตัวที่บ่งบอคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 40.8 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.7, โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 23.7 ประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า ไม่สูบบุหรี่เลย ร้อยละ 82.2 สูบเป็นครั้งคราว ร้อยละ 12.2 การดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ ไม่ดื่มเลย ร้อยละ 87.8 ดื่มเป็นครั้งคราว ร้อยละ 12.2 ไม่พบการใช้สารเสพติด ชนิดอื่น ร้อยละ 100

ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.4) มีทัศนคติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.4) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.8) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับมีปัญหาปานกลาง (ร้อยละ 72.2) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวล (ร้อยละ 81.1) และไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 83.3)

2. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีคุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.8) อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม 65.54 ± 8.87 เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายด้านจะพบว่า คุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (ร้อยละ 70.0) ด้านจิตใจ (ร้อยละ 53.3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (ร้อยละ 53.3) ด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 75.6)
3. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป มีสิทธิการรักษา ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาปานกลาง ไม่มีภาวะวิตกกังวล และไม่มีภาวะซึมเศร้า ($p < 0.01$)
4. ผลการวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติก พบว่า ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาปานกลาง การไม่สูบบุหรี่ สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมีสิทธิในการรักษา

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีคุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.8) อยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ในการศึกษารั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตดี เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายด้านจะพบว่า คุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (ร้อยละ 70.0) ด้านจิตใจ (ร้อยละ 53.3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (ร้อยละ 53.3) ด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 75.6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ จากการศึกษาของ ทับทิม เปาอินทร พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด แบบ MRM และได้รับเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ย

79.93 (S.D. = 12.288) ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาราย ด้านทั้งสี่ด้านก็อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน โดยด้าน ที่เกี่ยวกับสุขภาพทางกาย มีค่าเฉลี่ย 21.27 (S.D. = 3.068) ด้านที่เกี่ยวกับจิตใจมีค่าเฉลี่ย 18.93 (S.D. = 2.094) ด้านที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพทางสังคมมีค่าเฉลี่ย 8.60 (S.D. = 2.094) และด้านที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมมีค่า เฉลี่ย 24.42 (S.D. = 4.560) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูมรินทร์ มาลารัตน์ และณัฏฐ ทิพย์รัตน์เสถียร และศุภกานต์ เตชะพงศธร และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง การศึกษาของ กาญจนา บุตรจันทร์ ซึ่งทำการศึกษาคูณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่นอนรับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านก็พบว่าอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lucia & Dusan⁽³⁵⁾ ได้ทำการศึกษานผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง มีคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.31$ และ 3.16 ตามลำดับ) นวพร ชิตมน⁽³⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดถาวร พบว่า ร้อยละ 76.84 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ได้แก่ การรั่วซึมของถุงรองรับอุจจาระ การมีผื่นคันรอบๆทวารเทียม การเข้าสังคม และพบว่ามีภาวะวิตกกังวล 24.2 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.8 ศุภมาส มณีสินธุ์⁽⁴¹⁾ ได้ศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้คุ้นเคยกับทวารเทียมได้ดีและมีความพึงพอใจต่อถุงรองรับอุจจาระที่ใช้เก็บของเสียอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ภาพทางสังคมเป็นหัวข้อที่บุคลากรทางการแพทย์ควรพิจารณาเพื่อให้ผู้ป่วยทวารเทียมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลทวารเทียมอาจเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สำคัญต่อผู้ป่วยทวารเทียม ปานจิตร รังษิงค์ ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง จำนวน 80 ราย พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย อยู่ในระดับต่ำ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตและด้านสังคมเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง เกศินี ธีรทองดี⁽⁴³⁾ ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=61.70 , SD = 14.26)

- ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป มีสิทธิการรักษา ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาปานกลาง ไม่มีภาวะวิตกกังวล และไม่มีภาวะซึมเศร้า ($p < 0.01$)

การมีสถานภาพสมรสคู่ การมีคู่ชีวิตที่ให้การดูแลตลอดการเจ็บป่วยรวมถึงช่วยเหลือในการดูแลทวารเทียม คอยให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษา จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมปรับตัวต่อการมีทวารเทียมได้ดีกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว ไม่มีบุคคลที่ช่วยดูแล การมีคู่ชีวิตที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้จึงเป็นเหตุผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lucia & Dusan⁽³⁵⁾ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้องพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 76 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74 และอยู่ในครอบครัวชาย ร้อยละ 65 การมีครอบครัวโดยเฉพาะภรรยา นับเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วย เมื่อสามีเจ็บป่วยและมีความผิดปกติของร่างกายตามมา เช่น ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดออกทางหน้าท้อง ภรรยาจะคอยดูแลเอาใจใส่สามี คอยให้กำลังใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวปรับใจและดำรงชีวิตประจำวันได้ ปานจิตร รังษิวงค์ ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง พบว่า ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74 เป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 68

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า จะมีความรู้ความสามารถในการศึกษาหาความรู้ในการดูแลตนเอง รวมทั้งการหาวิธีการต่างๆ ในการทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปัจพบว่า การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล การศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนเข้าแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สมจิต หนูเจริญกุล⁽¹³⁾ ทำการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีความรู้ความสามารถในการแสวงหาความรู้ แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเอง และ

การศึกษาสูงจะเอื้ออำนวยให้ประกอบอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ดี ทำให้สามารถตอบสนองต่อการความต้องการขั้นพื้นฐานได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประภา รัตนเมธานนท์⁽¹¹⁾ พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ

สิทธิการรักษา จากการศึกษา พบว่าผู้ที่มีสิทธิการรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้ที่ไม่มีสิทธิการรักษา วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีความแตกต่างกัน เนื่องจากสิทธิการรักษาพยาบาลแต่ละสิทธิมีความไม่เท่าเทียมกัน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ตนเองต้องการได้ จึงต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวเรื่องค่าใช้จ่าย มองตนเองไร้ค่า รวมทั้งทำให้การติดตามการรักษาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้การดำเนินของโรคเลวลงและคุณภาพชีวิตไม่ดี ส่วนผู้ป่วยที่มีรายได้หรือมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล จะไม่มีความทุกข์หรือความวิตกกังวลในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและไม่วิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ จินางกูร พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่สามารถเบิกเบิกค่ารักษาพยาบาลได้

การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี จะพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาของ นันทวิช สิทธิรักษ์ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราต่ำกว่าคนทั่วไปในทุกด้าน โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุดในด้าน general health (คะแนนเฉลี่ย 49.95) ต่ำสุดในด้าน physical functioning (คะแนนเฉลี่ย 25.35) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง การมีสถานภาพทางการเงินที่ดี

สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาปานกลาง จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลระดับมีปัญหาหนัก แต่จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ซึ่งจากการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรและวัตถุ เป็นข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับบุคคลรอบข้างที่

สามารถปรึกษาได้ รวมถึงผู้ร่วมงาน ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารเหล่านั้นได้หรือไม่ ข้อคำถามด้านทรัพยากรหรือวัตถุประสงค์ การแบ่งเบาภาระหน้าที่ ค่าใช้จ่าย การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หรือคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จะไม่สามารถดึงเอาประโยชน์จากตรงนี้มาใช้ได้ไม่ดีเท่าที่ควร แต่แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จะเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลที่ใกล้ชิด จะหมายถึงสัมพันธภาพกับบุคคลที่ใกล้ชิด หรือมีความสำคัญกับตัวผู้ป่วย ส่งผลกับผู้ป่วยโดยตรง ถ้าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ดี จึงจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากกว่าการสนับสนุนทางสังคมดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา รุ่งแสงจันทร์⁴⁰ ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านที่ไม่ดีที่สุด คือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความเป็นจริงต่อภาพลักษณ์ของตนเองในฐานะสกะปรกและน่ารังเกียจ กังวลว่าอุจจาระจะแตกและมีกลิ่นเหม็น ทำให้สัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเสียไป โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ส่งผลให้เกิดปัญหาการหย่าร้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ชีวิตและความทุกข์ของคนที่มีทวารเทียม เป็นความรู้สึกลึกลับเสียวิหะที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระทำให้สูญเสียความเป็นตัวตน เกิดการปกปิดสมรรถภาพ และแยกตัวจากสังคม

ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล และไม่มีภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลหรือมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wade B.E.⁽²⁵⁾ ได้ทำการศึกษาการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จำนวน 215 ราย พบว่า หลังการผ่าตัด 10 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลร้อยละ 25 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6 และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 5 Richbourg และคณะ³² ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความยุ่งยากของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมใหม่ทางหน้าท้องหลังออกจากโรงพยาบาล พบว่า มีประสบการณ์ความยุ่งยาก คือ การต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 54 มีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 53 และพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเหล่านี้ไม่แสวงหาความช่วยเหลือใดๆ Bekkers⁽²¹⁾ พบว่าการที่มีทวารเทียมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด กลัวผู้อื่นจะรังเกียจ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวตาย และจะแสดงอาการโกรธ ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต คิดว่าการมีทวารเทียมเป็นสิ่งสกปรก น่ารังเกียจและไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม Cotrium H⁽²⁴⁾ พบว่าการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านจิตใจ เพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์ ความวิตกกังวล สูงกว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล นวพร ชิตมน⁽³⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดถาวร พบว่ามีภาวะวิตกกังวล 24.2 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.8 สุวรรณ และคณะ⁽⁴²⁾

ทำการศึกษาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 9 คน พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงเกี่ยวกับการมีทวารเทียม และ 3 ใน 9 คน มีความคิดอยากตาย ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตลดลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การกลับไปทำงานซ้ำ รวมทั้งการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและการตัดสินใจ

3. ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาปานกลาง การไม่สูบบุหรี่ สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมีสิทธิในการรักษา

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลที่เก็บได้มาจาก ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมที่มารับบริการตรวจรักษาที่ตึก ภปร. ชั้น 6 แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เท่านั้น การนำผลวิจัยไปใช้จึงควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย
2. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุ (causes or risks) บอกได้เพียงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตเท่านั้น เนื่องจากไม่ใช่รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytical study)
3. การศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) มีการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง อาจทำให้ไม่เห็นแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ชัดเจน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นองค์พื้นฐานความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมที่มารับบริการตรวจรักษาที่ตึก ภปร. ชั้น 6 แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องนำความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ไปใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน และร่วมกันดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

4. เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ที่มีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หรือมีคุณภาพชีวิตต่ำ ให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิต เช่น ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า
2. การศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) โดยศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม เพื่อค้นหาสาเหตุใดที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-dept interview) หรือการทำสนทนากลุ่ม (focused group)
3. การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytical study) เพื่อที่จะสามารถหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดระดับคุณภาพชีวิตต่ำในผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม เพื่อให้ได้แนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำต่อไป
4. การศึกษาเชิงทดลอง (experimental study) โดยการสร้างโปรแกรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิต โดยมีการให้ความรู้ความเข้าใจ ปรับทัศนคติ แล้วทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

รายการอ้างอิง

1. Registry T. Cancer Institute Siriraj Hospital: Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand.; 2003.
2. Nimit Martin KC, Thiravud Khuhaprema. Colorectal cancer in International Agency for research on cancer, World Health Organization. Thailand1992.
3. วิศทเวทย์ ว. ปรัชญา. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2518.
4. UNESCO. Evaluation the quality of life in Belgium. Society Indicate Respiratory. 1980.
5. D.E O. Nursing:concept of practice. Connecticut: Appliton&Lange. 1991.
6. GA M. Quality of life: A Concept Analysis. Journal Advance Nursing. 1993:833-39.
7. Zhan LC. Quality of life:Conceptual and measurement issue. Journal Advance Nursing. 1992;17(7):795-8.
8. Bullinger MM. Measuring Health Relate Quality of life. Advance in Experimental Medicine and Biology.528:113-22.
9. Phattharayuttawut S. Quality of life:Assessment in the Thai Context. Siriraj Medicine Journal.60(4):210-2.
10. ฮามสุโพธิ์ ศ. เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตในท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์; 2536.
11. รัตน์เมธานนท์ ป. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.
12. Padilla GV, and Grant, M.M. Quality of Life Index for Patient with cancer. Quality of Life Index for Patient with cancer. 1983;6(3):45-60.
13. มนูญปิจุ สสแ. คุณภาพชีวิต ใน ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศรีอนันต์; 2525.
14. วรลัตนากุล ม. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการความสามารถในการดูแลกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
15. AH M. Motivation and personality. New York McGrawHill; 1954.

16. Tardiro S M W, Torri. Rectal cancer. Epidemiology and Burden of disease. Italy: In delian GG ed; 2005.
17. ทวีชัยการ ป. แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และเร็กตัม. กรุงเทพฯ: เพนทาگون แอดเวอร์ตีซิง; 2549.
18. วรณวงศ์ ชบ. มาตรฐานการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. สงขลา: หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
19. ไชยศรี ป. การดูแลช่องเปิดลำไส้และการฟื้นฟูสภาพ. เชียงใหม่: ยูเนียนออฟเซ็ท; 2550.
20. Bratha I HJ, Boker L, Kanyari Z and Damjanovich L. Quality of life of post colostomy patient. Philadelphia: Orvasi Hetilep. 1995;136(37).
21. Bekkers MJ vKF, van den Borne HW, van Berge-Henegouwen GP. Psychosom Med. 1996;58(2):183-91.
22. Ma N HJ, Stewart J, Andrews L, Hill AG. The effect of age on the quality of life of patients living with stomas. Apilot study. 2007;77:883-5.
23. Duchesne JC. Stoma complications: A multivariate analysis. The American Surgeon. 2002;68:961-66.
24. Cotrim H PG. Impact of colorectal cancer on patient and family. Implications for care. 2008;12:217-26.
25. B.E W. Colostomy patients: psychological adjustment at 10 weeks and 1 year after surgery in districts which employed stoma care nurse and districts which did not. Journal of advanced nursing 1990;15:1297-304.
26. Follick MJ STaTD. Psychosocial Adjustment Following Ostomy. Health Psychological. 1984;3:507-17.
27. Nilsoon LO KN KF, Myrvold HE and Palselius I. Sexual adjustment in ileostomy patients before and after conversion to continent ileostomy. Journal Surgical Research. 2002;24:287-90.
28. Richbourg L TJM, Rapp C G. Difficulties Experiences by the ostomate After Hospital Discharge. Journal of Wound, Ostomy & continence Nursing. 2007;34(1):70-9.
29. Pittman J RS, Schmidt C Max, Grant M, Ko Clifford Y, Wendel C& Krouse Robeert S. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. Journal of Wound, Ostomy & continence Nursing. 2008;35(5):493-503.

30. Perrson HaA-L. Experiences of Swedish Men and Woman 6 to 12 Weeks After Ostomy Surgery. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2002;29(2):1033-8.
31. Dylan MS GL, Paul R, Ryan L, S&Peter AU. Sensitivity to disgust, stigma and adjustment to life with a colostomy. *J Res Pers*. 2007;41(4):787-803.
32. M.N M. stoma care problems after stoma surgery in Finnish Finland. *Scandinavian Journal of surgery*. 2004:1457-4969.
33. Ratliff CaDA. Frequency of peristomal complications. *Ostomy wound manage*. 2001;47(8):26-9.
34. Krouse R GM FB, Dean G, Nelson R, Chu D. Quality of life of colostomy patient. *Journal Surgical Research*. 2006;138:779-876.
35. Lucia L, & Dusan, M. Quality of life of patients with stomas. *Acta Medica Martiniana*. 2003:28-32.
36. รุ่งแสงจันทร์ ก. ประสบการณ์ชีวิตของคนมีทวารเทียม : การจัดการความทุกข์หรือความทุกข์จากการขับถ่ายอุจจาระ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
37. สมภู จ. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร. *บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหิดล*; 2539.
38. ประสงค์ จ. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
39. ชิตมน น. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
40. วจนะวิศิษฐ์ ธ. การจัดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลำไส้. ศรีมรกต ผ, editor. กรุงเทพฯ: ไอกรู๊ป เพรสจำกัด; 2553.
41. มณีสินธุ์ ศ. การศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพของผู้ป่วยทวารเทียมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
42. กิตติเนาวรัตน์ ส. การศึกษาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีทวารหนักเทียม. *วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย*. 2003;28(2):117-23.
43. ธีรทองดี เ. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง. กรุงเทพฯ 2556.
44. คุณพันธ์ ท. ผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 2555;24(1):11-21.


45. อธิพงษ์วัฒน์ ท. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางผิวหนัง ชนิดทางเดินปัสสาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำทางเดินปัสสาวะใหม่ระยะยาว. J Nurs Sci. 2013;31(1):29-37.
46. ปิยปกรณ์ชัย พ. การศึกษาติดตามปฏิกิริยาทางอารมณ์ ความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีระบบตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2526.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) หน้า 1 / 4</p>
--	--

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมใน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาว ชลยา อรรถาภินันท์
ที่อยู่ ตึก 72 ปี ชั้น 5 ตะวันออก โรงพยาบาลศิริราช เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
เบอร์โทรศัพท์ 084-0860383


เรียน ผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่าน
อ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้ง
นี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้
ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จาก ครอบครัว ผู้ปกครอง ญาติ เพื่อน
หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจ
แล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้น การดำเนินชีวิตในแต่ละ
วัน ความจำกัดในเรื่องเวลาและอุปนิสัยในการบริโภคอาหารประเภทไขมัน เนื้อสัตว์สูงชัน โอกาสเกิด
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจึงสูงตามขึ้นไปด้วย จากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล
(hospital-based cancer registry) ฉบับที่ 27 ปี 2555 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่ามะเร็งลำไส้
ใหญ่และทวารหนักในเพศชายมากเป็นอันดับ 1 (ร้อยละ 16.2) ของมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกช่วง
อายุที่พบมากที่สุดคือ 60-69 ปี และในเพศหญิงพบเป็นลำดับที่ 3 (ร้อยละ 9.6) และพบมากที่สุดที่ช่วง
อายุ 55-64 ปี ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) หน้า 2 / 4</p>
--	--


ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียมไม่ว่าจะเป็นชนิดชั่วคราวหรือชนิดถาวร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระ การที่ต้องเผชิญกับการมีช่องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องหรือทวารเทียมเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางการขับถ่ายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะทันที รวมทั้งมีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงและหาแนวทางที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบและประเมินแบบสอบถาม แบบสอบถามประกอบด้วย 8 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่มีทวารเทียม โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมต่อการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 7 แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 8 แบบสอบถามประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire) จำนวน 5 ข้อ ใช้เวลาทำประมาณ 30 นาที โดยท่านมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมครั้งนี้ รวมถึงสิทธิในการเลือกที่จะไม่ตอบแบบสอบถามในข้อที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ และบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) หน้า 3 / 4</p>
--	--

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

อาสาสมัครจะไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมวิจัย แต่การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในด้านข้อมูล เพื่อนำไปพัฒนางานวิจัยและศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมต่อไปได้ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงและหาแนวทางที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ข้อปฏิบัติขณะเข้าร่วมในโครงการวิจัย

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- หากท่านพบความผิดปกติระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ทันที

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย ท่านจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจากผู้วิจัยทันที และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ค่าใช้จ่ายของท่านในการทำวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

ค่าชดเชย ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา สูญเสียรายได้

ไม่มี

แหล่งทุน


ไม่มี

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การถอนตัวของท่านจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชนในกรณีนี้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) หน้า 4 / 4</p>
--	--

ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการของท่าน จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 02-2564346, 02-2564298 ในเวลาราชการ หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อการประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก


สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้โดย ผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

7. ท่านจะได้รับโอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับ ช่มชู้ หรือการหลอกลวงหากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดล ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form) หน้า 1 / 2</p>
--	---

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมใน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.


สถานที่.....เวลา.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว..... ได้อ่านรายละเอียดจาก
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่ และข้าพเจ้า
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมใน
โครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้
ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของ
การวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลา
และโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ
ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วม
วิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่งานในหน้าที่หรือสิทธิอื่นๆที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป
ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งนี้
จะต้องทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอ
ยกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของ
ข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัย
ทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการ
ต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การ
วิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form) หน้า 2 / 2</p>
--	---

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย

(นางสาว ชลยา อัทธภินันท์) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

..... ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ ชาย หญิง
2. สถานภาพสมรสปัจจุบัน
 - โสด
 - คู่
 - หย่า
 - คู่สมรสเสียชีวิต
3. อายุ ปี
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 6	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาปีที่ 6
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช)	<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส)
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> ปริญญาโท	<input type="checkbox"/> ปริญญาเอก
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ
<input type="checkbox"/> ข้าราชการบำนาญ	<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ/องค์กรอิสระ
<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	
6. ความเพียงพอของรายได้

<input type="checkbox"/> เพียงพอ เหลือเก็บ	<input type="checkbox"/> เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ
<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้	<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ เป็นหนี้
7. ผู้ที่ผ่านพักอาศัยอยู่ด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> บิดา/มารดา	<input type="checkbox"/> พี่/น้อง
<input type="checkbox"/> คู่สมรสหรือแฟน	<input type="checkbox"/> ญาติอื่นๆ
<input type="checkbox"/> บุตร	<input type="checkbox"/> ไม่มี (อยู่คนเดียว)
8. ที่อยู่ปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> กรุงเทพฯ และปริมณฑล	<input type="checkbox"/> ภาคกลางนอกเขตปริมณฑล	<input type="checkbox"/> ภาคเหนือ
--	---	-----------------------------------

- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก
 ภาคใต้

9. สิทธิทางสุขภาพ

- บัตรทอง ประกันสังคม
 สิทธิข้าราชการ ประกันชีวิต
 รัฐวิสาหกิจ



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. ท่านมีทวารเทียมมาเป็นระยะเวลาเท่าใด

ท่านมีทวารเทียมมาเป็นระยะเวลา.....เดือนปี

2. ท่านมีโรคประจำตัวใดบ้าง

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน |
| <input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ |
| <input type="checkbox"/> โรคไต | <input type="checkbox"/> โรคปอด |
| <input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดในสมอง | <input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง |
| <input type="checkbox"/> โรคกระเพาะ | <input type="checkbox"/> โรคสมองเสื่อม |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆโปรดระบุ..... | |

3. ท่านเคยใช้สารเสพติดต่อไปนี้หรือไม่

3.1 ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/ยาสูบ หรือไม่

- | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่สูบเลย | <input type="checkbox"/> สูบเป็นครั้งคราว | <input type="checkbox"/> สูบเป็นประจำ |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|

3.2 ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

- | | | |
|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม | <input type="checkbox"/> ดื่มเป็นครั้งคราว | <input type="checkbox"/> ดื่มเป็นประจำ |
|----------------------------------|--|--|

3.3 ปัจจุบันท่านใช้สารเสพติดชนิดอื่นหรือไม่ ระบุ.....

- | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่ใช่เลย | <input type="checkbox"/> ใช้เป็นครั้งคราว | <input type="checkbox"/> ใช้เป็นประจำ |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียม

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วพิจารณาว่าแต่ละข้อตรงกับตัวท่านมากน้อย

เพียงใด ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ลักษณะปกติของทวารเทียมต้องมีสีดำขนาดใหญ่มาก		
2. การอักเสบของผิวหนังรอบทวารเทียมเกิดจากการระคายเคืองของอุจจาระ การแพ้กาวของถุงรองรับอุจจาระ หรือการลอกถุงไม่ถูกวิธี		
3. การทำความสะอาดทวารเทียม และผิวหนังรอบทวารเทียม ควรใช้แอลกอฮอล์เพื่อฆ่าเชื้อโรค		
4. ผู้ที่มีทวารเทียมสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นรุนแรง		
5. ผู้ที่มีทวารเทียมควรหลีกเลี่ยงการสวมเสื้อผ้าที่กดรัดบริเวณทวารเทียม		
6. ถ้าหากมีอาการแน่นท้องมาก อุจจาระไม่ออกทางทวารเทียม ถือว่าเป็นเรื่องปกติ		
7. ผู้ที่มีทวารเทียมสามารถหลีกเลี่ยงอาการท้องผูกได้โดยการดื่มน้ำมากๆ การรับประทานผัก ผลไม้		
8. การอักเสบเป็นรอยแดงบริเวณรอบทวารเทียม เป็นอาการที่ผิดปกติ		
9. ผู้ที่มีทวารเทียมสามารถออกกำลังกายได้ ควรหลีกเลี่ยงกีฬาที่ต้องมีการกระแทกแรง		
10. ผู้ที่มีทวารเทียมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น การรับประทานอาหาร การเดินทาง การทำงาน การแต่งกาย การอาบน้ำ การมีเพศสัมพันธ์		

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติของผู้ที่มีทวารเทียมต่อการมีเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วพิจารณาว่าแต่ละข้อตรงกับตัวท่านมาก

น้อยเพียงใด ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เลย (5)	เล็กน้อย (4)	ปานกลาง (3)	ค่อนข้างมาก (2)	มาก (1)
1. ท่านรู้สึกว่าคุณสมรสหรือคู่นอน จะรังเกียจทวารเทียมของท่าน					
2. ท่านคิดว่าการมีทวารเทียมเป็น อุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์					
3. การมีทวารเทียมทำให้ท่านขาด ความมั่นใจต่อการมีเพศสัมพันธ์					

ส่วนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา

มาให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓

ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่าง เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่ สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนัก เพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ ละวันใหม่ ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนิน ชีวิตประจำวัน					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมาก น้อยเพียงใด					

ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่นมีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพึงพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้ ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถ ทำอะไรๆผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล มากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิต อยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจในความสามารถในการทำงาน ได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจาก เพื่อนๆแค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดี ไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมาก น้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการ สาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					

ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิต แต่ละวันมากนักน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมาก น้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมาก น้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจในการเดินทางไปไหนมาไหน ของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อย เพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมายมากน้อย แค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี เพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึก ทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีการทำให้ผ่อน คลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเอง หรือการ มีเพศสัมพันธ์					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความ เป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire)

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วพิจารณาว่าแต่ละข้อตรงกับตัวท่านมากน้อย

เพียงใด ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ด้านอารมณ์					
1.1 มีผู้แสดงความเห็นใจเมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย					
1.2 มีผู้ห่วงใยถามข่าวคราวทุกข์สุขท่านเสมอ					
1.3 ท่านได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัวเมื่อไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์					
1.4 บุคคลรอบข้างเป็นเพื่อนที่ดีกับท่าน					
1.5 ท่านมีผู้ที่ไว้วางใจและเป็นที่ปรึกษาได้เมื่อไม่สบายใจ					
1.6 คนในครอบครัวดีต่อท่านเสมอ					
1.7 เพื่อร่วมงานดีต่อท่านเสมอ					
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร					
2.1 มีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ท่านเสมอ					
2.2 มีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ท่านเป็นอย่างดี					
2.3 มีผู้แนะนำท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัย					
2.4 ท่านได้รับคำแนะนำในเรื่องที่ท่านอยากรู้					
3. ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ					
3.1 เมื่อมีปัญหาการเงิน ท่านได้รับความช่วยเหลือเสมอ					
3.2 มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของท่าน					
3.3 มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระที่ทำงานของท่าน					
3.4 มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวของท่าน					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3.5 ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเสมอ					

ส่วนที่ 7 แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วพิจารณาว่าแต่ละข้อตรงกับตัวท่านมากน้อยเพียงใด ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

คะแนน

1. ฉันรู้สึกดีใจที่เครียด

() เป็นส่วนใหญ่	3
() บ่อยครั้ง	2
() เป็นบางครั้ง	1
() ไม่เป็นเลย	0
2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้

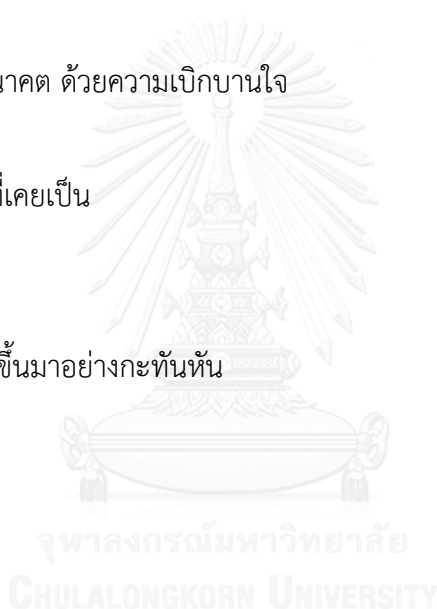
() เหมือนเดิม	0
() ไม่มากเท่าแต่ก่อน	1
() มีเพียงเล็กน้อย	2
() เกือบไม่มีเลย	3
3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

() มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย	3
() มี แต่ไม่มากนัก	2
() มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ	1
() ไม่มีเลย	0

4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆ ได้
- () เหมือนเดิม 0
- () ไม่มากนัก 1
- () มีน้อย 2
- () ไม่ได้เลย 3
5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล
- () เป็นส่วนใหญ่ 3
- () บ่อยมาก 2
- () เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย 1
- () ไม่เป็นเลย 0
6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน
- () ไม่มีเลย 3
- () ไม่บ่อยนัก 2
- () เป็นบางครั้ง 1
- () เป็นส่วนใหญ่ 0
7. ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย
- () เหมือนเดิม 0
- () ได้โดยทั่วไป 1
- () ไม่บ่อยนัก 2
- () ไม่มีเลย 3
8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม
- () เกือบตลอดเวลา 3
- () บ่อยครั้ง 2
- () เป็นบางครั้ง 1
- () ไม่เป็นเคย 0
9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนต้อง
- () ไม่เป็นเลย 0
- () เป็นบางครั้ง 1
- () ค่อนข้างบ่อย 2
- () บ่อยมาก 3



10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตัวเอง
- () ใช่ 3
- () ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร 2
- () ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน 1
- () ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม 0
11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้
- () เป็นมากทีเดียว 3
- () ค่อนข้างมาก 2
- () ไม่มากนัก 1
- () ไม่เป็นเลย 0
12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ
- () มากเท่าที่เคยเป็น 0
- () ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น 1
- () น้อยกว่าที่เคยเป็น 2
- () เกือบจะไม่มีเลย 3
13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน
- () บ่อยมาก 3
- () ค่อนข้างบ่อย 2
- () ไม่บ่อยนัก 1
- () ไม่มีเลย 0
14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคย
เพลิดเพลินได้
- () เป็นส่วนใหญ่ 0
- () เป็นบางครั้ง 1
- () ไม่บ่อยนัก 2
- () น้อยมาก 3



ส่วนที่ 8 แบบประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire) ใช้วัดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

คำชี้แจง ข้อใดตรงกับความเป็นจริงของท่านที่สุดในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา
โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ตามความเป็นจริง

1. ในช่วงเวลาที่ผ่านมาฉัน รู้สึกโดดเดี่ยวบ้างหรือไม่
ไม่เลย (0) บางครั้ง (1) บ่อย ๆ (2) ตลอดเวลา (3)
2. คุณได้ใช้เวลากับบุคคลอื่นหรือไม่
ไม่เลย (0) บางครั้ง (1) บ่อย ๆ (2) ตลอดเวลา (3)
3. คุณพอใจในความสัมพันธ์ต่าง ๆ หรือไม่
ไม่เลย (0) บางครั้ง (1) บ่อย ๆ (2) ตลอดเวลา (3)
4. คุณมีความลำบากในการทำความรู้จักบุคคลใหม่ ๆ หรือไม่
ไม่เลย (0) บางครั้ง (1) บ่อย ๆ (2) ตลอดเวลา (3)
5. คุณมีความลำบากในการรักษามิตรภาพไว้หรือไม่
ไม่เลย (0) บางครั้ง (1) บ่อย ๆ (2) ตลอดเวลา (3)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว ชลยา อັตถาภินันท์

ประวัติการศึกษา 2547-2549 โรงเรียนเบญจมราชูทิศ ราชบุรี 2550-2554
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประวัติการทำงาน 2554-ปัจจุบัน พยาบาล
วิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช ข้อมูลส่วนตัว วันเกิด 28 กันยายน 2532 อายุ 27 ปี เพศ
หญิง สถานภาพสมรส โสด สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน 20 ม. 9 ต.บาง
แพ อ.บางแพ จ.ราชบุรี 70160 เบอร์โทรศัพท์ 084-086-0383

