

ปัจจัยทำนายนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ
การผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

เกศินี ชีรทองดี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ. ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ
การผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

เกศินี ธีรทองดี

นางสาวเกศินี ธีรทองดี

ผู้วิจัย

จันทนา รณฤทธิชัย

รองศาสตราจารย์ จันทนา รณฤทธิชัย,

ภ.ม. (สรีรวิทยา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ไพโรจน์ ทองเจริญ

รองศาสตราจารย์ ไพโรจน์ ทองเจริญ,

ค.ค. (อุดมศึกษา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

คณินิจ พงศ์ถาวรภมร

รองศาสตราจารย์ คณินิจ พงศ์ถาวรภมร,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

สมชาย ธีรทองดี

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิโรจน์ ธีรทองดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิโรจน์ ธีรทองดี,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

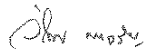
เรื่อง

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ
การผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

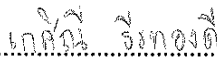
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

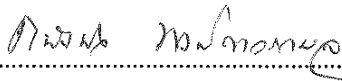
วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2557



รองศาสตราจารย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ,
ค.ด. (อุดมศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นางสาวเกศินี ชีรทองดี
ผู้วิจัย



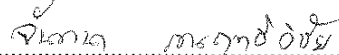
รองศาสตราจารย์ คณินิจ พงศ์ถาวรกุล,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์,
Ph.D. (Gerontological Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นายประพนธ์ กาญจนศิลป์,
พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ จันทนา รัตนทิพย์,
ภ.ม. (สรีรวิทยา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ พงศ์ คำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ จันทนา รณฤทธิ์วิชัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ รวมทั้ง รองศาสตราจารย์ ดร.วิไลวรรณ ทองเจริญ และรองศาสตราจารย์ ดร.คณินิจ พงศ์ถาวรกุล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม วิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ถ่ายทอดความรู้และให้ข้อคิดเห็นอันเป็น ประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาจากอาจารย์ จึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และ น.พ. ประพนธ์ กาญจนศิลป์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาช่วยแก้ไข ข้อบกพร่อง และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ อันเป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างยิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอกราบขอบพระคุณ สภากาชาดไทย ที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ เจ้าหน้าที่ พี่และเพื่อนนักศึกษาทุกท่านที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเชื่อมั่น ในตนเองตลอดจนให้กำลังใจมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่ น้อง ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งด้านกำลังใจ กำลังใจ และกำลังทรัพย์ จนกระทั่งการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ขอบแก่ บพกาวิ คณาจารย์ และทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ไว้ ณ ที่นี้ด้วย

เกศินี วีรทองดี

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULT PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER POST STOMAL SURGERY

เกศินี ชีรทองดี 5437202 NSGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จันทนา รัตนวิชัย, ภม. (สรีรวิทยา),
วิไลวรรณ ทองเจริญ, ค.ศ. (อุดมศึกษา), คณิงนิจ พงศ์ถาวรกุล, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและอำนาจทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary (1995) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องในช่วงระยะเวลา 1 ปี หลังผ่าตัด ที่มารับการตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 88 ราย เก็บข้อมูลโดยการให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม 3) แบบประเมินภาวะพึ่งพิง 4) แบบประเมินความวิตกกังวล 5) แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ที่มีทวารเทียม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติทดสอบหาค่าความสัมพันธ์

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 61.70, S.D. = 14.26) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 75.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .753, p < .05$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความวิตกกังวล (Beta = -.376) รองลงมาคือ ภาวะพึ่งพิง (Beta = -.254) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม (Beta = .249) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Beta = .172) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลควรมีแนวทางในการลดความวิตกกังวล ประเมินภาวะพึ่งพิง ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียมและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต / โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก / ทวารเทียม

FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULT PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER POST STOMAL SURGERY

KASINEE TEERATHONGDEE 5437202 NSGN/M

M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHANTANA RONNARITHIVICHAI, M.S. (PHYSIOLOGY), VILAIVAN THONGCHAREON, Ph.D. (HIGHER EDUCATION), KANAUNGNIT PONGTHAVORNKAMOL, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This correlational predictive research aimed to investigate the ability of ostomy self-care ability, dependence, anxiety and perceived social support on the quality of life in older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery. The health-related quality of life model developed by Wilson and Cleary (1995) was used as the conceptual framework for this study. Eighty-eight post stomal surgery patients that received treatment within 1 year at the Out-Patient Department of Surgery, of King Chulalongkorn Memorial Hospital comprised the sample group. Data were collected by using 1) A demographic data questionnaire 2) Ostomy self-care ability questionnaire 3) Barthel ADL Index 4) Anxiety questionnaire (THADS: Sub scale anxiety) 5) A multidimensional scale of perceived social support 6) Quality of life questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics and testing for predictive power by enter multiple regression analysis.

The findings revealed that quality of life in the older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery is in at a moderate level (Mean=61.70, S.D.=14.26). Ostomy self-care ability, dependence, anxiety and perceived social support were able to jointly explain 75.3 % of the variance in the quality of life in ostomy patient with statistical significance ($R^2 = .753$, $p < .05$). Anxiety was the factor that best predicted quality of life (Beta= -.376), followed by dependence (Beta= -.254), ostomy self-care ability (Beta=.249) and perceived social support (Beta=.172), respectively. This study suggests that nurses should be guidelines for management of anxiety, assessment dependence, promoting their ostomy self-care ability and social support. To improve quality of life in the older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery.

KEY WORDS: QUALITY OF LIFE / COLORECTAL CANCER / OSTOMY

164 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 การทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	13
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	31
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	38
สรุปการทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	54
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	54
แหล่งเก็บข้อมูล	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	61

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	63
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	64
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	65
บทที่ 4 ผลการวิจัย	67
บทที่ 5 อภิปรายผล	76
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	84
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	89
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	107
รายการอ้างอิง	125
ภาคผนวก	136
ประวัติผู้วิจัย	164

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	68
4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา	70
4.3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ภาวะวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง	73
4.4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน	73
4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ภาวะวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	75
4.6 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาค่าอำนาจการทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ภาวะวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	75

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	8
2.1	กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary (1995)	34

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากกลายเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2551 พบว่าประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคมะเร็งถึง 15 ล้านคน หรือร้อยละ 19.6 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก (World Health Organization, 2013) สำหรับประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2553 ของกระทรวงสาธารณสุขโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย โดยมีอัตราการตายต่อแสนคนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2553 เพิ่มขึ้นทุกปีดังนี้ 83.1, 84.9, 87.6, 88.34 และ 91.2 ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) จากรายงานทะเบียนโรคมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry) ฉบับที่ 27 พ.ศ. 2555 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในเพศชายพบบ่อยเป็นลำดับที่ 1 (16.2 %) ของโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในเพศชาย ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60-69 ปี และในเพศหญิงพบบ่อยเป็นลำดับที่ 3 (9.6 %) ของโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในเพศหญิง ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 55-64 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศพัฒนาแล้วมีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงกว่าประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ คิดเป็น 8.8 ต่อแสนคนต่อปี อายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี มีอุบัติการณ์สูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (วิชัย ฉัตรธนาวาริ, 2554) ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่พบได้โดยทั่วไปในกลุ่มผู้สูงอายุ (Mastracci, Hendren, O'Connor, & McLeod, 2006) ประกอบกับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวโดยอ้างอิงจากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 11.9 และในอีก 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2573) จะเพิ่มมากกว่า 2 เท่า เป็นร้อยละ 25 ซึ่งถือว่าเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างเต็มตัวแล้ว (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555) จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พ.ศ. 2551 ถึง 2555 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 1,716 1,754 1,810 1,551 และ 1,593 ราย ตามลำดับ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 909 870 1,004 894 และ 918 ราย ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องมีจำนวน 75, 64, 94, 116 และ 134 ราย ตามลำดับ เป็นกลุ่ม

ผู้สูงอายุจำนวน 46, 34, 49, 65 และ 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.33, 53.13, 52.13, 56.03 และ 58.20 จากสถิติที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง มีสัดส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ปัจจุบันเป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา โดยมีการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก จุดมุ่งหมายหลักของการรักษามะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือการมุ่งหวังที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่ถ้าโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในระยะลุกลามเกินกว่าที่จะรักษาให้หายขาดได้ จุดมุ่งหมายของการรักษาลดระดับไป คือการมุ่งหวังที่จะทำให้คุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร, 2554) การทำผ่าตัดเพื่อรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Ostomy) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่สัลยแพทย์ใช้เพื่อรักษาหรือประกอบการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ การทำทวารเทียมหรือการนำลำไส้มาเปิดทางหน้าท้อง เพื่อให้อุจจาระผ่านออก มีทั้งแบบชั่วคราวและถาวร ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์, 2553) ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดทวารเทียมต้องเผชิญกับการปรับตัวใหม่ บางรายสามารถดำรงชีวิตได้เหมือนปกติ มีความมั่นใจในตนเอง ในขณะที่บางรายอาจมองตนเองในด้านลบ ประเมินคุณค่าของตนเองต่ำ เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง เกิดปัญหาทางด้านจิตสังคม ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่าย และอาจเป็นภาระให้กับผู้ดูแลมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัยผู้ใหญ่กับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องพบว่า ผู้สูงอายุมีระยะวันนอนโรงพยาบาลนาน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และมีอัตราตายมากกว่าวัยผู้ใหญ่ (Bosshardt, 2003) ประกอบกับผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยตามวัย และมีภาวะพึ่งพิงเข้ามาเกี่ยวข้อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mastracci และคณะ (2006) พบว่า หลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุต่ำกว่าวัยผู้ใหญ่ในเรื่องปัญหาเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม การขับถ่าย และการทำหน้าที่ของร่างกาย อีกทั้งยังพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลงซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของร่างกายตามวัย คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นจุดมุ่งหมายที่ต้องการนั้นจึงอยู่ในระดับที่ไม่ค่อยดี จากการศึกษาของ Cotrim และ Pereira (2008) พบว่า ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และคุณภาพชีวิตด้านภาพลักษณ์ สุขภาพ และการเข้าสังคม อยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ไม่มีทวารเทียม เช่นเดียวกับ Ma, Harvey, Stewart, Andrews และ Hill (2007) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านร่างกาย (Physical function) และด้านจิตใจ (Mental health) นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มี

ทวารเทียมลดลงในทุกด้าน ซึ่งการมีทวารเทียมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคมมากที่สุด (Zajac et al., 2008) อย่างไรก็ตามก็ศึกษาคุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งทวารหนักยังไม่ชัดเจน เนื่องจากการศึกษาที่มีจำนวนน้อย (Le, Albo, & Berger, 2007) ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาของต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีจำนวนน้อย มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวร จำนวน 95 ราย อายุ 41-60 ปี พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.84 (นวพร ชิตมน, 2549) และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพของผู้ป่วยทวารเทียม จำนวน 107 ราย อายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (Maneesin, 2010) แต่ทั้งสองงานเป็นการศึกษาที่ทำในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ยังไม่มีงานที่ศึกษาเฉพาะกลุ่มวัยผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

คุณภาพชีวิตมีความสำคัญและสามารถนำมาใช้เป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยได้ การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม มีองค์ประกอบหลายปัจจัย ดังนี้

ด้านปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล นวพร ชิตมน (2549) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวร พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ได้แก่ รายได้หลังป่วย อาชีพหลังป่วย โรคเอดส์ เป็นต้น การศึกษาของ Maneesin (2010) พบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส สิทธิในการรักษาพยาบาล เศรษฐฐานะ สภาพผิวหนังรอบทวารเทียม และการมีโรคประจำตัว เป็นต้น ซึ่งการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่งที่พบมากในผู้สูงอายุ และยังพบว่าการมีโรคร่วมระดับมาก (score ≥ 2) มีอำนาจทำนายการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญ (Jain et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพศหญิงในระยะยาว พบว่า จำนวนโรคร่วมที่เพิ่มมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Trentham-Dietz et al., 2003) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระยะเวลาหลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Ma และคณะ (2007) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม และระยะเวลาหลังผ่าตัดมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม โดยผู้สูงอายุมีการปรับปรุงคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจในช่วงเวลา 6 เดือนหลังผ่าตัด แต่มีการปรับปรุงน้อยลงในระยะ 12 เดือน ซึ่งอาจมีปัจจัยในเรื่องความเสื่อมตามวัยเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย นอกจากนี้การศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม พบว่า ในระยะ 3 เดือน หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Marquis, Marre, & Jambon, 2003) โดยทั่วไปแล้วการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยนั้นจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลา ประกอบกับปัจจัยอื่นๆ ที่จะเข้ามามีส่วนส่งเสริมหรือทำ

ให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการปรับตัวมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยในเรื่องภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับทวารเทียมยังพบอุบัติการณ์มากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มคนที่อายุมากกว่า 40 ปี มีการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม เลือดออกบริเวณทวารเทียม และมีปัญหาด้านจิตใจมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 40 ปีถึง 3 เท่า (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบทวารเทียม มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต โดยจำนวนภาวะแทรกซ้อนยิ่งมาก ยิ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง (Youngberg, 2010) ที่กล่าวมาส่วนใหญ่เป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่มีการศึกษาไว้ค่อนข้างมากแล้ว

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวที่ดี จะมีคุณภาพชีวิตดีด้วย (Sammarco & Konecny, 2008) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน พบการศึกษาของ จิตรา ศิวรักษ์ (2555) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า อาการไม่สบาย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตตามลำดับ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .244$) และจากการศึกษาของ Han, Lee, Lee และ Park (2003) ในกลุ่มผู้ป่วยโรครีเอรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.31, p = .001$) และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ ($R^2 = 0.57, p < .001$)

ด้านจิตใจ การทำผ่าตัดทวารเทียมส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงในด้านจิตใจ ภาวการณ์ ความวิตกกังวล สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทวารเทียม (Cotrim & Pereira, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร ชิตมน (2549) พบว่า ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -0.576$) ซึ่งในการศึกษาของ Schreier และ Williams (2004) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต เช่นกัน กล่าวคือผู้ที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำ

นอกจากนี้ ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และผลสนับสนุนว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับโปรแกรมได้ร้อยละ 59.4 (อรุณี หล่อณิด ผ่องศรี ศรีมรกต และ เชาวน์ สุระคม, 2552) สำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ยากลำบากในการที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่นอกเหนือจากการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไป ซึ่งผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว การศึกษาของ Mastracci และคณะ (2006) กล่าวถึง ผลกระทบจากการมีทวารเทียมว่า ผู้สูงอายุจะมี

ความอ่อนล้ามากกว่าวัยผู้ใหญ่ การทำกิจวัตรประจำวันลดลง 62 % ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการเกิดภาวะฟุ้งฟิงเพิ่มขึ้น และต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุดูแลทวารเทียมยากลำบาก รู้สึกต่ำต้อยหรือสูญเสียศักดิ์ศรี ก่อให้เกิดปัญหาในด้านจิตใจตามมาแต่ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะฟุ้งฟิงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

การเปิดทวารเทียมในผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยในหลายด้าน ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ เช่น การมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ ความสามารถในการรับรู้ข้อมูล และการนำความรู้ไปปฏิบัติลดลง เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น สมรรถภาพลดลง ความตั้งใจลดลง การตอบสนองช้าลง การรับรู้ลดลง อีกทั้งผู้สูงอายุมักกลัวสิ่งที่ตนเองไม่รู้ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆ กลัวการล้มเหลว ผู้สูงอายุแต่ละคนมีการปรับตัวแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพื้นฐานของครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ นิสัยดั้งเดิม ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในตนเอง ความสามารถในการแก้ปัญหาในอดีต และการตอบสนองความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ หากปรับตัวได้ไม่ดี อาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ก่อปรกับสภาพการณ์สังคมที่กำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องมีแนวโน้มสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มีความสามารถด้านร่างกายลดลงตามวัย มีภาวะฟุ้งฟิง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่แตกต่างไปจากผู้ใหญ่ดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุนั้นยังมีจำนวนน้อย สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุเลย พบเพียง 2 การศึกษาซึ่งศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลไว้ค่อนข้างมากแล้ว ผู้วิจัยจึงได้เลือกตัวแปรที่น่าสนใจและมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจากการทบทวนงานวิจัย ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะฟุ้งฟิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ยังมีการศึกษาจำนวนไม่มากนัก เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตลอดจนเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร
2. ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

สมมติฐานการวิจัย

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary (1995) เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยอธิบายแนวคิดคุณภาพชีวิต ภายใต้องค์ประกอบ 5 ส่วนหลัก คือ ปัจจัยด้านชีวสรีรวิทยา (Biological and physiological factors) ภาวะอาการ (Symptom status) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General health perceptions) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall quality of life) และ 2 ส่วนย่อย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Characteristics of the individual) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) ซึ่งบุคคลมีปัจจัยด้านชีวสรีรวิทยาที่แตกต่างกันไปทำให้เกิดการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

ส่งผลต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับภาวะการทำหน้าที่ซึ่งเป็นการความสามารถของแต่ละบุคคลที่มีไม่เท่ากันหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เมื่อเกิดการเจ็บป่วย บุคคลจะรับรู้ภาวะสุขภาพภายใต้การให้คุณค่าในตนเอง นำไปสู่คุณภาพชีวิต

การศึกษาในครั้งนี้ได้ศึกษาตัวแปรบางส่วนที่มีความสำคัญภายใต้แนวคิดนี้ จำนวน 4 ตัวแปร คือ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอยู่ภายใต้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีดังนี้

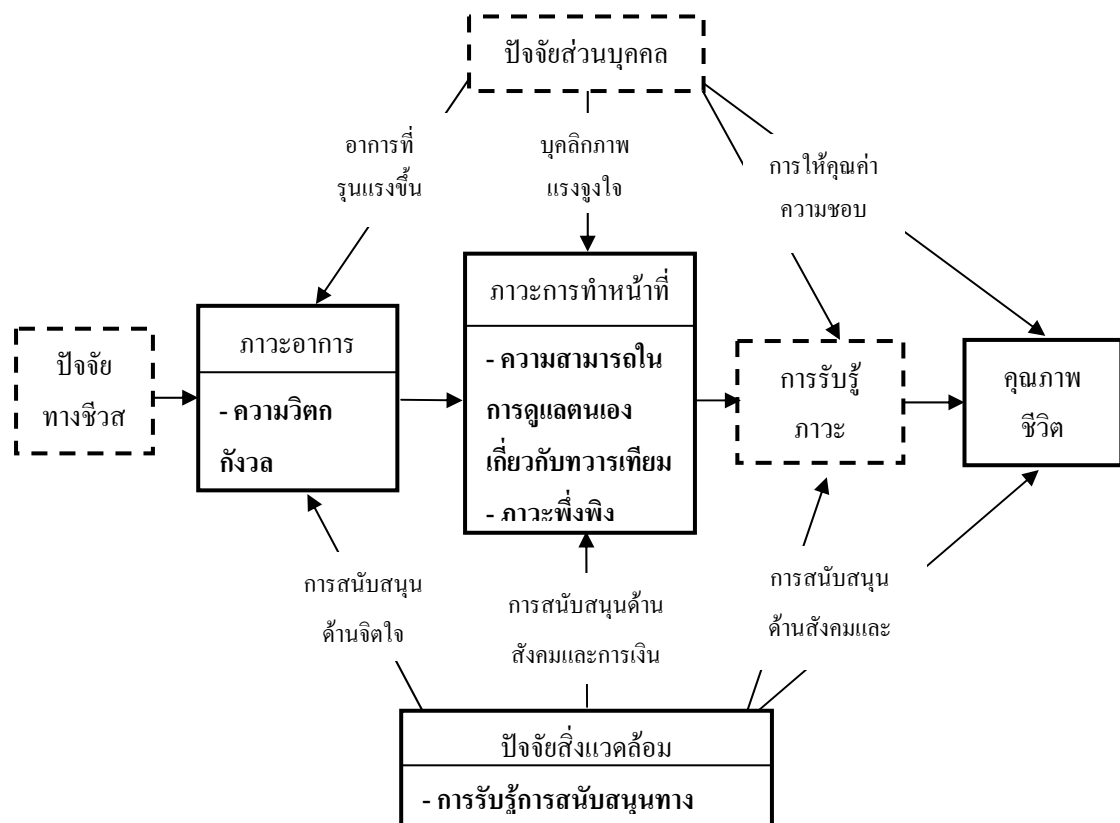
ภาวะการทำหน้าที่ 2 ตัวแปร ดังนี้

ภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นความสามารถด้านร่างกายของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นในการดำรงชีวิตอย่างอิสระ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การแต่งตัว การขับถ่าย เป็นต้น ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของร่างกายจะเริ่มลดลงไปเรื่อยๆ ซึ่งในแต่ละคนจะมีอัตราการเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ในอัตราที่แตกต่างกันไป เกิดความยากลำบากในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ได้แก่ การดูแลทวารเทียม การทำความสะอาด การเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับ การควบคุมกลิ่นและแก๊ส การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การดำเนินชีวิตประจำวัน มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสังคม เมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็ง ภาวะของโรคและการรักษา เป็นสิ่งที่คุกคามผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลงตามมา อีกทั้งผู้ป่วยยังต้องเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองซึ่งเป็นสิ่งใหม่ สำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ยากลำบากในการที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่นอกเหนือจากการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไป ซึ่งผู้สูงอายุบางรายมีภาวะพึ่งพิงเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว จึงเกิดความยากลำบากในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ร้อยละ 59.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรุณี หล่อนิล และคณะ, 2552) และยังไม่พบการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

ภาวะอาการ ซึ่งในการศึกษานี้ศึกษาในส่วนของภาวะอาการทางด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นอาการผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการทางด้านร่างกายอย่างไม่สามารถแยกกันได้อย่างชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าอาการทางด้านร่างกาย จากการศึกษาที่ผ่านมาการผ่าตัดทวารเทียมส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีทวารเทียม (Cotrim & Pereira, 2008) อีกทั้งยังพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -0.576$) (นพพร ชิตมน, 2549)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และ ความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ประกอบไปด้วยหลายด้านคือ การสนับสนุนด้านจิตใจ สังคมและ เศรษฐกิจ ในการศึกษาที่ศึกษาการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ ทั้งจากครอบครัวและเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งสามารถประเมินได้จากการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับความช่วยเหลือ การ สนับสนุนที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและผ่านพ้นปัญหาต่างๆ ไปได้ด้วยดี จากการศึกษาที่ ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านที่ต่ำที่สุดของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม คือ ด้านสังคม (Social function) (Zajac et al., 2008) การศึกษาของ จิตรา ศิวรักษ์ (2555) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถ ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปีขึ้นไปได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta= .244) และจากการศึกษาของ Han และคณะ (2003) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การ สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=0.31$) และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=0.57, p<.001$)



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง คัดแปลงจาก Wilson and Cleary (1995)

โดยสรุปความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์นำไปสู่ผลลัพธ์สุดท้ายคือ คุณภาพชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กันดังแสดงในภาพที่ 1

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ประชากรคือ ผู้ป่วยสูงอายุ เพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 88 ราย ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556

นิยามตัวแปร

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ในการจัดการดูแลเกี่ยวกับทวารเทียมของตนเองทั้งด้านการดูแลทวารเทียม การทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับ การควบคุมกลิ่นและแก๊ส การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการดูแลตนเองด้านจิตใจและสังคม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งดัดแปลงมาจากของ อรุณี หล่อนิล และคณะ (2552) จำนวน 18 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน

ภาวะพึ่งพิง หมายถึง ระดับความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างอิสระ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การแต่งตัว การขับถ่าย รวมทั้งการทำความสะอาดหลังการขับถ่าย โดยใช้แบบประเมินภาวะพึ่งพิงดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งพัฒนาโดย Mahoney

& Barthel (1965) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวางและพัฒนาเพื่อใช้กับบริบทของคนไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (Jitapunkul, Kamolratanakul & Ebrahim, 1994) มีจำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆ เป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ เช่น ความกังวล ครุ่นคิด ไม่มีสมาธิ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการวิตกกังวล โดยใช้ Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS โดยใช้เฉพาะส่วนของ sub scale anxiety ที่ได้รับการแปลและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) จาก HADS ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond and Snaith (1983) เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ส่วนของ sub scale anxiety มี 7 ข้อ (ข้อเลขคี่) ข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ต่อการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง และเพื่อน ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ หรือการให้บริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) ซึ่งพัฒนาโดย Zimet, Dahlem, Zimet and Farley (1988) เพื่อวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ซึ่งเป็นฉบับที่ทำการแปลและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย พัทธกัญพล บุญยะมาลิก ในปี พ.ศ. 2547 (Boonyamalik, 2005) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง เกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก (well-being) ความสุข (happiness) และความพึงพอใจ (life satisfaction) ในชีวิตของตนเอง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมของ Padilla และ Grant (1985) ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล

(Hanucharunkul, 1989) ได้แปลเป็นภาษาไทย นำมาดัดแปลงเล็กน้อย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่าแบบ Linear analog scale มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น
2. ผลการศึกษาครั้งนี้อาจเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาล เพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องอย่างเหมาะสมต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต อำนาจการทำนายของ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

พยาธิสรีรวิทยาของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อาการและการวินิจฉัยโรค

ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การผ่าตัดเปิดทวารเทียม

ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary (1995)

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม

ภาวะพึงพิง

ความวิตกกังวล

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

สรุปการทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของระบบทางเดินอาหาร พบมากเป็นลำดับที่ 1 ในเพศชาย และเป็นลำดับที่ 3 ในเพศหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) และเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ (Mastracci et al., 2006)

พยาธิสรีรวิทยาของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นส่วนสุดท้ายของระบบทางเดินอาหารก่อนที่จะเปิดออกสู่ภายนอก ร่างกายที่รูทวาร ขดเป็นรูป ก. ใ้ ต่อจากลำไส้เล็กส่วนสุดท้าย ileocecal (IC) valve สิ่งที่แตกต่างกันไปจากลำไส้เล็กคือลำไส้ใหญ่จะโป่งเป็นกระเปาะ (haustration) เพราะกล้ามเนื้อตามยาว (longitudinal muscle) หุ้มไม่ครบวงแต่จะแยกออกเป็น taenia coli 3 เส้น (กษยา ดันดิผลาชีวะ, 2554) ความยาวของลำไส้ใหญ่ทั้งหมดประมาณ 5 ฟุต (150 ซม.) โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ 1) ascending colon ลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้น ยาวประมาณ 15 ซม. เริ่มจากส่วน กระเปาะเล็กๆ ที่เรียกว่า cecum เป็นลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้นทางด้านขวาของหน้าท้อง และมีส่วนที่เรียกว่า appendix ห้อยอยู่ด้วย 2) transverse colon ลำไส้ใหญ่แนวขวาง ยาวประมาณ 45 ซม. 3) descending colon ลำไส้ใหญ่ส่วนขาลงทางด้านซ้ายของหน้าท้อง ยาวประมาณ 30 ซม. 4) sigmoid colon ลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยว รูปตัว “S” ยาวประมาณ 45 ซม. ซึ่งของเสียที่ส่งผ่านลำไส้ใหญ่เราเรียกว่าอุจจาระ (feces หรือ Stool) และส่งต่อไปยังลำไส้ตรง (rectum) ยาวประมาณ 12 ซม. และผ่านออกจากร่างกายทางทวารหนัก (American Cancer Society [ACS], 2012; ประไพ อริยประยูร และปนัดดา สุวรรณภราดร, 2555)

เมื่ออาหารผ่านลำไส้ใหญ่จะมีการดูดซึมเกลือแร่และกรดไขมันชนิด short - chain เลี้ยงด้วยระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งควบคุมการบีบตัวและการสร้างสาร หน้าทีของลำไส้ใหญ่คือ ย่อยสารอาหารโดยอาศัยจุลินทรีย์ที่อยู่ในลำไส้ใหญ่ ดูดซึมน้ำและเกลือแร่ หลังสารน้ำซึ่งมีเกลือแร่และถูกเก็บสะสมกักอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว และขับเคลื่อนอุจจาระไปสู่ทวารหนักเพื่อขับออกทางปากทวาร ลำไส้ใหญ่ซีกขวา มีการบีบตัวในอัตรา 1 ชม.ต่อชั่วโมง เป็นตำแหน่งที่มีการย่อยคาร์โบไฮเดรตและโปรตีนที่เหลือมาจากลำไส้เล็ก มีการควบคุมปริมาณน้ำ โดยการดูดกลับโซเดียมและน้ำของผนังลำไส้ใหญ่ ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย เป็นตำแหน่งสุดท้ายที่จะปรับลักษณะของอุจจาระก่อนที่จะขับออกสู่ภายนอก ร่างกาย ลำไส้ส่วนนี้อาจมีบทบาทในการกักเก็บอุจจาระและช่วยในการกลั่นอุจจาระ แต่ความเชื่อนี้ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ แบคทีเรียในลำไส้ใหญ่มีมากกว่า 400 ชนิด ซึ่งมีหน้าที่ย่อยสลายกากอาหารที่เหลือ เพื่อสร้างกรดไขมันสายสั้น (short chain fatty acid) และสร้างวิตามินเค ซึ่งสามารถดูดซึมได้ที่ลำไส้เล็ก นอกจากนั้นแบคทีเรียยังมีหน้าที่ควบคุมการแบ่งตัวและการ

เจริญเติบโตของเซลล์เยื่อ รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันของลำไส้ใหญ่ การมีแบคทีเรียจำเพาะอาศัยอยู่จะ ช่วยป้องกันแบคทีเรียก่อโรคไม่ให้เติบโตได้ (กษยา ตันติผลาชีวะ, 2554)

ลำไส้ใหญ่ประกอบด้วยชั้นเนื้อเยื่อ 4 ชั้นหลักๆ คือ ชั้นเยื่อเมือก (mucosa) ชั้นใต้เยื่อเมือก (submucosa) ชั้นกล้ามเนื้อ (muscular layer) และชั้นนอกสุดเป็นเยื่อหุ้ม serosa โดยในชั้น submucosa จะเป็นชั้นของระบบหลอดเลือด ชั้น muscularis เป็นชั้นกล้ามเนื้อที่มีหน้าที่บีบตัวของลำไส้ใหญ่ให้เกิดการเคลื่อนไหว เยื่อบุผิวลำไส้ใหญ่ (epithelial) จะประกอบด้วยเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ซึ่งบริเวณเยื่อบุผิวนี้นี้จะมีการสร้างเซลล์ขึ้นทดแทนทุก 4-8 วัน โดยการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่จะเกิดในกระบวนการสร้างเยื่อบุผิวทดแทน ถ้าได้รับสารก่อมะเร็ง (carcinogen) จะกระตุ้นให้มีการแบ่งตัวมากจนไม่สามารถควบคุมได้และทำให้เป็นมะเร็งในที่สุด (วุฒิสิริ วีรสาร, 2545) ส่วนใหญ่มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้นจะพัฒนาอย่างช้าๆ นานหลายปี โดยเริ่มจากติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่และทวารหนักซึ่งเป็นก้อนเนื้อออก ไม่ใช่มะเร็ง ติ่งเนื้อบางประเภทจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งมีเพียงบางส่วน ขึ้นกับชนิดของติ่งเนื้อ เช่น adenomatous polyps (adenomas) เป็นติ่งเนื้อที่สามารถเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็งได้ เนื่องจากเป็นเซลล์ที่ผิดปกติ hyperplastic polyps and inflammatory polyps ปกติแล้วไม่ใช่เซลล์ที่ผิดปกติ แต่แพทย์บางคนเชื่อว่าติ่งเนื้อนี้สามารถ กลายเป็นเซลล์ที่ผิดปกติหรืออาจจะเป็นสัญญาณความเสี่ยงในการพัฒนาไปเป็นมะเร็งได้ต่อไป (ACS, 2012) มะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มากกว่าร้อยละ 95 เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของ ติ่งเนื้อชนิด adenomatous polyp หรือผ่านกลไกต่างๆ เช่น chromosome instability, microsatellite instability ทำให้เกิดการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อบุผนังที่ลำไส้ใหญ่ที่มากและเร็วผิดปกติกลายเป็นก้อนที่ใหญ่ขึ้น และลุกลามเข้าไปในผนังลำไส้ ทำให้ผนังช่องท้องอักเสบ (peritonitis) จนกระทั่งลุกลาม ไปยังอวัยวะข้างเคียงอื่นๆ (ชัยญลักษณ์ วาณะวิศิษฐ์, 2553; กษยา ตันติผลาชีวะ, 2554)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนี้ (ACS, 2012)

1) Age วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่สามารถพัฒนาเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ แต่การเปลี่ยนแปลงจะพบมากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี ประมาณ 9 ใน 10 รายที่วินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีอายุมากกว่า 50 ปี

2) Polyp cancer เชื่อว่าสาเหตุของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนมาก ร้อยละ 95 เริ่มจากการเกิด polyp ชนิด adenomas

3) Inflammatory bowel disease (IBD) ประกอบด้วย ulcerative colitis และ Crohn's disease เป็นลักษณะของลำไส้ที่มีการอักเสบเรื้อรัง คนที่มีภาวะลำไส้อักเสบเป็นเวลานานหลายปีจะพัฒนาเป็นเซลล์ที่ผิดปกติ (dysplasia) และเปลี่ยนเป็นเซลล์มะเร็งในเวลาต่อมา

4) ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ปัจจัยทางพันธุกรรมที่พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือการเกิด familial adenomatous polyposis (FAP) และ hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC) นอกจากนี้ส่วนใหญ่คนที่มียีนผิดปกติทางครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1 ใน 5 ราย จะมีโอกาสพัฒนาเป็นโรคมะเร็งได้ และควรพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองเบื้องต้นตั้งแต่อายุน้อยกว่า 50 ปี

5) Behavioral factors ปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล

- ชนิดของอาหาร เชื่อว่า อาหารที่มีกากน้อยจะมีการขับถ่ายได้น้อยครั้งทำให้สารก่อมะเร็งสัมผัสกับเยื่อบุภายในของลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนานกว่าจึงก่อให้เกิดมะเร็งมากกว่า อาหารประเภทเนื้อแดง และที่ทำจากเนื้อสัตว์ เช่น ไส้กรอก ในปริมาณสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รวมทั้งวิธีการประกอบอาหารที่ใช้อุณหภูมิสูง ประเภทปิ้งย่าง เป็นการเพิ่มสารเคมีอาจจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งแต่ยังไม่เป็นข้อสรุปชัดเจนว่าสามารถก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้

- ไขมันในอาหาร พบว่า อาหารที่มีไขมันสูง มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เนื่องจากจะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งกรดน้ำดี (bile acid) มากขึ้น แบคทีเรียในลำไส้จะเปลี่ยนสารเหล่านี้ให้เป็น cholesterol metabolites และ secondary bile acid ซึ่งจะเกิดการระคายเคืองเยื่อบุของผนังลำไส้ กระตุ้นให้เกิดการแบ่งตัวของเยื่อบุผนังลำไส้มากขึ้น นอกจากนี้อาหารที่มีไขมันสูงที่ผ่านกระบวนการปรุงด้วยวิธีย่าง ร้อนวัน จะมีสารก่อมะเร็งอยู่

- ภาวะอ้วนและการไม่ออกกำลังกาย ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง จึงเพิ่มระยะเวลาที่สารก่อมะเร็งตกค้างในลำไส้ เสี่ยงต่อการพัฒนาไปสู่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มมากขึ้น ทั้งในเพศชายและเพศหญิง

- การสูบบุหรี่ เป็นระยะเวลานาน เป็นที่ทราบกันดีว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการเกิดมะเร็งปอด ซึ่งเกิดจากสารที่อยู่ในบุหรี่สามารถดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้ทางน้ำลายและการกลืน นำมาสู่การเกิดมะเร็งระบบทางเดินอาหารและลำไส้ได้เช่นเดียวกัน

- ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก อาจนำมาสู่การเกิดภาวะระดับกรดโฟลิกในร่างกายต่ำ

- การทำงานกลางคืน การทำงานเวลากลางคืนมากกว่า 3 คืนใน 1 เดือน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีผู้ศึกษาหลายคนให้เหตุผลว่า เป็นผลให้รับกวนต่อ

ระดับสารเมลาโทนิน (melatonin) ในร่างกาย ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของแสง ข้อสรุปนี้ยังคงต้องมีการศึกษาต่อไป

อาการและการวินิจฉัยโรค

อาการที่นำมาพบแพทย์มากที่สุดคือ การมีเลือดออกที่ทวารหนัก (rectal bleeding) การเปลี่ยนแปลงระบบการขับถ่าย และปวดท้อง (cramping abdominal pain) แสดงถึงมีการอุดตัน อย่างไรก็ตามอาการจะขึ้นกับตำแหน่ง ขนาด ขอบเขตของก้อน ผู้ป่วยที่มีอาการ เช่น น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ชีด อ่อนเพลีย เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (ปริญา ทวีชัยการ และสหพล อนันต์นำเจริญ, 2554)

อาการและอาการแสดงจะสัมพันธ์กับตำแหน่งของมะเร็งในลำไส้ในระยะแรก จะมีอาการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยเกี่ยวกับแบบแผนการขับถ่าย และถ่ายมีเลือดปนเป็นบางครั้ง มะเร็งบริเวณลำไส้ใหญ่ด้านขวา มักจะมีอาการปวดเกร็ง คล้ายไส้ติ่งอักเสบ มะเร็งบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง อาจพบมีถ่ายอุจจาระปนเลือด แบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง และมีการอุดตันของลำไส้ มะเร็งบริเวณลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย สามารถวินิจฉัยได้ง่ายจากอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด (bright red bleeding) มะเร็งบริเวณลำไส้ตรง อาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่าย ถ่ายบ่อยมากขึ้นและมีถ่ายเป็นเลือดสด (bright red bleeding) (Steele & Steele, 2011)

อาการที่พบน้อยคือ น้ำหนักลด มีไข้ ประมาณ 50 % ของผู้ป่วยจะมีประวัติน้ำหนักลดอยู่แล้วแต่ไม่ใช่อาการสำคัญ อาการไข้พบน้อย และน้อยมากที่จะมีการติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งการติดเชื้อในกระแสโลหิตสามารถพบได้ในทุกระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากเชื้อ streptococcus bovis เช่น เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ กระดูกสันหลังอักเสบ และการอักเสบของทรวงอก ซึ่งมีรายงานว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับรอยโรคของลำไส้ เช่น โรคลำไส้อักเสบ และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งสามารถพบได้ก่อนที่จะมีอาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจจากเชื้อ streptococcus bovis ต้องตรวจหา colonic pathology ด้วย

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นสาเหตุสำคัญของการอุดตันของลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ 15 % ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมักจะมาด้วยลำไส้อุดตันด้านซ้ายเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากอุจจาระที่แข็งและรอยโรคมักเป็นแบบครบวง (annular type) ส่วนลำไส้ใหญ่ด้านขวามักไม่มีการอุดตันเนื่องจาก lesion มักเป็น polypoid type และอุจจาระมีลักษณะเหลว ยกเว้นในกรณีที่รอยโรคอยู่ที่ ileocecal valve จะเกิดอาการอุดตันได้ง่าย การอุดตันแบบสมบูรณ์พบน้อยกว่า 10 % ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะมีอาการ ไม่ผายลม ไม่ถ่าย ปวดท้องแบบบีบและคลาย ตรวจร่างกายอาจพบก้อนได้ ถ้าปล่อยไว้จะทำให้ลำไส้ใหญ่มีแรงดันมากขึ้น

ทำให้แรงดันในช่องท้องสูงกว่าแรงดันของหลอดเลือดทำให้เลือดไม่สามารถมาเลี้ยงผนังลำไส้ เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยง และเกิดการเน่าตาย ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรงแบบกดสะดุ้ง (rebound tenderness) และมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรือไม่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ ถ้าปล่อยไว้จะเกิดการเน่าตาย แล้วเกิดการทะลุของลำไส้ ทำให้เกิดการอักเสบและการติดเชื้อภายในช่องท้อง (กษยา ตันติผลาชีวะ, 2554)

การตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้น ประกอบด้วย (Madoff & Dykes, 2004; Beck et al., 2011; NICE clinical guideline, 2011; กษยา ตันติผลาชีวะ, 2554)

1) การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย ประกอบด้วยการถามประวัติอาการ โรคประจำตัว และประวัติการรักษาที่เคยได้รับมาก่อนรวมถึงการตรวจร่างกายเพื่อหาสัญญาณ หรืออาการแสดงของโรค เช่น ก้อน หรืออาการผิดปกติอื่นๆ

2) การตรวจทางทวารหนัก (Digital rectal exam) คือการตรวจภายในรูทวารหนัก และลำไส้ใหญ่ส่วนปลายด้วยการใช้นิ้วมือ เพื่อคลำหาก้อนหรือลักษณะที่ผิดปกติภายในรูทวารหนัก ซึ่งในคนไทยมากกว่า 50 % มักพบเป็นมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่นด้านซ้าย

3) การตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test: FOBT) คือการตรวจหาว่ามีเลือดออกในลำไส้ใหญ่หรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีติ่งเนื้อ มักจะมีเลือดออกมาพร้อมกับอุจจาระ เป็นการคัดกรองเบื้องต้นที่ทำได้ง่ายและรวดเร็ว มักใช้เป็นการตรวจสุ่มในประชากรจำนวนมากที่ยังไม่มีอาการชัดเจน เพื่อเข้าสู่กระบวนการตรวจที่ชัดเจนต่อไป เนื่องจากไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นเนื้องอกหรือมะเร็งได้ จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่าประโยชน์ในการตรวจคัดกรองด้วย FOBT ช่วยลดอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักลงได้ ทำให้มีความเป็นไปได้ในการรักษามากขึ้น การกระจายของโรคจากการผ่าตัดพบน้อยซึ่งทำให้ง่ายต่อการรักษา เนื้องอกมะเร็งยังไม่แพร่กระจายไปอวัยวะอื่น (Hewitson, Glaszion, Irwig, Towler, & Watson, 2011) โดย NICE clinical guideline (2011) แนะนำว่าควรตรวจคัดกรองเป็นประจำปีละครั้ง

4) การเอ็กซเรย์สวนสารทึบรังสีทางทวาร (Double contrast barium enema) เป็นเทคนิคหนึ่งของการเอ็กซเรย์บริเวณทางเดินอาหารส่วนล่างโดยการใช้สารทึบรังสีสวนเข้าไปทางรูทวารหนักซึ่งสารทึบรังสีเหล่านี้จะเข้าไปฉาบบนพื้นผิวของลำไส้ใหญ่ และสามารถเห็นจากภาพเอ็กซเรย์ได้ง่ายขึ้น มีความไวในการตรวจพบร้อยละ 85.2 แนะนำให้ตรวจวิธีนี้ทุก 5 ปี

5) การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นวิธีที่ใช้เป็นมาตรฐาน มีความปลอดภัยสูง ทำภายใต้การให้ยาสลบโดยใช้กล้องยาวประมาณ 150 ซม. ชนิดอ่อนซึ่งโค้งงอได้ ส่องเข้าไปทางทวารหนักเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพในลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ส่วนปลายจนถึงส่วนต้น สามารถมองเห็นภาพจริงของรอยโรค และมีช่องสำหรับทำหัตถการเพื่อตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

ประกอบการวางแผนการรักษาต่อไป หรือบางกรณีสามารถให้การรักษาทันทีโดยการกำจัดรอยโรคได้ด้วยเครื่องมือพิเศษขนาดเล็กผ่านทางกล้องส่องกล้องโดยตรง การตรวจคัดกรองในคนทั่วไปควรทำทุก 10 ปี ถ้ามีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูงควรตรวจทุก 2 ปี

6) การส่องกล้องบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Flexible sigmoidoscopy) โดยการใช้กล้องเป็นท่อนิ่มที่มีเส้นใยนำแสง fiber optic อยู่ภายในรับภาพจากปลายกล้อง มีความยาว 40 เซนติเมตร ส่องเข้าไปทางรูทวารหนักเพื่อดูบริเวณรูทวารหนักและลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ควรตรวจคัดกรองทุก 4 ปี สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากหลังจากทำ barium enema แล้วพบ lesion ที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งแนะนำให้ทำ sigmoidoscopy และพิจารณาตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ยกเว้นกรณีมีข้อห้าม

7) Virtual colonoscopy คือเทคนิคใหม่ในการใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography) ในการถ่ายภาพรังสีต่อเนื่องหลายภาพ และนำมาเรียงซ้อนกันและประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ทำให้เกิดภาพ 3 มิติ คล้ายการส่องกล้อง ซึ่งสามารถตรวจต่งเนื้อหรือพยาธิสภาพในลำไส้ได้แต่ไม่สามารถเข้าไปตัดต่งเนื้อหรือชิ้นเนื้อได้ โดยอาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า colonography หรือ CT colonography

8) การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (Biopsy) โดยนำชิ้นเนื้อที่ตัดจากการส่องกล้องมาตรวจดูเซลล์และเนื้อเยื่อด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็งและลักษณะเซลล์ที่ผิดปกติ

9) การตรวจสารบ่งชี้โรคมะเร็ง (Tumor marker) เป็นโปรตีนที่ไม่พบในภาวะปกติหรืออาจตรวจพบในภาวะปกติแต่มีในปริมาณไม่สูง เมื่อตรวจพบสารเหล่านี้มีปริมาณสูงมากจนผิดปกติ จะช่วยบ่งชี้ความสัมพันธ์กับโรคมะเร็ง ที่นิยมใช้มากที่สุดคือ carcinoembryonic antigen (CEA) ไม่นิยมนำมาใช้ในการตรวจคัดกรองโรค แต่มักใช้ในการติดตามผลหลังผ่าตัดเพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษา

ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การตรวจวินิจฉัยต่างๆ ดังที่กล่าวมานั้นเพื่อร่วมวินิจฉัยโรคและบอกระยะของโรคมะเร็ง (Staging of colorectal cancer) ซึ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่มีผู้จัดแบ่งระยะของโรคออกตามหลายระบบด้วยกัน ที่นิยมใช้ เช่น Dukes classification, Australian clinic-pathological staging (ACPS) และ TNM classification (จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์, 2554) ซึ่งการแบ่งตามระบบ TNM classification ของ AJCC Manual 7th edition ได้แก่ Primary tumor (T) ประเมินจากความลึกของการลุกลามของมะเร็ง ส่วน Regional Lymph Nodes (N) การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ประเมินจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่พบ และ Distant metastasis (M) ประเมินการกระจายไปอวัยวะอื่น ดังนี้ (Edge, Byrd, Compton, Fritz, Greene, & Trotti, 2010)

Stage 0 (Carcinoma in situ) ในระยะ 0 นี้เซลล์ที่ผิดปกติจะพบเฉพาะบริเวณชั้นผิวเยื่อของลำไส้ใหญ่เท่านั้น

Stage I เซลล์มะเร็งลุกลามจากเนื้อเยื่อชั้นในสุดของผนังลำไส้ใหญ่ไปยังชั้นกล้ามเนื้อแต่ไม่ลุกลามสู่เนื้อเยื่อและต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง (T1 or T2, N0, M0)

Stage II ระยะที่ 2 นี้สามารถแบ่งออกได้เป็น

- ระยะ IIA: เซลล์มะเร็งมีการลุกลามถึงผนังลำไส้ใหญ่ ไม่กระจายสู่เนื้อเยื่อหรือต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง (T3, N0, M0)
- ระยะ IIB: เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปยังเยื่อในช่องท้อง (visceral peritoneum) ไม่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นๆ (T4a, N0, M0)
- ระยะ IIC: เซลล์มะเร็งมีการลุกลามถึงผนังลำไส้ใหญ่ และมีการกระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง แต่ไม่มีการกระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่นๆ (T4b, N0, M0)

Stage III ระยะที่ 3 นี้สามารถแบ่งออกได้เป็น

ระยะ IIIA: เซลล์มะเร็งมีการลุกลามในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ ร่วมกับการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง 1-3 ต่อมน้ำ หรือมีก้อนเนื้ออกในเนื้อเยื่อรอบลำไส้ซึ่งไม่มีต่อมน้ำเหลือง แต่ไม่กระจายไปสู่อวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย (T1 or T2; N1 or N1c, M0 or T1, N2a, M0)

ระยะ IIIB: เซลล์มะเร็งมีการลุกลามบริเวณผนังลำไส้ หรือรอบๆ อวัยวะและต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง 1-3 ต่อมน้ำ หรือ ก้อนเนื้ออกในเนื้อเยื่อรอบลำไส้ซึ่งไม่มีต่อมน้ำเหลือง แต่ไม่มีการกระจายไปยังอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย (T3 or T4a, N1 or N1c, M0; T2 or T3, N2a, M0; or T1 or T2, N2b, M0)

ระยะ IIIC: เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงตั้งแต่ 4 ต่อมน้ำขึ้นไป แต่ไม่มีการกระจายไปยังอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย (T4a, N2a, M0; T3 or T4a, N2b, M0; T4b, N1 or N2, M0)

Stage IV ระยะที่ 4 นี้สามารถแบ่งออกได้เป็น

ระยะ IVA: เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง 1 อวัยวะ เช่น ตับ หรือปอด (anyT, anyN, M1a)

ระยะ IVB: เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง มากกว่า 1 อวัยวะ (anyT, anyN, M1b)

การวินิจฉัยระยะของโรคที่ถูกต้องและรวดเร็วมีผลต่อการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักได้อย่างเหมาะสมและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค รวมถึงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัยดังกล่าวมาข้างต้นเพื่อนำไปสู่การรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพต่อไป

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ปัจจุบันเป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัดและการใช้รังสีรักษา โดยมีการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก (Kendal, Cripps, Viertelhausen, & Stern, 2002) จุดมุ่งหมายหลักของการรักษามะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือ การมุ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค หรือมีโอกาสดังกลับเป็นซ้ำน้อยที่สุด แต่ถ้าโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในระยะลุกลามเกินกว่าที่จะรักษาให้หายขาดได้ จุดมุ่งหมายของการรักษาลำดับถัดไปคือการมุ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (Hohenberger, 2001; กษยา ตันติผลาชีวะ, 2554; ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร, 2554)

สำหรับการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยทั่วไปการรักษาหลักมี 3 วิธี ได้แก่ (Colussi et al., 2001; วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548; ชีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์, 2553; รัชญลักษณ์ วาณะวิศิษฐ์, 2553; ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร, 2554; ACS, 2012)

1) การผ่าตัด (surgery) การผ่าตัดในมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้นเป็นการรักษาที่สามารถทำได้ในทุกระยะของโรคมะเร็ง ซึ่งการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่นั้นวิธีการผ่าตัดขึ้นกับชนิดตำแหน่ง และระยะการเกิดเนื้องอก ตลอดจนสภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย เป้าหมายของการผ่าตัดคือการตัดลำไส้ช่วงที่เป็นมะเร็งออกให้มากที่สุด อย่างน้อยให้เหลือส่วนที่มองเห็นว่าเป็นมะเร็งข้างละ 5 เซนติเมตร รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นออกให้หมดด้วย (รัชญลักษณ์ วาณะวิศิษฐ์, 2553; กษยา ตันติผลาชีวะ, 2554) สามารถทำได้หลายแบบ

การตัดออกเฉพาะที่ (local excision) สามารถทำได้ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะต้นๆ ซึ่งอาจทำได้โดยไม่ต้องผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยการใส่กล้องผ่านทางรูทวารหนัก และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย และตัดก้อนมะเร็งออก ในก้อนมะเร็งที่มีลักษณะเป็นติ่งเนื้อ (polyp) อาจเรียกการผ่าตัดแบบนี้ว่า “polypectomy”

การตัดต่อลำไส้ (resection) ในกรณีที่ก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ ศัลยแพทย์อาจต้องทำการตัดก้อนออกร่วมกับการตัดเนื้อลำไส้ใหญ่รอบๆบางส่วน หลังจากนั้นจึงทำการต่อลำไส้ส่วนที่ดีที่เหลือเข้าด้วยกัน นอกจากนี้จะทำการ ตัดต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง เพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็งทางกลิ้งจุลทรรศน์ร่วมด้วย การตัดลำไส้ และเปิดช่องขับถ่ายทางหน้าท้อง (resection and colostomy) ใน

กรณีที่ไม่สามารถเย็บต่อปลายของลำไส้ทั้ง 2 ด้านเข้าด้วยกัน ศัลยแพทย์จะทำการเปิดปลายลำไส้ที่นั้น ออกทางหน้าท้อง เพื่อเป็นช่องทางสำหรับการขับถ่าย ขั้นตอนนี้เรียกว่า “colostomy” อุจจาระที่ถูกขับออกมานั้นก็จะเก็บใส่ถุงที่หุ้มอยู่รอบ ๆ ช่องเปิดทางหน้าท้อง ในบางครั้งเมื่อบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนล่างนั้นหายดีแล้วก็จะทำการต่อลำไส้กลับลงไปดังเดิมได้ แต่หากมีความจำเป็นที่จะต้องตัดลำไส้ใหญ่ส่วนล่างออกทั้งหมด อาจจะต้องเปิดช่องขับถ่ายทางหน้าท้องไว้อย่างถาวร

ประเภทของการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนมะเร็งในลำไส้ (ACS, 2012; ประไพ อริยประยูร และปณิดดา สุวรรณภราดร, 2555)

- Right hemicolectomy สำหรับก้อนที่ cecum และ ascending colon

ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้น เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้นและส่วนหนึ่งของลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางออกไป แล้วต่อส่วนปลายของลำไส้เล็กเข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางที่เหลืออยู่

- Extended right hemicolectomy สำหรับก้อนที่ hepatic flexure

- Subtotal colectomy สำหรับก้อนที่ splenic flexure หรือ หลายตำแหน่ง

ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในหลายตำแหน่ง เช่น มีก้อนเนื้องอกที่ลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้นที่หนึ่งและอีกที่หนึ่งที่ลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวด้วย จึงต้องตัดลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้น ส่วนขวาง ส่วนขาลง และส่วนคดเคี้ยวออกไป แล้วต่อปลายของลำไส้เล็กเข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนตรง

- Left hemicolectomy สำหรับก้อนที่ descending colon

ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนขาลง เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนขาลงและส่วนหนึ่งของลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางออกไป แล้วต่อส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางที่เหลืออยู่เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยว (sigmoid) หรือลำไส้ใหญ่ส่วนตรง (rectum)

- Sigmoidectomy or anterior resection (AR) สำหรับก้อนที่ sigmoid colon

ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยว (sigmoid) เป็นการตัดลำไส้ส่วนคดเคี้ยวออก แล้วต่อส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ส่วนขาลงที่เหลืออยู่เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนตรง (rectum)

- Low anterior resection (LAR) สำหรับก้อนที่ลำไส้ตรงส่วนบน

ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนตรง เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรงออก และต่อส่วนของลำไส้ใหญ่ส่วนขาลงหรือส่วนคดเคี้ยวเข้ากับปลายของลำไส้ใหญ่ส่วนตรงที่เหลืออยู่ โดยไม่มีผลต่อกล้ามเนื้อหูรูด ในบางรายอาจกลลำไส้เปิดเป็นทวารเทียมชั่วคราวเพื่อให้แผลบริเวณลำไส้ที่ตัดต่อติดดี หลังจากนั้นจึงผ่าตัดเก็บลำไส้เพื่อขับถ่ายทางเดิม

- Abdominal peritoneal resection (APR) สำหรับก้อนที่ลำไส้ตรงส่วนล่างหรือก้อนที่ติดกับกล้ามเนื้อหูรูด เป็นการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรงออก โดยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการตัดทำลายกล้ามเนื้อหูรูดของรูทวารหนักได้ จึงต้องนำส่วนของลำไส้ใหญ่ส่วนข้าง หรือลำไส้ใหญ่ส่วนคดเกี่ยวเปิดออกเป็นรูระบายอุจจาระทางหน้าท้องอย่างถาวร

- Hartmann's procedure เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนข้าง ช่วงปลายและลำไส้ใหญ่ส่วนตรง (rectum) และขลิบลำไส้ใหญ่ส่วนปลายเปิดเป็น end colostomy และเย็บปิดลำไส้ส่วน rectum ที่เหลืออีกด้านเป็น stump ไว้ สำหรับบางรายสามารถกลับมาต่อเพื่อขับถ่ายทาง rectum ได้ บางรายอาจเปิดทวารเทียมไปตลอดชีวิต (Pan Birmingham Cancer Network, 2009)

- Pelvic exenteration เป็นการผ่าตัด rectum และอวัยวะใกล้เคียงเช่น กระเพาะปัสสาวะ ต่อมลูกหมาก (เพศชาย) หรือมดลูก (เพศหญิง) และอวัยวะที่มะเร็งกระจายไปถึง หลังผ่าตัดต้องมีทวารเทียมระบายทั้งอุจจาระ และปัสสาวะ (ileal conduit) ที่หน้าท้อง แบบถาวร (ACS, 2012)

2) การใช้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)

ยาเคมีบำบัด คือ การใช้ยาในการรักษาโรคมะเร็ง โดยยาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์โดยการทำลายเซลล์มะเร็ง หรือการยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง หลังจากกินยา หรือนิยมนำยาเคมีบำบัดเข้าทางหลอดเลือดดำหรือกล้ามเนื้อยาจะถูกดูดซึมเข้าทางกระแสเลือด และจับกับเซลล์มะเร็งที่อยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เรียกว่า systemic chemotherapy แต่ในบางกรณีอาจจะทำการฉีดยาเคมีบำบัดเข้าทางช่องไขสันหลัง ในอวัยวะ หรือในช่องท้องเพื่อหวังผลในการทำลายเซลล์มะเร็งเฉพาะที่ กรณีดังกล่าวจะเรียกว่า regional chemotherapy สำหรับการเลือกวิธีการให้ยาเคมีบำบัดนั้น ขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็ง และระยะของโรคมะเร็งเป็นสำคัญ สำหรับยาเคมีบำบัดที่ให้บำบัดเสริมหลังการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก NICE clinical guideline (2011) เสนอยาเคมีบำบัดร่วมได้แก่ เช่น สูตร FOLFOX (folinic acid + fluorouracil + oxaliplatin), FOLFIRI (folinic acid + fluorouracil + irinotecan), XELOX (capecitabine + oxaliplatin) ซึ่งยาแต่ละสูตรมีผลข้างเคียงที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับยาแต่ละชนิด ผลข้างเคียงที่พบได้ เช่น อาการแพ้ยา การอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณที่ให้ยา ชาบริเวณปลายมือปลายเท้า คลื่นไส้ อาเจียน การอักเสบของเยื่อช่องปาก และระบบทางเดินอาหาร ท้องเสีย ผื่นแพ้ ผื่นแพ้และเล็บสีเข้มคล้ำขึ้น (hyperpigmentation) ผื่นแพ้ผิวหนังอักเสบ (dermatitis) ภาวะไขกระดูกถูกกด (myelosuppression) การติดเชื้อ ภาวะเลือดออกง่าย เป็นต้น (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548; นรินทร์ วรวิทย์, 2554)

3) รังสีรักษา (Radiation therapy)

รังสีรักษา คือ เทคนิคการใช้เอ็กซเรย์พลังงานสูง (High energy x-ray) หรือ รังสีชนิดอื่นๆ ในการทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง เทคนิคการให้รังสีรักษาสามารถทำได้

2 วิธี คือ การฉายแสง (External radiation) โดยการฉายแสงจากภายนอกร่างกายผ่านเข้าไปยังก้อนมะเร็งซึ่งอยู่ภายใน และ การฝังแร่ (Internal radiation) คือการใช้สารกัมมันตรังสี (Radioactive substance) บรรจุในรูปเข็ม เป็นเม็ดเล็กๆ (seeds) ลวด (wires) หรือสายสวน (catheters) และใส่เข้าไปในก้อนมะเร็งหรือในบริเวณใกล้เคียงกับก้อนมะเร็ง ซึ่งการเลือกวิธีการใช้รังสีรักษาวิธีใดก็ขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็ง และระยะของโรคมะเร็งที่ทำการรักษาเป็นหลัก ซึ่งผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสี ขึ้นอยู่กับขนาดของรังสี และตำแหน่งที่ให้ โดยทั่วไป เช่น ผื่นแดง (erythema) แผลคล้ายไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (moist desquamation) ท้องเสีย (diarrhea) ปวดเกร็งบริเวณท้อง (abdominal cramping) ลำไส้เล็กอุดตัน (small bowel obstruction) เม็ดเลือดขาวต่ำ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (cystitis) และเป็นหมัน (ถ้าได้รับรังสีปริมาณสูง) เป็นต้น (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548)

การผ่าตัดเปิดทวารเทียม

Stoma มีที่มาจากภาษากรีก หมายถึง ปากหรือรูเปิด ช่องเปิด เราเรียกผู้ป่วยที่มีทวารเทียม (Ostomy) ว่าออสโตเมท “Ostomate”

ทวารเทียม (Ostomy) หมายถึง ส่วนของลำไส้ส่วนใดส่วนหนึ่งก็นำมาเปิดบริเวณหน้าท้อง ทวารเทียมที่ใช้บ่อยคือ นำ colon หรือ ileum โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) ป้องกันหรือลดปริมาณอุจจาระที่จะผ่านลงสู่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ซึ่งอาจมีรอยโรค รอยต่อลำไส้ หรือแผลหลังรับการผ่าตัดที่ไม่ต้องการให้อุจจาระผ่านออก 2) เป็นทางออกถาวรของอุจจาระในกรณีที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายหรือทวารหนักได้รับการผ่าตัดออกไปแล้ว 3) เพื่อการรักษาการบาดเจ็บต่อลำไส้ (กษยา ดันติผลาชีวะ, 2554)

การผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Stomal surgery) หมายถึง การผ่าตัดให้เกิดรูเปิด โดยมีข้อบ่งชี้ในการทำทวารเทียม ดังต่อไปนี้ (ธีรานุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์, 2554)

1. ลดแรงดันในระบบทางเดินอาหาร และระบายสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินอาหารเหนือต่อบริเวณที่อุดตัน
2. ไม่ให้สารคัดหลั่งจากระบบทางเดินอาหารผ่านรอยต่อ (anastomosis) รอยรั่ว (leakage or perforating site) หรือรูติดต่อ (fistula) นั่นคือการเปลี่ยนทิศทาง (diversion) เช่น การทำ protective ileostomy หลังการผ่าตัด coloanal anastomosis หรือ colorectal anastomosis ในผู้ป่วยมะเร็งไส้ตรง
3. ทำหน้าที่เป็นทวารเทียม (colostomy) หลังผ่าตัด abdominoperineal resection ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หรือกรณีที่ไม่สามารถต่อลำไส้ใหญ่หลังการผ่าตัดครั้งนั้น
4. เพื่อเป็นทางให้สารอาหาร เช่น การทำท่อกระเพาะอาหาร (gastrostomy) หรือท่อลำไส้เล็กส่วนกลาง (jejunostomy) เพื่อให้สารอาหารในผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางปากไม่ได้

เช่น มะเร็งหลอดอาหาร หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืนเนื่องจากความผิดปกติทางสมอง (cerebrovascular accident) เป็นต้น

ชนิดของทวารเทียม แบ่งตามระยะเวลาการใช้งาน แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ (Gordon, McDonald, & Cataldo, 2007)

1. แบบชั่วคราว (Temporary ostomy) ทั้ง colostomy และ ileostomy เช่นในกรณีที่ต้องการให้อาหารชั่วคราวหลังผ่าตัด เช่น Stamm's technique gastrostomy หรือ jejunostomy เพื่อลดความดันชั่วคราวในระบบทางเดินอาหาร และเพื่อป้องกันรอยต่อหรือรอยรั่ว เช่น protective ileostomy ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง

2. แบบถาวร (Permanent ostomy) ในผู้ป่วยที่เป็น familial adenomatous polyposis ที่ต้องตัดลำไส้ใหญ่ออกทั้งหมด ต้องทำผ่าตัดเปิด permanent ileostomy หรือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง หลังผ่าตัด abdominoperineal resection หลังผ่าตัดจะมี permanent colostomy

การกำหนดตำแหน่งทวารเทียม (Stoma site selection)

เป็นการเลือกตำแหน่งทวารเทียมหรือรูเปิดทางหน้าท้องที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงหลัก ดังนี้ 1) ตั้งอยู่บนกล้ามเนื้อตรง (rectus muscle) 2) ภายวิภาคของลำไส้ และชนิดการผ่าตัด 3) เลือกตำแหน่งบริเวณที่ผิวหนังหน้าท้องเรียบ โดยเว้นระยะห่างจากสะดือและแผลผ่าตัดตามความกว้างของแป้นรองรับสิ่งขับถ่ายเพื่อให้แผ่นแป้นติดได้ดี ไม่รั่วซึมง่าย 4) หลีกเลี่ยงรอยพับย่นของหน้าท้อง สะดือ บริเวณคาดเข็มขัดหรือขอบกางเกง และปุ่มกระดูก หลีกเลี่ยงบริเวณที่เคยได้รับหรือคาดว่าจะได้รับการฉายรังสี 5) เลือกตำแหน่งที่ผู้ป่วยมองเห็น เพื่อให้สามารถทำความสะอาดและดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเอง ตำแหน่งของทวารเทียมที่ไม่เหมาะสม ทำให้ปิดถุงไม่ได้หรือปิดได้ไม่นาน ส่งผลกระทบให้การดูแลทวารเทียมด้วยตนเองเกิดความลำบากมากขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ต้องซื้อถุงรองรับสิ่งขับถ่ายสูงขึ้น ครอบคลุมการทำกิจวัตรประจำวันที่ทำอยู่เดิม การกำหนดตำแหน่งทวารเทียมก่อนได้รับผ่าตัด จึงถูกกำหนดไว้ในแนวทางปฏิบัติเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดการเกิดปัญหาดังกล่าวได้ (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548; ชีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์, 2554)

ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง มักพบกับปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังต่อไปนี้

ด้านร่างกาย

1. การสูญเสียสารน้ำและเกลือแร่ รวมทั้งความเป็นกรดต่างในร่างกายเสียสมดุล ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งของลำไส้ที่ถูกตัดออกไป เช่นในรายที่ถูกตัดลำไส้เล็กส่วนปลายของ ileum จะส่งผลต่อการย่อยและการดูดซึมไขมัน มีการเปลี่ยนแปลงของปริมาณ bile acids ถ้าถูกตัดออกมากกว่า 100 เซนติเมตร อาจทำให้เกิดภาวะขาดวิตามินบี 12 ได้จึงควรได้รับการทดแทนเพื่อป้องกันการเกิด megaloblastic anemia (Gordon et al., 2007)

2. ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ปัญหาเกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศโดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชายพบว่า ผลกระทบในด้านเพศสัมพันธ์มากที่สุด (Zajac et al., 2008) ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย ทั้งในด้านความเสื่อมตามวัยในผู้สูงอายุ หรือชนิดการผ่าตัด เช่น การทำ abdominoperineal resection (APR) มีความเสี่ยงต่อ pelvic nexus nerves ถูกทำลายหรือถูกกระทบกระเทือนระหว่างผ่าตัดได้ ซึ่งส่งผลต่อการบกพร่องของการผลิตและการหลั่งน้ำอสุจิได้ (Guren et al., 2005; Williams, 2012) หรือการผ่าตัดบางชนิดที่มีการตัดรังไข่ออกด้วยเช่น pelvic exenteration ทำให้เกิดภาวะขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้ช่องคลอดแห้ง ขาดสารหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์จึงเกิดอาการเจ็บระหว่างมีเพศสัมพันธ์ (dyspareuria) ขึ้นได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อในด้านจิตใจตามมา (Williams, 2012)

3. อาการไม่สุขสบาย นอกจากอาการไม่สุขสบายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัดแล้ว การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบผสมผสานโดยการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา และ/หรือยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้นกับชนิดการรักษา และชนิดของยาเคมีที่ได้รับด้วย เช่น ชีด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก ผิวหนังอักเสบ เม็ดเลือดขาวต่ำ มีไข้ ติดเชื้อในกระแสโลหิต เป็นต้น (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548) ซึ่งได้มีการศึกษาติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี ในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จำนวน 112 ราย พบว่าหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปัญหาที่พบในช่วง 1 ปี ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยล้า (fatigue) มากที่สุด ปวดรุนแรง (severe pain) ภาวะไส้เลื่อน (parastomal hernia) ยังคงต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เกี่ยวกับการจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และอาการต่างๆ การให้ข้อมูลให้คำปรึกษา เพื่อลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Pringle & Swan, 2001)

4. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การทำผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง เป็นวิธีการรักษาที่ศัลยแพทย์ใช้เพื่อรักษาหรือประกอบการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ ภายหลังการผ่าตัดปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียม นั้นมีปัจจัยหลายประการ เช่น ชนิดการผ่าตัด ความสูงของทวารเทียม ความอ้วน อายุ รวมทั้งการผ่าตัดแบบฉุกเฉินที่ไม่ได้รับการเตรียมตำแหน่งของทวารเทียมก่อนผ่าตัด และจากการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งภาวะแทรกซ้อน

ต่างๆ ทำให้การดูแลตนเองมีความยากลำบากมากขึ้น มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หน้าที่การทำงานและการเข้าสังคม โดยสามารถแบ่งภาวะแทรกซ้อนออกเป็น 2 ประเภท คือ

4.1 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียม

- การบาดเจ็บที่ทวารเทียม (Stomal injury) ทำให้เกิดแผลและมีเลือดออกบริเวณทวารเทียม (Stomal hemorrhage) สาเหตุอาจมาจากการติดเชื้อ การอักเสบเรื้อรังที่เกิดจากการเสียดสีที่ทวารเทียม ทำให้มีเนื้อเยื่ออกใหม่บริเวณขอบทวารเทียม (Burch & Sica, 2008) หรือการตัดหรือใช้ขนาดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการเสียดสีได้ (Barr, 2004) ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยใช้วัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายที่มีขนาดเหมาะสมหรือตัดช่องเปิดของแป้นกว้างขึ้นเนื่องจากขนาดของทวารเทียมอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ และไม่ควรเช็ดทำความสะอาดรุนแรงเกินไป ในกรณีที่ไม่ได้เกิดจากการกระทบที่รุนแรงส่วนใหญ่เลือดมักจะหยุดได้เอง ส่วนสาเหตุจากการได้รับการกระทบกระทบอย่างรุนแรงหรือมีสาเหตุร่วม เช่น โรคลำไส้อักเสบ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติสามารถป้องกันด้วยการทำกิจกรรม งานอดิเรก หรือกีฬาที่ไม่เสี่ยงต่อการกระทบกระทบ การเช็ดทำความสะอาดควรทำด้วยความนุ่มนวล ในกรณีที่มีเลือดออกไม่มาก ใช้สำลีกดจุดที่มีเลือดออกเบาๆ 5-10 นาที เลือดจะหยุด แผลหายเองได้ (Barr, 2004; วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548; American Cancer Society, 2012)

- ภาวะลำไส้อุดตัน (Stomal obstruction) แบ่งตามสาเหตุได้เป็น 2 กลุ่ม คือ สาเหตุภายนอกลำไส้เกิดจากพังผืด การมีภาวะไส้เลื่อนภายในช่องท้อง (internal hernia) หรือลำไส้บิดเกลียว ทำให้มีการกดเบียดลำไส้จากภายนอกจนช่องว่างในลำไส้แคบลงจนถึงอุดตัน ส่วนสาเหตุภายในลำไส้อาจเกิดจากการอุดตันของอาหาร อาการที่แสดงถึงภาวะอุดตัน ได้แก่ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องและไม่มีการขับถ่ายอุจจาระ เป็นต้น (จันทร์ฉาย แซ่ตั้ง, 2551)

- ภาวะตีบแคบของช่องเปิดทวารเทียม (Stomal stenosis) สาเหตุอาจเกิดจากการเปิดแผลที่ผนังหน้าท้องแคบเกินไปในขณะที่ผ่าตัด แต่ส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากการเน่าตายหรือการติดเชื้อของเนื้อเยื่อแล้วทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อของลำไส้ นอกจากนี้การยกลำไส้ที่เคยได้รับการฉายรังสีมาเป็นตำแหน่งของทวารเทียม การดูแลทวารเทียมไม่ถูกวิธีหรือการใช้วัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายที่ไม่เหมาะสมติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดแผลเรื้อรังที่บริเวณทวารเทียมจนเกิดเป็นพังผืด ตามมาด้วยการตีบของทวารเทียมที่ระดับผิวหนัง ซึ่งอาจพบในรายที่ทำผ่าตัดมานานหลายปี อาการที่พบได้แก่ อุจจาระที่ออกมามีลักษณะเป็นลำเล็กลงเรื่อยๆ จนมีลักษณะเป็นเส้น

- ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (Parastomal hernia) คือ การที่ส่วนของลำไส้ผ่านเข้ามาในช่องระหว่างทวารเทียมกับผนังหน้าท้องเข้าไปอยู่ในชั้นไขมัน ส่วนใหญ่ไส้เลื่อนข้างทวารเทียมจะเกิดภายใน 2 ปีแรกหลังผ่าตัด พบอุบัติการณ์การเกิดได้ร้อยละ 1.8-48.1 ขึ้นกับชนิด

การผ่าตัด สาเหตุการเกิดที่แท้จริงยังไม่แน่ชัด แต่ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุ ได้แก่ การผ่าตัดรูเปิดที่ผนังหน้าท้องกว้างเกินไป การยกของหนักในช่วง 2-3 เดือนแรกหลังผ่าตัด การหย่อนหรือความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ผนังหน้าท้องลดลง เนื่องจากอายุที่มากขึ้น (William, 2003) ภาวะทุพโภชนาการหรือความอ้วน โดยพบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีความเสี่ยงต่อการเกิดไส้เลื่อนข้างทวารเทียมได้สูง (Mahjoubi et al., 2005) การติดเชื้อที่แผลรอบทวารเทียม การฉายรังสี ภาวะความดันในช่องท้องสูง เช่น การเบ่งถ่ายปัสสาวะจากต่อมลูกหมากโต ภาวะท้องมาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือหอบหืด และการไอเรื้อรัง (Thompson, 2008) ทำให้บริเวณผนังหน้าท้องที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมนั้นถูกกระทบกระเทือนเกิดเป็นช่องที่กว้างขึ้น จนลำไส้เคลื่อนผ่านออกทางผนังหน้าท้องเกิดเป็นไส้เลื่อนได้ อาการมักไม่รุนแรง และบางครั้งไส้เลื่อนสามารถกลับเข้าช่องท้องได้เอง นอกจากมีอาการปวดท้องรุนแรง มีภาวะลำไส้อุดตัน หรือทำให้เกิดความลำบากในการติดถุงรองรับอุจจาระเนื่องจากหน้าท้องนูนมาก อาจจำเป็นต้องรับการผ่าตัดแก้ไข

- ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal prolapse) สาเหตุเกิดจาก การผ่าตัดรูเปิดที่ผนังหน้าท้องกว้างเกินไป การเพิ่มแรงดันในช่องท้องจากการไอหรือจาม ซึ่งอาจยื่นออกมาได้มากถึง 5-13 นิ้ว สามารถหดกลับได้เองหรือใช้นิ้วดันกลับเข้าในช่องทวารเทียมได้ ยกเว้นในรายที่ลำไส้ยื่นมาก ซึ่งส่งผลให้เกิดการบอบซ้ำของลำไส้และเกิดเลือดออกได้ (Butler, 2009) ซึ่งควรมีการประเมินระดับการยื่นของลำไส้ การระคายเคืองของเยื่อลำไส้ และสีของลำไส้ การยื่นออกมาแบบฉุกเฉินอาจทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตันได้ (Barr, 2004) ต้องมีการเฝ้าระวังเรื่องการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ โดยจะพบลักษณะของลำไส้ซีด คล้ำเป็นสีม่วง เนื่องจากสามารถทำให้เกิดภาวะลำไส้ขาดเลือดตามมาได้ (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548)

- ภาวะลำไส้ขาดเลือด (Stomal ischemia and necrosis) สาเหตุของการขาดเลือดมาเลี้ยงจนทำให้เกิด ischemia หรือ necrosis ของทวารเทียม คือ 1) mobilize ลำไส้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิด tension ขณะดึงลำไส้มาเปิดที่ผนังหน้าท้อง 2) ตัดเลาะไขมันรอบๆ ลำไส้ใหญ่ (epiploic fat) ออกเนื่องจากเส้นเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ใหญ่จะม้วนตัวอยู่ในไขมันนี้ 3) ทำรูที่ผนังหน้าท้องที่จะให้ลำไส้โผล่ขึ้นมาขนาดเล็กเกินไป ที่เหมาะสมสังเกตได้จากทวารเทียมจะบวมและมีสีชมพูในสัปดาห์แรกและจะยุบบวมสนิทใน 1 เดือนหลังผ่าตัด แต่กรณีทวารเทียมที่ไม่บวมบ่งชี้ถึงรูผนังหน้าท้องที่มีขนาดกว้างเกินไป ซึ่งอาจตามมาด้วยภาวะ parastomal hernia และ prolapsed ในที่สุด

- ภาวะทวารเทียมถูกดึงรั้ง (Stomal retraction) สาเหตุเกิดจาก 1) การผ่าตัดที่ทำให้การเคลื่อนที่ของลำไส้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการดึงรั้งทวารเทียมกลับลงไปในช่องท้อง 2) ไม่ได้ทำการถ่างขยายรูทวารเทียมในระยะแรก 3) ใช้ลำไส้ส่วนที่เคยถูกฉายรังสีมาทำทวารเทียม 4) ผู้ป่วยอ้วนมากขึ้น หลังทำทวารเทียมไม่สามารถยึดตัวตามได้จึงเกิดการดึงรั้งของทวารเทียม ซึ่งจะทำ

ให้เกิดปัญหาในการดูแลทวารเทียมเนื่องจากคิดเป็นรองรับอุจจาระยากและเกิดรั่วซึมของสิ่งขับถ่ายได้ง่ายขึ้น สร้างปัญหาทั้งความเลอะเทอะและกลิ่นรบกวนทั้งผู้ป่วยและคนรอบข้าง และการกัดเซาะของสิ่งขับถ่ายที่ได้เป็น ทำให้เกิดการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม (Butler, 2009)

4.2 ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียม (Peristomal complication)

เกิดจากการระคายเคืองจากการสัมผัสกับอุจจาระ พบมากในรายที่ทำทวารเทียมตรงตำแหน่งลำไส้เล็ก และลำไส้ส่วนขวาง (ileostomy และ transverse colostomy) เนื่องจากอุจจาระในส่วนนี้ค่อนข้างเหลว น้ำอุจจาระเซาะเข้าได้เป็นรองรับอุจจาระได้ง่ายกว่า sigmoid colostomy ที่อุจจาระมีลักษณะเป็นก้อน การระคายเคืองและอักเสบของผิวหนังมีหลายลักษณะ ได้แก่

- ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (Irritant dermatitis) พบมากคิดเป็นร้อยละ 76 ของภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนัง (Richbourg, Thorpe, & Rapp, 2007) มักเกิดจากการสัมผัสหรือเสียดสีกับวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย หรือสัมผัสกับอุจจาระโดยตรง จนอาจทำให้ผิวหนังเกิดการแพ้หรืออักเสบและเกิดเป็นแผล (Herlufsen et al., 2006) สาเหตุหลักมักเกิดจากการดูแลทวารเทียมไม่ถูกต้อง เช่น การตัดขนาดรูเปิดของแป้นกว้างเกินไป (Ratliff, Scarano, & Donovan, 2005) อาการในระยะแรก ผิวหนังรอบทวารเทียมจะแดงและคัน ถ้าปล่อยให้เป็นเรื้อรังจนเกิดแผลถลอกจะมีอาการแสบและปวดแผล ถ้าเซ็ดแรงๆ อาจมีเลือดออกได้

- รูขุมขนอักเสบ (Folliculitis) การอักเสบของรูขุมขนรอบทวารเทียมลักษณะเป็นสีแดง มีผื่นขึ้น อาจเกิดจากการบาดเจ็บระหว่างการดึงลอกแป้นรองรับอุจจาระหรือจากการที่ขนถูกดึงถอนอย่างไม่เหมาะสม ในผู้ป่วยที่มีขนบริเวณหน้าท้อง ควรจะโกนขนออกก่อนเพื่อป้องกันการเกิดรูขุมขนอักเสบ การอักเสบเล็กน้อยอาจหายเองได้ใน 7-10 วัน โดยการทำความสะอาดผิวหนังรอบๆ ทวารเทียมให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ อาจใช้ผลิตภัณฑ์รักษาแผลแบบผงแป้ง (stoma powder) โรยบริเวณผื่นก่อนปิดแป้นรองรับอุจจาระ หากมีการติดเชื้อรุนแรงอาจต้องใช้ยาปฏิชีวนะตามการพิจารณาของแพทย์ (Burch & Sica, 2008)

ปัญหาเกี่ยวกับทวารเทียมที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะลำไส้ยื่นบริเวณหน้าท้อง (Parastomal hernia) ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal prolapsed) ภาวะทวารเทียมถูกดึงรั้ง (Stomal retraction) ภาวะเลือดออกบริเวณทวารเทียม (Stomal hemorrhage) และการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม (Irritant dermatitis) (Williams, 2008)

ด้านจิตใจ

การมีทวารเทียมส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ทั้งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการสูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล (Marquis et al.,

2003) ปัจจัยที่มีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยนั้นประกอบด้วย ความรุนแรงของโรค การสูญเสียการควบคุมการทำหน้าที่ของลำไส้ ผลข้างเคียงจากยาและการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในสังคมตะวันตก ในวัยเด็กมักถูกสอนว่าการขับถ่ายปัสสาวะเป็นพฤติกรรมที่ไม่ดี เมื่อต้องสูญเสียการควบคุมการขับถ่าย ความกลัวเรื่องกลิ่น จึงส่งผลกระทบต่อความรู้สึกอับอาย ความมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมถดถอย แยกตัวจากสังคมได้ ทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการทำงานและการเข้าสังคมลดลง เพื่อหลีกเลี่ยงความอับอาย ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มความทุกข์ทางด้านจิตใจ (Williams, 2012) ผู้ป่วยจะมองเห็นลำไส้สีแดงและเห็นการขับถ่ายอย่างเปิดเผยขับถ่ายไม่เป็นเวลา กลั้นแก๊ส และกลืนอุจจาระไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความกังวลว่าผู้อื่นจะรังเกียจ มีผลต่อการดำเนินชีวิต รวมถึงการปรับตัวและความสามารถในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (สมพร วรรณวงศ์, 2554) นอกจากนี้การเกิดอารมณ์ทางเพศมักควบคู่ไปกับการรู้สึกปรารถนา และความรู้สึกประทับใจในเรือนร่าง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจึงไม่เพียงแต่กลัวและอับอายต่อกลิ่น เลียง หรือการรั่วไหลของสิ่งขับถ่ายเท่านั้น แต่ยังต้องเผชิญกับความกังวลต่อปฏิกิริยาของคู่ของตนในช่วงที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชายจะให้ความสำคัญกับการมีเพศสัมพันธ์ เมื่อได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายหรือมีความเสื่อมทางสมรรถภาพทางเพศ จึงส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจตามมาได้ ซึ่งการตอบสนองทางจิตใจและอารมณ์ต่อภาวะคุกคามของโรคร้ายอาจแสดงออกมาในรูปของอาการวิตกกังวล ความโกรธ หรือซึมเศร้า โดยแสดงออกมาให้เห็นทางด้านร่างกาย เช่น การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หดหู่ หงุดหงิด รู้สึกไร้คุณค่า และแยกตัวเอง (จันทร์ฉาย แซ่ตั้ง, 2551) การตอบสนองด้านจิตใจในรูปแบบ ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือผู้ที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำ (Schreier & Williams, 2004) การจัดการกับปัญหา (coping) และการยอมรับต่อการมีทวารเทียม (acceptance) เป็นประเด็นในมิติด้านจิตใจที่กล่าวถึงมาก สัมพันธ์กับการคิดบวกและการหยั่งรู้เกี่ยวกับการปรับตัวตลอดระยะเวลา ซึ่งหลักการจัดการกับปัญหาประกอบไปด้วยการใช้อารมณ์ การรับรู้การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลังมีทวารเทียม และการใช้ชีวิตกับการมีทวารเทียมได้อย่างปกติ (Krouse et al., 2009)

ด้านสังคม

ผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการแต่งกาย การทำงาน การนอนหลับ พร้อมถูกรองรับ การกลับเข้าสู่สังคม อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งด้านเพศสัมพันธ์ซึ่งการสื่อสารอย่างเปิดเผยกับคู่ของตนจะช่วยให้ความสัมพันธ์ทางเพศดีขึ้น (จันทร์ฉาย แซ่ตั้ง, 2551) การมีทวารเทียมทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มิมีข้อจำกัดในการเดินทาง ไม่กล้าที่จะเดินทางไปท่องเที่ยว เก็บตัวอยู่กับบ้าน แต่สำหรับผู้ป่วยบางรายสามารถที่จะเดินทางท่องเที่ยวได้ โดย

ผู้ป่วยมีวิธีการที่จะจัดการกับการขับถ่ายของตนเอง มีการทำความสะอาดทวารเทียมก่อนเดินทางและระหว่างเดินทางได้ การเปลี่ยนแปลงอาชีพการงานที่ทำอยู่ประจำ บางรายต้องออกจากงานมาอยู่บ้าน ส่งผลกระทบต่อรายได้ ซึ่งการดูแลทวารเทียมมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างมาก เช่น อุปกรณ์ถุงรองรับอุจจาระ อุปกรณ์เสริม สำลีชำระ ถูมือ เป็นต้น ในระยะแรกผู้ป่วยอาจพบปัญหาสัมพันธภาพกับสังคมและครอบครัวได้ และจะพัฒนาดีขึ้นเมื่อผ่านพ้นช่วงเวลา หากผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยและครอบครัวเรียนรู้ที่จะปรับตัวไปด้วยกัน ก็จะสามารถยอมรับในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายหลีกเลี่ยงที่จะพบหรือมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว และบางรายไม่พบปะสมาชิกในครอบครัวเลยตั้งแต่เจ็บป่วย (Dabirian, Yaghmaei, Rassouli, & Tafreshi, 2011)

ด้านจิตวิญญาณ

การให้ความหวังและความหมายต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งแสดงออกในรูปแบบของความรู้สึกเหงา เศร้า สูญเสีย หรือการรับรู้ความไม่แน่นอนในชีวิต จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณ จะให้ความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่ในแต่ละวัน มีความสุข มีศาสนาเป็นที่พึ่งของจิตใจ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้ ตรงข้ามกับผู้ป่วยที่รับรู้ต่อโรคมะเร็งในทางที่ไม่ดี มักพูดถึงความตาย และสิ้นหวัง (Baldwin et al., 2008) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสุดท้ายของชีวิต จากการศึกษาของ McClain, Rosenfeld และ Breitbart (2003) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะ 3 เดือนสุดท้ายที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสิ้นหวัง และความคิดอยากฆ่าตัวตาย งานวิจัยที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับมิติด้านจิตวิญญาณค่อนข้างน้อย การดำเนินพิธีกรรมทางศาสนาเป็นส่วนหนึ่งในด้านจิตวิญญาณ บางศาสนา เช่นในศาสนาอิสลาม ผู้ป่วยบางรายอาจมองว่าการมีทวารเทียมทำให้การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาถูกรบกวน เช่น ชาวมุสลิมเมื่อต้องเข้าสวดมนต์ภาวนาในมัสยิด ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่คู่ควร กังวลเรื่องความสะดวกในการเข้าร่วมพิธีกรรม (Dabirian et al., 2011) ตามหลักความเชื่อชาวมุสลิม เชื่อว่ามือขวาเป็นมือที่ใช้หยิบจับสิ่งสะอาด ส่วนมือซ้ายซ้ายใช้ในการทำความสะอาดร่างกาย เมื่อต้องใช้มือทั้งสองในการดูแลทวารเทียมจึงเกิดความยากลำบาก และกังวลใจ (Vujnovich, 2008) ความเชื่อภายในของบุคคลจึงมีความสำคัญแตกต่างกันไปในแต่ละศาสนา ซึ่งศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจมนุษย์ได้อย่างดียิ่ง และช่วยให้มนุษย์เข้าใจความเป็นไปของชีวิตมากขึ้น ยอมรับความจริงในการใช้ชีวิตอยู่กับการมีทวารเทียมได้

สรุป ในปัจจุบันวิธีการผ่าตัดทวารเทียม ได้มีการพัฒนาก้าวหน้ามากขึ้น อย่างไรก็ตามการผ่าตัดนี้มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง โดยอาจทำให้ผู้ป่วยมีจิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและหายจากโรคร้าย อย่างไรก็ดี ในผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจหรือมีอคติกับทวารเทียม อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษา เก็บตัว ไม่เข้าสังคม รวมทั้งหากไม่มีความใส่ใจหรือ

ดูแลทวารเทียมอย่างไม่ถูกวิธี อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นแพทย์และพยาบาลจึงจำเป็นต้องทราบและเข้าใจถึงคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการผ่าตัด

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of Life: QOL) มีการใช้คำหลายคำเพื่อสื่อถึงคุณภาพชีวิต เช่น ความผาสุก (well-being) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ภาวะสุขภาพ (health status) ซึ่งมีการให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้แตกต่างกัน ดังนี้

พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายว่า “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะของความดี ลักษณะประจำของบุคคลหรือสิ่งของ และ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (คณะกรรมการชำระพจนานุกรม ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ถึงสถานภาพในชีวิตของตน ในบริบทของวัฒนธรรมและระบบการให้คุณค่าของสังคมที่มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐานและสิ่งที่ตนให้ความสำคัญ (WHO, 1993)

Padilla และ Grant (1985) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจ เป็นคุณลักษณะที่บุคคลแสดงออกทั้งทางบวกและทางลบ

Orem (2001) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (well-being) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ ตามประสบการณ์ ความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขในจิตใจ

Fox (2004) ให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้หลายมิติของบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมการให้คุณค่า และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นๆ แล้วจึงบูรณาการเป็นการรับรู้ในภาพรวมซึ่งสะท้อนอารมณ์และความคิดของบุคคลนั้น

Church (2004) ให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ภายใต้ความคาดหวังของตนเองและในบริบทของสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น

โดยสรุปกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตที่กล่าวถึงหรือศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหรือผู้รอดชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งว่าตนเองมีความสามารถในการทำหน้าที่หรือมีความผาสุกในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต เป็นความผาสุกที่เกิดขึ้นจากหลายสิ่งหลายอย่างประกอบรวมกันขึ้นเป็นคุณภาพชีวิต ไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว มีผู้ศึกษาแนวคิดและเสนอมิติของคุณภาพชีวิตไว้หลายท่าน ดังนี้

Padilla และ Grant (1985) ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบไปด้วยความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย และจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้ต่อสังคมรอบตัวของผู้ป่วย ดังนี้

1. ความผาสุกด้านร่างกาย ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย ภาวะสุขภาพ ความสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ และการรับรู้ถึงประโยชน์ของตน
2. ความผาสุกด้านจิตใจ ได้แก่ ความผาสุก ความรู้สึกสนุกสนาน ความพึงพอใจในชีวิต ความพอใจในการรับประทานอาหาร และความพอใจในการนอนหลับพักผ่อน
3. การรับรู้ต่อภาพลักษณ์ของตนเองภายหลังการรักษา ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วย การปรับตัวต่อการสูญเสียอวัยวะ รวมทั้งการปรับตัวอยู่กับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง
4. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาที่มีผลต่อสัมพันธภาพทางเพศ อาการข้างเคียงจากการรักษา รวมทั้งความถี่และความรุนแรงของความเจ็บปวด
5. การตอบสนองต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก และความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร
6. ความผาสุกในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเกี่ยวกับการติดต่อกับบุคคลในสังคม การได้รับการต่อต้านจากบุคคลอื่น รวมทั้งความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของบุคคล

Zhan (1992) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่การดำเนินชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองในเรื่องภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และภาวะสุขภาพ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นความพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา รายได้ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1993) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่ามี 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกสุขสบาย ไม่มี

ความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships domain) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับหรือเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณมีกิจกรรมสันทนาการ กิจกรรมในเวลาว่าง

Ferrell, Grant, Funk และ Otis-Green (1998) คุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well being) เป็นการควบคุมหรือบรรเทาอาการและรักษาพยาบาลหน้าที่และความเป็นอิสระ

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well being) เป็นการค้นหาความรู้สึกของการควบคุมในการเผชิญกับลักษณะการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ความโศกเศร้าทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงในชีวิต และความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงทางบวกในชีวิต

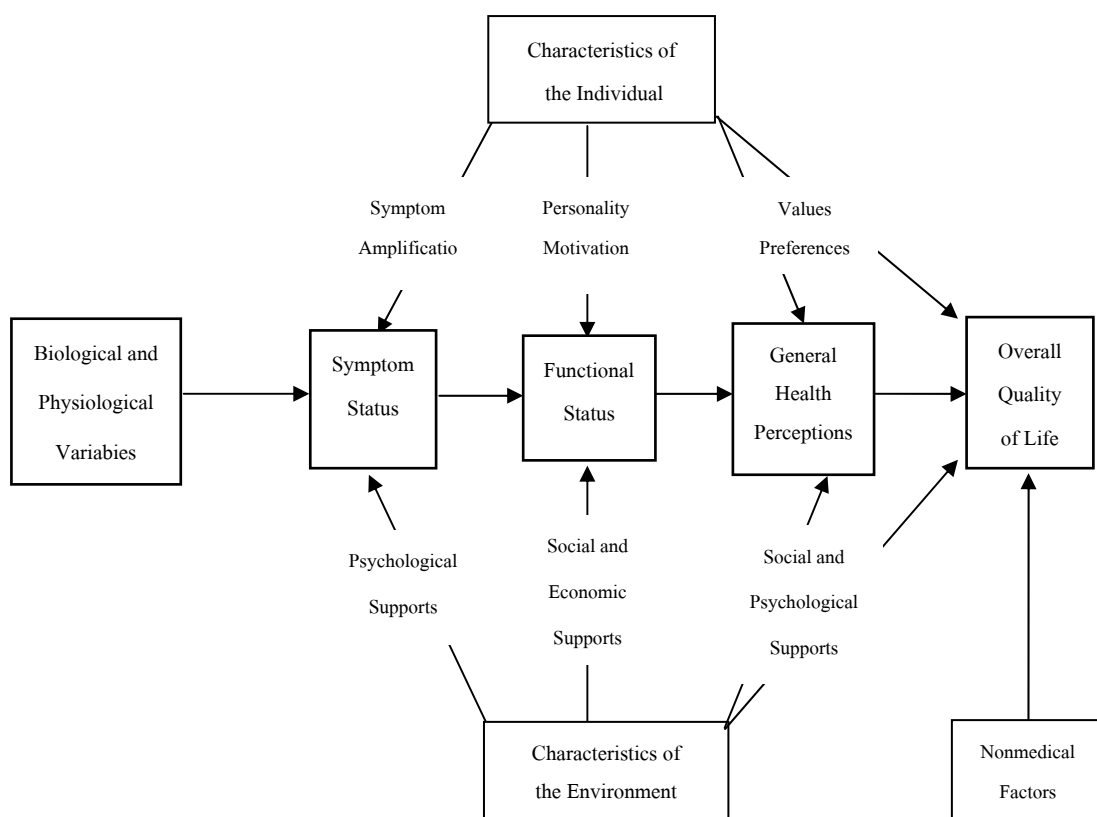
3. ความผาสุกด้านสังคม (Social well being) เป็นการยอมรับในบุคคลที่เป็นมะเร็งในบทบาทและสัมพันธภาพ

4. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well being) เป็นความรู้สึกของความไม่แน่นอนในชีวิต สิ้นหวังหรือไร้จุดหมายในชีวิต การเปลี่ยนแปลงในทางบวก คือ เพิ่มความหมายของชีวิตและความสำคัญของกิจกรรมทางศาสนา และแหล่งสนับสนุนอื่นๆ

กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary (1995)

มโนทัศน์ของคุณภาพชีวิตแม้ว่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพบุคคล แต่ก็แตกต่างจากภาวะสุขภาพ (health) เนื่องจากมีปัจจัยในด้านเศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งในอดีตโดยทั่วไปมักไม่ได้ให้ความสำคัญมากนักจากแพทย์และระบบสุขภาพ มโนทัศน์ของคุณภาพชีวิต ประกอบไปด้วยหลายมิติ ได้แก่ มิติด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical function) การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) บทบาท (role function) สุขภาพจิต (mental health) และสุขภาพทั่วไป (general health perceptions)

Wilson and Cleary (1995) ได้อธิบายแนวคิดคุณภาพชีวิต ภายใต้อะไร 5 ส่วนหลัก คือ ปัจจัยด้านชีวสรีรวิทยา (Biological and physiological factors) ภาวะอาการ (Symptom status) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General health perceptions) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall quality of life) และ 2 ส่วนย่อย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Characteristics of the individual) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) ดังรูปภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary (1995)

องค์ประกอบหลัก 5 ส่วน ดังนี้

- ปัจจัยด้านชีวสรีรวิทยา (Biological and physiological factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญมากที่สุด ซึ่งประเมินได้จาก การทำงานของเซลล์ การทำงานของอวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจการทำงานของอวัยวะต่างๆ เป็นต้น

- ภาวะอาการ (Symptom status) กรอบแนวคิดนี้ได้ให้ความหมายของอาการ จากการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการความผิดปกติของร่างกาย อารมณ์ และการคิดรู้ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่อาจมีความแตกต่างกันไปขึ้นกับการรับรู้ ความรู้สึก หรือความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วยภาวะอาการทางด้านร่างกาย และภาวะอาการและแสดงออกมาเป็นภาวะอาการต่างๆ เช่น อาการเจ็บปวด อาการไม่สุขสบายต่างๆ และบางอาการทางด้านร่างกายอาจมีความเกี่ยวข้องกับอาการด้านจิตใจอย่างไม่สามารถแยกกันได้ชัดเจน เช่น ความกลัว ความกังวล ความคับข้องใจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบแสดงออกมาเป็นอาการด้านร่างกายด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังกล่าวว่าการสนับสนุนทางด้านจิตใจจะช่วยให้อาการด้านร่างกายดีขึ้นตามมา

- ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคล โดยมีภาวะอาการ (Symptom status) เป็นการทำหน้าที่ที่สำคัญตัวหนึ่ง เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การเดินขึ้น-ลงบันได หรือการไปเดินเที่ยวซื้อของ เป็นต้น ปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญ เช่น บุคลิกภาพ (personality) และแรงจูงใจ (motivation) มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ผู้ป่วยจะมีความมุ่งมั่นเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้มากขึ้น อีกทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนสนับสนุนภาวะการทำหน้าที่ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยปรับปรุงการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย สังคม และบทบาท และด้านจิตใจ เช่น การตัดสินใจ การจัดการกับสถานการณ์ตึงเครียด ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับภาวะอาการต่างๆ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของภาวะทำหน้าที่ด้านร่างกายได้

- การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General health perceptions) เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) และปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ การให้คุณค่า (values or preferences) ที่ทำให้แต่ละบุคคลรับรู้ต่ออาการต่างๆ ว่าเป็นภาระหรือส่งผลกระทบมากน้อยไม่เท่ากัน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ การสนับสนุนที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางบวก

- คุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall quality of life) เป็นการตอบสนองของบุคคล ด้านความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจในชีวิต

องค์ประกอบย่อย 2 ส่วน ดังนี้

- ปัจจัยส่วนบุคคล (Characteristics of the individual) ได้แก่ (symptom amplification) บุคลิกภาพ (personality) และแรงจูงใจ (motivation) การให้คุณค่า (values or preferences)

- ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) ได้แก่ การสนับสนุนด้านจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งจากครอบครัวและเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องส่งผลต่อภาวะอาการ ภาวะการทำหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญและผ่านพ้นปัญหาต่างๆ ไปได้ด้วยดี

ความสัมพันธ์ภายใต้กรอบแนวคิดนั้น แสดงให้เห็นว่า บุคคลมีปัจจัยด้านชีวิตวิถีวิทยาที่แตกต่างกันไปทำให้เกิดการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ส่งผลต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับภาวะการทำหน้าที่ซึ่งเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่ไม่เท่ากันหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย บุคคลจะรับรู้ภาวะสุขภาพภายใต้การให้คุณค่าในตนเองและการสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ นำไปสู่คุณภาพชีวิตโดยรวม อาจสรุปได้ว่าทั้ง ภาวะอาการ ภาวะการทำหน้าที่ และการรับรู้สุขภาพ นั้นมีปัจจัยด้านชีวิตวิถีวิทยา ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน นำไปสู่ผลลัพธ์สุดท้ายคือ คุณภาพชีวิต ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้ศึกษาตัวแปรบางส่วนที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตภายใต้แนวคิดนี้ จำนวน 4 ตัวแปร คือ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การประเมินคุณภาพชีวิต ควรให้ผู้ป่วย/ผู้รอดชีวิตเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองและประเมินมิติต่างๆ ให้ครอบคลุมมากที่สุด ในทางปฏิบัติอาจพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งบางราย อาจมีข้อจำกัด ไม่สามารถประเมินด้วยตนเองได้ เช่น ผู้ที่มีความเสื่อมทางการคิดและตัดสินใจ มีปัญหาการสื่อสาร หรือมีภาวะเครียดสูง ดังนั้นอาจจำเป็นต้องให้ญาติที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นผู้ประเมินแทน แม้ว่างานวิจัยพบว่าการประเมินของบุคคลใกล้ชิดอาจมีความแตกต่างกัน แต่ข้อมูลนี้ก็มีประโยชน์ในการตัดสินใจให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไปได้ จึงอนุโลมให้ผู้ใกล้ชิดเป็นผู้ประเมินแทนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินได้เอง

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต

หลักการสำคัญในการพิจารณาเลือกเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต คือ ต้องสะท้อนสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการใช้ประโยชน์จากข้อมูลนั้น โดยคำนึงถึงนิยามหรือความหมายและมิติต่างๆ ในช่วง

กว่า 20 ปีที่ผ่านมา มีผู้พัฒนาเครื่องมือประเมินที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ที่สะท้อนมิติของคุณภาพชีวิตจำนวนมาก โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ได้ทั่วไป (General QOL Measures) ใช้กับผู้ป่วยประเภทใดก็ได้ เช่น WHOQOL-BREF, Medical Outcome Study Short Form-36 (SF-36)

2. เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ เครื่องมือที่ใช้กับโรคมะเร็งทั่วไป (General Cancer QOL Measures) ไม่เจาะจงว่าเป็นโรคมะเร็งชนิดใด ได้แก่ Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES), Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G), Functional Living Index-Cancer (FLIC), European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life (EORTC-QOL C-30) เป็นต้น และเครื่องมือที่ใช้กับโรคมะเร็งแต่ละชนิด ได้แก่ Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B), Functional Assessment of Cancer Therapy-Gastrointestine (FACT-GI), Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal cancer (FACT-C), European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of life scales specific to Colorectal cancer (EORTC-QOL CR-38), The City of Hope quality of life-ostomy questionnaire (COHQOL-OQ) เป็นต้น

สำหรับงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาแบบประเมินที่มีค่าความตรงและความเที่ยงในระดับที่น่าเชื่อถือได้สำหรับการวัดตัวแปรตามของงานวิจัยมากที่สุด จึงใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ของ Padilla และ Grant (1985) ที่มีชื่อว่า “Twenty-three item QLI for colostomy patients” ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1989) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และผ่านกระบวนการ Expert validate ประกอบด้วย 23 ข้อ คะแนนยิ่งมาก หมายถึงคุณภาพชีวิตยิ่งดี และได้นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมชนิดถาวร จำนวน 95 ราย อายุ 41-60 ปี โดย นวพร ชิตมน (2549) ได้คำนวณประสิทธิภาพ (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 อยู่ในเกณฑ์ดี ถือเป็นเครื่องมือที่มีความเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเพียงฉบับเดียวที่ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยเรียบร้อยแล้ว จึงเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือฉบับนี้มาใช้ในการวัดตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้

สรุป คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยว่าตนเองมีความสามารถในการทำหน้าที่ หรือมีความพึงพอใจในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เกี่ยวข้องกับบุคคลในหลายมิติองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตนั้นก็มีหลากหลายแนวคิดเช่นกัน ล้วนแล้วแต่มีความสำคัญและสามารถนำมาใช้เป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วย ในปัจจุบัน มีการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งในด้าน

ความตรงและความเที่ยง การเลือกใช้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของเครื่องมือ และความจำเพาะต่อกลุ่มโรค เพื่อให้สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้อย่างเหมาะสม และนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ได้จริง

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จากความเข้าใจเรื่องการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยและผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ผู้ดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลและแพทย์จำเป็นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อวางแผนการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับความเป็นปัจเจกบุคคล แบ่งเป็นปัจจัยหลัก 2 ด้าน คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึงปัจจัยด้านประชากรที่เกี่ยวข้องกับชีวสรีระ ความคิด/การรับรู้ ความเชื่อ อารมณ์ และแหล่งสนับสนุนที่บุคคลนั้นๆ มีและเป็นอยู่ได้แก่

1.1 อายุ พบว่าผู้ป่วยวัยหนุ่มสาวที่เป็นโรคมะเร็ง รับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านอารมณ์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความสามารถในการปรับตัวดีกว่า และเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเป็นผลจากความชรามากกว่าจากโรคที่เป็น มีงานวิจัยที่สนับสนุนในส่วนนี้กล่าวว่าเมื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งและไม่เป็นโรคมะเร็งพบว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มนี้ไม่แตกต่างกัน (Heidrich, Egan, Hengudomsab, & Randolph, 2006) อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อขัดแย้งกันในบางการศึกษาซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าในวัยผู้ใหญ่ (Maneesin, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปกับกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 70 ปี จำนวน 58 ราย พบว่าหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุต่ำกว่าวัยผู้สูงอายุตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องปัญหาเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม การขับถ่าย และการทำหน้าที่ของร่างกาย อีกทั้งยังพบว่า 62 % ของผู้สูงอายุความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสื่อมของร่างกายตามวัย (Mastracci et al., 2006) และการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตในระยะยาวในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพศหญิง จำนวน 259 ราย อายุ 43-85 ปี พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Trentham-Dietz et al., 2003)

1.2 เพศ ความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีการศึกษาดังเช่น Krouse และคณะ (2009) ศึกษาคุณภาพชีวิตในระยะยาวมากกว่า 5 ปี ของผู้ป่วยที่รอด

ชีวิตจากมะเร็งทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 491 ราย อายุเฉลี่ย 71.1-72.4 ปี พบว่าผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมไม่ดีเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีทวารเทียม ในขณะที่เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านจิตใจต่ำกว่า สอดคล้องกับ Maneesin (2010) ศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพของผู้ป่วยทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทวารเทียม จำนวน 107 ราย อายุเฉลี่ย 61.2 ปี พบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทวารเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.134$) ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส สิทธิในการรักษาพยาบาล เศรษฐฐานะ สภาพผิวหนังรอบทวารเทียม และการมีโรคประจำตัว โดยเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 42

1.3 ดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยที่มีส่วนสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการทำทวารเทียม ได้แก่ ภาวะลำไส้ถูดึงรั้ง (Stomal retraction) ทำให้เกิดปัญหาในการดูแล การรั่วของอุจจาระ และเกิดผิวหนังระคายเคืองอักเสบตามมา (ไพศิษฐ์ สิริวิทยากร, 2554) จากการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนจากทวารเทียม และประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 330 ราย อายุเฉลี่ย 57.49 ปี พบว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 kg/m^2 เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น โดยส่งผลให้เกิดภาวะลำไส้ยื่นบริเวณหน้าท้อง (Parastomal hernia) เพิ่มขึ้นถึง 2.08 เท่า และการระคายเคืองของผิวหนัง (Early dermal irritation) 2.55 เท่า (Mahjoubi et al., 2005) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนนั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.4 ความวิตกกังวล พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีบุคลิกวิตกกังวลสูง (วัดจากคะแนน trait anxiety) จะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งสูง ซึ่งการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 48 ราย อายุ 30-76 ปี พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.32$ ถึง -0.38) กล่าวคือผู้ที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำ (Schreier and Williams, 2004) การทำผ่าตัดทวารเทียมส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงในด้านจิตใจ ความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ไม่ทำทวารเทียม (Cotrim & Pereira, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร ชิตมน (2549) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวร จำนวน 95 ราย อายุ 41-60 ปี พบว่า ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -0.576$)

1.5 การสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวที่ดี จะมีคุณภาพชีวิตดีด้วย (Bloom, Petersen, & Kang, 2007) จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ในผู้ป่วยรอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปี จำนวน 89 ราย อายุ 30-86 ปี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($r=0.388$) โดยมีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตร้อยละ 15.1 (Sammarco & Konecny, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา ศิวรักษ์ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปีขึ้นไป จำนวน 85 ราย อายุ 32-79 ปี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = 0.244$)

1.6 ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับทวารเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นุชรี ไล่พันธ์, 2542; สมพร วรรณวงศ์, 2554) และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 20 ราย อายุเฉลี่ย 56.25 ปี และศึกษาอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับโปรแกรมได้ร้อยละ 59.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรุณี หล่อนิล และคณะ, 2552) แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปสู่ประชากร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยสำหรับการวิเคราะห์อำนาจทำนาย

2. ปัจจัยด้านโรคและการรักษา

2.1 ความรุนแรงของโรค การรักษาโรคในแต่ละระยะแตกต่างกัน การตรวจพบโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะแรกๆ โอกาสรักษาให้หายขาดก็มีมาก หากพบในระยะท้ายๆ โอกาสในการรักษาให้หายนั้นมีน้อย ประกอบกับการรักษาแบบผสมผสาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะต้นๆ รับรู้คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการดำเนินโรครุนแรงหรือในระยะท้ายๆ และผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นใหม่ของโรคมะเร็ง มีคุณภาพชีวิตต่ำลง (Bloom et al., 2007)

2.2 ชนิดของการรักษาที่ได้รับ การรักษาแต่ละชนิดมีอิทธิพลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสานมากกว่า 1 วิธี มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาวิธีเดียว (Schultz, Klein, Beck, Stava, & Sellin, 2005) และคุณภาพชีวิตลดต่ำลงมากในช่วงรับการรักษาและค่อยๆ ดีขึ้นเป็นลำดับภายหลังการรักษา โดยจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด (Ferrell et al., 2005) ในส่วนของการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ความแตกต่างระหว่างชนิดของทวารเทียม จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม อายุ 18 - 76 ปี เปรียบเทียบสองกลุ่ม จำนวน กลุ่มละ 25 ราย พบว่า คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในเรื่องการเดินทางท่องเที่ยว การแต่งตัว การดำเนินชีวิตประจำวัน และการมีเพศสัมพันธ์ มีความแตกต่างกันบางเรื่องในผู้ป่วยที่มี

ทวารเทียมชนิดชั่วคราว จะได้รับผลกระทบต่อสุขอนามัยส่วนบุคคลน้อยกว่า ความอยากอาหารลดลงน้อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวร (Silva, Ratnayake & Deen, 2003)

2.3 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็ง โดยภาพรวมพบว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมาเป็นเวลานาน จะมีการปรับตัวกับโรคและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Bloom et al., 2007) ระยะเวลาหลังผ่าตัด ที่มีความสัมพันธ์กับการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Ma และคณะ (2007) เป็นการศึกษาแบบ prospective pilot study ในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จำนวน 49 ราย เพื่อประเมินผลกระทบของอายุต่อคุณภาพชีวิตหลังมีทวารเทียม โดยเปรียบเทียบเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนการผ่าตัด และหลังผ่าตัดที่ 6 เดือน และ 12 เดือน ได้กล่าวว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทวารเทียม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน ด้าน physical function ($P=0.02$) และ mental health ($P=0.05$) และระยะเวลาหลังผ่าตัดมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ด้านร่างกาย มีการปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะเวลา 12 เดือน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่อาจเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นและลดลงได้ในช่วงระยะเวลา 12 เดือน ด้านจิตใจ มีการปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะเวลา 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.05$) และจากการศึกษาของ Marquis และคณะ (2003) พบว่า หลังผ่าตัดจนถึงระยะ 3 เดือน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากในระยะแรกผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงประกอบกับการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในการดำเนินชีวิต สำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จะต้องใช้ระยะเวลาเพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตใจ อารมณ์ ประมาณ 1 ปี กว่าที่จะปรับตัวได้ (สุพล จินดาทรัพย์, 2538) ประกอบกับมีการศึกษาในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จำนวน 112 ราย พบว่า หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปัญหาที่พบในช่วง 1 ปี ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยล้า (fatigue) มากที่สุด ปวดรุนแรง (severe pain) ภาวะไส้เลื่อน (parastomal hernia) ยังคงต้องการการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เกี่ยวกับการจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และอาการต่างๆ การให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา เพื่อลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Pringle & Swan, 2001) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวเพราะโดยธรรมชาติของมนุษย์แล้วจะต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วง 1 ปี หลังผ่าตัด เพื่อลดปัจจัยแทรกซ้อนในเรื่องของระยะเวลาการมีทวารเทียม

2.4 การมีโรคร่วม ความสูงอายุทำให้เกิดความล้มเหลวของการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย และความบกพร่องของกลไกควบคุมทางสรีรวิทยาระบบของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วย ดังปรากฏพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวร่วมกันหลายโรค เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ต้อ

กระจก ไชข้ออักเสบ กลูตมโป่งพอง และความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก (Colussi et al., 2001) มีการศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบของการมีโรคร่วมและการมีทวารเทียมต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจำนวน 481 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดทางหน้าท้องที่มีทวารเทียม 224 ราย (case) อายุเฉลี่ย 69 ปี และกลุ่มควบคุม (ไม่มีทวารเทียม) จำนวน 257 ราย มีอายุเฉลี่ย 68 ปี พบว่าโรคร่วมระดับมากมีอำนาจทำนายการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญ (Jain et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพศหญิงในระยะยาว จำนวน 259 รายพบว่า อายุ จำนวนโรคร่วม และดัชนีมวลกาย ที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยโรคร่วมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงปานกลาง (-0.23 ถึง -0.5) (Trentham-Dietz et al., 2003)

2.5 จำนวนภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับทวารเทียมที่พบมากได้แก่ ภาวะเลือดออก การระคายเคืองผิวหนัง ภาวะลำไส้ยื่นบริเวณหน้าท้อง (Mahjoubi et al., 2005; Youngberg, 2010) ภาวะลำไส้ผูกคั้งและภาวะทวารเทียมแยกจากผนังหน้าท้องพบได้มากในระยะแรกหลังผ่าตัด (Parmar, Zammit, Smith, Kenyon, & Lees, 2010) และพบอุบัติการณ์มากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น พบว่า กลุ่มคนที่อายุมากกว่า 40 ปี มีการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียมเลือดออกบริเวณทวารเทียม และปัญหาด้านจิตใจ มากกว่าถึง 3 เท่า ของกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mahjoubi et al., 2005) ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดทวารเทียม ได้แก่ ชนิดของทวารเทียม ความสูงของทวารเทียม ภาวะอ้วน ($BMI > 30 \text{ m}^2$) การผ่าตัดฉุกเฉิน ไม่ได้กำหนดตำแหน่งทวารเทียมก่อนผ่าตัด (Parmar et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mahjoubi, Goodarzi, & Mohammad-Sadeghi (2010) พบว่า ตำแหน่งของทวารเทียมที่ไม่เหมาะสมมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีตำแหน่งทวารเทียมเหมาะสม ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับทวารเทียมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวร จำนวน 135 ราย อายุ 23-89 ปี พบว่าภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต โดยมีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตร้อยละ 3.8 (Youngberg, 2010)

2.6 อาการ พบว่าความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาการมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยอาการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปในแต่ละโรค เช่น อาการปวดมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ (Sun et al., 2008) รายงานการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งในคนไทย พบว่า ระดับความปวดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -0.42$, $p < 0.001$) โดยที่ความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น 3 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 10 วัด

ด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข) จะทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง 10 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 108 วัดด้วย FACT-G Thai version) (Thienthong et al., 2006)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญอย่างมากสำหรับพยาบาลที่จะต้องเข้าใจถึงสาเหตุปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาตัวแปร 4 ตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม และภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่กล่าวไว้ข้างต้นที่ไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากมีการศึกษาไว้ค่อนข้างมากแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายรายละเอียดของปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย ตามกรอบแนวคิด Wilson และ Cleary (1995) ดังต่อไปนี้

1. ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม และภาวะพึงพิง
2. ภาวะอาการ ได้แก่ ความวิตกกังวล
3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม

เป็นความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับทวารเทียมของตนเองทั้งด้านการดูแลทวารเทียม การทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับ การควบคุมกลิ่นและแก๊ส การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งภายหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียมนั้นผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระบบการขับถ่ายไปจากเดิมจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เกี่ยวกับดูแลตนเองในเรื่องของการดูแลทวารเทียม และการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงการใช้ชีวิตอยู่กับการมีทวารเทียม ซึ่งได้มีการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำนวน 14 ราย พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถลดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับทวารเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นุชรี ไล่พันธ์, 2542; สมพร วรรณวงศ์, 2554) และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตดังจะเห็นได้จากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 20 ราย อายุเฉลี่ย 56.25 ปี และหาอำนาจทำนาย พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้

ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับโปรแกรมได้ร้อยละ 59.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรุณี หล่อนิล และคณะ, 2552) แม้ว่าการศึกษานี้จะมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่ประชากรเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาน้อย แต่ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยด้านร่างกาย การมองเห็นและการได้ยินลดลง ความจำลดลง จึงต้องการเวลาในการพัฒนาทักษะในการดูแลทวารเทียมมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง การเคลื่อนไหว เช่น มีอาการมือสั่น (Williams, 2008) จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยจัดการดูแลทวารเทียม หรือได้รับการช่วยเหลือในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่มากกว่าในวัยผู้ใหญ่

ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง ที่สร้างขึ้นโดย อรุณี หล่อนิล และคณะ (2552) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะ นำมาดัดแปลงเพื่อใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม และผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตามกระบวนการ โดยมีค่าความเชื่อมั่นจากงานของ อรุณี หล่อนิล และคณะ เท่ากับ 0.9 แบบประเมินมีจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้านคือ การดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือนี้เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ และสร้างขึ้นสำหรับประเมินความสามารถในการดูแลตนเองโดยตรงในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งตรงกับกลุ่มผู้ป่วยที่ผู้วิจัยศึกษา โดยนำมาดัดแปลงข้อคำถามและตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเพื่อนำไปใช้ในการศึกษา เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องมากยิ่งขึ้น

ภาวะพึ่งพิง

ภาวะพึ่งพิง เป็นภาวะที่แสดงถึงความต้องการ ความจำเป็นของการช่วยเหลือ และเพื่อการพิจารณาชนิดหรือแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม สามารถวัดได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่บ่งชี้ระดับของภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) หมายถึงความสามารถเชิงปฏิบัติในการประกอบกิจกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ ซึ่งสามารถประเมินได้จากคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activity of Daily Living) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activity of Daily Living) ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับของภาวะพึ่งพิง (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544; อุทัย สุดสุข, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activity of Daily Living) หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างอิสระภายในที่พักอาศัย โดยประเมินจากคะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งพัฒนาโดย Mahoney และ Barthel (1965) และพัฒนาเพื่อใช้กับบริบทของคนไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (Jitapunkul, Kamolratanakul & Ebrahim, 1994) ซึ่งได้รับการพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย เหมาะสมสำหรับใช้ประเมินผู้สูงอายุทั้งที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและที่บ้าน ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การแต่งตัว การขับถ่าย รวมทั้งการทำความสะอาดหลังการขับถ่าย (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544)

2) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activity of Daily Living) หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน ได้แก่ การเดินทางไปนอกบ้าน การประกอบอาหาร การใช้จ่ายเงิน การทำความสะอาดบ้าน การไปจ่ายตลาด และการใช้บริการรถโดยสาร เครื่องมือที่นิยมใช้คือ ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula Instrumental Activity of Daily Living: IADL) ซึ่งเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือที่บ้านเท่านั้น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไป จากที่เคยทำหน้าที่ได้สูงสุดในช่วง 20-30 ปี และหลังจากนั้นหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายจะเริ่มลดน้อยลงไปเรื่อยๆ นำไปสู่การล้มเหลวของอวัยวะในระบบต่างๆ ซึ่งในแต่ละคนจะมีอัตราการเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ในอัตราที่แตกต่างกันไป (อุทัย สดสุข, 2552; Meiner, 2011) และจะลดถอยลงจนถึงช่วงอายุประมาณ 80-85 ปี ก็จะเหลืออยู่ประมาณร้อยละ 55 ของวัยหนุ่มสาวและมักไม่เพียงพอที่จะดำรงชีวิตเป็นอิสระได้และจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล ซึ่งหากถ้ามีโรคเกิดขึ้นก็อาจทำให้สมรรถภาพถดถอยลงเร็วกว่าปกติและเข้าสู่ภาวะพึ่งพาเร็วขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ปัจจัยต่างๆ ของการเข้ารับการรักษานและนอนพักอยู่แต่บนเตียง เช่น การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การมีปริมาณพลาสมาลดลง การสลายมวลกระดูกมากขึ้น การมีปริมาณอากาศค้างในปอด และการรับรู้ลดลง จะยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุซึ่งมีร่างกายอ่อนแอจากการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความสูงอายุเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว และเกิดการเสื่อมถอยในการทำหน้าที่อย่างเป็นลำดับ จนเกิดภาวะทุพพลภาพ (Creditor, 1993; Colussi et al., 2001) ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังถ้าได้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง นั้นจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงทิศทางการขับถ่ายและการดูแลทวารเทียมที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าปกติ เกิดความยากลำบากในการดูแลตนเอง ซึ่งตามกระบวนการความสูงอายุ (ageing process) จากความเสื่อมถอยด้านร่างกาย การมองเห็นและการได้

ยีนลดลง สูญเสียความจำ จึงต้องการเวลาในการพัฒนาทักษะในการดูแลทวารเทียมมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง การเคลื่อนไหว เช่น มีอาการมือสั่น จำเป็นต้องมีผู้ดูแลในการช่วยจัดการดูแลทวารเทียม (Williams, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mastracci และคณะ (2006) กล่าวถึงผลกระทบจากทวารเทียมในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปี และกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 70 ปี จำนวน 58 ราย พบว่าผู้สูงอายุจะมีความอ่อนล้ามากกว่าวัยผู้ใหญ่ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาด้านการขับถ่าย และปัญหาการดูแลทวารเทียมมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และพบว่า การทำกิจวัตรประจำวันลดลง 62 % ซึ่งปัญหานี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวอย่างมาก เกิดความยากลำบากในการดูแลทวารเทียม รู้สึกด่าด้อยหรือสูญเสียศักดิ์ศรี ก่อให้เกิดปัญหาในด้านจิตใจตามมาได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะพึ่งพิงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้เลย ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นภาวะพึ่งพิงเป็นปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้ยาก และอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรภาวะพึ่งพิงมาศึกษาในครั้งนี้

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ประเมินโดยใช้คะแนนดัชนีบาร์เชลเอดีแอลซึ่งได้รับการพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย การประเมินภาวะพึ่งพิง จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ independence ซึ่งเป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรบ้าง (ปฏิบัติได้จริง) ไม่ใช่การทดสอบว่าหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง ดังนั้นถ้าหากต้องมีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจกรรม ให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการใช้แพร่หลาย เหมาะสำหรับการใช้ประเมินผู้สูงอายุทั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อประโยชน์ในการใช้ประเมินข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของปัญหาคุณภาพชีวิตได้

ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล หมายถึง ความกังวลตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมได้ อาการต่างๆ ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย เหนื่อยง่าย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด กล้ามเนื้อเกร็ง รบกวนการนอนหลับ เป็นต้น หากมีอาการเหล่านี้ตั้งแต่ 3 อาการขึ้นไป ภายในช่วงระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน อาจเกิดความผิดปกติด้านจิตใจที่เรียกว่าภาวะวิตกกังวลได้ (McKay, Abramowitz, Taylor, & Asmundson, 2009)

วัยสูงอายุเป็นช่วงรอยต่อของชีวิตซึ่งเปลี่ยนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุ การต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การลดลงของสมรรถภาพสำรองเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ อาจทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา ได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวัง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) เมื่อบุคคลเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเมเร็งด้วยแล้ว การให้ความหมายต่อโรคสำหรับแต่ละคนย่อมแตกต่างกัน เกิดความวิตกกังวล

ความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต และต้องเผชิญกับปัญหาระหว่างเข้าสู่กระบวนการรักษา อีกทั้งสมรรถนะในการปรับตัวในผู้สูงอายุต่อภาวะเครียดนั้นน้อยกว่าคนวัยอื่น เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุจะมีพลังงานในการยืดหยุ่นและปรับตัวลดลง แม้ว่าจะเคยมีประสบการณ์มาก่อนก็ตาม อีกทั้งการมีปัญหการเจ็บป่วยหลายอย่างในตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นมากกว่าปกติ (ผ่องพรรณอรุณแสง, 2554) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดและไม่พึงพอใจ มีความวิตกกังวล ตลอดจนความกลัว (Jacelon, 2004) ภายหลังการผ่าตัดทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทั้งด้านภาพลักษณ์และการทำหน้าที่ (สมพร วรรณวงศ์, 2554) ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ทั้งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการสูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล (Marquis et al., 2003) บทบาทของพยาบาลในการประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านจิตใจ จึงมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการดูแลทางด้านร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีบุคลิกวิตกกังวลสูง (วัดจากคะแนน trait anxiety) จะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งสูง ซึ่งการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 48 ราย อายุ 30-76 ปี พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.32$ ถึง -0.38) กล่าวคือผู้ที่มีความวิตกกังวลสูง จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำ (Schreier and Williams, 2004) และจากการศึกษาผลกระทบของการมีทวารเทียมต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 153 ราย พบว่า การมีทวารเทียมส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงในด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ไม่มีการมีทวารเทียม (Cotrim & Pereira, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร ชิตมน (2549) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวร จำนวน 95 ราย อายุ 41-60 ปี พบว่า ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -0.576$) แม้ว่าจะมีการศึกษาที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มต่างๆ แล้วก็ตาม แต่การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นยังมีจำนวนน้อย ประกอบกับความแตกต่างของวัยสูงอายุกับวัยผู้ใหญ่ที่กล่าวไปข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอำนาจในการทำนายของความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อสามารถเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม

การประเมินความวิตกกังวล พบว่า แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ที่ได้รับการแปลและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) จาก HADS ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond and Snaith (1983) เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองโดยมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็ง

รังไข่ อายุตั้งแต่ 20-76 ปี จำนวน 60 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8551 สำหรับภาวะวิตกกังวล และ 0.8259 สำหรับภาวะซึมเศร้า สำหรับการศึกษานี้ครั้งนี้เลือกใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) นำมาใช้เฉพาะส่วนของ sub scale anxiety เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและใช้กันอย่างแพร่หลายได้มีการแปลและทำการศึกษความแม่นยำตรงของ HADS ในภาษาต่างๆ หลายภาษา เช่น ภาษาจีน อารบิก เฮอร์ดู อิสราเอล ญี่ปุ่น และชาติต่างๆ ในยุโรปหลายชาติ และได้มีการศึกษาความแม่นยำตรงในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ หลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคผิวหนัง ผู้ป่วยโรกระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ และผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยทันตกรรม สำหรับฉบับภาษาไทยที่ได้รับการพัฒนาโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งรังไข่ โดยส่วนที่นำมาใช้คือ sub scale anxiety ซึ่งเป็นข้อหมายเลขที่ จำนวน 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ซึ่งมีความน่าเชื่อถือ

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง และเพื่อน ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม นั้นมีผู้ให้ความหมายและองค์ประกอบไว้หลากหลาย ดังนี้

Cobb (1976) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีคนรัก ได้รับการเอาใจใส่ ยกย่อง เห็นคุณค่า และรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะเกิดจากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน 2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย 3. การสนับสนุนด้วยการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Zimet และคณะ (1988) หมายถึง การรับรู้การได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลที่มีความสำคัญ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งมีทั้งการสนับสนุนทางลบและทางบวก

การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยโครงสร้างที่มีความซับซ้อน เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกต่อกัน ทำให้บุคคลให้ความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆ และช่วยบรรเทา

ผลกระทบจากความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี โดยการส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนสามารถบรรเทาความเครียดได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ และมั่นใจ ทำให้บุคคลนั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความผาสุกทางจิตใจ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ แนวคิดของเฮาส์ (House and Kahn, 1985) มีการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมดเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกเห็นใจ การให้การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ การยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า เป็นการแสดงถึงความรักความผูกพันที่มีต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้ข้อมูล ข่าวสาร ข้อเท็จจริง การให้คำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
3. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรองซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจนำไปเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในสังคม
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของวัตถุ สิ่งของ เงิน เวลาหรือแรงงาน

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม หรือ กลุ่มบุคคลในระบบสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 5 ระบบ (เปรมฤดี เจริญพร, 2542)

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง
2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่นที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัว จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายกับประสบการณ์ที่เคยประสบมาได้
3. ระบบสนับสนุนจากองค์กรทางศาสนา (Organized religious system) ได้แก่ กลุ่มองค์กรศาสนาหรือบุคคลที่มีการพบปะในสถานที่ที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้ให้ เพื่อให้การช่วยเหลือแบ่งปันความรู้สึกที่มีคุณค่า แนวทางดำเนินชีวิต เพื่อให้บุคคลมีกำลังใจในการต่อสู้และแก้ไขปัญหา
4. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มผู้ให้การดูแลหรือผู้ช่วยเหลือในวิชาชีพ (Organized system of care-giving or Helping professional) เช่น กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ กลุ่มนักกฎหมาย เมื่อการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนไม่เพียงพอ หรือการสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในด้านวิชาชีพนี้จะเข้ามาช่วยในส่วนที่ขาด

5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มองค์กร ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครต่างๆ ซึ่งสามารถแลกเปลี่ยนช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Sanoff, Goldberg และ Pignone (2007) ศึกษาแบบ Systematic review วัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ รวบรวมงานวิจัยในช่วงปี 1995-2005 ได้จำนวน 121 งานวิจัย มี 10 งานวิจัยที่ศึกษาในผู้สูงอายุ รายงานผลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการทำหน้าที่ของร่างกายเสื่อมถอยลงหลังผ่าตัดและมีความต้องการการสนับสนุนจากระบบบริการเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างมาก การจัดการที่ดีจะช่วยลดภาวะทุพพลภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุได้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวที่ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Bloom et al., 2007) ปัจจุบันเป็นจริงทั้งในสังคมตะวันตกและสังคมไทย จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ในผู้ป่วยรอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปี จำนวน 89 ราย อายุ 30-86 ปี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.388$) และมีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตร้อยละ 15.1 (Sammarco & Konecny, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา ศิวรักษ์ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปีขึ้นไป จำนวน 85 ราย อายุ 32-79 ปี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .244$) และจากการศึกษาของ Han และคณะ (2003) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.31, p = .001$) และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 57 ($R^2 = 0.57, p < .001$) และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จำนวน 50 ราย อายุเฉลี่ย 62.1 ปี พบว่า คุณภาพชีวิตด้านที่ต่ำที่สุดคือด้านสังคม (Zajac et al., 2008) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมนั้นมีปัญหาในทุกๆ ด้าน แต่ในด้านที่มีปัญหามากที่สุดคือ ด้านสังคม การสนับสนุนในด้านสังคมจึงเป็นส่วนที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าปัญหาในด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตร่วมอยู่กับการมีทวารเทียมได้ ใกล้เคียงปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เครื่องมือในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเครื่องมือสำหรับประเมินการสนับสนุนทางสังคมหลายชุด ดังนี้

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ) ของ

Toljamo และ Hentinen (2001) จากประเทศฟินแลนด์ โดยสิริรัตน์ ลีลาจรัส และ พิศสมัย อรทัย ได้แปลเป็นภาษาไทยโดยได้พัฒนาเพื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดพื้นฐานของ House (1981) จำนวน 12 ข้อความแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ 1) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์และการให้ความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน 2) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) แรงสนับสนุนจากเพื่อน 4) แรงสนับสนุนด้านลบ และ 5) แรงสนับสนุนด้านการเงิน ผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลย้อนกลับ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในภาพรวมเท่ากับ 0.75

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่สอง (Social Support Questionnaire: SSQ part 2) สร้างโดย Schaefer, Coyne และ Lazarus (1981) ซึ่งดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) มีจำนวน 7 ข้อ และครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของและบริการ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76-0.97

แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบคและคณะ (Norbeck Social Support Questionnaire: NSSQ) ประกอบด้วยการวัดแรงสนับสนุนจาก 3 ด้าน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่ง จุฬารักษ์ กวีวิชัย (2536) ได้นำแบบวัดนี้ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 130 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.77 และนิตยา คงชุม (2539) ได้นำแบบวัดนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเช่นเดียวกันจำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.84 และสุภาพร จงประกอบกิจ (2551) ได้นำใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 50 ราย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้เท่ากับ 0.88

แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) เป็นเครื่องมือวัดความเข้าใจและการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ซึ่งพัฒนาโดย Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) มีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคไตระยะสุดท้าย โรคเอดส์ และโรคมะเร็ง ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.72-0.91 ฉบับที่ได้รับการแปลและผ่านการบวนการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย พัทธกัญพล บุญยะมาลิก (Boonyamalik, 2005) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้อยู่ในช่วง 0.79-0.98 และจิตรา ศิวรักษ์ (2555) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 85 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการการใช้เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้น แต่ละเครื่องมือประกอบด้วยวิธีการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ แตกต่างกันไปตามกรอบแนวคิดที่ใช้ สำหรับการศึกษาที่ผู้วิจัยสนใจใช้แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคล

ใกล้ชิด สามารถรับรู้การสนับสนุนได้หลากหลายจากการรับรู้ของผู้ป่วย อีกทั้งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการนำไปใช้และแปลกันอย่างแพร่หลายในหลายภาษา มีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง (Zimet et al., 1988; Hann, Oxman, Ahles, Furstenberg, & Stuke, 1995; Boonyamalik, 2005; Spinale et al., 2008; Ross, Sawatphanit & Zeller, 2009) ใช้ได้ในผู้ป่วยทางจิต และทางกาย โรคเรื้อรังต่างๆ ที่สำคัญใช้ได้ดีในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย และมีความน่าเชื่อถือ

สรุปงานวิจัยที่ได้รวบรวมดังกล่าวทั้งในประเทศและต่างประเทศนั้น พบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลายปัจจัย การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนใหญ่ศึกษาถึงผลกระทบในด้านต่างๆ หรือติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รอดชีวิตรวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องร่วมด้วย หรือศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มอายุ ชนิดการรักษา ระยะเวลาหลังผ่าตัด เป็นต้น และส่วนใหญ่ไม่ได้ศึกษาโดยเฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุ อาจมีกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุรวมอยู่ด้วย แต่การศึกษาในประเทศไทยนั้นยังพบค่อนข้างน้อย พบเพียง 2 การศึกษาซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้ ปี พ.ศ. 2549 มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวร พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (นวพร ชิตมน, 2549) และล่าสุดในปี พ.ศ. 2553 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (Maneesin, 2010) แต่ทั้งสองงานเป็นการศึกษาที่ทำในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มผู้สูงอายุเลย จึงยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ซึ่งจากงานวิจัยที่ทบทวนพบว่าผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีการทำหน้าที่ของร่างกายเสื่อมถอยลงหลังผ่าตัดและมีความต้องการการสนับสนุนจากระบบบริการที่เพิ่มมากขึ้น และผู้สูงอายุยังมีโรคร่วมจำนวนมากว่าแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ที่พบโรคร่วมน้อยหรือไม่มีโรคร่วม ซึ่งจะส่งผลต่อความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาและการฟื้นฟูของร่างกาย รวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมา แม้ว่าระยะเวลาจะมีส่วนสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุก็ตาม แต่พบว่าในผู้สูงอายุจะมีการปรับปรุงน้อยกว่าเนื่องจากมีความเสื่อมถอยตามวัยเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการปรับปรุงคุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องได้ดีที่สุด จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบสาเหตุปัจจัยที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัด เพื่อให้อ้างอิงข้อมูลไปสู่กลุ่มประชากรได้โดยไม่มีข้อแตกต่างในเรื่อง ความหลากหลายในด้านของเชื้อชาติ สังคม และวัฒนธรรม การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์รวมถึงมีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตนี้ จึงมีความจำเป็นและเป็นข้อมูลในการนำไปใช้ประกอบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างเหมาะสมต่อไป

สรุปการทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สรุปการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง เป็นทางเลือกหนึ่งที่ผู้ป่วยจำนวนมากจำเป็นต้องได้รับอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษา และเป็นที่ยอมรับกันว่าสามารถช่วยบรรเทาอาการความรุนแรง ความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่หรือเป็นการปรับเปลี่ยนทิศทางของอุจจาระทั้งแบบชั่วคราวและถาวร แต่ก็นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงซึ่งยากที่จะยอมรับได้ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการใช้ชีวิตกับการมีทวารเทียม และต้องมีการปรับตัว ยอมรับกับสิ่งต่างๆ ในช่วงแรกมักมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในชีวิต เมื่อระยะเวลาผ่านไปจะมีการปรับปรุงในทางที่ดีขึ้น แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่ผ่านมามีความหลากหลายในด้านของเชื้อชาติ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งในประเทศไทยการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องนั้นมีจำนวนน้อย และยังไม่มีงานที่ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางเลย จึงยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าปัจจัยใดจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากน้อยเพียงใด หรือทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง และหาอำนาจทำนายของปัจจัย 4 ปัจจัย ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และเป็นปัจจัยที่น่าสนใจศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary (1995) ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติของคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต จะสามารถช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และนำไปสู่การวางแผนการดูแล สนับสนุนช่วยเหลือ ผู้ป่วยสูงอายุอย่างเหมาะสม เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ในเรื่องของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีขึ้นได้ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research design) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่มาเข้ารับการตรวจรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience samplings) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องทั้งชนิดชั่วคราวและถาวร ในช่วงระยะเวลาดังแต่หลังผ่าตัดจนถึง 1 ปี
3. ระดับการคิดรู้ (Cognitive function) ปกติ โดยใช้แบบประเมินคะแนนสภาพสมอง เบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai-2002) อยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. ไม่มีปัญหาในด้านการพูด การฟัง และการมองเห็น

5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านหนังสือหรือสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีโรคประจำตัวร้ายแรง ได้แก่ โรคจิตและโรคประสาทในระยะที่ควบคุมอาการไม่ได้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณและการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power of analysis) ของ Polit และ Beck (2012) สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) และกำหนดขนาด Effect size ขนาดปานกลาง เนื่องจากการทบทวนงานวิจัยไม่พบงานที่มีความใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ สำหรับงานวิจัยทางการแพทย์การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่เพียงพอมีผลโดยตรงต่อความตรงของการศึกษา หากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่พอจะทำให้เพิ่มอำนาจทดสอบทางสถิติ ลดโอกาสการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (รัตนศิริ ทาโต, 2551) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดอิทธิพลปานกลาง $f^2 = 0.15$ เพื่อแทนค่าในสูตรการคำนวณ $N = \lambda / f^2 + u + 1$ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95%, $\alpha = .05$, Power of test = 0.8, $\lambda = 12.3$, $f^2 = 0.15$ และตัวแปรทำนาย 4 ตัว ($u=4$) จำนวนได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ 88 ราย

แหล่งเก็บข้อมูล

สถานที่ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมระบบลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตึก ภปร. ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงพฤหัสบดีตั้งแต่เวลา 09.00 น. ถึง 12.00 น. สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จะมารับการตรวจตามนัดทุก 2 ถึง 6 เดือน หรืออาจถี่กว่านั้นกรณีจำเป็น โดยผู้ป่วยจะได้รับการตรวจจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกราย และพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลทวารเทียม (Enterostomal Therapist Nurse: ET Nurse) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับทวารเทียมที่ไม่รุนแรง จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับการตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมระบบลำไส้ใหญ่และทวารหนักประมาณ 1,200 รายต่อเดือน เป็นผู้ป่วยที่มีทวารเทียมที่ได้รับการตรวจเฉลี่ยเดือนละประมาณ 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

ประเมินการคิดรู้ (Cognitive assessment) โดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนามาจากต้นฉบับแบบทดสอบ Mini-Mental Status Examination ฉบับภาษาอังกฤษ เป็นแบบประเมินมาตรฐานสำหรับประเมิน cognitive function ประกอบด้วย การประเมิน 6 ด้าน คือ การรับรู้สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) การระลึกได้ (Recall) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้รับความนิยมในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด มีจำนวน 11 ข้อ ซึ่งเป็นการทดสอบสมรรถภาพสมองในส่วนต่างๆ โดยประเมินจาก (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น, 2542)

1. การรับรู้เกี่ยวกับเวลา (Orientation for time) ใช้คำถาม 5 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน
2. การรับรู้เกี่ยวกับสถานที่ (Orientation for place) ใช้คำถาม 5 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน
3. การจดจำ (Registration) โดยให้ผู้สูงอายุจำชื่อสิ่งของ 3 อย่าง ถ้าตอบถูก 1 อย่างให้ 1 คะแนน
4. ความตั้งใจและการคำนวณ (Attention/Calculation) โดยให้ผู้สูงอายุลบเลขในใจ 100 ลบ 7 ซ้ำไปเรื่อยๆ 5 ครั้ง ครั้งที่ลบถูกได้ 1 คะแนน (ไม่ต้องประเมินในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ)
5. ความจำระยะสั้น (Recall) โดยให้ผู้สูงอายุบอกชื่อสิ่งของที่ได้ออกไปแล้วจากข้อ 3 ตอบถูก 1 อย่างให้ 1 คะแนน
6. การบอกชื่อสิ่งของ (Naming) ให้ผู้สูงอายุคุสิ่งของ 2 อย่าง หากบอกได้ถูกต้องว่าของสิ่งนั้นคืออะไร ให้ 1 คะแนน
7. การพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน (Repetition) ให้ผู้สูงอายุฟังประโยค 1 ประโยค แล้วให้พูดทวนทวนประโยคที่ได้ยิน หากพูดทวนทวนได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน
8. ความเข้าใจและการทำตามคำสั่ง (Verbal command) ให้ผู้สูงอายุทำตามคำสั่ง 3 ขั้นตอน หากทำได้ถูกต้องให้ขั้นตอนละ 1 คะแนน
9. การอ่านและการทำตามสิ่งที่ได้อ่าน (Written command) ให้ผู้สูงอายุอ่านและทำตามคำที่กำหนด หากอ่านและทำได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน (ไม่ต้องทดสอบในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ)

10. การเขียน (Writing) ให้ผู้สูงอายุเขียนประโยคที่มีความหมาย 1 ประโยค ซึ่งประโยคต้องประกอบไปด้วย ประธาน กริยา กรรม อ่านและเข้าใจ มีความหมาย หากเขียนได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน (ไม่ต้องทดสอบในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ)

11. ความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ (Visual construction) ให้ผู้สูงอายวาดรูปห้าเหลี่ยมตามตัวอย่างที่กำหนด หากวาดรูปได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย เกณฑ์ปกติแบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีคะแนนเต็ม 23 คะแนน เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้นำแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ไปทดสอบเพื่อวิเคราะห์ความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี จำแนกเป็น 3 กลุ่ม พบว่า (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

- ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าความไวร้อยละ 35.4 ค่าความจำเพาะร้อยละ 81.1
- ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา มีค่าความไวร้อยละ 56.6 ค่าความจำเพาะร้อยละ 93.8
- ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีค่าความไวร้อยละ 92.0 ค่าความจำเพาะร้อยละ 92.6

ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยสูงอายุที่มีความเสื่อมถอยตามวัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จึงต้องอาศัยความเข้าใจในเนื้อหาของคำถาม เพื่อสามารถวัดผลลัพธ์ได้ตรงตามความเป็นจริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องมือนี้มาใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ใช้บันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

- ข้อมูลส่วนบุคคล โดยสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

- ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา โดยบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะของโรคมะเร็ง ชนิดของการรักษา ระยะวันนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาหลังผ่าตัด ตำแหน่งความเหมาะสมของทวารเทียม โรคประจำตัว การรักษาร่วม และภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับทวารเทียมและผิวหนังโดยรวม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง ที่สร้างขึ้นโดย อรุณี หล่อนิล และคณะ (2552) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9 โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงในส่วนของความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกาย จากการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาเคมีบำบัด ปรับเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม ได้แก่ การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันและบรรเทาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกี่ยวกับทวารเทียม เพื่อให้เหมาะสมสำหรับประเมินความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม และผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ภาคผนวก จ) ตามกระบวนการ ผู้วิจัยขออนุญาตในการนำเครื่องมือมาใช้เรียบร้อยแล้ว โดยแบบสอบถามนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ค่าคะแนน 0-2 (0 หมายถึงปฏิบัติเองไม่ได้ต้องมีคนช่วยทำให้ตลอดเวลา, 1 หมายถึง ปฏิบัติได้และต้องมีคนช่วยหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเป็นบางครั้ง, 2 หมายถึง ปฏิบัติได้เอง) โดยระดับคะแนนจะแบ่งออกเป็น 3 ช่วง เท่าๆ กัน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ได้ดังนี้

คะแนน 0-12 คะแนน	หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ
คะแนน 13-24 คะแนน	หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองปานกลาง
คะแนน 25-36 คะแนน	หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะพึ่งพิง ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งพัฒนาโดย Mahoney & Barthel ในปี 1965 เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวางและพัฒนาเพื่อใช้กับบริบทของคนไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ ทดสอบเครื่องมือได้ค่า Kappa coefficients of inter-rater reliability tests เท่ากับ 0.79 และ 0.68 (Jitapunkul, Kamolratanakul &

Ebrahim, 1994) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นในการดำรงชีวิตอย่างอิสระ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การแต่งตัว การขับถ่าย รวมทั้งการทำความสะอาดหลังการขับถ่าย จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ independence เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรบ้าง (ปฏิบัติได้จริง) ไม่ใช่การทดสอบว่าหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง ดังนั้นถ้าหากต้องมีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังและเวลาปฏิบัติกิจกรรม ให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน และระดับความรุนแรงของ BAI แบ่งเป็น คะแนน 0-4 = ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย 5-8 = พึ่งพาผู้อื่นมาก 9-11 = พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง 12 คะแนนขึ้นไป = พึ่งพาผู้อื่นน้อย ผู้วิจัยขออนุญาตในการนำเครื่องมือมาใช้

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวล โดยใช้ Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS ฉบับภาษาไทย ใช้เฉพาะส่วนของ sub scale anxiety ที่ได้รับการแปลและผ่านการบวนการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) จาก HADS ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith (1983) เป็นเครื่องมือคัดกรองอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งรังไข่ อายุตั้งแต่ 20-76 ปี จำนวน 60 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 สำหรับภาวะวิตกกังวล ผู้วิจัยขออนุญาตในการนำเครื่องมือมาใช้

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองโดยมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ นำมาใช้เฉพาะ sub scale anxiety เป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ข้อคำถามของแบบสอบถามทั้งฉบับมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนี้ ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ 2, 4, 7, 9, 12, 14 และ ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13 ต้องกลับค่าคะแนนก่อนนำไปคิดคะแนนรวม สำหรับอาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อคี่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน แบ่งระดับคะแนนดังนี้

คะแนนรวม 0 – 7 คะแนน	คือ ผู้ป่วยไม่มีภาวะวิตกกังวล
8 – 10 คะแนน	คือ สงสัยว่าผู้ป่วยอาจจะมีภาวะวิตกกังวล
11 คะแนนขึ้นไป	คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล

ส่วนที่ 5 แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดความเข้าใจและการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ซึ่งพัฒนาโดย Zimet, Dahlem, Zimet และ

Farley (1988) มีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคไตระยะสุดท้าย โรคเอดส์ และ โรคมะเร็ง ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.72-0.91 ฉบับที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดย พัทธ์ชัย พล บุญยะมาลิก (Boonyamalik, 2005) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแอลฟาอยู่ในช่วง 0.79-0.98 และ จิตรา ศิวรักษ์ (2555) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 85 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ผู้วิจัยขออนุญาตในการนำเครื่องมือมาใช้เรียบร้อยแล้ว เครื่องมือนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิร์ต 7 อันดับ มีคะแนน 1-7 คะแนน โดย 1 คะแนนคือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง 7 คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างมาก ข้อคำถามจากแหล่งการสนับสนุนทางสังคมแต่ละแหล่งประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวในข้อ 3, 4, 8, 11 แหล่งสนับสนุนจากเพื่อนในข้อ 6, 7, 9, 12 และแหล่งสนับสนุนจากแหล่งอื่นที่มีความหมายในข้อ 1, 2, 5, 10 รวมคะแนนอยู่ในช่วง 12-84 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง การแปลค่าคะแนนมีเกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมดังนี้

คะแนน 12-28 คะแนน	หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ
คะแนน 29-56 คะแนน	หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
คะแนน 57-84 คะแนน	หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Padilla และ Grant (1985) ซึ่ง สมจิต หนูเจริญกุล ได้แปลเป็นภาษาไทย และ Expert validate ใน ค.ศ. 1989 หลังจากนั้นได้มีการนำมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมชนิดถาวร จำนวน 95 ราย อายุ 41-60 ปี โดย นวพร ชิตมน (2549) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.89 อยู่ในเกณฑ์ดี ถือเป็นเครื่องมือที่มีความเฉพาะในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเพียงฉบับเดียวที่ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตในการนำเครื่องมือมาใช้ตามขั้นตอนก่อนนำมาใช้ และปรับคำถามให้ภาษาเข้าใจง่ายสำหรับกลุ่มตัวอย่างสูงอายุ โดยคงความหมายของข้อคำถามเดิมไว้ และผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ภาคผนวก จ) ตามกระบวนการ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง จำนวน 23 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 15 ข้อ และด้านลบ 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเส้นตรงมีตัวเลขกำกับ (Linear analog scale) โดยที่ปลายสุดของเส้นตรงทั้ง 2 ด้านประกอบด้วยคำ 2 คำ ที่มีความหมายตรงกันข้าม ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ไม่มีเลขให้ 0 คะแนน และมีอย่างเต็มที่ให้ 100 คะแนน ระหว่างช่วงมีเลข

กำกับช่วงละ 10 ในการตอบแบบสอบถาม ผู้ป่วยจะประเมินคุณภาพชีวิตในเรื่องต่างๆ ตามข้อคำถาม และตอบโดยการเขียนเครื่องหมายกากบาทบนเส้นตรง ซึ่งมีค่าคะแนนตรงกับความรู้สึกของตนเอง

ข้อคะแนนที่เป็นด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 23

ข้อคะแนนที่เป็นด้านลบ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 16, 17, 19, 21, 22

สามารถแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2, 9, 10, 14, 15, 18 ด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 3, 7, 11, 13 ด้านภาพลักษณ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 5, 8, 19, 22 ด้านผลการรักษา ได้แก่ ข้อคำถามที่ 6, 16, 17 ด้านโภชนาการ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 12 และด้านสังคม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 20, 21, 23

การแปลผลคะแนนรวมของแบบสอบถามมีค่าตั้งแต่ 0-2300 คะแนน หากด้วย 23 สรุปคะแนนรวมเป็น 0-100 โดยคะแนนยิ่งมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี สำหรับคำถามด้านลบของข้อคำถามนั้นๆ จะถูกกลับค่าคะแนน และนำมารวมกับคะแนนของคำถามในด้านบวก โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วง เท่าๆ กัน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ได้ดังนี้

คะแนน 0-33 คะแนน	หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ
คะแนน 34-66 คะแนน	หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง
คะแนน 67-100 คะแนน	หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา

การศึกษาในครั้งนี้ได้หาความตรงตามเนื้อหาจำนวน 2 เครื่องมือ คือ แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมและปริศัลยกรรม และการพยาบาลบาดแผลและออสโตมี 1 ท่าน พยาบาลประจำการผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และแผลเรื้อรัง 1 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ได้เท่ากับ 0.94 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ได้เท่ากับ 0.91

ส่วนที่เหลือ จำนวน 4 เครื่องมือ ที่นำมาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยมะเร็งต่างๆ ตรวจสอบหาความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าอยู่ในระดับสูง สามารถนำมาใช้ในการศึกษาได้ ดังนี้ แบบประเมินภาวะพึงพิงดัชนีบาร์เชลเอดีแอล แบบประเมินความวิตกกังวล แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ส่วนแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองนั้น ได้รับคำแนะนำ และปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์จากการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม แบบประเมินภาวะพึงพิง แบบประเมินความวิตกกังวล แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ที่มีทวารเทียม มาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ก่อนนำไปใช้ในการศึกษาจริง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha)

แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94

แบบประเมินภาวะพึงพิง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.86

แบบประเมินความวิตกกังวล ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.77

แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94

แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ที่มีทวารเทียม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสอบถาม โดยดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัย เตรียมโครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
2. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอคำรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. หลังจากผ่านมติ ได้หนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลและหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No.515/2013) ยื่นเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนคำรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ยังอยู่ในระหว่างขั้นตอนการพิจารณาของคณะกรรมการ
4. เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยนำหนังสือแจ้งไปยังหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมระบบลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตึก ภปร.6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ตรวจรักษาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกในการเป็นผู้ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แล้วแจ้งกลับมาให้ผู้วิจัยทราบเพื่ออธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยและขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย
2. ในขณะที่ผู้ป่วยรอคิวตรวจจากแพทย์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมการศึกษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา

3. พัทธกษัตริย์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบสิทธิในการไม่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย พร้อมแสดงแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและขอความร่วมมือในการวิจัย หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะของโรคมะเร็ง ชนิดของการรักษา ระยะวันนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาหลังผ่าตัด ตำแหน่งความเหมาะสมของทวารเทียม โรคประจำตัว การรักษาร่วม และภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบ โดยบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วย

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยตามแบบสอบถาม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหนังสือหรือเขียนหนังสือได้ หรือมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถาม และให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 88 ราย

6. ผู้วิจัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

หมายเหตุ

- กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทั้งหมด เนื่องจากในช่วงที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นั้นมีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลได้ครบจำนวน 88 ราย จึงได้รับคำรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และหนังสืออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ตามมาภายหลัง จึงไม่ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศิริราช

- หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No.515/2013, IRB No. 348/56) และหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (Si.505/2013) รหัสโครงการ 457/2556(EC2) ทั้งสองแห่งอนุมัติโดยไม่มี การแก้ไขรายละเอียดใดๆ ผู้วิจัยชี้แจงเหตุผลที่ไม่ดำเนินการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศิริราช และดำเนินการแจ้งปิดโครงการทั้งสองแห่งเรียบร้อยแล้ว

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติตามขั้นตอนและผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตลอดจนได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ป่วยทุกรายก่อนเริ่มต้นเก็บข้อมูลทั้งหมด โดยในขั้นตอนการดำเนินการจริง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น หัวหน้าหอพยาบาล เพื่อพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย รวมถึงอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ และไม่มีผลแต่อย่างใดต่อการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยแก่ผู้ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมในขณะดำเนินการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจสามารถขอยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตลอดระยะเวลาการศึกษากลุ่มตัวอย่างทุกรายยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ ไม่พบผู้ป่วยที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/Window version 17 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล การรับรู้สนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาอำนาจการทำนายของปัจจัยความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้สนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ข้อตกลงเบื้องต้นสถิติถดถอยพหุคูณ (รัตนศิริ ทาโต, 2551)

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม หรือตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์อยู่ในระดับช่วงมาตราหรืออัตราส่วนมาตรา ที่มีค่าต่อเนื่อง

2. ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ
3. ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยพิจารณาจาก 1) ตัวแปรอิสระ 4 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กัน มากกว่า 0.80 2) ค่า Tolerance มากกว่า 0.2 3) ค่า VIF ไม่เกิน 5 จึงไม่พบว่ามีสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (Multicollinearity)
4. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear Relationship) ซึ่งพิจารณาได้จากลักษณะการกระจายของข้อมูลในแผนภาพการกระจาย (Scatter plot)
5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวทำนายทุกตัวมีค่าคงที่ โดยพิจารณาภาพการกระจาย (Scatter plot) จะพบการกระจายบริเวณค่าศูนย์
6. ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ ดูจากตาราง Residuals statistics

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research design) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำนวน 88 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิจัยโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายเป็นลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 88 ราย มีอายุ 60-96 ปี อายุเฉลี่ย 70.72 ปี จำนวนร้อยละ 51.1 เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 54.5 และร้อยละ 45.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.7) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 88.6) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถม (ร้อยละ 60.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 35.2) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 46.6) ส่วนใหญ่รายได้เพียงพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 70.5) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 45.5) ใกล้เคียงกับสิทธิเบิกต้นสังกัด (ร้อยละ 44.3) ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ บุตร (ร้อยละ 70.5) ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-69	45	51.1
70-79	31	35.3
80 ปีขึ้นไป	12	13.6
(Mean=70.72 , SD=8.135 , Max=96 , Min=60)		
เพศ		
ชาย	48	54.5
หญิง	40	45.5
ศาสนา		
พุทธ	86	97.7
อิสลาม	2	2.3
สถานภาพสมรส		
โสด	6	6.8
คู่	78	88.6
หม้าย หย่า แยก	4	4.5
ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	11	12.5
ประถมศึกษา	53	60.2
มัธยมศึกษา	9	10.2
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรืออนุปริญญา	4	4.5
ปริญญาตรี	9	10.2
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	2	2.3

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=88) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	31	35.2
แม่บ้าน	14	15.9
เกษตรกร	5	5.7
รับจ้าง	9	10.2
ค้าขาย	12	13.7
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	2.3
ข้าราชการ	15	17.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000	41	46.6
10,001 – 20,000	38	43.2
20,001 – 30,000	2	2.3
มากกว่า 30,000 ขึ้นไป	7	8.0
รายได้เพียงพอหรือไม่		
เพียงพอให้มีเหลือเก็บ	24	27.3
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	62	70.5
ไม่พอใช้	2	2.3
สิทธิการรักษาพยาบาล		
เสียค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด	9	10.2
เบิกต้นสังกัด	39	44.3
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	40	45.5
บุคคลที่ดูแลช่วยเหลือท่านเมื่อเจ็บป่วย		
บุตร	62	70.5
สามี หรือ ภรรยา	14	15.9
ญาติ พี่ น้อง	4	4.5
ผู้ดูแลรับจ้าง	3	3.4
ตัวเอง	5	5.7

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งในส่วนลำไส้ตรงมากที่สุด (ร้อยละ 75) ระยะของโรคมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 (ร้อยละ 55.7) ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องแบบชนิดชั่วคราว (ร้อยละ 62.5) ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 14.27 วัน มีระยะเวลาหลังผ่าตัด อยู่ในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด (ร้อยละ 37.5) แต่ทุกรายระยะเวลาหลังผ่าตัดจะไม่เกิน 12 เดือน ตำแหน่งของทวารเทียมส่วนใหญ่มีความเหมาะสม (ร้อยละ 96.6) ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 มีโรคร่วม แบ่งเป็นกลุ่มที่มีโรคร่วม 1 โรค และโรคร่วม 3 โรค ขึ้นไป ร้อยละ 21.6 เท่ากัน ซึ่งได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งของทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 48.9) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.9 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบ และร้อยละ 34.1 มีภาวะแทรกซ้อน โดยพบมากที่สุดคือ ภาวะผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (irritant dermatitis) รองลงมาคือ ภาวะลำไส้ยื่นบริเวณหน้าท้อง (parastomal hernia) และภาวะลำไส้ยื่น (stoma prolapsed) คิดเป็นร้อยละ 22.7, 5.6 และ 4.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา (N=88)

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
Ca Colon and rectum	5	5.7
Ca Colon	5	5.7
Ca sigmoid	12	13.6
Ca rectum	66	75
ระยะของโรคมะเร็ง		
ระยะที่ 1	3	3.4
ระยะที่ 2	13	14.8
ระยะที่ 3	49	55.7
ระยะที่ 4	23	26.1
ชนิดของทวารเทียม		
Temporary	55	62.5
Permanent	33	37.5

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา (N=88) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ระยะวันนอนโรงพยาบาล (วัน)		
0-14 วัน	48	65.9
15-30 วัน	24	27.3
> 30 วัน	6	6.8
(Mean=14.27, SD=11.172, Max=62, Min=4)		
ระยะเวลาหลังผ่าตัด (เดือน)		
0-3 เดือน	33	37.5
4-6 เดือน	23	26.1
7-9 เดือน	10	11.4
10-12 เดือน	22	25
ตำแหน่งความเหมาะสมของทวารเทียม		
เหมาะสม	85	96.6
ไม่เหมาะสม	3	3.4
โรคประจำตัว		
ไม่มี	33	37.5
มีโรคร่วม	55	62.5
1 โรค	19	21.6
2 โรค	17	19.3
3 โรคขึ้นไป	19	21.6
การรักษาร่วม		
ไม่มี	33	37.5
เคมีบำบัด	43	48.5
รังสีรักษา	5	5.7
เคมีบำบัด และ รังสีรักษา	7	8.0

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา (N=88) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบ		
ไม่มี	58	65.9
มี	30	34.1
ภาวะลำไส้ยื่นบริเวณหน้าท้อง (parastomal hernia)	5	5.6
ภาวะลำไส้ยื่น (stoma prolapsed)	4	4.5
ภาวะทวารเทียมถูดึงรั้ง (stoma retraction)	1	1.1
ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (irritant dermatitis)	20	22.7

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.1 มีความสามารถในการดูแลตนเองปานกลาง มีค่าอยู่ระหว่าง 8-35 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0- 36 คะแนน มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 20.98 (Mean=20.98, S.D.=7.11) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ภาวะพึงพิง ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.3 มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นน้อย มีค่าอยู่ระหว่าง 4-18 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0- 36 คะแนน มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 16.22 (Mean=16.22, S.D.=2.74) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ความวิตกกังวล ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.9 ไม่มีภาวะวิตกกังวล มีค่าอยู่ระหว่าง 0-9 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0-21 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (Mean=4.01, S.D.=2.38) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.3 มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีค่าอยู่ระหว่าง 39-84 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 12-84 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.88 (Mean=64.88, S.D.= 10.80) โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากครอบครัว (Mean=25.10, S.D.=2.936) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ภาวะวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง (N=88)

ระดับของตัวแปร	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง			
ความสามารถในการดูแลตนเอง	12-36	8-35	20.98	7.11	ปานกลาง
ภาวะพึ่งพิง	0-20	4-18	16.22	2.74	พึ่งพาน้อย
ภาวะวิตกกังวล	0-21	0-11	4.01	2.38	ไม่มี
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	12-84	39-84	64.88	10.80	สูง

คุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิต ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60.2 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าอยู่ระหว่าง 33.91 – 65.22 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0-100 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.70 (Mean=61.70, S.D.=14.26) สำหรับคุณภาพชีวิตจำแนกตามรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านที่มีค่าคะแนนสูงที่สุด อยู่ในระดับดี คือ ด้านโภชนาการ (Mean=75.79, S.D.=2.25) รองลงมาคือ ด้านผลการรักษา (Mean=72.75, S.D.=23.49) และด้านที่คะแนนต่ำที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านภาพลักษณ์ (Mean=45.92, S.D.=6.11) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน (N=88)

คุณภาพชีวิต	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-100	30.43-90.65	61.70	14.26	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	0-100	20-100	60.68	10.42	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	0-100	40-100	63.39	3.67	ปานกลาง
ด้านภาพลักษณ์	0-100	0-100	45.92	6.11	ปานกลาง
ด้านผลการรักษา	0-100	30-100	72.75	23.49	ดี
ด้านโภชนาการ	0-100	20-100	75.79	2.25	ดี
ด้านสังคม	0-100	10-100	60.85	21.31	ปานกลาง

ความสัมพันธ์เชิงทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิต สถิติที่เลือกใช้ในการทดสอบคือ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) เพื่อให้ผลการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จึงได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่จะนำมาวิเคราะห์ต้องมีลักษณะดังนี้ 1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีมาตรวัดเป็นช่วงมาตรา 2) มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) 3) ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) 4) มีรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) 5) ความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวทำนายทุกตัวมีความแปรปรวนคงที่ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต เป็นระดับช่วงมาตรา มีการแจกแจงปกติ โดยมีค่า Kolomogorov-Smirnov ที่ $p > .05$ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวอยู่ระหว่าง .402 ถึง .677 ซึ่งต่ำกว่า .80 และค่า Tolerance อยู่ในช่วง .354-.537 ซึ่งมากกว่า 0.2 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.86-2.82 ซึ่งไม่เกิน 5 จึงไม่พบว่ามีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์มีการแจกแจงแบบปกติ กราฟเกาะกลุ่มเป็นเส้นตรง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 และมีรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเส้นดูจากลักษณะการกระจายของข้อมูลในแผนภาพการกระจาย (Scatter plot) มีการกระจายตัวใกล้เคียงศูนย์และเป็นลักษณะสี่เหลี่ยมผืนผ้า แสดงว่ามีความแปรปรวนคงที่ ในการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณนี้แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlations)

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=.769, p<.01$; $r=.670, p<.01$) ตามลำดับ ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r=-.651, p<.01$; $r=-.745, p<.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (N=88)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความสามารถในการดูแลตนเอง	1	-.677**	-.643**	.613**	.769**
2. ภาวะพึ่งพิง	-.677**	1	-.402**	-.447**	-.651**
3. ความวิตกกังวล	-.643**	-.402**	1	-.615**	-.745**
4. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	.613**	-.447**	-.615**	1	.670**
5. คุณภาพชีวิต	.769**	-.651**	-.745**	.670**	1

**p< .01

2. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยใช้เทคนิคการเลือกตัวแปรเข้าสมการพร้อมกัน (Enter multiple regression) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ได้ร้อยละ 75.3 ($R^2 = .753$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด คือ ความวิตกกังวล (Beta=-.376) รองลงมาคือ ภาวะพึ่งพิง (Beta=-.254) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม (Beta=.249) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Beta=.172) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาค่าอำนาจการทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (N=88)

ตัวแปร	B	S.E.	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	24.095	8.109		2.971	.004*
ความสามารถในการดูแลตนเอง	.499	.184	.249	2.713	.008*
ภาวะพึ่งพิง	-1.321	.387	-.254	-3.410	.001*
ความวิตกกังวล	-2.260	.461	-.376	-4.896	.000*
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	.228	.098	.172	2.314	.023*

$R = .868$, $R^2 = .753$, $\text{adj } R^2 = .741$, $F_{(4,83)} = 63.109$, $p < .05$

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research design) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำนวน 88 ราย โดยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 88 ราย มีอายุ 60-96 ปี อายุเฉลี่ย 70.72 ปี โดยครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมดอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 51.1 เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (1.2:1) สอดคล้องกับรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบบ่อยเป็นลำดับที่ 1 ในเพศชาย และลำดับที่ 3 ในเพศหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.7) มีสถานภาพสมรสคู่ เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.6) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.2) ซึ่งเป็นระดับการศึกษาภาคบังคับ หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 46.6) รายได้เพียงพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 70.5) เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเกษียณงานแล้ว จึงมีรายได้ต่อเดือนน้อย แต่ยังมีเบี้ยยังชีพรายเดือนจากรัฐบาลจำนวน 600-1,000 บาท และมีบุตรหลานดูแลช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในครอบครัว สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 45.5) รองลงมาคือ สิทธิเบิกต้นสังกัด (ร้อยละ 44.3) ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ บุตร (ร้อยละ 70.5) รองลงมาคือ สามี/ภรรยา (ร้อยละ 15.9) แสดงให้เห็นถึงประเพณีและวัฒนธรรมไทยที่บุตรมีหน้าที่ดูแลบิดามารดา รวมถึงการดูแลจากคู่สมรสเมื่อเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ ลำไส้ตรง (Ca rectum) คิดเป็นร้อยละ 75 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งมีระยะของโรคลุกลามอยู่ในระยะที่ 3 (ร้อยละ 55.7) ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดชั่วคราวมากกว่าชนิดถาวรคิดเป็นสัดส่วน 2:1 ราย ระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 14.27 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด และโรคแทรกซ้อน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้จำกัดชนิดการผ่าตัดและชนิดของทวารเทียมในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา เนื่องจากชนิดของทวารเทียมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Silva, Ratnayake & Deen, 2003) จึงพบช่วงระยะวันนอนโรงพยาบาลค่อนข้างกว้าง กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาหลังผ่าตัด อยู่ในช่วง 6 เดือนแรกหลังผ่าตัด (ร้อยละ 63.6) และช่วง 6 เดือนหลังจนถึง 12 เดือน (ร้อยละ 36.4) ตำแหน่งความเหมาะสมของทวารเทียมส่วนใหญ่มีความเหมาะสม (ร้อยละ 96.6) แสดงถึงมาตรฐานที่ดีในการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยที่มีตำแหน่งทวารเทียมที่เหมาะสม จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีตำแหน่งทวารเทียมไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mahjoubi, Goodarzi, & Mohammad-Sadeghi, 2010)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 62.5) โดยเป็นกลุ่มที่มีโรคร่วม 1 โรคร่วม (ร้อยละ 21.6) เท่าๆ กันกับกลุ่มที่มีโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 21.6) โรคร่วมที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไ้ไขในเลือดสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ เป็นต้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเกิดความเจ็บป่วย ดังปรากฏพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาร่วมด้วยยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 48.9) ซึ่งสอดคล้องกับ ACS (2012) กล่าวถึงมาตรฐานในการรักษาสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการผ่าตัด ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการรักษาร่วมอื่นๆ (ร้อยละ 37.5) นั้นเป็นกลุ่มที่เป็นมะเร็งในระยะที่ 1 ซึ่งมักใช้วิธีการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว ร่วมกับบางส่วนเป็นกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพียง 1-3 เดือนแรก ซึ่งอาจจะได้รับการรักษาร่วมในระยะเวลาต่อไป ขึ้นกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบ (ร้อยละ 65.9) ส่วนกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 34.1) พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ภาวะผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (irritant dermatitis) (ร้อยละ 22.7) รองลงมาคือ ภาวะลำไส้ยื่นบริเวณหน้าท้อง (parastomal hernia) และภาวะลำไส้ยื่น (stomal prolapsed) คิดเป็นร้อยละ 5.6 และ 4.5 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Richbourg, Thorpe และ Rapp (2007) ที่พบว่าภาวะผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง พบมากถึงร้อยละ 76 ของภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนัง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่พบมากในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ภาวะลำไส้ยื่นบริเวณหน้าท้อง (parastomal hernia) ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (stomal prolapsed) ภาวะทวารเทียมถูก

ดึงรั้ง (stomal retraction) การระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม (irritant dermatitis) และภาวะเลือดออกบริเวณทวารเทียม (stomal hemorrhage) เป็นต้น (Williams, 2008)

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะฟุ้งฟิง ความวิตกกังวล การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.1 มีความสามารถในการดูแลตนเองปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.98 (Mean=20.98, S.D.=7.11) สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี หล่ออนิต และคณะ (2552) ซึ่งใช้แบบประเมินเดียวกัน ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุเฉลี่ย 56.25 ปี พบว่า มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และ นุชรี ไล่พันธ์ (2542) ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ซึ่งภายหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียมนั้น ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระบบการขับถ่ายไปจากเดิมจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เกี่ยวกับดูแลตนเองในเรื่องของการดูแลทวารเทียม การทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับ การควบคุมกลิ่น และแก๊ส การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงการใช้ชีวิตอยู่กับการมีทวารเทียม ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยด้านร่างกาย การมองเห็นและการได้ยินลดลง ความจำลดลง จึงต้องการเวลาในการพัฒนาทักษะในการดูแลทวารเทียมมากขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นจึงยังพบการเกิดภาวะฟุ้งฟิงน้อย (ร้อยละ 93.3) บางส่วนที่มีภาวะฟุ้งฟิงก็ยังมี การสนับสนุนในระดับดีจากครอบครัวคอยช่วยเหลือ จึงไม่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองมากนัก ผู้ดูแลจึงถือได้ว่ามีส่วนสำคัญในการจัดการดูแลทวารเทียมในบางส่วน หรือบางรายอาจต้องดูแลช่วยเหลือทั้งหมด เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตการมีทวารเทียมได้ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ภาวะฟุ้งฟิง

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.3 มีภาวะฟุ้งฟิงผู้อื่นน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.22 (Mean=16.22, S.D.=2.74) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยทำหน้าที่ได้สูงสุดในช่วง 20-30 ปี ซึ่งในแต่ละคนจะมีอัตราการเสื่อมถอยของ

อวัยวะต่างๆ ในอัตราที่แตกต่างกันไป (อุทัย สุดสุข, 2552; Meiner, 2011) และจะลดลงจนถึงช่วงอายุประมาณ 80-85 ปี จะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 55 ของวัยหนุ่มสาว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ร้อยละ 86.4 มีอายุน้อยกว่า 80 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.1 อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น จึงทำให้พบการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะพึ่งพิงที่ยังไม่ชัดเจน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ประกอบกับระบบสุขภาพปัจจุบันที่มีความเจริญก้าวหน้า และเน้นการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น จึงทำให้ประชากรสูงอายุใส่ใจสุขภาพมากขึ้นและเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงช้าลง

ความวิตกกังวล

ผลการวิเคราะห์ภาวะวิตกกังวล พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.9 ไม่มีภาวะวิตกกังวล โดยมีความเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (Mean=4.01, S.D.=2.38)

แม้ว่าการมีทวารเทียมจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ความกังวลว่าผู้อื่นจะรังเกียจ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตรวมถึงการปรับตัวและความสามารถในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (สมพร วรรณวงศ์, 2554) การทำผ่าตัดทวารเทียมส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงในด้านจิตใจ ความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ไม่มีการทวารเทียม (Cotrim & Pereira, 2008) อย่างไรก็ตาม ปัญหาด้านจิตใจนั้นมีปัจจัยอีกหลายส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การปรับตัว ระยะเวลา และปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร ชิตมน (2549) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลเช่นเดียวกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยอื่นที่ดีได้แก่ ร้อยละ 77.3 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และมีครอบครัวดูแล โดยพบว่า ร้อยละ 70.5 มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลังเจ็บป่วย การสนับสนุนที่ดีนี้สามารถบรรเทาความเครียด ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจ ผู้ป่วยจึงมีความผาสุกทางจิตใจ และไม่มีภาวะวิตกกังวล

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.3 มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง โดยมีความเฉลี่ยเท่ากับ 64.88 (Mean=64.88, S.D.=10.80) โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด (Mean=25.10, S.D.=2.936) เป็นไปตามแนวคิดของ Wilson และ Cleary (1995) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีทั้งจากครอบครัวและเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางบวก และช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญและผ่านพ้นปัญหาต่างๆ ไปได้ด้วยดี เช่นเดียวกับ Zimet และคณะ (1988) ซึ่งกล่าวถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการรับรู้การได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลที่มีความสำคัญ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา ศิวรักษ์ (2555) ซึ่งใช้แบบ

ประเมินของ Zimet ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 85 ราย พบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง โดยได้รับจากครอบครัวมากที่สุดเช่นกัน อาจอธิบายได้ว่า สังคมและวัฒนธรรมไทยนั้นบุตรมีหน้าที่ดูแลบิดามารดา คู่สมรสที่ดูแลซึ่งกันและกันเมื่อเจ็บป่วย และในการศึกษารั้วนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแลถึงร้อยละ 70.5 ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามธรรมชาติ (เปรมฤดี เจริญพร, 2542) ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ให้ความรักและการเอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ (Cobb, 1976; House & Kahn, 1985) จึงทำให้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี การสนับสนุนทางสังคมมีหลายด้านและจากหลายแหล่งสนับสนุนนั้นล้วนแล้วแต่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น การจัดการที่ดีจะช่วยลดภาวะทุพพลภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยเฉพาะจากครอบครัว จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Bloom et al., 2007)

คุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิต ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.2 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.70 (Mean=61.70, S.D.=14.26) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับปานกลาง (นาวพร ชิตมน, 2549; Maneesin, 2010) เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ร้อยละ 63.6 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงระยะเวลาหลังผ่าตัด 6 เดือนแรก ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มเรียนรู้และปรับตัวกับการมีทวารเทียม ซึ่งการศึกษาของ Ma และคณะ (2007) สนับสนุนว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทวารเทียม จะมีการปรับปรุงดีขึ้นเรื่อยๆ และจะดีที่สุดที่ระยะ 6 เดือนหลังผ่าตัด จึงอาจทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างยังไม่ดีเท่าที่ควร นอกจากนี้เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในรายด้านตามแบบประเมิน พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านที่มีค่าคะแนนสูงที่สุด อยู่ในระดับดี คือด้านโภชนาการ (Mean=75.79, S.D.=2.25) รองลงมาคือ ด้านผลการรักษา ด้านจิตใจ (Mean=72.75, 63.39; S.D.=23.49, 3.67) และคุณภาพชีวิตคะแนนต่ำที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านภาพลักษณ์ (Mean=45.92; S.D.=6.11) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬพพร ประสงค์ ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม พบว่า การรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ (Prasungsit, 2001) การมีทวารเทียมส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ทั้งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการสูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (Marquis et al., 2003)

ความสัมพันธ์เชิงทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะฟุ้งฟิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิต

จากการวิเคราะห์สมมติฐานการวิจัย ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (Enter multiple regression) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะฟุ้งฟิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ได้ร้อยละ 75.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .753$, $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ตัวแปรอิสระทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ โดยพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด คือ ความวิตกกังวล (Beta = -.376) รองลงมาคือ ภาวะฟุ้งฟิง (Beta = -.254) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม (Beta = .249) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Beta = .172) ตามลำดับ

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความวิตกกังวล (Beta = -.376, $p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร ชิตมน (2549) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวร พบว่า ความวิตกกังวล สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งความวิตกกังวลเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมได้ อาการต่างๆ ได้แก่ อาการครุ่นคิด กระสับกระส่าย เหนื่อยล้า ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด กล้ามเนื้อเกร็ง รบกวนการนอนหลับ เป็นต้น และถ้าเป็นอยู่นานจะนำมาสู่ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวล อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.3 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า ร้อยละ 70.5 มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลังเจ็บป่วย การสนับสนุนที่ดี สามารถบรรเทาความเครียดและความวิตกกังวล ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจ ผู้ป่วยจึงมีความสุขทางจิตใจ (Bloom et al., 2007) แต่อย่างไรก็ตามการทำผ่าตัดทวารเทียมส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงในด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ไม่มีการทวารเทียม (Cotrim & Pereira, 2008) ดังนั้นการประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านจิตใจ จึงมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการดูแลทางด้านร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต รองลงมาคือ ภาวะฟุ้งฟิง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = -.254, $p < .01$) ซึ่งสรุปได้ว่า ภาวะฟุ้งฟิงเป็นภาวะที่แสดงถึงความต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งสามารถวัดได้จากความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน ซึ่งจะลดลงเรื่อยๆ จนถึงช่วงอายุประมาณ 80-85 ปี จะลดลงเหลือร้อยละ 55 ของวัยหนุ่มสาว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) จากการศึกษาของ Mastracci และคณะ (2006) กล่าวถึงผลกระทบจากทวารเทียมในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปี พบว่า ผู้สูงอายุจะมีความอ่อนล้ามากกว่าวัยผู้ใหญ่ โดยกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาด้านการขับถ่าย และปัญหาการดูแลทวารเทียมมากกว่าผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

และพบว่า มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง 62 % ซึ่งในการศึกษครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะพังพองอื่นน้อย เนื่องจากร้อยละ 51.1 อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น จึงยังไม่พบความเสื่อมถอยของร่างกายมากนัก แต่อย่างไรก็ตามภาวะพังพองเป็นปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้ยากสำหรับผู้สูงอายุ และจะยิ่งเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นด้วย และในการศึกษานี้ยังพบว่า ภาวะพังพองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญคือ การป้องกันการเกิดภาวะพังพอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta =.249, $p < .01$) อธิบายได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียมทั้งด้านการดูแลทวารเทียม การทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับ การควบคุมกลิ่นและแก๊ส การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสามารถในการดูแลตนเองดี ผู้ป่วยก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ นุชรี ไล่พันธ์ (2542) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถลดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับทวารเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี หล่อนิล และคณะ (2552) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับโปรแกรมได้ร้อยละ 59.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมถอยตามวัยเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลทวารเทียมได้มากขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยเช่นกัน

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta =.172, $p < .01$) โดยมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยเฉพาะจากครอบครัว จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Bloom et al., 2007) ปัจจัยนี้เป็นจริงทั้งในสังคมตะวันตกและสังคมไทย ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Sammarco และ Konecny (2008) ศึกษาในผู้ป่วยรอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตร้อยละ 15.1 อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา ศิวรักษ์ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปีขึ้นไป พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta=.244) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ซึ่งในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยปลูกฝังเรื่องคุณธรรมจริยธรรม ความกตัญญู ตอบแทนผู้มีพระคุณ บุตรมีหน้าที่ดูแลบิดามารดา รวมถึงสามีภรรยา ดูแลซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) การสนับสนุนทางสังคม

โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัวจึงพบได้ว่าอยู่ในระดับสูง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังมีทวารเทียม เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ซึ่งทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆ และช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความผาสุกทางจิตใจ (House & Kahn, 1985)

จากผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary (1995) ที่นำมาเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในครั้งนี้ ซึ่งอธิบายว่าบุคคลมีปัจจัยด้านชีวสรีรวิทยาที่แตกต่างกันไปทำให้เกิดการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ส่งผลต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับภาวะการทำหน้าที่ซึ่งเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่มีไม่เท่ากันหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย บุคคลจะรับรู้ภาวะสุขภาพภายใต้การให้คุณค่าในตนเองและการสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ นำไปสู่คุณภาพชีวิตโดยรวม สรุปได้ว่าทั้ง ภาวะอาการ ภาวะการทำหน้าที่ และการรับรู้สุขภาพ นั้นมีปัจจัยด้านชีวสรีรวิทยา ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน นำไปสู่ผลลัพธ์สุดท้ายคือคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม (ภาวะการทำหน้าที่) ภาวะพึงพิง (ภาวะการทำหน้าที่) ความวิตกกังวล (ภาวะอาการ) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม) เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยคุณภาพชีวิตเป็นการตอบสนองของบุคคล ด้านความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยใดเพียงปัจจัยหนึ่ง ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง เป็นความสามารถของบุคคล ในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการดูแลทวารเทียม โดยมีปัจจัยส่วนบุคคล เช่น บุคลิกภาพ และแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้มากขึ้น หากผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงน้อย และมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนสนับสนุนภาวะการทำหน้าที่ คือ การสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยได้ การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจึงส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางบวก เฝิญและผ่านพ้นปัญหาต่างๆ ไปได้ด้วยดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนในด้านจิตใจ ความวิตกกังวลสูง มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การสนับสนุนทางด้านจิตใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research design) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary (1995) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 88 ราย และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2556

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มารับบริการตรวจติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตึก ภปร. ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ภายหลังจากการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องทั้งชนิดชั่วคราวและถาวร ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่หลังผ่าตัดจนถึง 1 ปี มีระดับการคิดรู้ (Cognitive function) อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถอ่านหนังสือหรือสื่อสารภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มี 2 ชุด (7 เครื่องมือ) ดังนี้ ชุดที่ 1 เครื่องมือสำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะพึงพิง ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวล ส่วนที่ 5 แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ 2 ฉบับ ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก จ) ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า CVI ของแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียมเท่ากับ 0.94 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับ

ผู้ป่วยที่มีทวารเทียม เท่ากับ 0.91 ส่วนที่เหลือเป็นเครื่องมือมาตรฐาน และมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยมะเร็งต่างๆ ตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าอยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ก่อนนำไปใช้ในการศึกษาจริง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค โดยมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม แบบประเมินภาวะพึงพิง แบบประเมินความวิตกกังวล แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม เท่ากับ 0.93, 0.71, 0.81, 0.91 และ 0.94 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 88 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94, 0.86, 0.77, 0.94 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/Window version 17 ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาอำนาจการทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (Enter multiple regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ผลการวิจัยมีดังนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 88 ราย มีอายุ 60-96 ปี อายุเฉลี่ย 70.72 ปี จำนวนร้อยละ 51.1 เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 54.5 และร้อยละ 45.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ภาคกลาง (ร้อยละ 97.7) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 88.6) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 35.2) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 46.6) ส่วนใหญ่รายได้เพียงพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 70.5) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 45.5) ใกล้เคียงกับสิทธิเบิกต้นสังกัด (ร้อยละ 44.3) ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ บุตร (ร้อยละ 70.5)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งในส่วนลำไส้ตรงมากที่สุด (ร้อยละ 75) ระยะของโรคมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 (ร้อยละ 55.7) ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องแบบชนิดชั่วคราว (ร้อยละ 62.5) ระยะวันนอน

โรงพยาบาลเฉลี่ย 14.27 วัน มีระยะเวลาหลังผ่าตัด อยู่ในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด (ร้อยละ 37.5) แต่ทุกรายระยะเวลาหลังผ่าตัดจะไม่เกิน 12 เดือน ตำแหน่งความเหมาะสมของทวารเทียมส่วนใหญ่มีความเหมาะสม (ร้อยละ 96.6) ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 มีโรคร่วม แบ่งเป็นกลุ่มที่มีโรคร่วม 1 โรค และโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 21.6 เท่ากัน ซึ่งโรคร่วมที่พบบ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไ้มนันในเลือดสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ ตามลำดับ ผู้ป่วยจำนวนครึ่งหนึ่งของทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 48.9) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบ (ร้อยละ 65.9) มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 34.1) ที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (Irritant dermatitis) รองลงมาคือ ภาวะลำไส้ยื่นบริเวณหน้าท้อง (Parastomal hernia) และภาวะลำไส้ยื่น (Stomal prolapsed) คิดเป็นร้อยละ 22.7, 5.6 และ 4.5 ตามลำดับ

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.1) (Mean=20.98, S.D.=7.11)

ภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับพึ่งพาผู้อื่นน้อย (ร้อยละ 93.3) (Mean=16.22, S.D.=2.74)

ความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล (ร้อยละ 90.9) (Mean=4.01, S.D.=2.38)

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.3) (Mean=64.88, S.D.=10.80)

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

1. คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ในช่วงระยะภายใน 1 ปี หลังผ่าตัด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=61.70, S.D.=14.26)

2. คุณภาพชีวิตในรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านที่อยู่ในระดับดีได้แก่ ด้านโภชนาการ (Mean=75.79, S.D.=2.25) และด้านผลการรักษา (Mean=72.75, S.D.= 23.49) และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านร่างกาย และด้านภาพลักษณ์ (Mean=63.39, 60.85, 60.68, 45.92; S.D.= 3.67, 21.31, 10.42, 6.11) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์เชิงทำนาย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=.769$, $p<.01$; $r=.670$, $p<.01$) ตามลำดับ ภาวะพึงพิง และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r=-.651$, $p<.01$; $r=-.745$, $p<.01$)

2. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (Enter multiple regression) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ได้ร้อยละ 75.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.753$, $p<.05$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด (Beta= .376) รองลงมาคือ ภาวะพึ่งพิง (Beta= .254) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม (Beta= .249) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Beta= .172) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ควรให้ความสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และมีการประเมินเป็นระยะตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน เพื่อประเมินปัญหาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

2. พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว นำมาวางแผนการพยาบาล ตลอดจนแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม สร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อส่งเสริมด้านภาพลักษณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่กับการมีทวารเทียมได้ใกล้เคียงชีวิตปกติ

3. เผยแพร่ผลการวิจัย ให้กับผู้ร่วมงาน บุคลากรที่สนใจ รวมถึงนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ด้านการศึกษา

อาจนำผลการศึกษากลับมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานทางการศึกษา เพื่อเตรียมให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ด้านการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และการลดความวิตกกังวล เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องในเชิงการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อทราบลักษณะการเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรเหล่านี้ ที่อาจเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลา (Change overtime) ที่แตกต่างกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในด้านการอ้างอิงไปยังประชากร เนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) รวมทั้งเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ซึ่งมีการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว อาจทำให้ไม่สามารถสรุปผลลักษณะของตัวแปรได้อย่างชัดเจน

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิด
ทวารเทียมทางหน้าท้อง

FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULT PATIENTS WITH
COLORECTAL CANCER POST STOMAL SURGERY

เกศินี วีรทองดี 5437202 NSGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จันทนา รณฤทธิชัย, ภม. (สรีรวิทยา),
วิไลวรรณ ทองเจริญ, ค.ด. (อุดมศึกษา), คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากกลายเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรโลก (World Health Organization, 2013) จากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry) ฉบับที่ 27 พ.ศ. 2555 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในเพศชายพบเป็นลำดับที่ 1 (16.2 %) ของโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในเพศชาย ช่วงอายุที่พบบ่อยที่สุดคือ 60-69 ปี และในเพศหญิงพบเป็นลำดับที่ 3 (9.6 %) ของโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในเพศหญิง ช่วงอายุที่พบบ่อยที่สุดคือ 55-64 ปี นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ คิดเป็น 8.8 ต่อแสนคนต่อปี อายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี มีอุบัติการณ์สูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (วิชัย ฉัตรธนาวารี, 2554) ประกอบกับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในอีก 20 ปีข้างหน้า (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในปัจจุบันเป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา โดยมีการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก จุดมุ่งหมายหลักของการรักษามะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือการมุ่งหวังที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่ถ้าโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในระยะลุกลามเกินกว่าที่จะรักษาให้

หายขาดได้ จุดมุ่งหมายของการรักษาลำดับถัดไป คือการมุ่งหวังที่จะทำให้คุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร, 2554)

การทำผ่าตัดเพื่อรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Ostomy) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ศัลยแพทย์ใช้เพื่อรักษาหรือประกอบการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ การทำทวารเทียมเพื่อให้อุจจาระผ่านออก ทั้งแบบชั่วคราวและถาวร ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์, 2553) ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดทวารเทียมต้องเผชิญกับการปรับตัวใหม่ ซึ่งบางรายสามารถดำรงชีวิตได้เหมือนปกติ ในขณะที่บางรายอาจมองตนเองในด้านลบ ประเมินคุณค่าของตนเองต่ำ เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง และอาจเป็นภาระให้กับผู้ดูแลมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัยผู้ใหญ่กับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องพบว่า ผู้สูงอายุมีระยะวันนอนโรงพยาบาลนาน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และมีอัตราการตายมากกว่าวัยผู้ใหญ่ (Bosshardt, 2003) จากการศึกษาของ Ma Harvey, Stewart, Andrews และ Hill (2007) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีจำนวนน้อย มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวร อายุ 41-60 ปี พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (นพพร ชิตมน, 2549) และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม อายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (Maneesin, 2010) แต่ทั้งสองงานเป็นการศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ยังไม่มีงานที่ศึกษาเฉพาะในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ จึงยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

คุณภาพชีวิตเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีองค์ประกอบหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย รายได้ อาชีพ โรคร่วม เป็นต้น (นพพร ชิตมน, 2549; Maneesin, 2010) ซึ่งในผู้สูงอายุ พบว่าการมีโรคร่วมระดับมาก (score ≥ 2) มีอำนาจทำนายการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญ (Jain et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาดูตามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า จำนวนโรคร่วมที่เพิ่มมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Trentham-Dietz et al., 2003) นอกจากนี้ยังพบว่า ระยะเวลาหลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Ma et al., 2007) และภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับทวารเทียมพบมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น พบว่า กลุ่มคนที่อายุมากกว่า 40 ปี มีการระบายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม เลือดออกบริเวณทวารเทียม และมีปัญหาด้านจิตใจ มากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 40 ปีถึง 3 เท่า (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005) จำนวนภาวะแทรกซ้อนยังมาก ยิ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง (Youngberg, 2010) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Sammarco & Konecny, 2008) การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = 0.244$) (จิตรรา ศิวรักษ์, 2555) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Han, Lee, Lee และ Park (2003) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.31, p=.001$) และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ ($R^2 = 0.57, p<.001$) การผ่าตัดทวารเทียมส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านจิตใจ เพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์ ความวิตกกังวล สูงกว่าผู้ที่ไม่มีการทวารเทียม (Cotrim & Pereira, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร ชิตมน (2549) พบว่า ความวิตกกังวลเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมอย่างมีนัยสำคัญซึ่งในการศึกษาของ Schreier และ Williams (2004) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ผู้ที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำ

นอกจากนี้ ความสามารถในการดูแลตนเองมีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ร้อยละ 59.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรุณี หล่ออนิล พ่องศรี ศรีมรกต และ เชาว์ สุระคม, 2552) สำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ยากลำบากในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่นอกเหนือจากการทำกิจวัตรประจำวันทุกๆ ไป ซึ่งจากการศึกษาของ Mastracci และคณะ (2006) กล่าวถึง ผลกระทบจากการมีทวารเทียมว่า ผู้สูงอายุจะมีความอ่อนล้ามากกว่าวัยผู้ใหญ่ การทำกิจวัตรประจำวันลดลง 62% การเกิดภาวะพึงพิงเพิ่มขึ้น และต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุดูแลทวารเทียมยากลำบาก รู้สึกต่ำต้อยหรือสูญเสียศักดิ์ศรี ก่อให้เกิดปัญหาในด้านจิตใจตามมาแต่ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะพึ่งพิงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

แม้ว่าในปัจจุบันได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยเน้นเรื่องการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และแก้ปัญหาด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้วก็ตาม ผู้สูงอายุมีความสามารถด้านร่างกายลดลงตามวัย มีภาวะพึ่งพิงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่แตกต่างไปจากผู้ใหญ่ การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุยังมีจำนวนน้อย สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุเลย พบเพียง 2 การศึกษาซึ่งศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลไว้ค่อนข้างมากแล้ว ผู้วิจัยจึงได้เลือกตัวแปรที่น่าสนใจและมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจากการทบทวนงานวิจัย ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ยังมีการศึกษาจำนวนไม่มากนัก เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีทวารเทียม และส่งเสริมให้

ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดทวารเทียมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตลอดจนเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร
2. ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

สมมติฐานงานวิจัย

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research design) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่มาเข้ารับการตรวจรักษาต่อเนื่องที่

แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเมเร็งกล้ามเนื้อหัวใจและทวารหนัก และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ภายในระยะเวลา 1 ปีหลังผ่าตัด มีระดับการรับรู้ในเกณฑ์ปกติ สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านหนังสือหรือสื่อสารภาษาไทยตอบแบบสอบถามได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power of analysis ของ Polit และ Beck (2012) สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ Multiple regression กำหนดค่าความเชื่อมั่น $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 และค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง (Medium effect size) $f^2 = 0.15$ มีจำนวนตัวแปรอิสระ (u) เท่ากับ 4 ตัวแปรได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนามาจากต้นฉบับแบบทดสอบ Mini-Mental Status Examination ฉบับภาษาอังกฤษ เป็นแบบประเมินมาตรฐานสำหรับประเมิน cognitive function ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน คือ การรับรู้สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) การระลึกได้ (Recall) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้รับความนิยมในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด มีจำนวน 11 ข้อ แปลผลตามระดับการศึกษา ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีคะแนนเต็ม 23 คะแนน เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น, 2542)

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

3. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง ที่สร้างขึ้นโดย อรุณี หล่อนิล และคณะ (2552) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลง ในส่วนของความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกาย ปรับเนื้อหาให้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม ได้แก่ การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันและบรรเทาภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับทวารเทียม เพื่อให้เหมาะสมสำหรับประเมินความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งกล้ามเนื้อหัวใจและทวารหนักที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 3

ด้าน คือ การดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ค่าคะแนน 0-2 (0 หมายถึงปฏิบัติเองไม่ได้ต้องมีคนช่วยให้ตลอดเวลา, 1 หมายถึง ปฏิบัติได้และต้องมีคนช่วยหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเป็นบางครั้ง, 2 หมายถึง ปฏิบัติได้เอง) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.9

4. แบบประเมินภาวะพึ่งพิง ดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งพัฒนาโดย Mahoney และ Barthel ในปี 1965 เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวางและนำมาแปลภาษาเพื่อใช้กับบริบทของคนไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (Jitapunkul, Kamolratanakul & Ebrahim, 1994) จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ได้ค่า Kappa coefficients of inter-rater reliability tests เท่ากับ 0.79 และ 0.68

5. แบบประเมินความวิตกกังวล (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS) ใช้เฉพาะส่วนของ sub scale anxiety ฉบับภาษาไทยที่ได้รับการแปลและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) จาก HADS ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith (1983) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ นำมาใช้เฉพาะส่วนของอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด ข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 3 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-21 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวล คะแนนต่ำแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะวิตกกังวล ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

6. แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) พัฒนาโดย Zimet, Dahlem, Zimet และ Farley (1988) ฉบับที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดย พิทักษ์พล บุญยะมาลิก (Boonyamalik, 2005) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิร์ต 7 อันดับ มีคะแนน 1-7 คะแนน โดย 1 คะแนน คือไม่เห็นด้วยอย่างมากจนถึง 7 คะแนน คือเห็นด้วยอย่างมาก ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค อยู่ในช่วง 0.79-0.98

7. แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม พัฒนาโดย Padilla และ Grant (1985) ซึ่ง สมจิต หนูเจริญกุล ได้แปลเป็นภาษาไทย และ Expert validate ใน ค.ศ. 1989 ผู้วิจัยปรับภาษาของข้อคำถามเล็กน้อยให้ภาษาเข้าใจง่ายสำหรับกลุ่มตัวอย่างสูงอายุ โดยคงความหมายของข้อคำถามเดิมไว้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่าเส้นตรงมีตัวเลขกำกับ (Linear analog scale) โดยที่ปลายสุดของเส้นตรงทั้ง 2 ด้านประกอบด้วยคำ 2 คำ ที่มีความหมายตรงกันข้าม ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ไม่มีเลขให้ 0 คะแนน และมีอย่างเต็มที่ให้ 100 คะแนน โดยคะแนนยิ่งมาก หมายถึง สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมียิ่งดี ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม แบบประเมินภาวะพึงพิง แบบประเมินความวิตกกังวล แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม มาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ก่อนนำไปใช้ในการศึกษาจริง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้เท่ากับ 0.93, 0.71, 0.81, 0.91, 0.94 ตามลำดับ และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 88 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94, 0.86, 0.77, 0.94, 0.94 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขอคำรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลังจากผ่านมติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลและหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนยื่นเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยนำหนังสือแจ้งไปยังหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกในการเป็นผู้ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมการศึกษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม พร้อมแสดงแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและขอความร่วมมือในการวิจัย หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบ 88 ราย ซึ่งในระหว่างนั้นหนังสือรับรองอนุญาตดำเนินการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ยังอยู่ขั้นตอนการออกหนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เสร็จสิ้นแล้ว จึงได้

หนังสือรับรองอนุญาตดำเนินการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลตามมาภายหลัง โดยหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No.515/2013, IRB No. 348/56) และหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (Si.505/2013) รหัสโครงการ 457/2556(EC2) ทั้งสองแห่งอนุมัติโดยไม่มีการแก้ไขรายละเอียดใดๆ และผู้วิจัยดำเนินการแจ้งปิดโครงการทั้งสองแห่งเรียบร้อยแล้ว กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/Window version 17 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (Enter multiple regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่แอลฟา .05

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 88 ราย มีอายุ 60-96 ปี อายุเฉลี่ย 70.72 ปี จำนวนร้อยละ 51.1 เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 54.5 และร้อยละ 45.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.7) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 88.6) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 35.2) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 46.6) ส่วนใหญ่รายได้เพียงพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 70.5) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 45.5) ใกล้เคียงกับสิทธิเบิกต้นสังกัด (ร้อยละ 44.3) ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ บุตร (ร้อยละ 70.5)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งในส่วนลำไส้ตรงมากที่สุด (ร้อยละ 75) ระยะของโรคมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 (ร้อยละ 55.7) ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งได้รับ

การรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องแบบชนิดชั่วคราว (ร้อยละ 62.5) ระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 14.27 วัน มีระยะเวลาหลังผ่าตัด อยู่ในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด (ร้อยละ 37.5) แต่ทุกรายระยะเวลาหลังผ่าตัดจะไม่เกิน 12 เดือน ตำแหน่งของทวารเทียมส่วนใหญ่มีความเหมาะสม (ร้อยละ 96.6) ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 มีโรคร่วม แบ่งเป็นกลุ่มที่มีโรคร่วม 1 โรค และโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 21.6 เท่ากัน ซึ่งได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างจำนวนครึ่งหนึ่งของทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 48.9) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.9 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบ และร้อยละ 34.1 มีภาวะแทรกซ้อน โดยพบมากที่สุดคือ ภาวะผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (Irritant dermatitis) รองลงมาคือ ภาวะลำไส้ยื่นบริเวณหน้าท้อง (Parastomal hernia) และภาวะลำไส้ยื่น (Stomal prolapsed) คิดเป็นร้อยละ 22.7, 5.6 และ 4.5 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51.1 มีความสามารถในการดูแลตนเองปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 20.98 (Mean=20.98, S.D.=7.11)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.3 มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 16.22 (Mean=16.22, S.D.=2.74)

ภาวะวิตกกังวลโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 90.9 ไม่มีภาวะวิตกกังวล โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (Mean=4.01, S.D.=2.38)

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 77.3 มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.88 (Mean=64.88, S.D.= 10.80) โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากครอบครัว (Mean=25.10, S.D.=2.936)

คุณภาพชีวิต ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.7 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.70 (Mean=61.70, S.D.=14.26) สำหรับคุณภาพชีวิตจำแนกตามรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านที่มีค่าคะแนนสูงที่สุด อยู่ในระดับดี คือ ด้านโภชนาการ (Mean=75.79, S.D.=2.25) รองลงมาคือ ด้านผลการรักษา (Mean=72.75, S.D.=23.49) และด้านที่คะแนนต่ำที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านภาพลักษณ์ (Mean=45.92, S.D.=6.11)

ความสัมพันธ์เชิงทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิต สถิติที่ใช้เลือกใช้ในการทดสอบคือ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) เพื่อให้

ผลการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จึงได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่จะนำมาวิเคราะห์ต้องมีลักษณะดังนี้ 1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีมาตรวัดเป็นช่วงมาตรา 2) มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) 3) ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) 4) มีรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) 5) ความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวทำนายทุกตัวมีความแปรปรวนคงที่ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวลและซึมเศร้า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต เป็นระดับช่วงมาตรา มีการแจกแจงปกติ โดยมีค่า Kolomogorov-Smirnov ที่ $p>.05$ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวอยู่ระหว่าง .402 ถึง .677 ซึ่งต่ำกว่า .80 และค่า Tolerance อยู่ในช่วง .354-.537 ซึ่งมากกว่า 0.2 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.86-2.82 ซึ่งไม่เกิน 5 จึงไม่พบว่ามีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์มีการแจกแจงแบบปกติ กราฟเกาะกลุ่มเป็นเส้นตรง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 และมีรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเส้นดูจากลักษณะการกระจายของข้อมูลในแผนภาพการกระจาย (Scatter plot) มีการกระจายตัวใกล้เคียงศูนย์และเป็นลักษณะสี่เหลี่ยมผืนผ้า แสดงว่ามีความแปรปรวนคงที่ ในการศึกษาวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณนี้แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlations)

การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=.769, p<.01$; $r=.670, p<.01$) ภาวะพึงพิง และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r=-.651, p<.01$; $r=-.745, p<.01$) ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (Enter multiple regression) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องได้ร้อยละ 75.3 ($R^2=.753$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด คือ ความวิตกกังวล ($Beta=-.376$) รองลงมาคือ ภาวะพึงพิง ($Beta=-.254$) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ($Beta=.249$) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ($Beta=.172$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.1 มีความสามารถในการดูแลตนเองปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 20.98 (Mean=20.98, S.D.=7.11) สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี หล่อนิล และคณะ (2552) ซึ่งใช้แบบประเมินเดียวกัน ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุเฉลี่ย 56.25 ปี พบว่า มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และ นุชรี ไล่พันธ์ (2542) ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ซึ่งภายหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียมนั้น ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระบบการขับถ่ายไปจากเดิมจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เกี่ยวกับดูแลตนเองในเรื่องของการดูแลทวารเทียม การทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับ การควบคุมกลิ่น และแก๊ส การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงการใช้ชีวิตอยู่กับการมีทวารเทียม ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยด้านร่างกาย การมองเห็นและการได้ยินลดลง ความจำลดลง จึงต้องการเวลาในการพัฒนาทักษะในการดูแลทวารเทียมมากขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นจึงยังพบการเกิดภาวะฟุ้งฟุ้งน้อย (ร้อยละ 93.3) บางส่วนที่มีภาวะฟุ้งฟุ้งก็ยังมี การสนับสนุนในระดับดีจากครอบครัวคอยช่วยเหลือ จึงไม่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองมากนัก ผู้ดูแลจึงถือได้ว่ามีส่วนสำคัญในการจัดการดูแลทวารเทียมในบางส่วน หรือบางรายอาจต้องดูแลช่วยเหลือทั้งหมด เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตการมีทวารเทียมได้ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ภาวะฟุ้งฟุ้ง

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.3 มีภาวะฟุ้งฟุ้งอื่นน้อย มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 16.22 (Mean=16.22, S.D.=2.74) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยทำหน้าที่ได้สูงสุดในช่วง 20-30 ปี ซึ่งในแต่ละคนจะมีอัตราการเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ในอัตราที่แตกต่างกันไป (อุทัย สุดสุข, 2552; Meiner, 2011) และจะลดลงลงจนถึงช่วงอายุประมาณ 80-85 ปี จะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 55 ของวัยหนุ่มสาว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 86.4 มีอายุน้อยกว่า 80 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.1 อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น จึงทำให้พบการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะฟุ้งฟุ้งที่ยังไม่ชัดเจน เมื่อเทียบ

กับกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ประกอบกับระบบสุขภาพปัจจุบันที่มีความเจริญก้าวหน้า และเน้นการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น จึงทำให้ประชากรสูงอายุใส่ใจสุขภาพมากขึ้นและเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงช้าลง

ความวิตกกังวล

ผลการวิเคราะห์ภาวะวิตกกังวล พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.9 ไม่มีภาวะวิตกกังวล โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (Mean=4.01, S.D.=2.38)

แม้ว่าการมีทวารเทียมจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ความกังวลว่าผู้อื่นจะรังเกียจ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตรวมถึงการปรับตัวและความสามารถในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (สมพร วรรณวงศ์, 2554) การทำผ่าตัดทวารเทียมส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงในด้านจิตใจ ความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ไม่มีทวารเทียม (Cotrim & Pereira, 2008) อย่างไรก็ตาม ปัญหาด้านจิตใจนั้นมีปัจจัยอีกหลายส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การปรับตัว ระยะเวลา และปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร ชิตมน (2549) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลเช่นเดียวกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยอื่นที่ดีได้แก่ ร้อยละ 77.3 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และมีครอบครัวดูแล โดยพบว่า ร้อยละ 70.5 มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลังเจ็บป่วย การสนับสนุนที่ดีนี้สามารถบรรเทาความเครียด ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจ ผู้ป่วยจึงมีความผาสุกทางจิตใจ และไม่มีภาวะวิตกกังวล

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.3 มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.88 (Mean=64.88, S.D.=10.80) โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด (Mean=25.10, S.D.=2.936) เป็นไปตามแนวคิดของ Wilson และ Cleary (1995) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีทั้งจากครอบครัวและเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางบวก และช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญและผ่านพ้นปัญหาต่างๆ ไปได้ด้วยดี เช่นเดียวกับ Zimet และคณะ (1988) ซึ่งกล่าวถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการรับรู้การได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลที่มีความสำคัญ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา ศิวรักษ์ (2555) ซึ่งใช้แบบประเมินของ Zimet ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 85 ราย พบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง โดยได้รับจากครอบครัวมากที่สุดเช่นกัน อาจอธิบายได้ว่า สังคมและวัฒนธรรมไทยนั้นบุตรมีหน้าที่ดูแลบิดามารดา คู่สมรสที่ดูแลซึ่งกันและกันเมื่อเจ็บป่วย และในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแลถึงร้อยละ 70.5 ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทาง

สังคมตามธรรมชาติ (เปรมฤดี เจริญพร, 2542) ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ให้ความรักและการเอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ (Cobb, 1976; House & Kahn, 1985) จึงทำให้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี การสนับสนุนทางสังคมมีหลายด้านและจากหลายแหล่งสนับสนุนนั้นส่วนแล้วแต่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น การจัดการที่ดีจะช่วยลดภาวะทุพพลภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยเฉพาะจากครอบครัว จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Bloom et al., 2007)

คุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิต ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.2 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.70 (Mean=61.70, S.D.=14.26) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับปานกลาง (นวพร ชิตมน, 2549; Maneesin, 2010) เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ร้อยละ 63.6 ของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาหลังผ่าตัดอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มเรียนรู้และปรับตัวกับการมีทวารเทียม ซึ่งการศึกษาของ Ma และคณะ (2007) สนับสนุนว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทวารเทียม จะมีการปรับปรุงดีขึ้นเรื่อยๆ และจะดีที่สุดที่ระยะ 6 เดือนหลังผ่าตัด จึงพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างยังไม่ดีเท่าที่ควร นอกจากนี้เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในรายด้านตามแบบประเมิน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านที่มีค่าคะแนนสูงที่สุด อยู่ในระดับดี คือ ด้านโภชนาการ (Mean=75.79, S.D.=2.25) รองลงมาคือ ด้านผลการรักษา (Mean=72.75, S.D.=23.49) และด้านที่คะแนนต่ำที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านภาพลักษณ์ (Mean=45.92, S.D.=6.11) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ ประสงค์ สึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม พบว่า การรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ (Prasungsit, 2001) การมีทวารเทียมส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ทั้งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการสูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (Marquis et al., 2003)

ความสัมพันธ์เชิงทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์สมมติฐานการวิจัย ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (Enter multiple regression) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ได้ร้อยละ 75.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .753, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ตัวแปรอิสระทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ โดยพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด คือ ความวิตกกังวล ($Beta = -.376$) รองลงมาคือ ภาวะพึงพิง ($Beta = -.254$) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ($Beta = .249$) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .172$) ตามลำดับ

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความวิตกกังวล ($Beta = -.376, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร ชิตมน (2549) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวร พบว่า ความวิตกกังวล สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งความวิตกกังวลเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมได้ อาการต่างๆ ได้แก่ อาการครุ่นคิด กระสับกระส่าย เหนื่อยล้า ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด กล้ามเนื้อเกร็ง รบกวนการนอนหลับ เป็นต้น และถ้าเป็นอยู่นานจะนำมาสู่ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวล อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.3 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าร้อยละ 70.5 มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลังเจ็บป่วย การสนับสนุนที่ดี สามารถบรรเทาความเครียดและความวิตกกังวล ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจ ผู้ป่วยจึงมีความสุขทางจิตใจ (Bloom et al., 2007) แต่อย่างไรก็ตามการทำผ่าตัดทวารเทียมส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ไม่มีการทวารเทียม (Cotrim & Pereira, 2008) ดังนั้นการประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านจิตใจ จึงมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการดูแลทางด้านร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต รองลงมาคือ ภาวะพึ่งพิง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = -.254, p < .01$) ซึ่งสรุปได้ว่า ภาวะพึ่งพิงเป็นภาวะที่แสดงถึงความต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งสามารถวัดได้จากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน ซึ่งจะลดลงเรื่อยๆ จนถึงช่วงอายุประมาณ 80-85 ปี จะลดลงเหลือร้อยละ 55 ของวัยหนุ่มสาว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) จากการศึกษาของ Mastracci และคณะ (2006) กล่าวถึงผลกระทบจากทวารเทียมในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปี พบว่า ผู้สูงอายุจะมีความอ่อนล้ามากกว่าวัยผู้ใหญ่ โดยกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาด้านการขับถ่าย และปัญหาการดูแลทวารเทียมมากกว่าผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และพบว่า มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง 62 % ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นน้อย เนื่องมาจากร้อยละ 51.1 อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น จึงยังไม่พบความเสื่อมถอยของร่างกายมากนัก แต่อย่างไรก็ตามภาวะพึ่งพิงเป็นปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้ยากสำหรับผู้สูงอายุและจะยิ่งเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นด้วย และการศึกษาครั้งนี้ยัง

พบว่า ภาวะพึงพิงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญคือ การป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .249, p < .01$) อธิบายได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียมทั้งด้านการดูแลทวารเทียม การทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับ การควบคุมกลิ่นและแก๊ส การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสามารถในการดูแลตนเองดี ผู้ป่วยก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ นุชรี ไล่พันธ์ (2542) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถลดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับทวารเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี หล่อนิล และคณะ (2552) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับโปรแกรมได้ร้อยละ 59.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมถอยตามวัยเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลทวารเทียมได้มากขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยเช่นกัน

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .172, p < .01$) โดยมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยเฉพาะจากครอบครัว จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Bloom et al., 2007) ปัจจุบันเป็นจริงทั้งในสังคมตะวันตกและสังคมไทย ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Sammarco และ Konecny (2008) ศึกษาในผู้ป่วยรอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตร้อยละ 15.1 อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา ศิวรักษ์ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .244$) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ซึ่งในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยปลูกฝังเรื่องคุณธรรมจริยธรรม ความกตัญญู ตอบแทนผู้มีพระคุณ บุตรมีหน้าที่ดูแลบิดามารดา รวมถึงสามิภรรยาดูแลซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัวจึงพบได้ว่าอยู่ในระดับสูง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังมีทวารเทียม เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ซึ่งทำให้นักคนไข้ได้รับความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆ และช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด การสนับสนุนทาง

สังคมจะมีบทบาทในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเกิดความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง มีความผาสุกทางจิตใจ (House & Kahn, 1985)

จากผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary (1995) ที่นำมาเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในครั้งนี้ ซึ่งอธิบายว่า บุคคลมีปัจจัยด้านชีวสรีรวิทยาที่แตกต่างกันไปทำให้เกิดการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ส่งผลต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับภาวะการทำหน้าที่ซึ่งเป็นการวัดความสามารถของแต่ละบุคคลที่มีไม่เท่ากันหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย บุคคลจะรับรู้ภาวะสุขภาพภายใต้การให้คุณค่าในตนเองและการสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ นำไปสู่คุณภาพชีวิตโดยรวม สรุปได้ว่าทั้ง ภาวะอาการ ภาวะการทำหน้าที่ และการรับรู้สุขภาพ นั้น มีปัจจัยด้านชีวสรีรวิทยา ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน นำไปสู่ผลลัพธ์สุดท้ายคือคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม (ภาวะการทำหน้าที่) ภาวะพึงพิง (ภาวะการทำหน้าที่) ความวิตกกังวล (ภาวะอาการ) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม) เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยคุณภาพชีวิตเป็นการตอบสนองของบุคคล ด้านความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยใดเพียงปัจจัยหนึ่ง ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง เป็นความสามารถของบุคคล ในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการดูแลทวารเทียม โดยมีปัจจัยส่วนบุคคล เช่น บุคลิกภาพ และแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้มากขึ้น หากผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงน้อย และมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนสนับสนุนภาวะการทำหน้าที่ คือ การสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยได้ การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจึงส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางบวก เผชิญและผ่านพ้นปัญหาต่างๆ ไปได้ด้วยดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนในด้านจิตใจ ความวิตกกังวลสูง มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การสนับสนุนทางด้านจิตใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว ในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ทีมสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ควรให้ความสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และมีการประเมินเป็นระยะหากเป็นไปได้ ปรับให้มีความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน เพื่อประเมินปัญหาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

2. พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว นำมาวางแผนการพยาบาล ตลอดจนแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม สร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อส่งเสริมด้านภาพลักษณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่กับการมีทวารเทียมได้ใกล้เคียงชีวิตปกติ

3. เผยแพร่ผลการวิจัย ให้กับผู้ร่วมงาน บุคลากรที่สนใจ รวมถึงนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ด้านการศึกษา

อาจนำผลการศึกษานี้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานทางการศึกษา เพื่อเตรียมให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ด้านการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และการลดความวิตกกังวล เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องในเชิงการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อทราบลักษณะการเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรเหล่านี้ ที่อาจเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลา (Change overtime) ที่แตกต่างกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในด้านการอ้างอิงไปยังประชากร เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) รวมทั้งเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ซึ่งมีการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว อาจทำให้ไม่สามารถสรุปผลลักษณะของตัวแปรได้อย่างชัดเจน

**FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULT PATIENTS
WITH COLORECTAL CANCER POST STOMAL SURGERY****KASINEE TEERATHONGDEE 5437202 NSGN/M****M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)****THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHANTANA RONNARITHIVICHAI, M.S.
(PHYSIOLOGY), VILAIVAN THONGCHAREON, Ph.D. (HIGHER
EDUCATION),
KANAUNGNIT PONGTHAVORNKAMOL, Ph.D. (NURSING)****EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Problem**

Cancer is currently a significant public health issue because cancer has become the leading cause of mortality among the global population (World Health Organization, 2013). According a report from the Hospital-Based Cancer Registry, Vol. 27, 2012, the National Cancer Institute has found colorectal cancer to be the most frequently encountered cancer in men (16.2%) among the top ten most frequently encountered cancers for men aged 60-69 years and the third most frequently encountered cancer among women (9.6 %) among the top ten most frequently encountered cancers in women aged 55-64 years. In addition, the incidence of colon cancer is 8.8 per hundred thousand people at a mean age of 60 years per year, and the incidence rate escalates with age (Wichai Chatthanawaree, 2011) in combination with full entry into older adults society in another twenty years (Somsak Chunrasamee, 2012). Current treatment guidelines for colorectal cancer involve a combination of surgery, chemotherapy and radiotherapy. Surgery is the main treatment. And the primary goal of treatment for colorectal cancer is to cure patients of the disease. If, however, the patients' stage of the disease has metastasized to a point where there is no cure, the next goal of treatment for

colon cancer is aimed at giving patients the best quality of life possible for the remainder of their lives (Paisit Siriwithayakorn, 2011).

Surgical treatment for colorectal cancer might be necessary for some patients who require surgery for fecal diversion which is one method surgeons employ to cure or relieve the suffering of the patients' disease. Ostomy can be either temporary or permanent. Patients are faced with changes in lifestyles and image (Thanyalak Wojanewisit, 2010). Ostomate patients need to confront new adaptation whereby some are able to lead normal lives while others might view themselves negatively, underestimate their self-worth, lose confidence in self care and become a greater burden to caregivers. When adults are compared with the older adults who have undergone ostomy, the older adults are found to have long hospital stays, more postoperative complications and higher mortality rates than adults (Bosshardt, 2003). According to the study of Ma Harvey, Stewart, Andrews and Hill (2007), the quality of life of older adults ostomate patients was found to be low with statistical significance. In Thailand, studies about the quality of life of patients in this group remain scarce. A study of the quality of life of permanent colostomy patients aged 41-60 years found overall quality of life to be moderate (Nawaporn Chitmon, 2006) and a study on the factors related to quality of life in ostomate patients aged 18 years and up found the quality of life of most of the ostomate patients to remain within a moderate range (Maneesin, 2010). However, both of the aforementioned studies were conducted in adult patients and no studies have focused about the quality of life of older adult patients in this group.

Quality of life is an indicator of success in the care of patients and involves multiple components, including personal basic factors, namely, age, gender, body mass index (BMI), income, occupation, co-morbidities, etc. (Nawaporn Chitmon, 2006; Maneesin, 2010). In older adults, the findings reveal a high level of co-morbidities (score ≥ 2) with low predictive power over quality of life with statistical significance (Jain et al., 2007). The aforementioned finding concurs with a cohort study on quality of life in colorectal cancer patients, finding the number of co-morbidities to have increased and be correlated with having a low quality of life with statistical significance (Trentham-Dietz et al., 2003). In addition, the postoperative period was also found to be correlated with improved quality of life for older adults (Ma et al., 2007) and complications involving ostomy are encountered more frequently with age. According to the findings, the group of

patients aged 40 years suffers skin irritation and bleeding around the ostomy site. Furthermore, there are as many as three times more psychological problems than in the group aged less than 40 years (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005), i.e. the greater the number of complications, the lower the quality of life (Youngberg, 2010). Moreover, cancer patients who receive good social support will also have good quality of life (Sammarco & Konecny, 2008). Social support is capable of predicting quality of life with statistical significance ($\text{Beta} = -0.244$) (Jitra Siwrak, 2012) and the aforementioned finding concurs with the study of Han, Lee, Lee and Park (2003) in a group of patients with chronic disease, finding social support to be correlated with quality of life with statistical significance ($r = 0.31$, $p = .001$) and social support to be capable of jointly predicting quality of life ($R^2 = 0.57$, $p < .001$). Ostomy has a higher degree of impact on psychological changes, sexual relations, image, anxiety than in people who do not undergo ostomy (Cotrim & Pereira, 2008). The aforementioned finding concurs with the study of Nawaporn Chitmon (2006) who found anxiety to be one of the factor negative correlated with quality of life in ostomate patients with statistical significance. In the study of Schreier and Williams (2004), anxiety was also found to be negatively correlated with quality of life. In other words, people who suffer anxiety will have lower quality of life.

In addition, ability to perform self-care has predictive power over the quality of life of colorectal cancer patients at 59.4% with statistical significance (Arunee Lornin, Fongsri Morakot and Chao Suradom, 2009). For older adults, developing self-care ability apart from performing the activities of daily living (ADL) is difficult. According to the study of Mastracci and colleagues (2006), the impact from ostomy are that older adults might feel more tired than other adults and ADL performance drops by 62% in relation to age as dependence grows and older adults need to adapt to many things. Hence, older adults face difficulty in ostomy care with feelings of inferiority and loss of dignity leading to psychological problems. However, no studies have clearly identified the correlations between dependence and quality of life in this group of patients.

Although studies are currently conducted on the development of guidelines for the care of stomal surgery patients with emphasis on developing self-care ability in order to prevent a variety of complications and mental problems to ensure that patients have better quality of life, older adults tend to have reduced physical capacity and dependence which are factors affecting quality of life. Nevertheless, few studies have

been conducted in older adults. In Thailand, 2 studies about the quality of life of patients were in a moderate level that studies in adult patients and individual factors. Hence, the researcher is interested in the factors affecting quality of life in older adult patients with colorectal cancer undergoing stomal surgery. Interesting variables were chosen with correlations concerning quality of life from research literature on ostomy self-care ability, dependence, anxiety and perceived social support. The selected variables were studied for the purpose of developing guidelines for suitable care of older adults with colorectal cancer post stomal surgery and to promote improved postoperative quality of life for older adults.

Research Questions

1. What is the quality of life of older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery?
2. Can ostomy self-care ability, dependence, anxiety and perceived social support predict quality of life? If so, how?

Research Objectives

1. To study the quality of life of older adult colorectal patients post stomal surgery.
2. To study the predictive power of ostomy self-care ability, dependence, anxiety and perceived social support on quality of life in older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery.

Research Hypothesis

Ostomy self-care ability, dependence, anxiety and perceived social support can predict quality of life in older adult colorectal cancer patients post stomal surgery.

Methodology

The present study was based on a correlational predictive research design conducted to study the predictive ability of ostomy self-care ability, dependence, anxiety and perceived social support on the quality of life of older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery and receiving follow-up treatment at the out-patient ward of Chulalongkorn Hospital, Thai Redcross. Data were collected between August and October of 2013. The sample group comprised male and female older adult patients aged 60 years or older and diagnosed with colorectal cancer within one year post stomal surgery, normal cognitive thinking, perfect conscience, ability to read or communicate in Thai and complete questionnaires.

The sample group size was set by using Polit & Beck's (2012) power of analysis. For multiple regression, $\alpha = .05$, power of test = .80, medium effect size $f^2 = 0.15$, number of independent variables (u) = 4, and the sample group size was 88.

Research Instrumentation

1. Mini-Mental Status Examination (MMSE-Thai 2002). The assessment form was developed from the English version and was a standard assessment form for evaluating cognitive function covering six areas, namely, orientation, registration, attention, calculation, language and recall. This assessment form is most widely used to screen for dementia and is composed of 11 questions in which the results are interpreted by level of education as follows: Group 1: uneducated older adults in which the total possible score was 23 points and 14 points or more are considered normal; Group 2: older adults with primary school education, in which the total possible score was 30 points and 17 points or higher are considered normal; and Group 3: older adults with education higher than the primary school level in which the total possible score was 30 points and 22 points or higher was considered normal (Mini-Mental State Examination Organization Commission, 1999).

2. Personal data record form developed by the researcher comprising personal data and data on the sample group's treatments.

3. Ostomy self-care ability assessment form modified from the self-care capacity assessment scale developed by Arunee Lawnin et al (2009). The researcher made modifications in terms of physical self-care ability and adjusted the content on

ostomy self-care, namely, replacing support equipment and fecal bags, monitoring for abnormal symptoms, and preventing and relieving ostomy complications so the content suits the older adult patients. The form contained 18 questions covering 3 areas, namely, physical, mental and social self-care. A Cronbach's alpha coefficient of 0.9 was obtained.

4. The dependency assessment form (Barthel ADL Index) developed by Mahoney and Barthel in 1963 is a widely used standard instrument and was translated into Thai by Suthichai Jitapunkul et al (Jitapunkul, Kamolratanakul & Ebrahim, 1994). The instrument is composed of 10 questions with a total possible score of 20 points. Kappa coefficients of inter-rater reliability tests of 0.79 and 0.68 were acquired.

5. The Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS), Thai edition, was translated and back translated into Thai by Thana Nilchaikowit, Manoot Lawtrakul and Umapon Paisansuthidet (1996) from the English version of the HADS by Zigmond and Smith (1983). The instrument is composed of 7 questions on anxiety (odd-numbered questions). The questions were 3 - level Likert scale with scores ranging from 0 – 21 points in which a high score means a high level of anxiety and low score means a low level of anxiety. Cronbach's Alpha was 0.85 for anxiety.

6. The multidimensional scale on perceived social support developed by Zimet, Dahlem, Zimet and Farley (1988) was translated into Thai and back-translated by Pitakpon Boonyamalik (2005). The instrument is composed of 12 questions on 7 - level Likert scores with scores ranging from 1 – 7 points where 1 point meaning total disagreement and 7 points meaning total agreement. Cronbach's Alpha ranged from 0.79 – 0.98.

7. The Quality of Life Assessment Scale for Ostomy Patients developed by Padilla and Grant (1985) and translated into Thai with expert validation in 1989. The researcher made minor language adjustments to make the instrument easy to understand for the older adults patients while the meaning of the questions remained intact. The instrument was composed of 23 questions on a linear analog scale with scores range from 0 – 100 points where higher scores meant better lifestyles with colostomy. Cronbach's alpha was 0.89.

Checking Instrument Quality

In this study, the researcher had the Ostomy Self-Care Ability Assessment Form, the Dependency Assessment Form, Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Sub scale anxiety), multidimensional scale on perceived social support and Quality of Life Assessment Scale for Ostomy Patients validated for reliability before implementation in 30 patients with qualities similar to the sample group. Next, the researcher calculated the reliability of the scales by using Cronbach's Alpha coefficient and acquired values of 0.93, 0.71, 0.81, 0.91 and 0.94, respectively. Then the instruments were implemented with the 88 subjects and reliability values of the scales of 0.94, 0.86, 0.77, 0.94 and 0.94 were acquired, respectively.

Data Collection Methodology And Protecting the Rights of the Sample Group

The researcher proposed the draft for the research project for approval from the Institutional Review Board on Research in Human Subjects, Faculty of Medical Science, Siriraj Nursing and Chulalongkorn University. Once approval had been granted by the Institutional Review Board on Research in Human Subjects, Faculty of Medical Science, Chulalongkorn University Hospital, the researcher requested a letter of introduction from the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, and a certificate from the Institutional Review Board on Research in Human Subjects with a letter of certification from the Institutional Review Board on Research in Human Subjects. The aforementioned were submitted to the director of Chulalongkorn Hospital to explain the research objectives and request approval for data collection. Once approval had been granted, the researcher submitted a letter to the head nurse and supervisor of the patient ward to explain the research objectives, request permission for data collection and request cooperation in data collection. The researcher proceeded with data collection by coordinating with the nurses working in the out-patient ward to search for patients with qualities meeting the inclusion criteria. Next, the researcher requested cooperation from the sample group and introduced herself, explained the research objectives, methodology and duration, and allowed the patients to ask questions. The researcher informed the sample group about the rights to consent or refuse to participate in the research, that participation in the research had to be voluntary, that the

sample group data would be kept confidential and that the research findings would be presented from an aggregate perspective. At the same time, the researcher showed consent forms to the patients and asked the patients who were willing to participate in the research to sign the consent forms.

The researcher collected data until a sample group of 88 subjects was obtained. During the course of the data collection, the certification of permission to collect data was in the process of issuance from the Institutional Review Board on Research in Human Subjects, Faculty of Medical Science, Siriraj Nursing. The research had already finished collecting the data of the sample group at Chulalongkorn University Hospital and permission was subsequently granted for data collection from the Institutional Review Board on Research in Human Subjects, Faculty of Medical Science, Siriraj Nursing. A certificate from the Institutional Review Board on Research in Human Subjects, Faculty of Medical Science, Siriraj Nursing and Chulalongkorn University. (COA No.515/2013, IRB No. 348/56) and COA 457/2556(EC2), Both approved without modification. Thus, all of the subjects in the present study were selected from Chulalongkorn University Hospital, Thai Red Cross.

Data Analysis

Data analysis was conducted using the computer program, SPSS/Window version 17. Personal data analysis was conducted using descriptive statistics, namely, frequency distribution and percentage. Scores on ostomy self-care ability, dependence, anxiety, perceived social support and quality of life were analyzed using descriptive statistics, namely, mean, percentage and standard deviation. Enter multiple regression analysis was used to analyzed predictive correlations between ostomy self-care ability, dependence, anxiety, perceived social support and quality of life in the sample group. Significance level α was set to be .05.

Research Findings

The sample group comprised of 88 older adults patients with colorectal cancer receiving stomal surgery at Chulalongkorn Hospital. The patients were 60-96 years old with a mean age of 70.72 years; 51.1% of the sample group were early older adults aged (60-69);

54.5% were males and 45.5% were females; 97.7% were Buddhists; 88.6% were married and living with spouses; 60.2% were primary school graduates; 35.2% were unemployed; 46.6% had average monthly incomes lower than 10,000 baht; 70.5% had sufficient income but not enough for savings; 45.5% had universal health insurance privileges; 44.3% were entitled to reimbursement and 70.5% of the caregivers were children.

The sample group in this study was composed of older adults patients with colorectal cancer undergoing stomal surgery; 75% of the samples were diagnosed with colon cancer; 55.7% of the cancers were at Stage 3; 62.5% underwent temporary ostomy; the mean hospital stay was 14.27 days; 37.5% of the sample group were in the first three postoperative months, but no more than 12 postoperative months for every patient. In 96.6% of the patients, the ostomy site was in a suitable location; 62.5% of the patients had co-morbidities; 21.6% had 1 co-morbidity and 21.6% had 3 or more co-morbidities such as hypertension, hyperglycemia, diabetes mellitus and heart disease; 48.9% of the sample group underwent chemotherapy; 65.9% had no complications concerned with the ostomy site or the surrounding skin. The most frequently encountered complications were irritant dermatitis followed by parastomal hernia and prolapsed stomal (22.7%, 5.6% and 4.5%, respectively).

The findings revealed that 51.1% of the sample group had a moderate level of self-care ability (Mean=20.98, S.D.=7.11).

In the present study, 93.3% of the sample group's dependency was low (Mean=16.22, S.D.=2.74).

For overall anxiety, 90.9% of the sample group did not develop anxiety (Mean=4.01, S.D.=2.38).

In all, 77.3% of the sample group's perceived social support was at high level (Mean=64.88, S.D.=10.80), and most of the subjects received support from family (Mean=25.10, S.D.=2.936).

For quality of life from one week to the present, 47.7% of the sample group's overall quality of life in at a moderate level. (Mean=61.70, S.D.=14.26). For quality of life classified in terms of individual aspects, nutritional quality of life was the high score, a good level (Mean=75.79, S.D.=2.25), followed by quality of life in treatment outcome (Mean=72.75, S.D.=23.49) and body image was the lowest score, a moderate level (Mean=45.92, S.D.=6.11).

Predictive Correlations between Ostomy self-care ability, Dependence, Anxiety and Perceived Social Support on Quality of Life in the Sample Group

This study explored the predictive relationships of ostomy self-care ability, dependence, anxiety and perceived social support on quality of life. Multiple regression analysis statistics were used in testing to ensure the findings would have minimal deviation. Therefore, the preliminary agreements for the analysis had the following characteristics: 1) independent variables and dependent variables with interval scales; 2) normality distribution; 3) no independent variable multicollinearity; 4) linear relationships; 5) prediction deviation of every predictor with stable variation. In this study, the studied variables consisted of ostomy self-care ability, dependence, anxiety, perceived social support and quality of life on interval scales with normality distribution and a Kolomogorov-Smirnov value of $p > .05$). The correlations between each independent variable were .402 to .677, which was lower than .80. Tolerance values were .354 - .537, which was higher than 0.2, and VIF values were 1.86 - 2.82, which did not exceed 5. Therefore, the variables were not found to have multicollinearity, prediction deviation had normal distribution, graphs were grouped in straight lines with a mean value of 0 and forms of linear relationships seen from scattered data characteristics on scatter plots had scattering close to zero and had rectangular characteristics, indicating stable variations. This multiple regression analysis was divided into the following two parts:

1. Correlations

Correlation coefficient analysis revealed correlations among the variables with statistical significance as follows: Ostomy self-care ability and perceived social support were positively related to quality of life ($r=.769, p<.01$; $r=.670, p<.01$), dependence and anxiety were negatively related to quality of life ($r=-.651, p<.01$; $r=-.745, p<.01$), respectively.

2. Multiple Regression

According to the enter multiple regression analysis, ostomy self-care ability, dependence, anxiety and social support were found to be capable of jointly predicting quality of life in older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery at 75.3% ($R^2 = .753$) with statistical significance. The factor best capable of predicting quality of life was anxiety (Beta = -.376), followed by dependence (Beta = -.254), ostomy self-care ability (Beta = .249) and perceived social support (Beta = .172), respectively.

Discussion of the Findings

Ostomy Self-Care Ability

According to the analysis, 51.1% of the sample group had moderate self-care ability with a mean value of 20.98% (Mean = 20.98, S.D. = 7.11), which concurred with the study of Arunee Lonin and colleagues (2009) who used the same assessment form, studied colorectal cancer patients with the mean age of 56.25 years and found patients to have moderate self-care ability. Nutcharee Laipan (1999) studied stomal surgery patients and found ostomy self-care ability to also be moderate. After stomal surgery, patients had changes in excretory systems, thereby making it necessary for patients to learn about self-care with ostomy, ostomy cleansing, replacing supporting equipment, odor and gas control, food consumption, observing abnormal symptoms, management of various complications, including life with ostomy. In addition, older adults are at an age marked by physical degeneration, reduced sight, hearing and memory, thereby causing older adults to require more time for developing ostomy care skills. Although patients are confronted with the aforementioned changes, the sample group of this study was found to be mostly composed of early older adults with 93.3% who had low dependence and good social support from families, thereby causing little impact on self-care ability. Therefore, caregivers can be considered as significant in managing ostomy care in order to be able to live with ostomy without complications.

Dependence

According to the analysis, 93.3% of the samples were found to have low dependence on others with a mean value of 16.22% (Mean = 16.22, S.D. = 2.74). When entering senior adulthood, various organs and systems of the body will change from maximum function in a period of 20-30 years and each person will have different degeneration rates of various organs (Utai Sootsook, 2009; Meiner, 2011) together with continuing deterioration to the age of 80-85 years when older adults will have function reduced to 55% of young people (Suttichai Jitapankul, 2001). However, because 86.4% of the samples in this study were aged less than 80 years with 51.1% being early older adults, changes involving dependence were unclear when compared to groups aged over 80 years. In addition, current healthcare systems have advanced with greater emphasis on

health promotion, thereby causing the older adult population to pay greater attention to their health and become dependent more slowly.

Anxiety

According to the anxiety analysis, 90.9% of the samples were found to have no anxiety with a mean value of 4.01 (Mean = 4.01, S.D. = 2.38).

Ostomy causes impacts on patients in terms of psychological aspects, daily living, adaptation and the ability to interact with others (Somporn Wanwong, 2011). Stomal surgery caused psychological impacts on patients and patients with ostomy were found to have higher anxiety than patients without ostomy (Cotrim & Pereira, 2008). Nevertheless, other factors were related to psychological problems such as adaptation, time and other personal factors. Most of the patients in this study were found to not have anxiety in agreement with the study of Nawaporn Chitmon (2006) who found most patients to not have anxiety. This may be because the samples had other good supporting factors. For instance, 77.3% of the samples had high social support and families who provided care for the samples with 70.5% of the samples being found to have children as caregivers after becoming ill. Good support can relieve stress, create feelings of satisfaction and confidence and give patients mental happiness.

Perceived Social Support

According to the analysis, 77.3% of the sample group had high perceived social support with a mean value of 64.88 (Mean = 64.88, S.D. = 10.80) and received social support from families the most (Mean = 25.10, S.D. = 2.936) in accordance with Wilson and Cleary's concept (1995) that good social support from both families and friends or close individuals will help patients perceive their health positively and help patients confront and overcome problems. This was found to be similar to Zimet and colleagues (1988) who stated that perceived social support is sufficient perception of support from families, friends and important persons to create appropriate health behaviors, which concurred with the study of Jitra Siwarak (2012) who used Zimet's assessment form to study social support in breast cancer patients and found the samples to have high social support with the highest support being from families. The aforementioned finding may be explained by the fact that Thai society and culture

stipulate that children have a duty to care for parents and spouses care for each other when ill. In this study, most of the samples had children as caregivers (70.5%), which was a natural source of social support (Premrudee Jareporn, 1999) with the closest relationship with patients and provided love and attention, causing patients to feel valuable, have appropriate behaviors and be able to confront problems (Cobb, 1976; House & Kahn, 1985), resulting in good degrees of social support. There are many aspects of social support and all sources of support are important to older adults. Good management will help reduce disability and improve quality of life for older adults, a finding that concurs with previous studies which found cancer patients who received good social support, especially from families, to have good quality of life (Bloom et al., 2007).

Quality of Life

According to the analysis of quality of life from the past week to the present, the subjects (47.7%) were found to have quality of life in at a moderate level with mean values of 61.70 (Mean=61.70, S.D.=14.26), which was concurrent with the studied the factors influencing quality of life in osomate patients and found the patients to have moderate quality of life. (Nawaporn Chitmon, 2006; Maneesin, 2010). Furthermore, 36.4% of the sample group had postoperative periods of six months or more. The study of Ma and colleagues (2007) supported that quality of life in ostomy patients will gradually improve over a period of one year and will be best during the period at six months after surgery. When each aspect of quality of life in the assessment forms were considered individually, for quality of life classified in terms of individual aspects, nutritional quality of life was the high score, a good level (Mean=75.79, S.D.=2.25), followed by quality of life in treatment outcome (Mean=72.75, S.D.=23.49) and body image was the lowest score, a moderate level (Mean=45.92, S.D.=6.11).The aforementioned finding concurred with the study of Julaporn Prasungsit conducted on the outcomes of social support programs to promote the perceived images of patients with permanent colostomy which also found patients to have low perceived image (Prasungsit, 2001). Stomal surgery caused significant psychological impacts on patients in terms of self-perception and loss of image, which also had impacts on patients' perceived quality of life (Marquis et al., 2003).

Predictive Correlations between Ostomy self-care ability, Dependence, Anxiety and Perceived Social Support and Quality of Life in the Sample Group

According to the analysis of the research hypothesis with enter multiple regression statistics, ostomy self-care ability, dependence, anxiety and depression and perceived social support were able to jointly predict quality of life of older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery at 75.3% with statistical significance ($R^2 = .753$, $p < .05$), which supported the research hypothesis. All independent variables were able to jointly predict quality of life. The factor found to be the best factor capable of predicting quality of life was anxiety (Beta = $-.376$), followed by dependence (Beta = $-.254$), ostomy self-care ability (Beta = $.249$) and perceived social support (Beta = $.172$), respectively.

The best factor capable of predicting quality of life with statistical significance is anxiety (Beta = $-.376$, $p < .01$), which concurs with the study of Nawaporn Chitmon (2006) who studied quality of life in patients with permanent colostomy surgery and found anxiety to be capable of predicting quality of life with statistical significance. Anxiety is an individual perception that cannot be controlled with symptoms such as brooding, uneasiness, fatigue, lack of concentration, irritation, tense muscles and disturbed sleep, etc. In addition, suffering anxiety for a long period of time will lead to depression. According to this study, most of the patients were found to not suffer anxiety, possibly because the sample group (77.3%) had a high degree of social support with 70.5% of the subjects being found to have children as caregivers following illness. Good support can reduce stress and anxiety, while creating satisfaction and confidence. Hence, patients enjoy mental happiness (Bloom et al., 2007). However, stomal surgery caused impacts on psychological changes as patients have more anxiety than patients without stomal surgery (Cotrim & Pereira, 2008). Therefore, psychological assessments and support for patients are no less important than physical care in helping patients to adjust properly and enjoy good quality of life.

Another factor capable of predicting quality of life is dependence (Beta = $-.254$, $p < .01$). Dependence can be summarized as a condition expressing a need for support which can be measured based on ADL performance, which will gradually deteriorate until the age of approximately 80-85 years when ADL performance capacity will be 55% of young people (Suttichai Jitapankul, 2001). The study of Mastracci and colleagues (2006) which mentioned impacts from ostomy in older adults aged over 70 years found older adults to have more

fatigue than other adults. Older adults were found to have more excretory problems and ostomy care problems than other adults with statistical significance ($P < .05$) and older adults were found to have ADL performance capacity at 62%. In this study, most of the samples had little dependence on others because 51.1% of the samples were early older adults, causing physical deterioration to not be widely encountered. Nevertheless, dependence is a difficult factor to avoid for older adults and dependence will increase with age. Furthermore, this study found dependence to be capable of predicting quality of life. Therefore, preventing dependence is important in enabling patients to enjoy better quality of life.

Ostomy self-care ability was found to be capable of predicting quality of life with statistical significance ($Beta = .249, p < .01$). The aforementioned finding can be explained in that good ostomy self-care ability, whether concerning ostomy care, cleaning, replacing support equipment, odor and gas control, food consumption, observing abnormal symptoms, preventing or solving complications and daily living, will also help patients have good quality of life. The aforementioned finding concurs with the study of Nutcharee Laipan (1999) who asserted that ostomy self-care ability and management of problems can reduce ostomy-related complications with statistical significance. In addition, the findings of this study were in agreement with the study of Arunee Lonin and colleagues (2009) who studied colorectal cancer patients and found self-care ability to be capable of predicting the quality of life of colorectal cancer patients after receiving the program at 59.4% with statistical significance. According to this study, the subjects were found to have moderate self-care ability because this study was conducted in older patients who already had age-related degeneration. Good support enabling patients to have more ostomy care will also enable patients to have good quality of life.

Perceived social support was found to be capable of predicting quality of life with statistical significance ($Beta = .172, p < .01$) with perceived social support from families being optimal. This concurred with previous findings that cancer patients with good social support, especially from families, will also have good quality of life (Bloom et al., 2007). This factor was found to be true in both Western society and Thai society. The findings of this study concurred with the study of Sammarco and Konecny (2008) in breast cancer patients who survived for one year which found social support to be capable of predicting quality of life at 15.1% with statistical significance. The findings of this study also concurred with the findings of Jitra Siwarak (2012) who studied the factors

predicting quality of life in breast cancer patients who survived for one year and found social support to be capable of predicting quality of life with statistical significance (Beta = .244). This study found social support to be high because Thai social and traditional contexts emphasize morals, ethics and gratitude with children having a duty to care for parents and for spouses to take care of and help each other (National Statistical Office, 2009). Therefore, social support, especially from families, is found to be high. Patients with good social support will have good quality of life after ostomy because social support is a source of benefit enabling the individual to receive support in managing various problems and easing the impact of stress. Social support has a key role in promoting and maintaining good health, continuous health behaviors and feelings of self value together with mental happiness (House & Kahn, 1985).

The findings were found to be concurrent with Wilson and Cleary's Quality of Life Theory (1995) which was implemented as a conceptual framework in this study of the factors predicting patients' quality of life. The theory explained that persons with different bio-physiological factors will have different responses to illness with influence on abnormal physical and psychological symptoms together with functional capacity, which is neither equal nor different for each person when illness occurs. The person will perceive health condition under self-value and support from various sources leading to overall quality of life. Symptoms, function and perceived health can be concluded to have bio-physiological factors, personal factors and environmental factors as correlated factors leading to quality of life as the final outcome. This was found to be the same for the findings of this study which found ostomy self-care ability (function), dependence (function), anxiety (symptom) and perceived social support (environmental factor) to be factors capable of jointly predicting quality of life in older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery with statistical significance in concurrence with the research hypothesis. Quality of life is a person's response concerning happiness and satisfaction in life with numerous factors influencing patients' quality of life. Furthermore, quality of life cannot be explained by any single factor. Ostomy self-care ability and dependence are each person's ADL performance ability, including ostomy care with personal factors such as personality and motivating patients with determination for better functional capacity. Patients with low dependence and good self-care ability will have good

quality of life. In addition, environmental factors supporting function such as family support will help promote patients' function. Therefore, good social support gives patients positive perception of health condition, while enabling patients to confront and overcome problems with good quality of life. In terms of psychological aspects, patients with high degrees of anxiety will perceive low quality of life. Psychological support enables patients to adapt in order to effectively respond to illness and enjoy better quality of life.

Recommendations for Implementing the Findings

Nursing Practice

1. Healthcare teams involved in the care of older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery should give importance to the quality of life evaluation, ostomy self-care ability, dependence, anxiety and perceived social support of this group of patients and conduct periodic evaluations, if possible, with adjustments for greater suitability in line with the context of each agency for the purpose of properly assessing problems and providing support for patients to enjoy better quality of life.

2. Nurses should give importance to the aforementioned factors in outlining care plans and guidelines for supporting this group of patients such as by developing programs to promote ostomy self-care ability, creating new innovations to enable patients to improve image to enable patients to live ostomate lives that are similar to normal lives.

3. The findings should be disseminated to interested colleagues and personnel, including nursing students, in order to implement the obtained knowledge in providing care for older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery to enjoy better quality of life.

Nursing Education

The findings of this study can be used as baseline educational data to prepare nurses with knowledge and understanding regarding the factors affecting the quality of life of older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery in order to be able to uniform understanding and the provision of proper support to ensure patients have better quality of life in the future.

Nursing Research

1. The findings of this study are guidelines for improving experimental studies aimed at developing self-care ability promotion programs, promoting social support and reducing anxiety for this group of patients to have good quality of life and improve the quality of care with greater efficiency.

2. Longitudinal studies should be conducted on ostomy self-care ability, dependence, anxiety, perceived social support and quality of life in older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery in order to raise awareness of the characteristics of changes and different factors involved with these variables which may change over time.

Research Limitations

The findings of this study may have limitations in reference to the population because the data was collected by convenience sampling. Furthermore, this study was a cross-sectional study with only one data collection, which may have prevented the characteristics of the variables from being clearly summarized.

รายการอ้างอิง

- กษยา ตันติผลาชีวะ. (2554). Colon and rectum. ใน สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ (บรรณาธิการ), *ตำราศัลยศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงใหม่)* (หน้า 794-819). พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น. (2542). แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการชำระพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒*. กรุงเทพฯ: บริษัทนานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์ จำกัด
- จักรพันธ์ เอื้อนเรศรัย. (2554). Staging of colorectal cancer. ใน ปริญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เล่ม 1* (หน้า 78-90). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- จันทร์ฉาย แซ่ตั้ง. (2551). คู่มือการดูแลบาดแผลและทวารเทียม. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- จิตรา ศิวรักษ์. (2555). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปีขึ้นไป. *วารสารโรคมะเร็ง*, 32(1), 2-14.
- จุฬารักษ์ กวีวิชช. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.
- ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์. (2553). การจัดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลำไส้. ใน ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 2* (หน้า 316-326). กรุงเทพฯ: โอกรูปเพรส จำกัด.
- ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์ (บรรณาธิการ). (2553). *การดูแลบาดแผลและทวารเทียม*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- นรินทร์ วรวิทย์. (2554). Principle of Chemotherapy. ใน ปริญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เล่ม 1* (หน้า 479-518). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- นวพร ชิตมน. (2549). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา คงชุม. (2539). บุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรรและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุชรี ไล่พันธ์. (2542). ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นุชรี แสงสว่าง. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(4), 107-114.
- ประไพ อริยประยูร และปณิดา สุวรรณภราดร. (2555). โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ใน สุวรรณณี สิริเลิศระกุล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์, ประไพ อริยประยูร และ แม้นมนา จิระจรัส (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง* (หน้า 111-131). สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันทวิกิจ พริ้นติ้ง.
- ปริญา ทวีชัยการ และสหพล อนันต์น้ำเจริญ. (2554). Prognostic factors in colorectal cancer. ใน ปริญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เล่ม 1* (หน้า 78-90). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- เปรมฤดี เจริญพร. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างสถานะสุขภาพ การควบคุมตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพของพนักงานรักษาความสะอาด. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). การบันทึกกระบวนการพยาบาลผู้สูงอายุ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร. (2554). Colostomy ileostomy and complications. ใน ปริญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เล่ม 1* (หน้า 348-371). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วงเดือน เอี่ยมสกุล. (2548). *แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- วิชัย ฉัตรชนาวรี. (2554). โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (หน้า 351-368). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ). (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วุฒิสรี วีรสาร. (2545). มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งทวารหนัก และรังสีรักษา. ใน นกมล วรอุไร, สมิต วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนศิริ, สุทธจิต ลีนานนท์, และ วัฒนา สุพรจักร (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 22* (หน้า 251-263). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2555). Hospital-Based Cancer Registry 2011. *National Cancer Institute*, 27, 2555. Retrieved June 1, 2012, from http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci_Cancer_Registry/Hospitalbase2011.pdf
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). *การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์เรื่องการเปรียบเทียบความสัมพัทธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น(ฉบับภาษาไทย)(MMSE-Thai 2002) และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination: TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. นนทบุรี: บริษัท ซี จี ทูล จำกัด.
- สมพร วรรณวงศ์. (2554). *การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2555). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *สำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและการตระหนักเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ*. รายงานการสำรวจ สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติสาธารณสุข* [Electronic version]. retrieved february 28, 2011, from <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>

- สิริรัตน์ ถีลาจรัส และ พิศมัย ורתัย. (2554). ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้หญิงไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(3), 1-17.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพล จินดาทรัพย์. (2538). *ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง และช่องทวารหนัก*. กรุงเทพฯ: ฝ่ายวิชาการคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล.
- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551). ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณี หล่อนิล, ผ่องศรี ศรีมรกต, และ เขาว์ สุระคม. (2552). โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ case management. *Journal of Nursing Science (Supplement)*, 27(2), 59-67.
- อุทัย สุดสุข. (2552). *โครงการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันความต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ*. Retrieved October 18, 2011, from http://www.oppo.opp.go.th/info/Research_ActsNeeds-52.pdf.
- American Cancer Society. (2012). Colorectal cancer. [Electronic version]. www.cancer.org.
- Baldwin, C. M., Grant, M., Wendel, C., Rawl, S., Schmidt, C. M., Ko, C., et al. (2008). Influence of intestinal stoma on spiritual quality of life of U.S. Veterans. *Journal of Holistic Nursing*, 26(3), 185-194.
- Barr, J. E. (2004). Assessment and management of stomal complications: A framework for clinical decision making. *Ostomy Wound Management*, 50(9), 50-52.
- Beck, D. E., Roberts, P. L., Saclarides, T. J., Senagore, A. J., Stamos, M. J., & Wexner, S. D. (2011). *The ASCRS Textbook of colon and rectal surgery* (2nd ed.). New York: Springer.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.
- Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psychooncology*, 16(8), 691-706.
- Boonyamalik, P. (2005). Epidemiology of adolescent suicidal ideation: roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use [dissertation]. Baltimore (MD): Johns Hopkins Universe.

- Bosshardt, T. L. (2003). Outcomes of ostomy procedures in patients aged 70 years and older. *Archives of Surgery, 138*, 1077-1082.
- Burch, J., & Sica, J. (2008). Common peristomal skin problems and potential treatment options. *British Journal of Nursing, 17*(17), S4-S11.
- Butler, D. L. (2009). Early postoperative complications following ostomy surgery. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing, 36*(5), 513-519.
- Church, M. C. (2004). The conceptual and operational definition of quality of life: A systematic review of the literature. Unpublished master's thesis, Texas A&M University, Texas, USA.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.
- Colussi, A. M., Mazzer, L., Candotto, D., De Biasi, M., De Lorenzi, L., Pin, I., et al. (2001). The elderly cancer patient: A nursing perspective. *Critical Reviews in Oncology/Hematology, 39*, 235-245.
- Cotrim, H., & Pereira, G. (2008). Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. *European Journal of Oncology Nursing, 12*, 217-226.
- Creditor, M. C. (1993). Hazard of hospitalization of the elderly. *Annals of Internal Medicine, 118*(3), 219-223.
- Dabirian, A., Yaghmaei, F., Rassouli, M., & Tafreshi, M. Z. (2011). Quality of life in ostomy patients: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence, 5*, 1-5.
- Edge, S. B., Byrd, D. R., Compton, C. C., Fritz, A. G., Greene, F. L., & Trotti, A. (2010). *AJCC cancer staging manual* (7th ed.). New York: Springer.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., & Otis-Green, N. (1998). Quality of life in breast cancer part II: Psychological and spiritual well-being. *Cancer nursing, 21*(1), 1-9.
- Ferrell, B., Cullinane, C. A., Ervine, K., Melancon, C., Uman, G. C., & Juarez, G. (2005). Perspectives on the impact of ovarian cancer: women's views of quality of life. *Oncology Nursing Forum, 32*(6), 1143-1149.
- Fox, S. (2004). Preliminary psychometric testing of the Fox simple quality of life scale. *Journal of Neuroscience Nursing, 36*, 157-166.
- Gordon, P. H., McDonald, J., & Cataldo, P. A. (2007). Intestinal stomas. In Gordon, P. H., & Nivatvongs, S. (Eds.), *Principles and practice of surgery for the colon rectum and anus* (3rd ed., pp. 1031-1079). New York: Informa Healthcare.

- Guren, M. G., Eriksen, M. T., Wiig, J. N., Carlsen, E., Nesbakken, A., Sigurdsson, H. K., et al. (2005). Quality of life and functional outcome following anterior or abdominoperineal resection for rectal cancer. *The Journal of Cancer Surgery*, 31, 735-742.
- Han, K., Lee, P., Lee, S., & Park, E. (2003). Factor influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 139-144.
- Hann, D. M., Oxman, T. E., Ahles, T. A., Furstenberg, C. T., & Stuke, T. A. (1995). Social support adequacy and depression in older patients with metastatic cancer. *Psychooncology*, 4, 213-221.
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social support, self-care, and quality of life cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. Doctoral's thesis of nursing science, Wayne State University.
- Hanucharunkul, S. (1989). Predictors of self-care in cancer patients receiving radiotherapy. *Cancer Nursing*, 12(1), 21-27.
- Heidrich, S. M., Egan, J. J., Hengudomsb, P., & Randolph, S. M. (2006). Symptoms, symptom beliefs, and quality of life of older breast cancer survivors: A comparative study. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 315-322.
- Herlufsen, P., Olsen, A. G., Carlsen, B., Nybaek, H., Karlsmark, T., Laurse, T. N., et al. (2006). Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *British Journal of Nursing*, 15(16), 854-862.
- Hewitson, P., Glasziou, P., Irwig, L., Towler, B., & Watson, E. (2011). Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-11.
- Hohenberger, P. (2001). Colorectal cancer: what is standard surgery. *European Journal of Cancer*, 37(7), 173-187.
- House, J. S. (1981). *Work, stress, and social support*. MA: Addison-Wesley.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). *Measures and concepts of social support*. In Cohen, S., & Syme, S. L. *Social Support and Health*. Orlando, FL Academic.
- Jacelon, C. S. (2004). Older adults and autonomy in acute care: increasing patient's independence and control during hospitalization. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(11), 29-36.

- Jain, S., McGory, M. L., Ko, C. Y., Sverdlik, A., Tomlinson, J. S., Wendel, C. S., et al. (2007). Comorbidities play a larger role in predicting health-related quality of life compared to having an ostomy. *The American Journal of Surgery*, 194(6), 774-779.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: Development of a new index. *Age Ageing*, 23(2), 97-101.
- Kendal, W. S., Cripps, C., Viertelhausen, S., & Stern, H. (2002). Multimodality management of locally recurrent colorectal cancer. *Surgical Clinics of North America*, 82(5), 1059-1073.
- Kittinouvarat, S., Sarkarindra, M., & Kittinouvarat, S. (2002). The study of depressive symptoms in faecal diversion patients. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 22(4), 33-37.
- Krouse, R. S., Herrinton, L. J., Grant, M., Wendel, C. S., Green, S. B., Mohler, M. J., et al. (2009). Health related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: Manifestations by sex. *Journal of Clinical Oncology*, 27(28), 4664-4670.
- Le, A. T., Albo, D., & Berger, D. H. (2007). Quality of life in the elderly with rectal cancer. *The American College of Surgeons*, 205(1), 124-131.
- Ma, N., Harvey, J., Stewart, J., Andrews, L., & Hill, A. G. (2007). The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: A pilot study. *ANZ Journal of surgery*, 77(10), 883-885.
- Madoff, R. D., & Dykes, S. L. (2004). What's new in colon and rectal surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 198(1), 91-104.
- Mahjoubi, B., Moghimi, A., Mirzaei, R., & Bijari, A. (2005). Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. *Colorectal Disease*, 7, 582-587.
- Mahjoubi, B., Goodarzi, K. K., & Mohammad-Sadeghi. (2010). Quality of life in stoma patients: Appropriate and inappropriate stoma sites. *World Journal of Surgery*, 34, 147-152.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Maneesin, S. (2010). *Health-related quality of life of patients living with ostomy in king chulalongkorn memorial hospital*. Unpublished master's thesis, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.
- Marquis, P., Marre, I. A., & Jambon, B. (2003). Quality of life in patients with stomas: The montreux study. *Ostomy Wound Manage*, 49, 45-55.

- Mastracci, T. M., Hendren, S., O'Connor, B., & McLeod, R. S. (2006). The impact of surgery for colorectal cancer on quality of life and functional status in the elderly. *Diseases of the Colon & Rectum*, 49, 1878-1884.
- McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effects of spiritual well being on end of life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, 361, 1603-1607.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Taylor, S., & Asmundson, G. J.G. (2009). *Current perspectives on the anxiety disorders*. New York: Springer publishing company.
- Meiner, S. E. (Ed.). (2011). *Gerontologic nursing*. St. Louis, Missouri: Mosby.
- NICE clinical guideline. (2011). Colorectal cancer. Retrieved January 26, 2013, from <http://publications.nice.org.uk/colorectal-cancer-cg131>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice*. New York: McGraw-Hill Book.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 45-60.
- Pan Birmingham Cancer Network. (2009). Hartmann's procedure. Retrieved February 16, 2013, from http://www.birminghamcancer.nhs.uk/uploads/document_file/document/4cc5b6c8358e987568000165/hartmanns.pdf
- Parmar, K. L., Zammit, M., Smith, A., Kenyon, D., & Lees, N. P. (2010). A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Colorectal Disease*, 13(8), 935-938.
- Pereira, A. P. S., Cesarino, C. B., Martins, M. R. I., Pinto, M. H., & Netinho, J. G. (2012). Associations among socio-demographic and clinical factors and the quality of life of ostomized patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 93-100.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed., pp. 422). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prasungsit, C. (2001). Effects of socail support program on improvement of body image perception in adult patients with permanent colostomy. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Pringle, W., & Swan, E. (2001). Continuing care after discharge from hospital for stoma patients. *British Journal of Nursing*, 10(9), 1275-1288.

- Ratliff, C. R., Scarano, K. A., & Donovan, A. M. (2005). Descriptive study of peristomal complications. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 32(1), 33-37.
- Richbourg, L., Thorpe, J. M., & Rapp, C. G. (2007). Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 34(1), 70-79.
- Ross, R., Sawatphanit, W., & Zeller, R. (2009). Depressive symptoms among HIV-positive pregnant women in Thailand. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(4), 344-350.
- Sammarco, A., & Konecny, L. M. (2008). Quality of life social support and uncertainty among Latina breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35(5), 844-849.
- Sanoff, H. K., Goldberg, R. M., & Pignone, M. P. (2007). A systematic review of the use of quality of life measures in colorectal cancer research with attention to outcomes in elderly patients. *Clinical Colorectal Cancer*, 6(10), 700-709.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Schreier, A. M., & Williams, S. A. (2004). Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), 127-130.
- Schultz, P. N., Klein, M. J., Beck, M. L., Stava, C., & Sellin, R. V. (2005). Breast cancer: Relationship between menopausal symptoms, physiologic health effects of cancer treatment and physical constraints on quality of life in long-term survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 204-211.
- Silva, M. A., Ratnayake, G., & Deen, K. I. (2003). Quality of life of stoma patients: Temporary ileostomy versus colostomy. *World Journal of Surgery*, 27(4), 421-424.
- Spinale, J., Cohen, S. D., Khetpal, P., Peterson, R. A., clougherty, B., Puchalski, C. M., et al. (2008). Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients. *Clinical Journal American Society of Nephrology*, 3(6), 1620-1627.
- Steele, L. L. & Steele, J. R. (2011). Cancer. In S. E. Meiner (Eds.), *Gerontologic nursing* (pp. 322-350). Missouri: Mosby.
- Sun, V., Ferrell, B., Juarez, G., Wagman, L. D., Yen, Y., & Chung, V. (2008). Symptom concerns and quality of life in hepatobiliary cancers. *Oncology Nursing Forum*, 35(3), E45-52.

- Thienthong, S., Pratheepawanit, N., Limwattananon, C., Maoleekoonpairoj, S., Lertsanguansinchai, P., & Chanvej, L. (2006). Pain and quality of life of cancer patients: A multi-center study in Thailand. *Journal of Medical Association of Thailand*, 89(8), 1120-1126.
- Thompson, M. J., (2008). Parastomal hernia: incidence, prevention and treatment strategies. *British Journal of Nursing*, 17(2), S17-S20.
- Toljamo, M., & Hentinen, M. (2001). Adherence to self care and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 618-627.
- Trentham-Dietz, A., Remington, P. L., Moinpour, C. M., Hampton, J. M., Sapp, A. L., & Newcomb, P. A. (2003). Health-related quality of life in female long-term colorectal cancer survivors. *The Oncologist*, 8(4), 342-349.
- Vujnovich, A. (2008). Pre and post operative assessment of patients with a stoma. *Nursing Standard*, 22(19), 50-56.
- William, J. (2003). Parastomal hernia. In M. J. Thompson, (2008). Parastomal hernia: Incidence, prevention and treatment strategies. *British Journal of Nursing*, 17(2), S17-S20.
- Williams, J. (2008). Caring for the older ostomate. *Nursing and Residential Care*, 10(2), 64-67.
- Williams, J. (2012). Stoma care: Intimacy and body image issues. *Practice Nursing*, 23(2), 91-93.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59-65.
- World Health Organization. (1993). *World health statistics annual*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *World health statistics 2013*. Retrieved June 11, 2013, from http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en
- Youngberg, D. R. M. (2010). *Individuals with a permanent ostomy: quality of life, preoperative stoma site marking by an ostomy nurse, six peristomal complications, and out of pocket financial costs for ostomy management*. Unpublished Doctor's Dissertation, Columbia University, Columbia.
- Zajac, O., Spychala, A., Murawa, D., Wasiewicz, J., Foltyn, P., & Polom, K. (2008). Quality of life assessment in patients with a stoma due to rectal cancer. *Reports of Practical Oncology Radiotherapy*, 13(3), 130-134.

- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือสำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะพึงพิง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวล

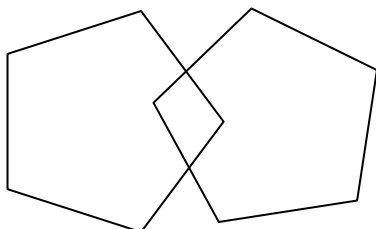
ส่วนที่ 5 แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

คำชี้แจง ผู้ประเมินบันทึกคำตอบลงในช่องว่างจากการสอบถามผู้ร่วมวิจัยตามจริงทุกข้อทั้งคำตอบที่ถูกและผิด และบันทึกคะแนนลงในช่อง ☐ (ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10)

- | 1. การรับรู้เกี่ยวกับเวลา (5 คะแนน)
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน) | บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง
(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) | คะแนน |
|---|---|--------------------------|
| 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร | | ☐ |
| 1.2 วันนี้วันอะไร | | ☐ |
| 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร | | ☐ |
| 1.4 ปีนี้ปีอะไร | | ☐ |
| 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร | | ☐ |
| 2. การรับรู้เกี่ยวกับสถานที่ (5 คะแนน)..... | | |
| 3. การจดจำ (3 คะแนน)..... | | |
| 4. ความตั้งใจและการคำนวณ (5 คะแนน) *** <u>ไม่ต้องประเมินในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ....</u> | | |
| 5. ความจำระยะสั้น (3 คะแนน)..... | | |
| 6. การบอกชื่อสิ่งของ (2 คะแนน)..... | | |
| 7. การพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน (1 คะแนน) | | |
| 8. ความเข้าใจและการทำตามคำสั่ง (3 คะแนน)..... | | |
| 9. การอ่านและการทำตามสิ่งที่ได้อ่าน (1 คะแนน) *** <u>ไม่ต้องประเมินในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน....</u> | | |
| 10. การเขียน (1 คะแนน) *** <u>ไม่ต้องประเมินในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ.....</u> | | |
| 11. ความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ (1 คะแนน) | | |
| ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” | | |
| (ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง) | | ☐ |



แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยเติมในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน ในแต่ละข้อให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว

ข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้วิจัยสัมภาษณ์จากผู้ป่วย)

1. ท่านอายุ.....ปี
2. เพศ ☐ เพศชาย ☐ เพศหญิง
3. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย หย่า แยก
5. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด
☐ ไม่ได้รับการศึกษา
☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา
☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรืออนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี
☐ ปริญญาโทหรือสูงกว่า
6. อาชีพ
☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ แม่บ้าน
☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้าง
☐ ค้าขาย ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ ข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
☐ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท
☐ 10,001 – 20,000 บาท
☐ 20,001 – 30,000 บาท
☐ มากกว่า 30,000 บาท
8. รายได้เพียงพอหรือไม่ ☐ เพียงพอใช้มีเหลือเก็บ ☐ พอใช้ไม่เหลือเก็บ ☐ ไม่พอใช้
9. สิทธิการรักษาพยาบาล
☐ เสียค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด ☐ ข้าราชการ
☐ หลักประกันสุขภาพ ☐ ประกันสังคม
☐ อื่นๆ ระบุ.....

10. บุคคลที่ดูแลช่วยเหลือท่านเมื่อเจ็บป่วย.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา (ผู้วิจัยบันทึกจากเวชระเบียน)

11. การวินิจฉัยโรค
 12. ระยะของโรคมะเร็ง () ระยะที่ 1 () ระยะที่ 2 () ระยะที่ 3 () ระยะที่ 4
 13. ชนิดของทวารเทียม.....วันที่ผ่าตัด.....
 14. ระยะวันนอนโรงพยาบาล.....วัน
 15. ระยะเวลาหลังผ่าตัด.....เดือน
 16. ตำแหน่งความเหมาะสมของทวารเทียม () เหมาะสม () ไม่เหมาะสม
 17. โรคประจำตัว.....
 18. การรักษาร่วม () เคมีบำบัด () รังสีรักษา () อื่นๆ.....
 19. ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบ (ในปัจจุบัน)
- () ไม่มี () มี ได้แก่ () ภาวะลำไส้อุดตัน (Stoma obstruction)
- () ภาวะตีบแคบของช่องเปิดทวารเทียม (Stoma stenosis)
- () ภาวะลำไส้ยื่นบริเวณหน้าท้อง (Parastomal hernia)
- () ภาวะลำไส้ยื่น (Stoma prolapsed)
- () ภาวะทวารเทียมถูดึงรั้ง (Stoma retraction)
- () ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (irritant dermatitis)
- () รุขุมขนอักเสบ (folliculitis)
- () อื่นๆ ระบุ.....

แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยเติมในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่าน ในแต่ละข้อ โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว

2 หมายถึง ปฏิบัติได้

1 หมายถึง ปฏิบัติได้แต่ต้องมีคนหรืออุปกรณ์ช่วยเป็นบางครั้ง

0 หมายถึง ปฏิบัติเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยทำให้ตลอดเวลา

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม	ระดับความสามารถ		
	2	1	0
I. การดูแลตนเองด้านร่างกาย			
1. ท่านสามารถดูแลตนเองให้ได้รับสารน้ำ อาหาร พักผ่อนเพียงพอ การขับถ่ายทางทวารเทียมปกติ			
2. ท่านสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระได้			
3. ท่านสามารถเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดกับทวารเทียมได้			
.....			
8.			
II. การดูแลตนเองด้านจิตใจ			
9. ท่านเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม			
.....			
12.			
III. การดูแลตนเองด้านสังคม			
13. ท่านมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ ทราบถึงระบบบริการสุขภาพ และวิธีการขอความช่วยเหลือ มีการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีทวารเทียมด้วยกัน			
.....			
.....			
18.			

แบบประเมินภาวะพึ่งพิง ดัชนีบาร์ธเอลดีแอล
(Barthel ADL Index)

คำชี้แจง กรุณาอ่านคำถามอย่างละเอียด และวงกลมรอบหมายเลขหน้าข้อความที่ตรงกับสิ่งที่ท่านสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด (ผู้วิจัยประเมินจากการสอบถามผู้ป่วย)

1. การรับประทานอาหาร (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
 - 0 ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - 1 ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
 - 2 ดักอาหารและช่วยเหลือตัวเองได้เป็นปกติ
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
 - 0 ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1 ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. การเคลื่อนย้าย (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 - 0
 - 1
 - 2
 - 3
4. การใช้ห้องสุขา
5. การเคลื่อนที่ (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
6.
7.
8.
9.
10. การขับถ่ายปัสสาวะ (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

แบบประเมินความวิตกกังวล

(Sub scale anxiety: Thai Hospital Anxiety and Depression Scale)

คำชี้แจง กรุณาอ่านคำถามอย่างละเอียด และระบุว่าท่านรู้สึกอย่างไรต่อข้อความแต่ละข้อความ โดยทำเครื่องหมายถูก✓ ในช่องที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และกรุณาตอบเฉพาะข้อหมายเลขที่ (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13)

ข้อคำถาม

1. ท่านรู้สึกตึงเครียด () เป็นส่วนใหญ่ () บ่อยครั้ง () เป็นบางครั้ง () ไม่เป็นเลย	5. ท่านมีความคิดวิตกกังวล () เป็นส่วนใหญ่ () บ่อยมาก () เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย () ไม่เป็นเลย
2.	6.
3. ท่านมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น () มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย () มี แต่ไม่มากนัก () มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ () ไม่มีเลย	7. ท่านสามารถทำตัวตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย () เหมือนเดิม () ได้โดยทั่วไป () ไม่บ่อยนัก () ไม่มีเลย
4.	8.

Page1

9.	12.
10.	13.
11.	14.

Page2

แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ

(Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

คำชี้แจง กรุณาอ่านคำถามอย่างละเอียด และระบุว่าท่านรู้สึกอย่างไรต่อข้อความแต่ละข้อความที่แสดงด้านล่างนี้ในการตอบคำถาม โดยวงกลม○ รอบหมายเลขที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

- วงกลมที่เลข “1” หากท่านรู้สึก ไม่เห็นด้วยที่สุด
 วงกลมที่เลข “2” หากท่านรู้สึก ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
 วงกลมที่เลข “3” หากท่านรู้สึก ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
 วงกลมที่เลข “4” หากท่านรู้สึก มีความเห็นเป็นกลาง
 วงกลมที่เลข “5” หากท่านรู้สึก เห็นด้วยเล็กน้อย
 วงกลมที่เลข “6” หากท่านรู้สึก เห็นด้วยอย่างมาก
 วงกลมที่เลข “7” หากท่านรู้สึก เห็นด้วยที่สุด

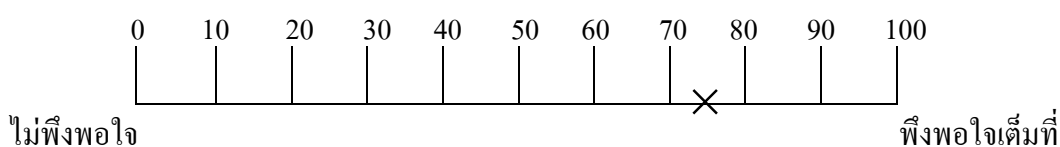
คำถาม	1	2	3	4	5	6	7
1. ฉันมีคนที่ยินยอมให้ความช่วยเหลือ เมื่อยามที่ฉันต้องการ	1	2	3	4	5	6	7
2. ฉันมีคนที่สามารถแบ่งปันความสุขและความทุกข์ได้	1	2	3	4	5	6	7
3. ครอบครัวของฉันพยายามอย่างจริงจังที่จะช่วยฉัน	1	2	3	4	5	6	7
4. ฉันได้รับการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและกำลังใจที่ฉันต้องการ จากครอบครัวของฉัน	1	2	3	4	5	6	7
5. ฉันมีคนที่จะช่วยปลอบใจฉัน	1	2	3	4	5	6	7
6. เพื่อนของฉันพยายามอย่างยิ่งที่จะช่วยฉัน	1	2	3	4	5	6	7
7.	1	2	3	4	5	6	7
8.	1	2	3	4	5	6	7
9.	1	2	3	4	5	6	7
10.	1	2	3	4	5	6	7
11.	1	2	3	4	5	6	7
12.	1	2	3	4	5	6	7

แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

คำชี้แจง ในแต่ละข้อต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการดำรงชีวิตต่อการมีทวารเทียมของท่านในขณะนี้ (ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน) โดยทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรงบริเวณตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อ อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึงคุณภาพชีวิตต่อการมีทวารเทียมยิ่งดี

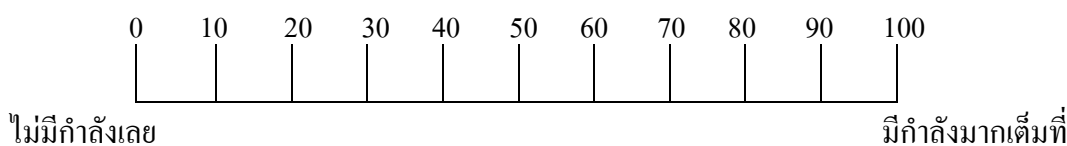
ตัวอย่าง ท่านพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลนี้เพียงใด



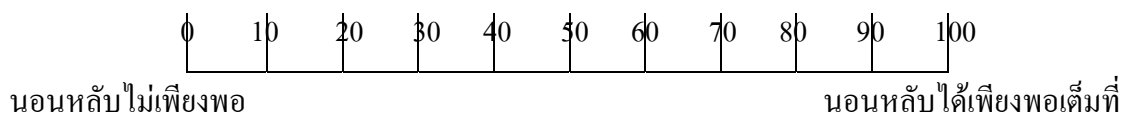
เครื่องหมายกากบาทที่จุดนี้แสดงว่าผู้ตอบพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาล แต่ไม่ถึงกับ 100 คะแนน แสดงว่าผู้ตอบมีความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาลนี้ 75 คะแนน

ข้อคำถาม

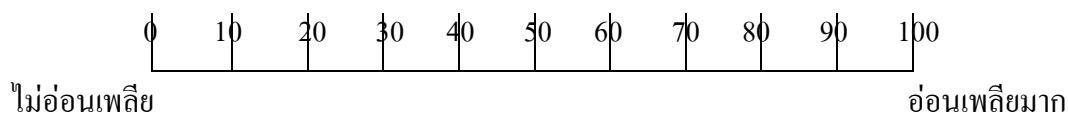
1. ท่านมีกำลังวังชามากน้อยเพียงใด



2. ท่านสามารถนอนหลับได้เพียงพอกับความต้องการของท่านหรือไม่



3. ท่านอ่อนเพลียมากน้อยเพียงใด



4.

5.

.....

23.

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



COA No. 515/2013

IRB No. 348/56

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเกศินี ชีรทองดี

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิธีบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 1.0 Date 15 July 2013
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 15 July 2013
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล Version 1.0 Date 15 July 2013
4. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.0 Date 15 July 2013
5. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.0 Date 15 July 2013
6. Curriculum Vitae

ลงนาม *ดร. สิบหิณวงศ์*

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สิบหิณวงศ์)

ลงนาม *ดร. พญ. ประภาพรณ รัชตะปิติ*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรณ รัชตะปิติ)

ประธาน

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 2 สิงหาคม 2556

วันหมดอายุ : 1 สิงหาคม 2557

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



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

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 505/2013

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิด
ทวารเทียมทางหน้าท้อง

รหัสโครงการ : 457/2556(EC2)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวเกศณี ชีรทองดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 28 สิงหาคม 2556

วันหมดอายุ : 27 สิงหาคม 2557

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

ลงนาม
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอรุณทิพย์ สูงสว่าง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

17 ก.ย. 2556
วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

18 ก.ย. 2556
วันที่

Page 1 of 2

ภาคผนวก ก

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research Participant)

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	---

ชื่อโครงการวิจัย “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง”

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวเกศินี ชีรทองดี

ที่อยู่ หอผู้ป่วยของกอนี้ วัฒนธรรม ชั้น 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์ 085-902-1831, 02-256-4118



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

IRB No. 349, 56

Date of Approval 2 ส.ค. 2556

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ	รศ. จันทนา รณฤทธิชัย
ที่อยู่	สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สถานที่ทำงาน/ติดต่อ ภาควิชาการพยาบาลรุกราน
เบอร์โทรศัพท์	02-419-7466-80 ต่อ 2002, 089-768-6489

ชื่อ	รศ.ดร. วิไลวรรณ ทองเจริญ
ที่อยู่	สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สถานที่ทำงาน/ติดต่อ ภาควิชาการพยาบาลรุกราน
เบอร์โทรศัพท์	02-419-7466-80 ต่อ 2008, 081-840-2322

ชื่อ	รศ.ดร. คณินิจ พงศ์อวรวมล
ที่อยู่	สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สถานที่ทำงาน/ติดต่อ ภาควิชาการพยาบาลอาชีวศาสตร์
เบอร์โทรศัพท์	02-419-7466-80 ต่อ 1995, 081-297-7487

ชื่อ	นางสาวจุฬพร ประสงค์
ที่อยู่	สังกัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สถานที่ทำงาน/ติดต่อ แผนกศัลยกรรมศาสตร์
เบอร์โทรศัพท์	02-419-9233, 081-345-8324

เขียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ทั้งชนิดชั่วคราวและถาวร ในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ปี หลังผ่าตัด ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

Page 1

Version 1.0 Dated 15 July 2013

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	---

เหตุผลความเป็นมา

การผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง เป็นวิธีการรักษาหนึ่งเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายจากภาวะลำไส้อุดตัน และเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่สามารถรับได้ โดยอาจจะไม่ผ่านแผลบริเวณลำไส้ที่ตัดต่อไว้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างมาก อีกทั้งยังพบอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งนอกจากจะมีความเสื่อมถอยด้านร่างกายนำไปสู่การล้มเหลวของอวัยวะในระบบต่างๆ แล้ว ยังมีปัจจัยอีกหลายอย่างซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจากการมีทวารเทียมนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ซึ่งหากได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนปัจจัยต่างๆ เหล่านั้นได้ตรงจุด ผู้ป่วยสามารถปรับตัวผ่านพ้นปัญหา และสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายของ ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวลและซึมเศร้า และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ โรงพยาบาลศิริราช) คือ 88 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และการตอบแบบสอบถาม เพียงครั้งเดียวเท่านั้น หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน โดยผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ท่านขณะรอรับการตรวจจากแพทย์หรือขณะที่รอรับยาหลังจากพบแพทย์แล้ว โดยไม่รบกวนเวลาตรวจของท่าน ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกเพื่อให้ท่านได้รับการตรวจตามคิวที่ได้รับ ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัย ตามขั้นตอนดังนี้

1. ท่านเซ็นหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินคะแนนสภาพสมองเบืองตันฉบับภาษาไทย (MMSE Thai-2002) จำนวน 11 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที
3. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลด้านการรักษาของท่านจากแฟ้มประวัติจำนวน 8 ข้อ
4. ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ท่านเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว จำนวน 11 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 2 นาที
5. ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ท่านเกี่ยวกับ แบบประเมินภาวะพึงพิง จำนวน 10 ข้อใช้เวลาประมาณ 3 นาที
6. ท่านตอบแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่

- แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม จำนวน 18 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

- แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า จำนวน 14 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

- แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ จำนวน 12 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

- แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ที่มีทวารเทียม จำนวน 23 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

รวมระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น ประมาณ 30 นาที



INSITTUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. 348 / 56	
Date of Approval 02 ส.ค. 2556	

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	---

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

เนื่องจากการวิจัยโดยการสัมภาษณ์ หรือการตอบแบบสอบถามเท่านั้น จึงมีความเสี่ยงน้อยมาก แต่อาจทำให้ท่านเสียเวลา หรือไม่สบายใจและไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถาม ท่านอาจไม่ตอบคำถามข้อใด หรืออาจจะหยุดตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ ผู้วิจัยจะให้ท่านพักจนกว่าท่านจะสบายใจขึ้น จึงให้ตอบแบบสอบถามต่อ หากพบว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับผู้ร่วมวิจัยเช่นท่านมีคะแนนภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้าสูงกว่าปกติ โดยเบื้องต้นผู้วิจัยจะให้คำแนะนำช่วยเหลือตามความเหมาะสม และรายงานให้หัวหน้าคลินิกทราบเพื่อพิจารณารายงานแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือท่านต่อไป

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้รับจากท่าน จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดียิ่งขึ้น

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ดังนั้นท่านสามารถปรึกษากับญาติ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษาทานได้ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านให้สัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถาม ให้ครบตามที่แจ้งไว้ข้างต้น

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ในกรณีที่มิใช่ข้อสงสัยจะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวเกศินี ชีรทองดี ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่เบอร์โทรศัพท์ 085-902-1831

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ไม่มีค่าใช้จ่ายที่ท่านจะต้องรับผิดชอบ นอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาลตามปกติ

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนใดๆ

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน และตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่ ภายหลังการประเมินระดับการคิดรู้ (Cognitive function) โดยใช้แบบประเมินคะแนนสภาพ



 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	---

สมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แล้วพบว่าไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งเป็นภาวะอาจพบได้ในกลุ่มผู้สูงอายุ อาจทำให้ตอบแบบสอบถามไม่ได้ หรือไม่เข้าใจแบบสอบถาม ทำให้ผลการศึกษาที่ได้ไม่ตรงตามข้อมูลจริง

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่จะนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ผู้ทำวิจัย นางสาวเกศินี ชีรทองดี หอผู้ป่วยงกลณี วัฒนาวงศ์ ชั้น 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 เบอร์โทรศัพท์ 085-902-1831

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัยในภาพรวม

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
8. ท่านจะได้รับการเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

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

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



INSITTUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. 348/2556	2 ต.ค. 2556
Date of Approval: 2 ต.ค. 2556	

ภาคผนวก ง
เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Consent from)

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
--	---

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง”

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมใน โครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างถี่ถ้วนแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่บีบบังคับจนเกินกว่าที่ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และไม่ได้รับเงินจากผู้สนับสนุนการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมใน โครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของนักวิจัยผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูล เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

INSITTUTIONAL REVIEW BOARD Faculty of Medicine, Chulalongkorn University IRB No. 348/56 Date of Approval 2 ส.ค. 2556	
--	---

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
---	--

การจัดการกับตัวอย่างทางชีวภาพ

- ☒ ไม่มีตัวอย่างชีวภาพ
- ☐ มีแต่ไม่มีการขอเก็บ
- ☐ มีและขอเก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต
- ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

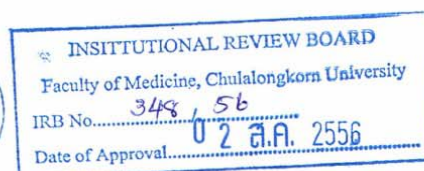
ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพา ต่อสกุลแก้ว

การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์

การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

การพยาบาลผู้ป่วยปริศัลยกรรม

การพยาบาลผู้ป่วยบาดแผลและออสโตมี (Enterostomal therapist)

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

3. นางสาวจุฬาทพร ประสงค์

พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และแผลเรื้อรัง

โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก จ

เอกสารตอบรับการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

โรงพยาบาลอุทัยธานี

56 ถนนรักการดี ตำบลอุทัยใหม่

อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี 61000

9 มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตามหนังสือที่ ศร 0517.05/00490 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2556 แจ้งว่านางสาวเกศินี ธีรทองดี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง ซึ่งพัฒนาโดยข้าพเจ้านางสาว อรุณี หล่อนิล รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต และมีนายแพทย์เชาว์ สุระดม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในงานวิจัยเรื่องโครงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้รูปแบบ case management เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง”

ข้าพเจ้ามีความยินดีให้ นางสาวเกศินี ธีรทองดี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้เครื่องมือวิจัย เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา

ด้วยความเคารพอย่างสูง

อรุณี หล่อนิล

สำเนา



ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๓/ ๐ ๑ ๑ ๕ ๕

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนราชดำริ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖

เรื่อง การขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๐๒๒๕๘ ลงวันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้แจ้งความประสงค์ขออนุญาตใช้แบบประเมินภาวะพึงพิง ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Brathel ADL Index) ฉบับภาษาไทย ของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล เพื่อประกอบการจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง” ของนางสาวเกศินี ชีรทองดี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ดังรายละเอียดทราบแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีให้ใช้แบบประเมินเพื่อประกอบการจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

1/ 5/6

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เกรียงศักดิ์ ประสพสันติ)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

ปฏิบัติการแทนคณบดี

ฝ่ายบริหารคณะแพทยศาสตร์

โทร. ๐-๒๒๕๖-๔๔๖๓

โทรสาร. ๐-๒๒๕๖-๔๔๖๓



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
๒๗๐ พระรามที่ ๖ ราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐

ที่ พิเศษ HADS

วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๕๖

เรื่อง อนุญาตให้นำแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย ไปใช้

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึงหนังสือ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕ / ๐๐๐๙๕ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นางสาวเกศินี อีรทองดี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์ขออนุญาต นำแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย ไปใช้ เพื่อทำการวิจัย ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง”(Factors Predicting Quality of Life Among the Elderly Patients with Colorectal Cancer Post Stomal Surgery) ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ผมยินดีอนุญาตให้นำแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ไปใช้ในการวิจัยดังกล่าว และโปรดแจ้งผลการใช้ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนา นิลชัยโกวิทย์)

โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๒๗๕

โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๗๒๙๙

“มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม นำสู่คุณภาพ”

**เอกสารตอบรับการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย
แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ
(Multidimensional Scale of Perceived Social Support)**



Dear Kasinee,

You have my permission to use the MSPSS in your research. I have attached a copy of the scale and a document listing several articles that have reported on the psychometric properties of the MSPSS. Also attached is a Thai translation of the scale and a copy of the article in which it is reported. I hope you find this information helpful and hope that your thesis research goes well.

Best regards,
Greg Zimet

=====

Gregory D. Zimet, PhD
Professor of Pediatrics & Clinical Psychology
Section of Adolescent Medicine
Indiana University School of Medicine
Health Information & Translational Sciences
410 W. 10th Street, HS 1001
Indianapolis, IN 46202
USA
Phone: +1-317-274-8812
Fax: +1-317-274-0133
e-mail: gzimet@iu.edu
<http://pediatrics.iu.edu/center-hpv-research/about-us/>



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
๒ ถนนพราณนก เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร. ๐๒-๔๑๙-๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๑๔๑๑-๒
โทรสาร ๐๒-๔๑๒-๘๔๑๕

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๐๐๔๕๖
วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

ด้วย นางสาวเกศินี อีรทองดี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง” (Factors Predicting Quality of Life Among the Elderly Patients With Colorectal Cancer Post Stomal Surgery) โดยมี รองศาสตราจารย์ จันทนา รณฤทธิชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ในการนี้นักศึกษามีความประสงค์ จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยคือ “แบบประเมินคุณภาพชีวิต” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “Predictors of self – care in cancer Patients receiving radiotherapy” ที่สร้างขึ้นโดยท่าน ปี พ.ศ. ๒๕๓๒ เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว และแจ้งผลการพิจารณามายังคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทราบ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

พอ.ค. พลิกกุล

(รองศาสตราจารย์ ดร.พองคำ ดิลกสกุลชัย)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วช ๒๕๕๖
๒๖ ต.ค. ๕๖

ภาคผนวก ข

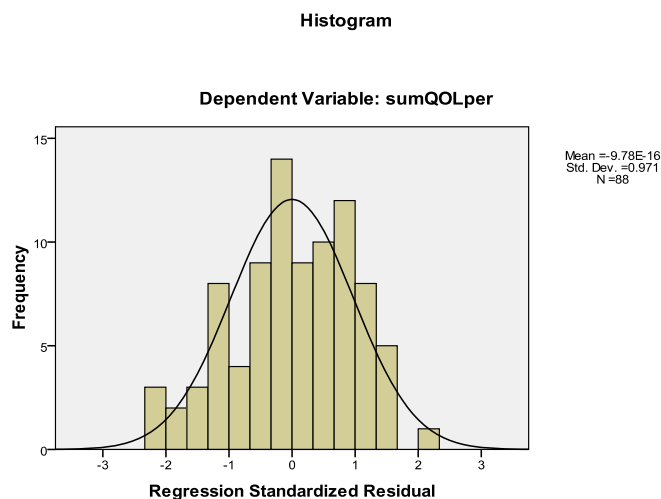
ข้อตกลงเบื้องต้นสถิติถดถอยพหุคูณ

ข้อตกลงเบื้องต้นสถิติถดถอยพหุคูณ (รัตนศิริ ทาโต, 2551)

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม หรือตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์อยู่ในระดับช่วงมาตราหรืออัตราส่วนมาตรา ที่มีค่าต่อเนื่อง

2. มีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ (Normality)

โดยมีค่า Kolomogorov-Smirnov ที่ $p > .05$ ทดสอบ QOL ได้ค่า Asymp. sig. (2-tailed) = .832



3. ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ตัวแปรอิสระ 4 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กัน มากกว่า 0.80

จากการทดสอบพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวอยู่ระหว่าง .402 ถึง .677 ซึ่งต่ำกว่า .80 ดังแสดงในตาราง

Correlations

		sumsc	sumADL	sumAnx	sumss	sumQOLper
sumsc	Pearson Correlation	1	-.677**	-.643**	.613**	.769**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000
	N	88	88	88	88	88
sumADL	Pearson Correlation	-.677**	1	-.402**	-.447**	-.651**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000
	N	88	88	88	88	88
sumAnx	Pearson Correlation	-.643**	-.402**	1	-.615**	-.745**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000
	N	88	88	88	88	88
sumss	Pearson Correlation	.613**	-.447**	-.615**	1	.670**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000
	N	88	88	88	88	88
sumQOLper	Pearson Correlation	.769**	-.651**	-.745**	.670**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	88	88	88	88	88

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

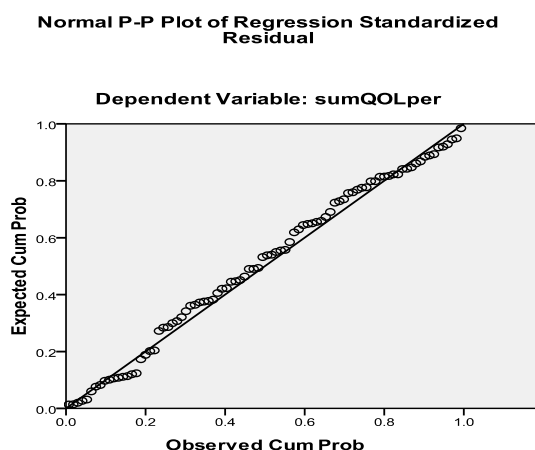
ค่า Tolerance อยู่ในช่วง .354-.537 ซึ่งมากกว่า 0.2 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.86-2.82 ซึ่งไม่เกิน 5 จึงไม่พบว่ามีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity)

Coefficients^a

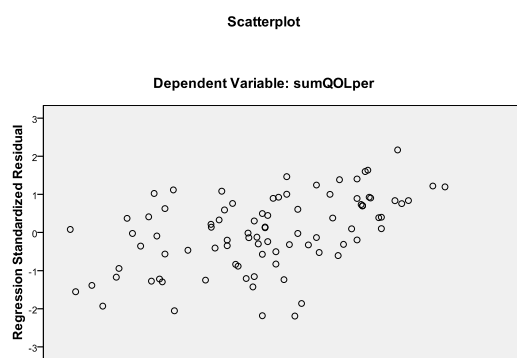
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	24.095	8.109		2.971	.004		
	sumsc	.499	.184	.249	2.731	.008	.354	2.825
	sumADL	-1.321	.387	-.254	-3.410	.001	.537	1.863
	sumAandD	-2.260	.461	-.376	-4.896	.000	.505	1.981
	sumss	.228	.098	.172	2.314	.023	.537	1.862

a. Dependent Variable: sumQOLper

4. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear Relationship) ซึ่งพิจารณาได้จากลักษณะการกระจายของข้อมูลในแผนภาพการกระจาย (Scatter Plot) โดยมีลักษณะกระจาย ดังภาพ



5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวทำนายทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาภาพการกระจาย (Scatter Plot) จะพบการกระจายบริเวณค่าศูนย์



6. ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์

ดูจากตาราง Residuals Statistics พบว่า Std. Residual ค่า Mean = 0

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	29.8351	82.6125	61.7026	12.37464	88
Residual	-16.09253	15.78169	.00000	7.09572	88
Std. Predicted Value	-2.575	1.690	.000	1.000	88
Std. Residual	-2.215	2.172	.000	.977	88

a. Dependent Variable: sumQOLper

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นางสาวเกศินี ชีรทองดี

วัน เดือน ปีเกิด

16 สิงหาคม พ.ศ. 2527

สถานที่เกิด

กรุงเทพมหานคร

วุฒิการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย รุ่น 92

ปีที่ศึกษา พ.ศ. 2546-2549

มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

พ.ศ. 2554-2556

ทุนการศึกษา/ทุนการวิจัย/รางวัลที่ได้
ที่อยู่ปัจจุบัน

ทุนสภากาชาดไทย

386 หมู่บ้านเพชรเกษม 1 แขวงหนองค้างพลู

เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร 10160

โทรศัพท์ 085-902-1831

E-mail: gnm_202@hotmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1873 ถนนพระรามสี่ แขวงปทุมวัน

เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

โทรศัพท์ 02-256-4118

