

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร



นางสาวนภาพร ชิตমন

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PERMANENT COLOSTOMY

Miss Nawaporn Chitmon

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

Copyright of Chulalongkorn University

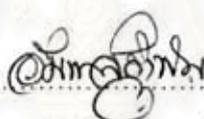
491899

หัวข้อวิทยานิพนธ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร
โดย นางสาวนวพร ชิตมน
สาขาวิชา สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร

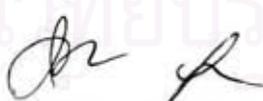
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อัมพล สุอำพันธ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนวัลย์)

นวพร ชิตมน :คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร.

(QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PERMANENT COLOSTOMY)

อ. ที่ปรึกษา : รศ.พญ.ศิริลักษณ์ คุภะพีตพร, 155 หน้า.

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ซึ่งมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 95 คน ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2550 โดยเป็นการศึกษาแบบพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ข้อมูลที่ได้ในการวิจัยนี้ใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา และปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) แบบวัดสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ แบบสอบถามเพื่อวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL- BREF -THAI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ สถิติ T- test สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ร้อยละ 76.84 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสำหรับคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.6, 63.2, 72.6, 81.1 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ได้แก่ การรั่วซึมของอุจจาระ ร้อยละ 32.6 การมีผื่นคันรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ ร้อยละ 30.5 การเข้าสังคม ร้อยละ 20 พบภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 24.2 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.8 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ได้แก่ สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ รายได้หลังป่วย โรคนอดส์ ($R^2 = 0.764$) ส่วนตัวแปร ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านจิตใจ ($R^2 = 0.768$) และภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านสุขภาพกาย ($R^2 = 0.697$).

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์ลายมือชื่อนิสิต..... นวพร ชิตมน
สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา...2549

4874740830 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD: QUALITY OF LIFE / PERMANENT COLOSTOMY

NAWAPORN CHITMON : QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PERMANENT COLOSTOMY. THESIS ADVISOR:ASSOC.PROF. SIRILUCK SUPPAPITIPORN, M.D. 155 pp.

The objective of a cross – sectional descriptive investigation concentrated in quality of life of patients with permanent colostomy of King Chulalongkorn Memorial Hospital during the period from December,2006 to February 2007. The instrument had been used to collect the data , namely, the demographic data , Thai version of Hospital Anxiety and Depression scale, Quality of life in colostomy patient questionnaire, and WHOQOL- BREF-THAI questionnaire. The statistic utilized in the study were percentage, mean, and standard deviation, Chi-square , T-test, Pearson' Product Moment Correlation Co- efficiency and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results of this study were as following ; The overall quality of life in patients with permanent colostomy was moderated level (76.84%). Their quality of life in physical, psychological, social relationship, and environment aspects were also at moderated level (72.6%, 63.2% , 72.6% , 81.1%). Complication of colostomy were leakage, rash,and social problem (32.6%, 30.5%, 20 %). Their quality of life in psychological were Anxiety (24.2%) and Depression (15.8%).The predictive factors of the overall quality of life were quality of life with colostomy, post illness income, AIDS ($R^2 = 0.764$). The predictive factors of quality of life in psychological were anxiety and depression ($R^2 = 0.768$).The predictive factors quality of life in physical were depression ($R^2 = 0.697$).

Department.....Psychiatry.....Student's signature.....*นพพร ชิตมณ*
 Field of study.....Mental Health... Advisor's signature.....*Siriluck Suppapatiporn*
 Academic year .. 2006.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างจากรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภพิติพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้คำแนะนำช่วยเหลือและตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์อัมพล สุอำพัน ประธานกรรมการสอบและผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ กรรมการสอบ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์แพทย์หญิงกษยา ตันติผลลาชีวะ เป็นอย่างสูงที่กรุณาให้ความรู้เกี่ยวกับโคลอสโตมีย์ ตลอดจนคำแนะนำและการสนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่อนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย กปร.ชั้น6 ตลอดจนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณศศิธร วุฒิกรสมบัติกุล ผู้ตรวจการพยาบาลด้านศัลยกรรม หอผู้ป่วยจกสนิวัฒนวงศ์ เป็นอย่างสูงที่ให้การสนับสนุนและคอยช่วยเหลือทั้งในด้านเวลาเรียนและการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ คุณฝนทอง พูนประชา และหัวหน้าหอผู้ป่วยจกสนิวัฒนวงศ์ทุกท่าน ตลอดจนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาและการทำวิจัยในครั้งนี้

การวิจัยในครั้งนี้จะประสบความสำเร็จไม่ได้เลยหากปราศจากความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่เคารพรัก และญาติพี่น้องทุกคนที่เป็นกำลังใจที่สำคัญและให้การสนับสนุนด้านการเรียนมาโดยตลอด ขอขอบคุณเพื่อนๆ ทุกคนสำหรับความช่วยเหลือ ขอขอบคุณที่คอยอยู่เคียงข้างและเป็นกำลังใจให้กันเสมอมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ข
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	6
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดทางการวิจัย.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
โคลอสโตมีย์ชนิดถาวร.....	7
ความหมายของโคลอสโตมีย์.....	7
ชนิดของการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์.....	8
ข้อบ่งชี้ในการทำโคลอสโตมีย์.....	9
ภาวะแทรกซ้อนจากการทำโคลอสโตมีย์.....	22
คุณภาพชีวิต.....	25
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	34
รูปแบบการวิจัย.....	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	34
ขนาดตัวอย่าง.....	35
เครื่องมือที่ใช้วันตัวแปร.....	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	39
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	42
ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร.....	54
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร.....	56
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตรายด้านกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency).....	98
ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วย ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร.....	104
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	110
สรุปผลการวิจัย.....	111
การอภิปรายผล.....	118
ข้อจำกัดการแปลผลการวิจัย.....	124
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	125
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	126
รายการอ้างอิง.....	127
ภาคผนวก.....	131
ภาคผนวก ก.	132
ภาคผนวก ข.	152
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	155

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1	42
แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้.....	42
ตารางที่ 2	44
แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด และโรคประจำตัว.....	44
ตารางที่ 3	46
แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามสาเหตุของการผ่าตัด โคลอสโตมีย์ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาในการมีโคลอสโตมีย์.....	46
ตารางที่ 4	47
แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการดูแลโคลอสโตมีย์.....	47
ตารางที่ 5	48
แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะแทรกซ้อน จากการผ่าตัดโคลอสโตมีย์.....	48
ตารางที่ 6	50
แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสภาวะการดำรงชีวิต ต่อการมีโคลอสโตมีย์โดยรวมและสถานการณ์ดำรงชีวิตต่อการมี โคลอสโตมีย์ในแต่ละด้าน.....	50
ตารางที่ 7	52
แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ความสนิทสนมและความสัมพันธ์ในครอบครัว.....	52
ตารางที่ 8	53
แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะวิตกกังวล.....	53
ตารางที่ 9	53
แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า.....	53
ตารางที่ 10	54
แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน.....	54
ตารางที่ 11	56
แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ chi-square.....	56
ตารางที่ 12	61
แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ chi-square.....	61
ตารางที่ 13	66
แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ chi-square.....	66
ตารางที่ 14	71
แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ chi-square.....	71

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 15	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ chi-square..... 76
ตารางที่ 16	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และการรักษาคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ chi-square..... 81
ตารางที่ 17	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ chi-square..... 85
ตารางที่ 18	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ คุณภาพชีวิตโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ T-test..... 87
ตารางที่ 19	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพที่แตกต่างกัน ของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีLSD..... 90
ตารางที่ 20	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอาชีพก่อนป่วยที่แตกต่างกัน ของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีLSD..... 90
ตารางที่ 21	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอาชีพหลังป่วยที่แตกต่างกัน ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี LSD..... 91
ตารางที่ 22	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ก่อนป่วยที่ แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี LSD..... 91
ตารางที่ 23	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้หลังป่วยที่แตกต่างกัน ของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี LSD..... 92

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
ตารางที่ 24	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้รวมในครอบครัวที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี LSD.....	92
ตารางที่ 25	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และการรักษากับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ สถิติ T-test.....	93
ตารางที่ 26	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และการรักษากับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ สถิติ T-test.....	95
ตารางที่ 27	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ สถิติ T-test.....	96
ตารางที่ 28	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตรายด้านกับ คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency).....	98
ตารางที่ 29	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิต โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency).....	99
ตารางที่ 30	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกาย โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency).....	100
ตารางที่ 31	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency).....	101
ตารางที่ 32	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency).....	102

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
ตารางที่ 33	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency).....	103
ตารางที่ 34	แสดงปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติโดยการทดสอบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stewise Multiple Regression Analysis).....	105
ตารางที่ 35	แสดงปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติโดยการทดสอบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stewise Multiple Regression Analysis).....	106
ตารางที่ 36	แสดงปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติการทดสอบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stewise Multiple Regression Analysis).....	107
ตารางที่ 37	แสดงปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติการทดสอบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stewise Multiple Regression Analysis).....	108
ตารางที่ 38	แสดงปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติความทดสอบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stewise Multiple Regression Analysis).....	109

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่กล่าวถึงกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิตอีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากร โดยเชื่อว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะทำให้การพัฒนาในด้านต่างๆเป็นไปได้อย่างดีและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตยังเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างเห็นได้ชัดในระบบการบริการทางสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของคน เพราะไม่ว่าใครก็ตามที่เกิดมาต่างมุ่งหวังที่จะให้ชีวิตของตนมีคุณค่ามากที่สุด ในแนวที่ตนปรารถนาทั้งสิ้น แม้กระทั่งผู้เจ็บป่วยที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความเครียดอันเนื่องมาจากโรคร้ายไข้เจ็บ ผู้ป่วยจะพยายามปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเท่าที่จะสามารถทำได้เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพก็เริ่มตระหนักและให้ความสนใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อที่ว่า คุณค่าของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมิใช่ตัดสินเฉพาะการรอดชีวิตหรือการที่สามารถมีชีวิตยืนยาวต่อไปของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับคุณภาพของชีวิตที่อยู่รอดนั้นด้วย นอกจากนี้ยังได้มีการพิจารณาและกำหนดเอาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล ซึ่งทำให้บทบาทของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยขยายวงกว้างออกไปอีกมากมาย นั่นก็คือ การประสมผลสำเร็จในการดูแลคนแบบองค์รวม (Holistic care) โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงเป็นเป้าหมายที่แท้จริงของการให้บริการทางสุขภาพ เนื่องจากแนวคิดในการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือมีชีวิตรอดเพียงอย่างเดียวแต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย เพราะในบางครั้งผลของการรักษาโรคบางอย่างก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายตลอดจนมีผลกระทบต่อวิถีทางการดำเนินชีวิตตามปกติ เป็นผลให้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไป ดังเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโคโลสโตมีย์ (Colostomy) ซึ่งเป็นการนำเอาส่วนของลำไส้ใหญ่มาเปิดออกทางผิวหนังหน้าท้องให้เป็นทางผ่านของอุจจาระแทนทวารหนัก เพื่อที่จะรักษาชีวิตหรือบรรเทาอาการของโรค ก็ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

การเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้ ที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนใดส่วนหนึ่งเปิดออกทางหน้าท้อง (stoma) มีอุบัติการณ์ค่อนข้างสูงทั้งในประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกา มีผู้ได้รับการผ่าตัดลำไส้ผ่านทางหน้าท้องประมาณ 1,500,000 ราย และเพิ่มขึ้นปีละ 100,000 ราย (1) สาเหตุของการทำผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องส่วนมากเป็นโรคที่มีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดโรคมะเร็ง เช่น การมีแผลเรื้อรังที่ลำไส้ใหญ่ การมีก้อนเนื้อออก และสาเหตุที่สำคัญที่สุดคือ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากในประเทศสหรัฐอเมริกาและยุโรปตอนเหนือ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยด้วยโรคนี้นี้ประมาณ 150,000 รายต่อปี คิดเป็น 15% ของผู้ป่วยทั้งหมด และส่งผลให้ชาวสหรัฐอเมริกาเสียชีวิตจากโรคนี้นี้ ปีละ 60,000 คน (2)

การที่คนไทยเริ่มมีการดำเนินชีวิตและการรับประทานอาหารแบบตะวันตก ซึ่งประกอบด้วยอาหารไขมันสูง เนื้อสัตว์มากและเส้นใยต่ำ ทำให้อุบัติการณ์ของโรคนี้นี้เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในชนชั้นกลางและผู้มีฐานะดี ในประเทศไทยพบว่าจากอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งอวัยวะต่าง ๆ 10 อันดับแรกนั้น มะเร็งลำไส้ใหญ่ในเพศชายอยู่ในอันดับที่ 3 รองจากมะเร็งตับและมะเร็งปอด ในเพศหญิงอยู่ในอันดับที่ 5 รองจากมะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับ มะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด มีผู้ป่วยชายทั้งหมด 2,619 คน และมีผู้ป่วยหญิงทั้งหมด 2,215 คน คิดเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง คือ 1.2 : 1

จากสถิติโรคมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งแต่ ค.ศ. 1987 – 2005 พบมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ตั้งแต่ 110 – 257 รายต่อปี ซึ่งพบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 – 5 หรือประมาณ 5.3 – 7.4% ของมะเร็งทั้งหมด จากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีจำนวนสูงมากขึ้นเรื่อยๆ และในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักบางส่วนจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร (Permanent colostomy) ทำให้ผู้ป่วยต้องขับถ่ายอุจจาระทางช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ทางผนังหน้าท้องตลอดชีวิต

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร (Permanent colostomy) ลำไส้บางส่วนจะถูกตัดออกไปตามพยาธิสภาพของการเกิดโรค ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระ การที่ต้องเผชิญกับการมีช่องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง หรือทวารหนักเทียมเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทันที รวมทั้งมีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ผลกระทบทางด้านร่างกายที่สามารถมองเห็นได้ชัด คือ การที่จะต้องถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ซึ่งทำให้ไม่สามารถควบคุมการไหลของอุจจาระได้ และจำเป็นต้องมีถุงรองรับอุจจาระติดไว้ที่หน้าท้องตลอดเวลาและผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ก็จะต้องเผชิญกับถุงที่ภายในมีอุจจาระซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่น่าดู ทั้งลักษณะ สี กลิ่นและก๊าซที่ออกมาบรรจบกันสร้างความน่ารังเกียจแก่ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์เองและผู้ที่อยู่ใกล้เคียง และอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ

เปิดช่องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งรบกวนความรู้สึกของผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ เบคเกอร์และคณะ (Bekkers, et al.,) (1) กล่าวว่า การมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตในด้านหน้าที่การงาน เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายต่อการทำงานและเกี่ยวข้องกับการกลับเข้าไปทำงานในหน้าที่เดิมหรือการหางานใหม่ ซึ่งมีผลกระทบต่อรายได้จากการทำงาน และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้การมีโคลอสโตมีย์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาพลักษณ์ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด กลัวผู้อื่นจะรังเกียจ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวตาย และจะแสดงอาการโกรธ ซึมเศร้า หม่นหวังในชีวิต คิดว่าการมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรเป็นสิ่งสกปรก น่ารังเกียจ ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม จากการศึกษาของบราธาและคณะ (Bratha, et al.,) (3) พบว่า การรับรู้ที่จะต้องทำผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินอุจจาระมีผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรงก่อนผ่าตัด ร้อยละ 10 เกิดความเครียดทันทีหลังผ่าตัด ร้อยละ 40 กลุ้มใจมากกังวลเกี่ยวกับปฏิบัติการตอบสนองของสังคม ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยลดการออกสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 60 ต้องกลับเข้าโรงพยาบาลใหม่ด้วยสาเหตุต้องการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 35 เปิดเผยมามีปัญหาเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 8 ถูกครอบครัวรังเกียจ ร้อยละ 80 สมาชิกในครอบครัวแสดงความเห็นอกเห็นใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เกิดในผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรทำให้เกิดผลกระทบซึ่งสรุปได้ว่า ด้านร่างกายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความสามารถในการย่อยและการดูดซึม และการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตใจ ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรระยะแรกจะไม่สามารถยอมรับโคลอสโตมีย์ที่มีซึ่งพฤติกรรมการแสดงออกในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน แต่ทุกคนจำเป็นที่จะต้องใช้ชีวิตประจำวันในการขับถ่ายอุจจาระออกทางหน้าท้อง และมีถุงรองรับอุจจาระไว้ตลอดชีวิตและมีความรู้สึกที่ไม่ต้องการเปิดเผยว่าตนเองมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ทางด้านสังคมจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรจะมีความคิดว่าปัญหาสุขภาพของตนเองไม่เหมือนใคร ไม่ต้องการพบปะผู้คนทำให้แยกตนเองออกจากสังคมเหล่านี้ล้วนเป็นผลจากการมีโคลอสโตมีย์ทั้งสิ้น

จากผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล ในด้านการป้องกัน การรักษา การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พร้อมหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรมีคุณภาพชีวิตอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว โรคทางจิตเวช ประวัติการฉายยาหรือสารเสพติด สาเหตุของการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาในการมีโคลอสโตมีย์ การดูแลโคลอสโตมีย์ ภาวะแทรกซ้อน สภาวะการดำรงชีวิตต่อการใช้โคลอสโตมีย์

2. ตัวแปรตาม คือ คะแนนรวมของคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษานี้จะศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกศัลยกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น อาจไม่สามารถสรุปผลการวิจัยนี้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรของโรงพยาบาลอื่นๆ หรือไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดอื่นๆ ได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย : QOL)

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลภายในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ ของเขา อันสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิตความคาดหวังมาตรฐานและสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอยู่ซึ่งประเมินในด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL- BRE -THAI)

โคลอสโตมีย์ชนิดถาวร (Permanent colostomy) เป็นการรักษาโดยการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ โดยทำการผ่าตัดนำเอาลำไส้ใหญ่ส่วนใดส่วนหนึ่งเปิดเป็นช่องทางนำท้องตลอดชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ช่องเปิดของลำไส้ใหญ่เป็นทางผ่านออกของอุจจาระ และเป็นการรักษาโรคของลำไส้ใหญ่ที่มีสาเหตุจากการมีพยาธิสภาพผิดปกติแต่กำเนิด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การติดเชื้อบริเวณลำไส้ใหญ่ทำให้ลำไส้ใหญ่เกิดเนื้องอก การอักเสบของถุงหรือแอ่งยื่นออกจากผนังลำไส้ใหญ่ (Diverticulitis) และการได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องท้องที่ลำไส้ใหญ่ เช่น ถูกแทง ถูกยิง ถูกกระทบกระแทกอย่างแรง (4) เพื่อรักษาโรคให้หายขาดหรือรักษาเพื่อบรรเทาอาการทุพพิกขณ์จากโรค

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการคำแนะนำปรึกษา การวางแผนการรักษาพยาบาลการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนานุเคราะห์ทางการพยาบาลให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดทางการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนรายละเอียดแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. โคลอสโตมีย์ชนิดถาวร (Permanent colostomy)
2. คุณภาพชีวิต (Quality of Life)
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โคลอสโตมีย์ชนิดถาวร (Permanent Colostomy)

ประวัติการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์

การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ เป็นวิวัฒนาการทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ซึ่งเริ่มขึ้นในศตวรรษที่ 17 คำว่า "โคลอสโตมีย์" เป็นคำมาจากภาษากรีก 2 คำ คือ "Colo" หมายถึง ลำไส้ใหญ่ และ "Ostomy" หรือ "Stoma" หมายถึง การสร้างทางเปิดขึ้นในร่างกายโดยการผ่าตัด (5) ผู้ค้นพบวิธีการดังกล่าวเป็นคนแรกคือ ลิทเตอร์ (Littre) ในปี ค.ศ. 1710 โดยแนะนำให้เอาลำไส้มาเปิดที่หน้าท้อง ภายหลังจากที่เขาได้สังเกตดูการผ่าศพของเด็กหญิงคนหนึ่ง ซึ่งเสียชีวิตเนื่องจากลำไส้อุดตัน ต่อมาในปี ค.ศ. 1776 พิลเลอร์ (Pillore) ศัลยแพทย์แห่งเมืองรอนเจิน (Rouen) ของฝรั่งเศส ได้ทำโคลอสโตมีย์ในผู้ป่วยมะเร็งของลำไส้ใหญ่สำเร็จเป็นรายแรก และในปี ค.ศ. 1793 ดูเรต (Duret) ได้ทำโคลอสโตมีย์สำเร็จและเป็นคนแรกที่ได้รายงานโรคแทรกซ้อนของโคลอสโตมีย์ไว้คือ มีการยื่นของโคลอสโตมีย์มากกว่าปกติ (Prolapse Colostomy) ต่อมาในระหว่างศตวรรษที่ 19 การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ได้ทำกันมากขึ้น แต่ไม่เป็นที่แพร่หลาย อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่า การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์เป็นวิธีการแก้ไขความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ที่ง่ายและเหมาะสม รวมทั้งสามารถทำได้ในภาวะฉุกเฉินอีกด้วย

ความหมายของโคลอสโตมีย์

โคลอสโตมีย์ (Colostomy) หมายถึง การรักษาโดยการผ่าตัดนำเอาลำไส้ใหญ่ส่วนใดส่วนหนึ่งเปิดเป็นช่องทางหน้าท้องโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ช่องเปิดของลำไส้ใหญ่เป็นทางผ่านออกของอุจจาระคือ ทวารหนัก เป็นการรักษาโรคของลำไส้ใหญ่ที่มีสาเหตุจากการมีพยาธิสภาพผิดปกติมาแต่กำเนิด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การติดเชื้อบริเวณลำไส้ใหญ่ทำให้ลำไส้เกิดเนื้องอก การอักเสบของถุงหรือแอ่งยื่นออกจากผนังลำไส้ใหญ่ (Diverticulitis) และการได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องท้องที่ลำไส้ใหญ่ เช่น ถูกแทง ถูกยิง ถูกกระแทกกระทึกอย่างแรง (4)

ชนิดของการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์

การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร การผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรนี้ส่วนมากทำผ่าตัดในรายที่เป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่ หรือการอักเสบของลำไส้ใหญ่จากการฉายรังสี เพื่อการรักษา มะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็งที่กระเพาะปัสสาวะ การทำผ่าตัดชนิดนี้จุดมุ่งหมายเพื่อรักษาโรคให้หายขาด หรือรักษาเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่เดิม โดยการตัดเอาลำไส้ส่วนที่มีพยาธิสภาพออก ในกรณีที่ไม่สามารถตัดเย็บต่อลำไส้ส่วนที่มีพยาธิสภาพของโรคได้ จะต้องผ่าตัดทั้งทางทวารหนักและทางมีเย็บ เพื่อเอาส่วนของลำไส้ที่ตีเนื้อส่วนที่มีพยาธิสภาพของโรค มาเปิดออกทางหน้าท้องสำหรับเป็นทางขับถ่ายอุจจาระตลอดชีวิต การทำโคลอสโตมีย์ที่ลำไส้ใหญ่ ส่วนต้นลักษณะของอุจจาระมักจะเหลวจากมีน้ำย่อยจากลำไส้เล็กซึ่งเป็นต่างปนออกมาด้วย ส่วน การทำโคลอสโตมีย์ที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ลักษณะของอุจจาระที่ออกมาจะไม่เหลวมีน้ำย่อยปน ออกมากับอุจจาระน้อย

2. การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดชั่วคราว เป็นการผ่าตัดที่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้น เช่น ลำไส้ใหญ่ส่วนตรงด้านขวา (Ascending colon) หรือลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (Transverse colon) ลักษณะของโคลอสโตมีย์อาจทำเป็น Loop colostomy คือ นำเอาส่วนของลำไส้มาเจาะเปิดออกทางหน้าท้อง หรือทำเป็น Double barreled Colostomy โดยนำส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ที่ตัดออกทั้ง 2 ปลายมาเปิดที่หน้าท้อง ซึ่งการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดนี้มีจุดมุ่งหมายให้เป็นทางผ่านของอุจจาระชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง เพื่อรักษาโรคของลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ต่ำกว่าช่องเปิดของลำไส้ลงไป เช่น รักษาโรคลำไส้ใหญ่อักเสบ หรือลำไส้ใหญ่ได้รับการกระทบกระเทือนมาก เป็นต้น และเมื่อลำไส้ใหญ่ส่วนที่มีพยาธิสภาพได้รับการรักษาให้หายเป็นปกติแล้วก็จะทำผ่าตัดปิดโคลอสโตมีย์ เพื่อให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทางทวารหนักตามปกติได้ โดยมากจะใช้เวลาประมาณ 2 เดือนหลังจากทำโคลอสโตมีย์ไปแล้ว จึงจะนัดผู้ป่วยกลับมาผ่าตัดปิดโคลอสโตมีย์ได้ ตำแหน่งของโคลอสโตมีย์ชนิดนี้จะอยู่บริเวณท้องน้อยด้านขวาหรือหน้าท้องส่วนกลางในระดับต่ำกว่าสะดือเล็กน้อย ลักษณะของอุจจาระเหลวหรือค่อนข้างเหลวและมีน้ำย่อยจากลำไส้เล็กปนออกมาด้วย คือ โคโรซิฟ เอ็นไซม์ (Corosive enzyme) ซึ่งเป็นกรดมีผลระคายเคืองต่อผิวหนังรอบ ๆ ช่องเปิดของลำไส้ ทำให้มีการอักเสบและเปื่อยของผิวหนังได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อบ่งชี้ในการทำโคลอสโตมีย์

1. เพื่อลดแรงดันใน colon และระบายอุจจาระเหนือบริเวณที่ colon ขุดตัน
2. เพื่อมิให้อุจจาระผ่านรอยต่อ colon ซึ่งอาจรั่วหรือมิให้ผ่านบริเวณที่เป็น fistula เช่น recto-vaginal fistula ถ้าใส่ใหญ่หลังผ่าตัดได้
3. เพื่อทำหน้าที่แทน anus ในผู้ที่ทำ abdominoperineal resection หรือในกรณีที่ยังไม่สามารถต่อลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดได้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ที่พบในผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ ชนิดถาวร

การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ความสัมพันธ์ และหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย การสูญเสียเร็คตัมและทวารหนักซึ่งเป็นอวัยวะที่ควบคุมการขับถ่ายมีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีความคับข้องใจ รู้สึกอาย ขาดความมั่นใจ กลัวว่าคนอื่นจะรังเกียจ และไม่สามารถจัดระเบียบการดำเนินชีวิตใหม่ นอกจากการมีโคลอสโตมีย์และการไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย ผู้ป่วยยังต้องดูแลการใช้ถุงรองรับอุจจาระ เผชิญกับกลิ่นและลม การเปราะบางของอุจจาระ การระคายเคืองของผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ และความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ อึดอัดใจ ลັคนั้นและซอเรนเซน (6) กล่าวว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ปรับตัวได้ยาก เพราะอุจจาระเกี่ยวข้องกับจิตใจผู้ป่วยซึ่งคิดว่าน่าละอายทำให้ต้องเปิดเผยเหมือนเด็ก ปฏิกริยาของผู้ป่วยจะแตกต่างกัน ตั้งแต่ยอมรับได้ง่ายจนถึงแยกตัว ผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ที่ได้รับการทำผ่าตัดนั้น ทำให้เกิดความวิตกกังวล และความกลัว (7) ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่ได้รับการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์นั้น จะมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างหน้าที่และภาพลักษณ์ทำให้มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสังคมดังนี้

1. ด้านร่างกาย

จากโครงสร้างและหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดปัญหาดังนี้

1.1 ความผิดปกติที่เกิดจากหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากลำไส้ใหญ่ถูกตัดออกไป เป็นส่วนมากทำให้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ลดลงกว่าปกติ ทำให้เกิดปัญหาดังนี้

ภาวะพร่องเกลือแร่และวิตามิน ผู้ที่ได้รับการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ในส่วนของลำไส้ตรงและบางส่วนของลำไส้ใหญ่จะถูกตัดออกไป ทำให้การดูดซึมกลับของน้ำและเกลือแร่เช่น โซเดียม โปแตสเซียม สูญเสียไป เนื่องจากน้ำทั้งหมดที่ได้รับในแต่ละวัน 1.5 – 2.5 ลิตร และรวมจากสารหลังในแต่ละวัน 7 – 10 ลิตร เหล่านี้จะถูกดูดซึมในลำไส้เล็กไปจนหมด เหลือเข้าสู่ลำไส้ใหญ่เพียง 1 – 1.5 ลิตร ลำไส้ใหญ่สามารถดูดซึมกลับได้อีก เหลือออกไปกับอุจจาระไม่เกิน 200

มีผลลิตรต่อวัน(8) จากการทำลำไส้ใหญ่ถูกตัดออกไปทำให้ลำไส้ส่วนที่เหลือดูดน้ำกลับได้น้อยลง ดังนั้น อุจจาระที่ออกมาจะมีลักษณะเหลวและจะมีเกลือแร่ เช่น โซเดียมและโพแทสเซียม ถูกขับออกมาด้วย นอกจากนี้ในภาวะปกติลำไส้ใหญ่มีแบคทีเรียที่สามารถสร้างวิตามินเค 2 วิตามิน เค 2 ที่สร้างโดยลำไส้ใหญ่ถือว่ามีความสำคัญ เพราะวิตามินนี้สร้างจากอาหารไม่เพียงพอ ต้องอาศัยจากการดูดซึมที่ลำไส้ใหญ่มาช่วยเสริม(9) ดังนั้น อาหารสำหรับผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ถาวร จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเลือก วิตามิน เค 2 มาทดแทน ซึ่งพบได้ในผักใบเขียว (10)

การเกิด ก๊าซ กลิ่น และอาการท้องผูก หรืออาการท้องเสีย ทำให้เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดตัดโคลอสโตมีย์ เช่นกัน การเกิดก๊าซสามารถลดได้โดยจำกัดอาหารที่เป็นสาเหตุ การเกิดก๊าซ ได้แก่ หัวหอม กล่ำปลี ถั่ว น้ำอัดลม ควรรับประทานแต่น้อยหรือควรจะงดเลย นอกจากนี้การเกิดก๊าซอาจเกิดจากการกลืนอากาศเข้าไปพร้อมกับอาหารมากกว่าเกิดจากขบวนการย่อยการดูดซึม ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องเคี้ยวช้า ๆ พร้อมทั้งปิดปากขณะเคี้ยวอาหารเพื่อลดจำนวนก๊าซที่เกิดจากการกลืนลงไปได้ การเกิดกลิ่นอุจจาระที่รุนแรง อาหารที่เป็นสาเหตุการเกิดกลิ่น ได้แก่ ปลา ไข่ หัวหอม เนยแข็ง ผักบางชนิด เช่น สะตอ ชะอม หรืออาหารที่เคยรับประทานแล้วทำให้เกิดกลิ่นของอุจจาระที่รุนแรงต่อผู้นั้นมาก่อน จึงมีความจำเป็นต้องจำกัดหรือหลีกเลี่ยงอาหารดังกล่าว การรับประทานโยเกิร์ตจะสามารถช่วยลดการเกิดกลิ่นได้ เนื่องจากแบคทีเรียที่ผสมอยู่ในอาหารจะช่วยย่อยอาหารเหล่านี้ได้ทำให้ลดการเกิดกลิ่นได้บ้าง อาการท้องเสียอาจเกี่ยวข้องกับอาหารที่รับประทานแล้วมีผลทำให้เกิดอาการท้องเสีย ได้แก่ ผักสดและผลไม้บางชนิด แต่ถ้าอาการท้องเสียติดต่อกันนานเกิน 2 วัน ควรจะไปพบแพทย์ (11) อาการท้องผูกสาเหตุอาจเกิดจากรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ได้แก่ อาหารที่มีกากและเส้นใยมาก ๆ ทำให้เพิ่มปริมาณอุจจาระ การดื่มน้ำน้อยทำให้อุจจาระแข็ง การขูดกลืนของอุจจาระนาน ๆ ทำให้เกิดการอักเสบของลำไส้ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและปวดท้องร่วมด้วย เหล่านี้เป็นปัญหาที่ให้ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ขาดความมั่นใจในการเลือกรับประทานอาหารไม่กล้ารับประทานอาหาร ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเป็นเหตุให้ขาดสารอาหาร เนื่องจากแต่ละบุคคลที่มีความเคยชินกับอาหารแต่ละชนิดต่างกัน ดังนั้น จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนอาหารบางชนิดเพื่อให้เกิดความเคยชินถ้าไม่มีอาการผิดปกติให้รับประทานอาหารนั้น ๆ ได้ ต่อไป

1.2 ความสามารถในการควบคุมการไหลของอุจจาระทางโคลอสโตมีย์ เนื่องจากที่ช่องเปิดของโคลอสโตมีย์ไม่มีกล้ามเนื้อหูรูดที่จะควบคุมการไหลของอุจจาระได้ตามความต้องการ ประกอบกับลักษณะของอุจจาระที่ค่อนข้างเหลวทำให้อุจจาระไหลออกมาไม่เป็นเวลา ซึ่งจะเป็นปัญหายิ่งขึ้นเมื่อเกิดอาการท้องเสียร่างกายจะขับน้ำและเกลือโซเดียมออกมามาก เนื่องจากการทำผ่าตัดตัดโคลอสโตมีย์ลำไส้ใหญ่ถูกตัดออกไปบางส่วน ทำให้สูญเสียความสามารถในการดูดกลับของน้ำ และเกลือแร่บางชนิด ทำให้ร่างกายเกิดอาการขาดน้ำและเกลือแร่บางชนิด หากเกิดอาการ

เร็วรั้งจะทำให้เป็นอันตรายต่อร่างกายได้ ผู้ที่ได้รับการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร หลังการทำผ่าตัดระยะแรก ๆ กล้ามเนื้อที่ผนังหน้าท้องยังไม่มี ความแข็งแรงดี ประกอบกับช่องเปิดของโคลอสโตมีย์ใหญ่เกิน เมื่อเกิดแรงดันภายในช่องท้องเพิ่มขึ้นจากการไอ การจามอย่างแรง จะทำให้ลำไส้ที่ได้รับ การทำผ่าตัดซึ่งยังไม่แข็งแรงพอลิ้นออกมาภายนอกของโคลอสโตมีย์ทำให้ลำไส้บวม อูจจาระไม่สามารถผ่านออกมาภายนอกได้ทำให้เกิดการอุดตันเกิดการคั่งค้างของอุจจาระ หรือการบวมจะทำให้ขัดขวางการไหลเวียนเลือดที่บริเวณลำไส้ ทำให้ลำไส้ส่วนนั้นขาดเลือดไปเลี้ยงและ ลำไส้เน่าได้ หรือในผู้ป่วยบางรายจะพบลำไส้ถูกดันออกมา (Prolapse of colostomy) มากกว่าปกติต้องปรึกษาแพทย์ เพื่อแก้ไขความผิดปกติซึ่งทำได้โดยการผ่าตัด(12) ในผู้ที่โคลอสโตมีย์มานานหลายปีกล้ามเนื้อรอบ ๆ โคลอสโตมีย์จะเกิดการหดและทำให้เกิดการตีบแคบของช่องเปิด โคลอสโตมีย์ ทำให้อุจจาระผ่านออกมาลำบาก หรืออุจจาระไม่สามารถผ่านออกมาได้ ป้องกันโดยการใช้นิ้วมือถ่างขยายทุกครั้งที่ทำ ความสะอาดก่อนการเปลี่ยนถุงรองอุจจาระ จะช่วยแก้ปัญห การตีบแคบ มิฉะนั้นผลคือเกิดการคั่งค้างของอุจจาระทำให้ลำไส้ตรงใกล้ช่องทางเปิดนั้นเกิดการโป่งพองทำให้ความดันของลำไส้เพิ่มขึ้น ซึ่งจะไปรบกวนต่อการไหลเวียนเลือดทำให้เกิดการเน่าตาย และลำไส้ทะลุได้

1.3 การระคายเคืองของผิวหนังรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ชนิดถาวร เนื่องจากลักษณะของอุจจาระจะแตกต่างกันตามตำแหน่งของลำไส้ใหญ่ที่ทำผ่าตัดเป็นช่องเปิดโคลอสโตมีย์ คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนต้นที่ติดกับลำไส้เล็กส่วนปลายจะยังมีน้ำย่อยที่หลงเหลือจากลำไส้เล็กส่วนปลายทำให้อุจจาระมีลักษณะค่อนข้างเหลว และลำไส้ใหญ่ส่วนกลางต่อกับส่วนปลายอุจจาระออกมาจะมีลักษณะค่อนข้างแข็ง การระคายเคืองของผิวหนังรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ มีสาเหตุจากการระคายเคืองของน้ำย่อยจากลำไส้เล็กส่วนปลายซึ่งมากเกินไปอยู่ในอุจจาระทำให้อุจจาระมีลักษณะเหลว ประกอบกับมีรอยรั่วที่เกิดจากการปิดถุงไม่สนิท หรือการติดถุงไม่พอดีกับช่องเปิดของโคลอสโตมีย์คือ ปากถุงกว้างเกิน ทำให้อุจจาระที่มีฤทธิ์เป็นด่างสูงสัมผัสผิวหนัง และการเลือกถุงรองรับอุจจาระที่ไม่เหมาะสม การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระบ่อย จะทำให้ผิวหนังรอบ ๆ โคลอสโตมีย์เกิดการระคายเคือง และอักเสบมีลักษณะผิวหนังแดง เปื่อย ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแสบปวดร้อน หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้อราได้ง่าย ฉะนั้น การรักษาความสะอาดของผิวหนังรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในรายที่ไม่มีอาการอักเสบ ขณะที่ผู้ป่วยอาบน้ำจะต้องทำความสะอาดรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ โดยฟอกด้วยสบู่อ่อน ๆ แล้วล้างสบู่ออกให้หมดซับน้ำให้แห้งแล้วปิดถุงให้เรียบร้อย แต่ในรายที่เกิดการระคายเคืองให้ใช้น้ำต้มสุกหรือน้ำเกลือล้างแผลล้างให้สะอาดแล้วซับผิวหนังให้แห้ง ทายาป้องกันการติดเชื้อและการระคายเคืองของผิวหนัง แล้วจึงปิดถุงให้พอดีกับช่องเปิดโคลอสโตมีย์ และรักษาให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ การเลือกถุงรองรับอุจจาระที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ การปิดถุงรองรับอุจจาระได้

แบบสนิทโดยไม่มีกรรไกรรื้อเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ที่จะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดการระคายเคืองของผิวหนังรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

1.4 การออกกำลังกายและการทำกิจกรรมประจำวันเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ลำไส้ยุบวม และร่างกายแข็งแรง ปกติประมาณ 6 – 8 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถที่จะกลับไปทำงาน หรือสามารถทำงานได้เช่นเดียวกับคนปกติ ซึ่งในระหว่างการไปทำงานผู้ป่วยจะต้องเตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาดโคลอสโตมีย์ งดรงรับอุจจาระ และบางครั้งอาจจะต้องเตรียมวัสดุที่ใช้ดับกลิ่นอุจจาระ เมื่อเกิดปัญหาจะได้สามารถหยิบมาใช้ได้ทันที กิจกรรมที่จะต้องระวังในระยะแรกหลังจากผ่าตัด 3 เดือน คือ ไม่ควรรยกของหนักเพราะกล้ามเนื้อที่หน้าท้องยังไม่แข็งแรงพอ ถ้ามีความดันภายในช่องท้องมากจะทำให้โคลอสโตมีย์ถูกดันออกมามากกว่าปกติ(12) เมื่อร่างกายแข็งแรงและไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย สามารถที่จะเดินเล่น หรือออกกำลังกายโดยการบริหารแขน ขา หรือกีฬาที่ไม่เป็นการหักโหมร่างกายจนเกินไป ส่วนกีฬาที่ทำให้เกิดการหักโหมเกินไป เช่นกีฬาเทนนิส หรือกีฬาที่ทำให้เกิดการกระแทกกันแรง ๆ ควรงดเว้น

1.5 การมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยไม่มีโรคแทรกซ้อนสุขภาพแข็งแรงดี สำหรับผู้ที่มีครอบครัวหรือมีสถานภาพสมรสคู่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ใน 6 – 8 สัปดาห์ หลังผ่าตัด และการมีโคลอสโตมีย์ไม่มีผลที่จะทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลงแต่ส่วนมากเกิดจากจิตใจของคู่สามี ภรรยา ไม่ยอมรับการมีโคลอสโตมีย์ และเกิดการสมเพศตัวเองกลัวคู่ครองจะรังเกียจ กลัวอุจจาระไหลเประเปื้อน (13) ความสามารถในการร่วมเพศเป็นเรื่องส่วนบุคคลอยู่ที่เจตคติของผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ และคู่สมรสในการทำให้เกิดความสุขทางเพศซึ่งความรู้สึก และนิสัยเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ก่อนผ่าตัดมีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัด สิ่งสำคัญคือ ผู้ร่วมเพศจะต้องมีความเข้าใจ และมีเจตคติที่ดีร่วมกัน ถ้าผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ควรปรึกษาแพทย์ พยาบาล โอบุสท์ และสกอท(14) ได้ศึกษาถึงภาวะวิกฤตและความรู้สึกไม่แน่นอนในการปรับตัวทางด้านจิตสังคมของผู้ที่ทำผ่าตัดช่องเปิดโคลอสโตมีย์ และผู้ที่ทำผ่าตัดแต่ไม่ได้ทำช่องเปิดโคลอสโตมีย์ ผู้ที่โคลอสโตมีย์และคู่สมรสที่ได้รับการติดตามผลใน 10, 30, 60, 90, 120 วัน หลังจากกลับบ้านแล้ว พบว่า คู่สมรสของผู้ที่มีช่องเปิดโคลอสโตมีย์จะมีความวิตกกังวลกลัวการรื้อของอุจจาระสูงกว่าผู้ที่มีโคลอสโตมีย์เอง และมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นกว่า ผู้ที่ไม่มีช่องเปิดโคลอสโตมีย์ สำหรับสตรีที่ได้รับการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ ไม่มีผลกระทบต่อการใช้เพศสัมพันธ์ ความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความสำคัญต่อการมีเพศสัมพันธ์สามารถทำได้ด้วยการหาผ้าสววย ๆ มาปิดบังช่องเปิดของลำไส้ ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งสตรีที่ตั้งครรภ์ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนการตั้งครรภ์ ปกติแพทย์มักจะแนะนำให้

ตั้งครบกี้ได้หลังผ่าตัดอย่างน้อย 1 ปี เพื่อรอแผลผ่าตัดหายสนิท และสิ่งสำคัญควรจะให้ร่างกายมีสภาพสมบูรณ์มากที่สุด (15)

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในด้านโครงสร้างและหน้าที่ของการขับถ่ายอุจจาระจากการผ่าตัดลำไส้ออกบางส่วน และทำให้โคลอสโตมีย์ชนิดถาวรที่หน้าท้องทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร คือ ความผิดปกติในการดูดซึม ความสามารถในการควบคุมการไหลของอุจจาระ การระคายเคืองของผิวหนังรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ การออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมประจำวัน ตลอดจนจนถึงการมีเพศสัมพันธ์ สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการได้รับการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรทั้งสิ้น

2. ด้านจิตใจ

การมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร การมีถุงอุจจาระห้อยติดอยู่ที่บริเวณหน้าท้อง และมีอุจจาระอยู่ในถุงเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจที่จะยอมรับการมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ในผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในระยะแรกหลังผ่าตัด ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรนั้นเกิดการเครียด ซึ่งตามกลไกการเผชิญความเครียดในผู้ที่รู้ว่าคุณเองมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป คือ การมีช่องทางเปิดของอุจจาระที่หน้าท้อง ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์จะมีอาการช็อก หงุดหงิดใจจนตัวชา ช่วงระยะเวลาหนึ่งประมาณ 1 - 2 วัน จากนั้นจะเริ่มรับรู้โดยแสดงความวิตกกังวล ซึม เศร้า โกรธ บางคนมีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าวหรือแยกตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์ จึงเริ่มเข้าสู่ระยะที่ผู้ป่วยสามารถจะปรับตัว (16) ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรบางรายเมื่อมองเห็นช่องเปิดโคลอสโตมีย์ที่หน้าท้องเป็นครั้งแรกรู้สึกไม่พอใจ เสียใจ เศร้า ร้องไห้คร่ำครวญ บางรายมีอาการช็อกหมดสติ และบางรายเมื่อเห็นช่องเปิดโคลอสโตมีย์บริเวณหน้าท้องและมีถุงใส่อุจจาระติดอยู่ และมีอุจจาระอยู่ในถุงผู้ป่วยจะรู้สึกกลัว (17) การมีช่องเปิดโคลอสโตมีย์ที่หน้าท้องเป็นการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ เป็นสิ่งซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการยอมรับสภาพของตนเองในการมีช่องเปิดโคลอสโตมีย์ ความรู้สึกของผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ส่วนมากไม่ต้องการมีโคลอสโตมีย์ แต่เมื่อมีโคลอสโตมีย์แล้วก็ต้องยอมรับสภาพร่างกายของตนเองในการมีช่องเปิดโคลอสโตมีย์ และพยายามที่จะดูแลโคลอสโตมีย์ให้ดีที่สุด ดังนั้น ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์บางรายอาจจะปิดบังโคลอสโตมีย์ให้พ้นสายตาของบุคคลอื่นได้โดยการสวมใส่เสื้อผ้า และได้มีการเรียนรู้ในเรื่องต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนเองในทางที่ดีขึ้น จะช่วยให้ผู้นั้นเข้าใจและยอมรับสภาพของตนเองว่าการมีช่องเปิดโคลอสโตมีย์ก็เหมือนกับการมีทวารหนักเทียม ที่จะช่วยผ่อนคลายโรคเดิมที่เป็นอยู่เป็นทางระบายออกของของเสีย ซึ่งดีกว่าการ

ทนทุกข์ทรมานด้วยการมีปัญหาในการขับถ่าย และช่องเปิดโคลอสโตมีย์นี้ สามารถซ่อนเร้นสายตาบุคคลทั่วไป โดยการสวมใส่เสื้อผ้าที่มิดชิดผู้นั้นก็สามารถดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติได้

3. ด้านสังคม

จากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทำให้เป็นอุปสรรคในการที่จะเปิดเผยตนเองต่อที่ชุมชนเนื่องจากมีความอายในการมีโคลอสโตมีย์ และการมีถุงรองรับอุจจาระ ซึ่งภายในมีอุจจาระที่มีกลิ่น และก๊าซที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ต้องขับถ่ายอุจจาระต่อหน้าที่ชุมชน ซึ่งไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ เหล่านี้เป็นเหตุให้ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรจะกลัวการเข้าสังคม และการพบกับบุคคลอื่น กลัวว่าตนเองจะไม่สามารถเป็นไปตามค่านิยมและความคาดหวังของสังคมและการพบกับบุคคลอื่น กลัวว่าตนเองจะไม่สามารถเป็นไปตามค่านิยมและความคาดหวังของสังคมได้ทำให้หมดความภูมิใจในตนเองกลัวสังคมรู้และรังเกียจ หรือไม่ยอมรับลักษณะที่มีลำไส้เปิดที่ห้อง กลัวการรังเกียจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ร่วมกับบุคคลในสังคมเช่น การใช้ห้องน้ำร่วมกัน การรับประทานอาหารร่วมกัน การทำงานร่วมกัน และการสังสรรค์ร่วมกัน เหล่านี้เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมสังคมกับบุคคลอื่นและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติงาน ฟอลลิดและคณะ(18) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กาย จิต และสังคม หลังจากรับการทำผ่าตัดเปิดลำไส้ช่องทางหน้าท้อง 1 – 10 ปีพบว่าร้อยละ 10 ประสบปัญหาการปรับตัวในการประกอบอาชีพ แมคคอดและคณะ (19) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตหลังจากที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ช่องทางหน้าท้อง ในระยะเวลา 4 เดือน ถึง 48 ปี โดยเฉลี่ย 7 ปี พบว่าร้อยละ 7 มีปัญหาในการทำงานจากความเครียดต่อการมีช่องเปิดลำไส้ และทำให้เกิดผลกระทบต่อระยะเวลาที่แตกต่างกันในการกลับไปเข้าทำงานอีกครั้งหนึ่งของผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ โรมัส และคณะ (20) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับจิตใจในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ร้อยละ 13 กลับไปทำงานที่เคยทำก่อนการผ่าตัดไม่ได้ในระยะเวลา 1 ปี วิค และคณะ (21) ได้ศึกษาการจ้างงานในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดพบว่าร้อยละ 35 ไม่สามารถกลับไปทำงานที่เคยทำก่อนการผ่าตัดได้ในระยะเวลา 1 ปีเช่นกัน จากรายงานการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าการทำงานเป็นปัญหาการต่อการดำเนินชีวิตในการทำงาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งในการดำรงชีวิตโดยทั่ว ๆ ไปของมนุษย์

ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เกิดในผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ทำให้เกิดผลกระทบซึ่งสรุปได้ว่า ด้านร่างกายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความสามารถในการย่อยและการดูดซึม และการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตใจ ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรระยะแรก จะไม่สามารถยอมรับโคลอสโตมีย์ที่มีซึ่งพฤติกรรมการแสดงออกในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน แต่

ทุกคนจำเป็นที่จะต้องใช้ชีวิตประจำวันในการขับถ่ายอุจจาระออกทางหน้าท้อง และมีถุงรองรับอุจจาระไว้ตลอดชีวิตและมีความรู้สึกที่ไม่ต้องการเปิดเผยว่าตนเองมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรทางด้านสังคมจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรจะมีความคิดว่าปัญหาสุขภาพของตนเองไม่เหมือนใคร ไม่ต้องการพบปะผู้คนทำให้แยกตนเองออกจากสังคมเหล่านี้ล้วนเป็นผลจากการมีโคลอสโตมีย์ทั้งสิ้น (22)

กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

1. การทำความสะอาดช่องเปิดของลำไส้และผิวหนังรอบ ๆ

ในระยะแรกหลังผ่าตัด การทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้จำเป็นต้องอาศัยเทคนิคของการปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่จะเกิดกับแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ต่อมาประมาณวันที่ 4 – 5 หลังผ่าตัด แผลผ่าตัดจะเริ่มติดดีจึงไม่ต้องใช้เทคนิคปราศจากเชื้ออีกต่อไป ใช้สำลีสะอาดและน้ำต้มสุกทำความสะอาดช่องเปิดของลำไส้และผิวหนังรอบ ๆ ให้สะอาด แล้วปิดด้วยวัสดุรองรับอุจจาระ และเมื่อลำไส้ยุบวมมีขนาดคงที่ซึ่งกินเวลาประมาณ 6 – 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดโคลอสโตมีย์ด้วยน้ำและสบู่นะยาบน้ำเหมือนกับการล้างทวารหนักตามธรรมดาได้ ซึ่งเป็นการสะดวกมากขึ้น และในการปรับปากถุงรองรับอุจจาระนั้นควรปรับให้พเหมาะกับความยาวของโคลอสโตมีย์ขนาดที่เหมาะสมคือให้กว้างกว่าขนาดของโคลอสโตมีย์ประมาณ 0.5 เซนติเมตร เพื่อให้เกิดการระคายเคืองของอุจจาระต่อผิวหนังน้อยที่สุด

ขั้นตอนการทำความสะอาดโคลอสโตมีย์และเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ

โดยทั่วไปอุจจาระในลำไส้ส่วนปลายจะมีลักษณะแข็งใกล้เคียงกับอุจจาระปกติ ซึ่งต่างจากอุจจาระในลำไส้ใหญ่ส่วนต้นซึ่งมีลักษณะเหลวการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระอาจจะเปลี่ยนในตอนเช้าก่อนรับประทานอาหาร หรือ 2 – 3 ชั่วโมงหลังเวลาอาหาร ซึ่งเป็นเวลาที่มีการทำงานของลำไส้ขณะเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระและทำความสะอาดโคลอสโตมีย์ ผู้ป่วยควรอยู่ในสถานที่ที่เป็นสัดส่วนหรือส่วนตัว ขั้นตอนในการทำมีดังนี้

1.1 เตรียมของใช้ที่จำเป็นให้ครบ ซึ่งได้แก่ น้ำสะอาดและสบู่ชนิดอ่อน แป้งและถุงรองรับอุจจาระ สำลี กระดาษหนังสือพิมพ์หรือถุงกระดาษใช้สำหรับห่อถุงรองรับอุจจาระที่ใช้แล้ว ของใช้ที่จำเป็นเหล่านี้ ควรจัดเตรียมไว้ให้พร้อมเป็นชุดในกล่อง หรือกระเป๋าถือ

1.2 เตรียมอุปกรณ์ในการรองรับอุจจาระ (Appliance)

Appliance ที่มีใช้แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ one piece system ซึ่งหมายถึงการใช้ถุงรองรับอุจจาระแปะติดโดยตรงกับผิวหนังของผนังหน้าท้องและ two piece system ซึ่งหมายถึงการใช้แผ่นรองป้องกันผิวหนัง(skin barrier) แปะติดกับผิวหนังของผนังหน้าท้องแล้วคลิปลงถุงรองรับอุจจาระเข้ากับแผ่น skin barrier นี้ก็ขึ้นจากนี้ยังมี paste อยู่ในหลอดคล้ายหลอดยาสีฟัน ใช้

seal ลงไปตามร่องหรือรอยนูนของผิวหนังรอบ ๆ stoma เพื่อป้องกันการรั่วซึมของ content ออกมาตามร่องหรือรอยนูนของผิวหนังนี้

ผู้ป่วยที่ทำ transverse colostomy ควรจะใช้ two piece system และสำหรับผู้ป่วยที่ทำ sigmoid colostomy จะใช้ one piece หรือ two piece system ก็ได้ paste ที่ใช้กันรั่วซึม จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยที่ผิวหนังรอบ ๆ stoma ในบริเวณขอบเขตที่จะติด appliance ไม่เรียบเสมอกัน (เป็นร่อง รอยนูน รอยนูนจากแผลเป็น ฯลฯ)

แผ่น skin barrier มีไว้เพื่อป้องกันผิวหนังรอบ ๆ stoma ไม่ให้สัมผัสกับ content จาก stoma จึงควรตัดรูที่แผ่น skin barrier ให้มีขนาดพอดีกับ stoma เสมอ การตัดรูที่แผ่น skin barrier ให้มีขนาดโตกว่า stoma จะทำให้ content จาก stoma สัมผัสถูกผิวหนังทำให้เกิด skin excoriation ได้

Stoma ที่ดีควรจะบวม (แต่สีชมพูไม่ควรสีคล้ำ) ในสัปดาห์แรกและจะค่อย ๆ ยุบบวมลงจนคงที่ในเวลา 4-6 สัปดาห์ (stoma ที่ไม่บวมหมายถึงทำรูที่ผนังหน้าท้องโตเกินไป แต่ stoma ที่สีคล้ำหมายถึงการมี tension หรือรูเล็กเกินไป) การตัดรูที่แผ่น skin barrier จึงต้องตัดตามขนาดของ stoma ที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อขนาด stoma คงที่แล้วจึงสามารถทำขนาดมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ เพื่อความสะดวกในการตัดรูที่แผ่น skin barrier ต่อไป

ถุงรองรับอุจจาระชนิดปลายเปิด เหมาะกับผู้ป่วย ในระยะแรก ๆ ซึ่ง content จะออกมาก หรือเหมาะกับผู้ป่วยที่ท้องเสีย เพื่อจะได้เปิดปลายถุงปล่อยอุจจาระทิ้งได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนถุงใหม่ ถุงปลายปิดเหมาะกับผู้ป่วยที่อุจจาระปกติเนื่องจากไม่เปรอะเปื้อน รั่วซึม หรือส่งกลิ่นรบกวนควรติด appliance ที่เหมาะสมตั้งแต่เสร็จผ่าตัดใหม่ ๆ ในห้องผ่าตัด ถุงที่เป็น one piece system เปลี่ยนตามความเหมาะสม ส่วนของ two piece system เปลี่ยนถุงตามความจำเป็น แผ่น skin barrier เปลี่ยนเมื่อผู้ป่วยรู้สึกคันบริเวณผิวหนังรอบ ๆ stoma หรือเมื่อวัสดุที่ใช้ทำแผ่น skin barrier นี้บวมน้ำ (จะเห็นบริเวณขอบที่ติดกับ stoma บวมหนาและสีซีดลง) หรือเมื่อมีการรั่วซึม แผ่น skin barrier นี้จะใช้ได้ไม่นานแค่นั้นขึ้นกับ content ที่ออกมาและการดูแลรักษาของผู้ป่วยถ้าอุจจาระเป็นของแข็งแผ่นนี้จะอยู่ได้นานกว่าถ้าผู้ป่วยท้องเสีย โดยเฉลี่ย skin barrier 1 แผ่นควรจะใช้ได้นาน 5-10 วัน

ถุงชนิดขึ้นเดี๋ยวก่อนตัดปากถุงให้วัดขนาดช่องเปิดของลำไส้ใหญ่โดยใช้แบบวัด วิธีวัดให้วางแบบวัดที่ฐานรอบช่องเปิดลำไส้เลือกขนาดแบบวัดให้โตกว่าฐานช่องเปิดของลำไส้ประมาณ 2 มิลลิเมตร ขนาดที่เหลือเมื่อไว้สำหรับอาการบวม และการเคลื่อนไหวของช่องเปิดลำไส้ เพราะปากถุงที่แคบเกินไป หรือพอดีกับช่องเปิดลำไส้จะทำให้เกิดบับรัด มีรูรั่ว มีความตึงของช่องเปิดลำไส้ แต่ต้องระวังไม่ให้ขนาดปากถุงกว้างมากเกินไปจะทำให้เกิดผิวหนังอักเสบ เปื่อยเป็นแผลเรื้อรังได้ ถุงชนิด 2 ชั้น ตัดขนาดเป็นเช่นเดียวกัน

1.3 ถอดถุงรองรับอุจจาระอันเก่าออก โดยถอดจากส่วนบนลงล่างเพื่อป้องกันอุจจาระในถุงหกเปื้อน

1.4 ทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้และผิวหนังโดยรอบด้วยลำสีขุมน้ำสะอาด หรือสามารถอาบน้ำฟอกสบู่ได้ ถ้าผิวหนังอักเสบหรือมีแผลเปื่อยให้ใช้น้ำอย่างเดียวนั้นไม่ควรใช้สบู่ การทำความสะอาดควรทำอย่างเบามือ ไม่ควรขีดหรือถูเพราะจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อจากนั้นซับผิวหนังให้แห้ง

1.5 ปิดถุงอันใหม่ ปิดถุงจากบริเวณเป็นส่วนล่างก่อนส่วนบน ระวังไม่ให้มีลมหรือรอยพับในส่วนกระดากวาทเหนียว สำหรับชนิด 2 ชั้นปิดแป้นก่อนปิดถุง

1.6 เก็บสิ่งของเครื่องใช้เพื่ออุจจาระในถุงที่ใช้แล้วลงในโถส้วม ลำงอุจจาระในถุงออกแล้วห่อถุงที่ใช้แล้วด้วยกระดาษหนังสือพิมพ์ก่อนทิ้ง ในกรณีเป็นชนิด 2 ชั้น สามารถทำความสะอาดถุงนำมาฝังลมให้แห้งหรือใช้น้ำยาปรับผ้านุ่มแล้วสามารถนำมาใช้ได้อีก

2. การเลือกวัสดุรองรับอุจจาระ

การเลือกวัสดุที่จะใช้รองรับอุจจาระ (Appliance) ในปัจจุบันวัสดุที่ใช้รองรับอุจจาระมีหลายรูปแบบและขนาดที่ต่าง ๆ กัน ความสำคัญอยู่ที่การเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากฐานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะอาชีพ อาการแพ้หรือการระคายเคืองต่อผิวหนัง และความสะดวกในการหาซื้อ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสะดวกและมั่นใจในการดำเนินชีวิตในสภาวะที่ต้องมีโคลอสโตมีย์ ซึ่งผู้ป่วยอาจเลือกใช้วัสดุรองรับอุจจาระที่ถือว่ามีประสิทธิภาพที่สุดคือ เก็บอุจจาระได้โดยไม่รั่ว ป้องกันกลิ่นได้ ไม่ทำให้ผิวหนังรอบ ๆ ช่องเปิดของลำไส้เกิดระคายเคือง มีน้ำหนักเบา ราคาถูก ใช้ง่าย หาซื้อได้ไม่ยาก

3. การควบคุมกลิ่น

กลิ่นของอุจจาระเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในตนเองและหลีกเลี่ยงจากสังคม โดยทั่วไปวัสดุรองรับอุจจาระทุกชนิดโดยเฉพาะชนิดที่ใช้ครั้งเดียวสามารถควบคุมกลิ่นของอุจจาระได้ดี เมื่อติดให้สนิทกับผิวหนัง สาเหตุของการเกิดกลิ่นส่วนใหญ่พบว่ามาจากการรั่วของอุจจาระและการมีลมมาก ดังนั้นวิธีการควบคุมกลิ่นอุจจาระที่ดี คือ การปิดวัสดุรองรับอุจจาระให้สนิท ไม่ให้มีการรั่วไหลของอุจจาระ หรือเลือกใช้ถุงที่มีอุปกรณ์ควบคุมกลิ่น สิ่งสำคัญรูอีกประการหนึ่งในการควบคุมกลิ่นอุจจาระที่ผู้ป่วยพึงระวังคือ การรับประทานอาหารควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดลมบางประเภท เช่น ถั่ว กระหล่ำปลี กระหล่ำดอก หัวหอม ผักกะหล่ำ ผักกระถิน และเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม เบียร์ เป็นต้นและในบางกรณีอาจเกิดลมมากทำให้ถุงรองรับอุจจาระโป่งพอง ซึ่งจะแก้ไขได้โดยใช้เข็มเจาะบริเวณส่วนบนของถุงแล้วค่อย ๆ บีบไล่ลมออกจากถุงจน

หมดเพื่อป้องกันถุงแตก นอกจากนี้การรับประทานผักประเภทผักใบเขียว เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง ผักตำลึง ยังสามารถลดกลิ่นอุจจาระได้ดี และอุจจาระที่ออกมาจะมีสีค่อนข้างเขียว ซึ่งไม่ใช่สิ่งผิดปกติแต่อย่างใด

อนึ่ง ในการควบคุม กลิ่นและควบคุมการขับถ่ายนั้น อาจใช้การสวนล้าง โดยใช้น้ำอุ่นประมาณ 500 – 2000 ซีซี ใส่ทางช่องเปิดของลำไส้ แล้วปล่อยให้อุจจาระไหลออกจนหมด วิธีนี้เชื่อกันว่าจะสามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาได้เหมือนขับถ่ายทางทวารหนัก และเป็น การควบคุมกลิ่นอุจจาระด้วย ซึ่งนิยมสอนให้ผู้ป่วยทำเอง เฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ในประเทศทางยุโรปไม่นิยมสอน เนื่องจากเหตุผลที่ว่าวิธีการสวนล้างอาจทำให้เกิดอันตราย คือลำไส้ทะลุ หรือถ้าใส่น้ำเร็วไปอาจทำให้เกิดอาการเจ็บปวดหรือช็อคได้ สำหรับในประเทศไทย ทั้งแพทย์และพยาบาลพบว่ายังไม่นิยมสอนผู้ป่วยเรื่องสวนล้างเช่นกัน เนื่องจากเกรงจะเกิดอันตรายดังได้กล่าวแล้ว และผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวมีความเห็นตรงกันว่า การสวนล้างควรจะทำให้สถานที่ที่มีเครื่องมือและเจ้าหน้าที่พร้อม เช่น โรงพยาบาล หรือสถานอนามัยส่วนการแนะนำเรื่องการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ เพื่อให้อุจจาระออกเป็นเวลา เป็นการควบคุมกลิ่นไปในตัวนั้น ส่วนใหญ่แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผักคะน้า ต้มน้ำผลไม้หรือนมสดก่อนนอน ใช้น้ำระบายเหน็บทางช่องเปิดของลำไส้ รับประทานยาระบายก่อนนอน ซึ่งจะสามารถทำให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้หมดในตอนเช้า นอกจากนี้ยังอาจใช้วิธีฝึกเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องในเวลาเดียวกันทุกวัน ก็จะสามารถทำให้อุจจาระออกตรงเวลาที่ผู้ป่วยต้องการ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องวิตกกังวลกับการไหลของอุจจาระไม่เป็นเวลา และหมดปัญหาเรื่องกลิ่นของอุจจาระได้

4. การเลือกชนิดของอาหาร

ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมียังคงมีลำไส้เล็กซึ่งทำหน้าที่ได้อย่างปกติ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงสามารถรับประทานอาหารได้เช่นเดียวกับก่อนผ่าตัด เนื่องจากแต่ละบุคคลมีความเคยชินกับอาหารแต่ละชนิดต่างกัน อาหารที่ไม่เคยรับประทานอาจทำให้ท้องเสีย ดังนั้น ควรเพิ่มอาหารทีละชนิดเพื่อให้เกิดความเคยชินถ้าไม่มีอาการผิดปกติให้รับประทานอาหารชนิดนั้นต่อไป ถ้ามีอาการท้องผูกควรพยายามดื่มน้ำและน้ำผลไม้ให้มากขึ้น ถ้ามีอาการท้องผูกหรือท้องเสียติดต่อกันโดยไม่สามารถควบคุมได้ด้วยอาหารให้ปรึกษาแพทย์ เพื่อให้ยารักษาอาการผิดปกติ

หลักในการเลือกชนิดของอาหาร มี 3 ชั้น ดังนี้

4.1 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากมาก เพราะจะทำให้เกิดการอุดตันในลำไส้หรือทำให้ท้องผูก อาหารเหล่านี้ได้แก่ ข้าวโพด ผลไม้เปลือกแข็ง ผักบางชนิดเช่นผักชี

4.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เคยชินซึ่งทำให้ท้องเสีย หรืออุจจาระเหลว เช่น เครื่องเทศ ผลไม้ดิบ ผักขม เบียร์

4.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่นหรือก๊าซ เช่น ถั่ว หอม กระหล่ำ

การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารควรรับประทานอาหารเป็นเวลาสม่ำเสมอ จะทำให้โคลอสโตมีย์ทำงานได้ดีขึ้น เพิ่มอาหารชนิดใหม่ในรายการอาหารแต่ละครั้งเพื่อสังเกตหรือแยกชนิดอาการที่ทำให้เกิดปัญหา หรืออาการผิดปกติมีความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของลำไส้ซึ่งมีสาเหตุจากความกดดันทางอารมณ์ การเดินทาง หรือสาเหตุอื่นที่ไม่สัมพันธ์กับอาหาร การทดลองอาหารชนิดใหม่ ๆ ในแต่ละครั้งจนกว่าจะพบว่าไม่มีข้อห้ามผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหาร หรืออาหารตามการรักษาเฉพาะโรคอื่น ได้โดยไม่ทำให้เกิดปัญหาหรืออันตรายต่อโคลอสโตมีย์เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ สิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องระลึกถึงอยู่เสมอคือ การมีโคลอสโตมีย์ไม่ใช่โรคใหม่ แต่เป็นการทำขึ้นเพื่อรักษาโรคของผู้ป่วย ดังนั้น การมีโคลอสโตมีย์จึงไม่ต้องการอาหารพิเศษไปกว่าอาหารธรรมดาที่ผู้ป่วยคุ้นเคย นอกจากนี้จะต้องลดอาหารประเภทที่ทำให้เกิดลมหรืออาหารชนิดอื่น ๆ ที่จะกระตุ้นการทำงานของลำไส้เพิ่มขึ้นทำให้เกิดท้องเสียได้ นอกจากนี้จากประสบการณ์การทำงานของสถานฟื้นฟูผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ในรัฐนิวอิงแลนด์ (New England) พบว่าการให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่คุ้นเคยตามวัฒนธรรมที่เขาเคยปฏิบัติมานั้นสามารถทำให้โคลอสโตมีย์ทำงานได้เป็นปกติ เช่นเดียวกับการทำงานของลำไส้ในระยะก่อนผ่าตัด และทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับการมีโคลอสโตมีย์ได้เร็วขึ้นอีกด้วย เนื่องจากการรับประทานอาหารได้ตามปกตินั่นเอง

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดตามต้องการ แต่ก็มีอาหารบางชนิดที่ควรงด คือ อาหารรสจัดประเภทเผ็ดจัด เปรี้ยวจัด อาหารหมักดอง ซึ่งจะเกิดการระคายเคืองต่อบริเวณช่องเปิดของลำไส้ และมีการอักเสบได้ นอกจากนี้ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียดรับประทานช้า ๆ พอลืม ไม่รับประทานมากเกินไปเพื่อทำให้การย่อยเป็นไปได้ดี กากอาหารถูกขับถ่ายได้สะดวกขึ้น ควรดื่มน้ำหลังรับประทานอาหารแล้ว เนื่องจากการดื่มน้ำขณะรับประทานอาหารนั้นทำให้อาหารที่เคี้ยวไม่ละเอียดถูกกลืนลงไปด้วยจึงทำให้การย่อยไม่เกิดอาการท้องอืดท้องเฟ้อได้ และควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา เพื่อให้อุจจาระถูกขับถ่ายเป็นเวลา

5. การออกกำลังกายและการทำงาน

ผู้ป่วยโคลอสโตมีย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร มักมีปัญหาในการใช้ชีวิตหลังผ่าตัด เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การทำงานและการเข้าสังคม ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดแล้วและไม่มีโรคแทรกซ้อนที่แพทย์ห้ามออกกำลังกายนั้น เมื่อผู้ป่วยได้พักผ่อนจนร่างกายเป็นปกติแล้วควรเริ่มออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายฟื้นคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วทำให้ร่างกายสดชื่นแข็งแรงและมีสุขภาพจิตดี โดยการออกกำลังกายนั้นควรเริ่มที่ละเล็กละน้อย แล้วเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวัย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุอาจใช้วิธีเดินออกกำลังกายวันละ 5 - 10

นาที่ แล้วเพิ่มเวลาขึ้นเรื่อย ๆ เป็นต้น ส่วนการทำงานนั้น เมื่อร่างกายแข็งแรงดีหรือเมื่อโคลอสโตมียูบวมดีแล้ว คือหลังผ่าตัดประมาณ 6 – 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติเพียงแต่ต้องงดการทำงานที่ใช้กำลังกล้ามเนื้อหน้าท้อง เช่น ยกของหนัก ๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถเดินทางเพื่อทำธุรกิจหรือท่องเที่ยวได้ตามต้องการ ซึ่งในการเดินทางนั้นควรเตรียมวัสดุรองรับอุจจาระให้เพียงพอและจัดอุปกรณ์ในการทำความสะอาดติดตัวไว้เสมอ ส่วนการเข้าประชุมหรือการเข้าร่วมงานในสังคมนั้นผู้ป่วยควรทำความสะอาดโคลอสโตมีย์และเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระใหม่ให้เรียบร้อยก่อนการไปประชุม หรือไม่ร่วมงานเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจการนั้น ๆ อย่างเต็มที่

6. การมีความสัมพันธ์ทางเพศ

เกี่ยวกับเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์นั้น ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้พักฟื้นร่างกายจนแข็งแรงดี และโคลอสโตมียูบวมเข้าที่ดีแล้ว นั่นคือ ประมาณ 6 – 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผู้ป่วยโคลอสโตมีย์สามารถมีความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่สามี หรือภรรยาได้ตามปกติเหมือนก่อนผ่าตัด การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์นี้ไม่มีผลที่จะทำให้ความต้องการทางเพศ หรือความรู้สึกทางเพศลดน้อยลง และการมีช่องเปิดของลำไส้ไม่เป็นอุปสรรคในการมีความสัมพันธ์ทางเพศแต่อย่างใด แต่กลับพบว่าผู้ป่วยโคลอสโตมีย์เป็นส่วนที่มีปัญหาในเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ บางรายไม่สามารถมีความสัมพันธ์ทางเพศได้ต่อไป ทั้ง ๆ ที่สภาวะทางด้านร่างกายไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับทางเพศเลย ปัญหาดังกล่าวนี้นพบว่า เป็นปัญหาที่มาจากจิตใจที่ไม่สามารถยอมรับการมีโคลอสโตมีย์ได้ เกิดความรู้สึกสมเพศสภาพของตนเอง กลัวการรังเกียจจากคู่ครอง กลัวอุจจาระไหลเลอะเทอะ และคิดว่าตนเองเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถมีความสัมพันธ์ทางเพศได้อีก ซึ่ง ซิมมอน (Simmons) (23) ได้เสนอวิธีการแก้ปัญหาเหล่านี้ไว้ว่า อันดับแรกจะต้องเริ่มตั้งแต่แพทย์ หรือพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโคลอสโตมีย์ของผู้ป่วย สร้างความมั่นใจในการดำเนินชีวิตทุก ๆ ด้าน ต่อมาคือผู้ป่วยเองควรยอมรับสภาพการมีโคลอสโตมีย์ และมีทัศนคติที่ดีต่อการมีโคลอสโตมีย์ มีความมั่นใจ และปฏิบัติตัวให้เป็นปกติเหมือนก่อนผ่าตัด เพื่อให้คู่สามีหรือภรรยาเกิดความรู้สึกเป็นปกติ และไม่เกิดการต่อต้านต่อการมีโคลอสโตมีย์ เมื่อเกิดการยอมรับและความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ป่วยและคู่สามี ภรรยา แล้วปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศก็จะไม่เกิดขึ้น และในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโคลอสโตมีย์เพื่อความมั่นใจในการมีความสัมพันธ์ทางเพศมากยิ่งขึ้นนั้น ผู้ป่วยควรทำความสะอาดโคลอสโตมีย์เปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระใหม่ ก่อนการมีความสัมพันธ์ทางเพศเสมอ หรือในผู้ที่สภาวะเศรษฐกิจอำนวยการอาจใช้น้ำหอมช่วยเล็กน้อย

อย่างไรก็ตาม ปัญหาทางเพศนี้อาจเกิดจากผลของการผ่าตัดบางชนิดได้เช่น การทำผ่าตัดแอบโดมิโนเพอริเนอล รีเซคชัน (Abdominoperineal resection) ร่วมกับการทำโคลอสโตมีย์ ซึ่ง

อาจมีการกระทบกระเทือนต่อเส้นประสาทที่ควบคุมความรู้สึกทางเพศ (Pudendal nerves : S2, 3, 4) ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึก หรือความต้องการทางเพศได้ และที่พบบ่อยในเพศชาย คือ การไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศ ส่วนในเพศหญิงพบอาการเจ็บปวดขณะร่วมเพศ อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงบางครั้งบางคราว หรือเกิดขึ้นตลอดเวลาได้ เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเหล่านี้ขึ้น ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เพื่อขอคำแนะนำและนำไปแก้ไขอย่างถูกต้อง เพื่อให้ชีวิตครอบครัวพบกับความสุขอย่างสมบูรณ์ (24) และในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่ประสบปัญหาทางเพศ อันเป็นผลจากการผ่าตัดนี้ อาการจะดีขึ้นเรื่อย ๆ และกลับเป็นปกติได้ภายในเวลา 2 ปี โดยไม่ต้องรักษา

7. การเลือกเสื้อผ้า

ผู้ป่วยสามารถใช้เสื้อผ้าที่เคยใช้ก่อนผ่าตัดได้โดยไม่มีใครสังเกตเห็นได้ว่ามีโคลอสโตมีย์ การเลือกเสื้อผ้าควรพิจารณาให้เหมาะสมกับบุคลิกภาพและสมัยนิยม ระวังไม่ให้รัดแน่นบริเวณช่องเปิดลำไส้ ในผู้ป่วยเพศหญิงที่ใช้เข็มขัดหรือผ้ารัดหน้าท้องควรป้องกันแรงกดบนช่องเปิดของลำไส้โดยใช้ Stoma shield

8. การเดินทาง

การเดินทางมีข้อจำกัดเพียงการจัดหาเวลา และความสะดวกสำหรับการดูแลเปลี่ยนแปลง และทำความสะอาดโคลอสโตมีย์ การเดินทางไกลและการเดินทางโดยเครื่องบินจากรายงานพบว่าไม่มีปัญหาแต่อย่างใด ผู้ป่วยควรมีกระเป๋าใส่ของเล็ก ๆ ที่ใส่ใส่อุปกรณ์เครื่องใช้ทุกอย่าง และการเตรียมถุงรองรับอุจจาระไว้ให้เพียงพอ และรู้จักสถานที่ที่จะหาซื้อถุงได้ในที่ที่เดินทาง

9. การสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทำโคลอสโตมีย์

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำโคลอสโตมีย์ที่สำคัญที่ต้องสังเกตป้องกัน และแก้ไข ได้แก่ ผิวน้ำอักเสบ (Dermatitis) การหดแคบของช่องเปิด (Stenosis) การมีรูทะลุ (Perforation) การหดตึงรั้ง (Retraction) การโป่งพองของอวัยวะรอบช่องเปิดของลำไส้ (Herniation) และการมีเลือดออก (Bleeding)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำโคลอสโตมีย์

โคลอสโตมีย์เป็นวิธีการที่ศัลยแพทย์ใช้รักษาหรือประกอบการรักษาหรือประกอบการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยหายหรือบรรเทาอาการอันเกิดจากโรคหรือความผิดปกติหลายอย่าง แต่บางครั้งภาวะแทรกซ้อนจากการทำโคลอสโตมีย์ อาจเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนบางอย่างอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องถูกผ่าตัดซ้ำแล้วซ้ำอีก เพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนของโคลอสโตมีย์ เกี่ยวข้องกับปัจจัยเหล่านี้

1. ผู้ผ่าตัด อันหมายถึงความผิดพลาดทางเทคนิค และวิธีการผ่าตัดเช่น

1.1 วางตำแหน่งของ stoma ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะ stenosis หรือ retraction

ของ stoma การสร้างตำแหน่งทวารเทียมทางหน้าท้องที่ไม่เหมาะสม (Suboptimal Stoma Site)

การเลือกตำแหน่งของทวารเทียมทางหน้าท้อง มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะทวารเทียมทางหน้าท้องแบบถาวร การเลือกตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมจะทำให้การปิดถุงครอบทวารเทียมทางหน้าท้องทำได้ยาก เกิดการรั่วซึม มีกลิ่นเหม็นและมีผิวหนังรอบทวารเทียมอักเสบ การเลือกตำแหน่งทวารเทียมควรทำตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด โดยลองให้ผู้ป่วยยืน นั่ง นอนตัวมาข้างหน้าและเปรียบเทียบระดับขอบกางเกงของผู้ป่วย ตำแหน่งที่เหมาะสมคือบริเวณที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นทวารเทียมได้ดีผิวหนังบริเวณนั้นแบนราบไม่อยู่ในร่องของผนังหน้าท้อง ห่างจากแผลหรือแผลเป็น ไม่อยู่ชิดปุ่มกระดูกจนเกินไปจนทำให้ปิดถุงครอบทวารเทียมทางหน้าท้องไม่ได้ และควรอยู่ในกล้ามเนื้อเร็คตัส ตำแหน่งดังกล่าวมักได้แก่ จุดที่อยู่ medial 1 ใน 3 ของเส้น สมมติที่ลากจากสะดือไปยัง anterior superior iliac spine หลังผ่าตัดควรปิดด้วยถุงครอบทวารเทียมที่ใส่เพื่อจะได้มองเห็นทวารเทียมว่ามีการขาดเลือดมาเลี้ยงหรือไม่ ถ้าไม่ได้เตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดควรเลือกตำแหน่งดังกล่าวก่อนลงมีดผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ช่วนจากเลื่อนตำแหน่งทวารเทียมขึ้นบนเล็กน้อยได้ แต่ยังคงอยู่ในจุดยอดของ infraumbilical fold

1.2 เทคนิคการผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม เช่น

1.2.1 ไม่ได้ทำ primary maturation ของ stoma ทำให้เกิดปัญหา stoma dysfunction, stenosis หรือ retraction ของ stoma

1.2.2 mobilize ลำไส้ไม่เพียงพอ ทำให้ stoma มีการดึงตึง ทำให้เกิด ischemia หรือ retraction ของ stoma

1.2.3 เลือดมาเลี้ยงลำไส้ไม่เพียงพอจากการผูกหรือตัดเส้นเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้มากเกินไป ทำให้เกิด ischemic necrosis ของ stoma

2. โรคเดิมของผู้ป่วย เช่น stoma hemorrhage ซึ่งสัมพันธ์กับ sclerosing cholangitis และใน portal hypertension พบว่ามีความสัมพันธ์กับ inflammatory bowel disease นอกจากนี้ผู้ป่วย

โรคมะเร็งที่เคยรักษาหายรังสีรักษาในอุ้งเชิงกรานมาก่อน จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ colostomy หรือ ileostomy สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยถูกรังสี

3. ผู้ป่วยเอง เช่น การขาดความรู้ ความเข้าใจถึงวิธีดูแลลำไส้ที่มาเปิดหน้าท้องของตนเอง การใช้ appliance ที่ไม่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมที่จะทำให้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น นอกจากนี้อายุก็มีส่วนสัมพันธ์เช่นโอกาสภาวะแทรกซ้อนจากการทำ transverse colostomy ในเด็กจะสูงกว่าในผู้ใหญ่

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำโคลอสโตมีย์ที่พบบ่อยมีดังต่อไปนี้

1. ภาวะอุดตัน (Obstruction) มักเกิดจากการมีอุจจาระแข็งไม่สามารถถ่ายอุจจาระออกมาได้ตามปกติทำให้มีการอักเสบของลำไส้ เมื่อเกิดการอุดตันจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน หรือมีอาการปวดท้องร่วมด้วย การแก้ไขทำได้โดยการสวนล้าง การใช้ยาระบายอ่อน ๆ หรือการมาพบแพทย์หรือเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง และเพื่อการป้องกันภาวะอุดตันนี้ ผู้ป่วยควรระวังในเรื่องอาหารรับประทานอาหารที่มีกากมาก เพราะอาหารเหล่านี้จะทำให้อุจจาระ

2. ภาวะตีบแคบของช่องเปิดโคลอสโตมีย์ (Stomal Stenosis) มีการตีบแคบของ fibrous ring รอบช่องเปิด โดยมีสาเหตุมาจากการมีสิ่งแปลกปลอม มีการอักเสบติดเชื้อ การใช้อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม และการดูแลที่ไม่ถูกต้อง การป้องกันจากสาเหตุดังกล่าวคือ การใช้นิ้วมือล้างไปขยายช่องลำไส้เบา ๆ (manual dilation) หรือทำผ่าตัดใหม่

3. การติดเชื้อที่แผลโคลอสโตมีย์และการติดเชื้อในร่างกายน มักจะพบในรายที่มีอายุมาก หรือผู้ป่วยที่มีการหายของแผลไม่ดีเกิดการติดเชื้อขึ้น ลำไส้ใหญ่จะแยกจากขอบตรงรอยเย็บระหว่างปลายเปิดของลำไส้กับผิวหนัง การแก้ไขจะต้องรอให้แผลจากการติดเชื้อหายเอง แล้วเย็บใหม่

4. การยื่นของลำไส้ออกมาทางหน้าท้องมากกว่าปกติ (Stomal Prolapse) พบมากในรายที่ทำผ่าตัด Loop colostomy ทำให้เกิดลำไส้อุดตันและขาดเลือดไปเลี้ยงโดยมีสาเหตุมาจากการทำช่องเปิดของลำไส้ใหญ่เกินไป หรือมีแรงดันในช่องท้องมาก สามารถแก้ไขโดยการใช้นิ้วดันกลับเข้าไป ถ้าดันกลับแล้วไม่เข้าอาจใช้ผ้าชุบน้ำเย็นประคบลำไส้ก่อน หรือใช้เครื่องพยุงหน้าท้อง แต่ถ้าทำแล้วไม่ดีขึ้นควรทำผ่าตัดแก้ไขการโป่งพองของอวัยวะรอบช่องเปิดลำไส้ (Herraiation) พบบ่อยในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรตรงบริเวณกล้ามเนื้อส่วนที่อ่อนแอได้ง่าย มักมีสาเหตุมาจากเทคนิคการทำผ่าตัด การมีแรงดันในช่องท้องมากทำให้รูเปิดกว้างเกินไป Fascia รอบ ๆ

stoma ซึ่กขาด กล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแอ ผู้ป่วยมักมีปัญหาในการติดถุงเนื่องจากการรั่วซึมได้ถุง การแก้ไขทำได้โดยการทำให้ผิวหนังที่ติดช่องกล้ามเนื้อส่วนที่อ่อนแอแน่น

5. การมีแผลที่เป็นรูซอหนองรอบโคลอสโตมีย์ (Derforation) เกิดจากรูของลำไส้ทะลุ ขณะที่แพทย์ทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์และเกิดรูทะลุติดต่อกับผิวหนัง การแก้ไขถ้าหากเกิดขึ้น ๗ แพทย์ จะทำผ่าตัดซ่อมแซมรูทะลุนั้น ถ้าลึกก็จะทำผ่าตัดแก้ไขใหม่ที่ตำแหน่งเดิม

6. การเกิดแผลเปื่อยที่บริเวณรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ (Skin Excoriation) เกิดการระคายเคือง จากการรั่วซึมของอุจจาระที่ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ หรือเกิดการระคายเคืองจากการเปิดถึง รongรับอุจจาระไม่ถูกต้อง อีกทั้งอาจเกิดการระคายเคืองจากการแพทย์แถบขาวที่ติดถุงรongรับ อุจจาระ ทำให้ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้มีอาการผิวหนังแดงมีน้ำเหลืองซึม เปื่อย มีอาการแสบร้อน ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก การแก้ไขทำได้โดยการรักษาความสะอาดของผิวหนังให้สะอาด และแห้งอยู่เสมอ และในกรณีที่แพทย์แถบขาวให้เปลี่ยนถุงรongรับอุจจาระเป็นชนิดที่ไม่เกิดการระคาย เคืองต่อผิวหนังตามความเหมาะสมเฉพาะบุคคล

7. ท้องเสีย (Diarrhea) สาเหตุส่วนใหญ่มาจากอาหาร การรับประทานอาหารและชนิดของ อาหารที่รับประทาน การรับประทานอาหารที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยควรเริ่มรับประทานแต่เพียงเล็กน้อย ก่อนเมื่อไม่มีอาการผิดปกติจึงรับประทานได้ตามความเหมาะสม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คุณภาพชีวิต (Quality of Life : QOL)

คุณภาพชีวิต (Quality of Life : QOL)

เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีคำนิยามของคุณภาพชีวิตที่เป็นที่ยอมรับกันเป็นสากล การศึกษาที่มีอยู่ทั่วไปจึงมีความหลากหลายในเรื่องคำนิยาม เนื้อหาที่ประเมินและวิธีประเมิน องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งมิติทางกาย ทางจิต และทางสังคม สุขภาพมิได้หมายถึง เฉพาะความไม่พิการ และการไม่มีโรคเท่านั้น ซึ่งคำนิยามสุขภาพนี้ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาในด้านคุณภาพชีวิต (25)

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Quality of Life : QOL)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (26) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพหมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) (27) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประภาพร จินนุทยา (2536) (28) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าหมายถึง ระดับการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ตามการรับรู้ต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

วาสนา เกื่อนวงษ์ (2536) (29) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับการรับรู้ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเองและการทำกิจกรรม

ติน (Dean 1985) (30) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า ชีวิตที่มีความหมาย และภาระหน้าที่ของบุคคล

สุธิดา กาญจนรังสี (2538) (31) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความรู้สึกเป็นปกติสุขที่บุคคลนั้นรับรู้และประเมินด้วยตนเอง ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองของความรู้สึกภายในตัวบุคคล

ยังและลองแมน (Young & Longman 1983) (32) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ระดับความพอใจในชีวิต สามารถวัดได้จากการรับรู้ความพึงพอใจ ความยินดี หรือความสุขในชีวิตปัจเจกบุคคล ภายใต้ข้อจำกัดของความสามารถทางร่างกายอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่หรือสุขภาพ

แพทเธอร์สัน (Patterson 1975 Cited in Holmes & Dickenson 1987) (33) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม มีความหมายซับซ้อน เป็นการแสดงถึงการตอบสนองของบุคคลต่อร่างกาย จิตใจ และปัจจัยในสังคม ซึ่งจะช่วยให้ดำรงชีวิตประจำวันได้ อย่างเป็นปกติสุข

จากความหมายต่าง ๆ ดังได้กล่าวมาพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขและความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิตของตน โดยผ่านกระบวนการรับรู้ และประเมินด้วยตนเอง

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างเห็นได้ชัดในระบบการบริการทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของดอบอส (Dobos 1976 : 8) (34) ที่ว่าในทางทฤษฎี บทบาทของทีมสุขภาพมีเพียงป้องกันหรือแก้ไขความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ แต่ในทางปฏิบัติบทบาทนี้ได้ขยายไปในหลายแง่หลายมุมของชีวิต โดยความจริงและวิชาชีพทางการแพทย์ การพยาบาล สามารถช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละบุคคล มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งไม่เพียงการทำการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังผ่านการสร้างสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น นอกจากนั้น โฮมส์ (Holmes 1985 : 43) (35) ยังกล่าวว่า การให้ความสนใจในคุณภาพชีวิต และการคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในบทบาทของพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับชีวิตประจำวันการให้การพยาบาลเกี่ยวข้องกับการดูแลทางด้านร่างกาย และการประเมินผลอย่างต่อเนื่องคุณภาพของการดูแลจึงต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง นั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายที่แท้จริงของการให้บริการทางสุขภาพในปัจจุบัน

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เป็นองค์ประกอบมากมาย ซึ่งแต่ละองค์ประกอบก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกัน ตามธรรมชาติของแต่ละบุคคลหรือแต่ละสังคม

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฎ (2540 : 104) (36) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามธรรมชาติของเบนเนท (Bennet) ว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ

1. สิ่งที่สำคัญในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีสังคม และเศรษฐกิจดี

2. ความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสมกับสังคม วัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้น มีจุดมุ่งหมายของชีวิต

ฟลานาแกน (Flanagan 1978 : 138 – 139) (37) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

สตรอมเบอร์ก (Stromberg 1984 : 88 – 91) (38) ให้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรที่มสุขภาพประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองขึ้นอยู่กับ ค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตตนเอง เช่น ความพึงพอใจ และความสุขที่ตนเองได้รับประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ ผลออกมาเป็นการบรรยาย และบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

องค์การยูเนสโก (Unesco 1980 : 312) (39) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) เป็นการประเมินโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา โดยการสอบถามถึงความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความปกติสุข ภาวะสุขภาพ ความสุข คุณค่าในตนเอง ความหมายของชีวิต และบทบาทหน้าที่ เป็นต้น

มีเบอร์ก (Meeberg 1993 : 32 – 38) (40) ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ รายได้ อาชีพ การศึกษา และหน้าที่ด้านร่างกาย
2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

โครงสร้างลักษณะพื้นฐานของคุณภาพชีวิต

ซึ่งใช้เป็นหลักในการพัฒนาแบบประเมินและวิธีประเมินคุณภาพชีวิตดังต่อไปนี้

1. มีความเป็นจิตวิสัย (subjective)

การวัดคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของบุคคล ข้อมูลที่ได้จะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตไม่เพียงแต่เป็นการสะท้อนอาการและภาวะของโรคเท่านั้น ปัจจัยอื่น ๆ อาทิ ปัจจัยในบุคคลในเรื่องความคิดและค่านิยมของบุคคล หรือปัจจัยภายนอก อาทิสิ่งแวดล้อมและสังคม ยังมีส่วนทำให้แต่ละคนมีระดับของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ในภาวะโรคเดียวกันผู้ป่วยกลับมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

2. มีลักษณะเป็นหลายมิติร่วมกัน (multidimensional)

คุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยหลาย ๆ มิติ (domain) ร่วมกันเป็นองค์รวม ไม่ได้เป็นการศึกษาเพียงด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว เช่น การไม่มีโรค หรือการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจากนิยามของคำว่าสุขภาพตามความหมายขององค์การอนามัยโลกนั้น คุณภาพชีวิตจึงควรประกอบด้วยอย่างน้อย 3 มิติคือ มิติทางร่างกาย (physical), ทางจิตใจ (psychological) และทางสังคม (social)

3. มีการเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาที่เปลี่ยนแปลงได้ (variable with time)

คุณภาพชีวิตไม่ได้มีค่าที่ตายตัว แต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเมื่อระยะโรคเปลี่ยนไป ความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตก็เปลี่ยนแปลงได้ด้วย

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) (50) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นจิตวิสัย (subjective) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปรวมอีก 2 ข้อคำถาม รวมเป็น 26 ข้อ (25)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL- BREF -THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มี ความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึง พลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึง ความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษา ทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การ รับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาควิโมหิตใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การ ตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนการรับรู้ถึงความสามารถในการ จัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มี ผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้ เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมี เพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนิน ชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การ รับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่ง ประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะ ได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลา ว่าง เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ (2525)(41) ได้ศึกษาผลการนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนเร็คตัมที่ได้รับการทำผ่าตัด abdominoperineal resection และทำโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรจำนวน 5 ราย พบว่า ผู้ป่วย 3 ราย มีคะแนนเฉลี่ยด้านสถานะทางสุขภาพ ความสามารถในการดูแลโคลอสโตมีย์และเจตคติเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาของการประเมิน และการประเมินผลก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน พบว่า สถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 5 ราย อยู่ในเกณฑ์ดี ความสามารถในการดูแลโคลอสโตมีย์ปรากฏว่าผู้ป่วย 2 ราย อยู่ในเกณฑ์พอใช้ได้ 2 รายอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี และ 1 รายอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดีมาก ส่วนด้านเจตคติพบว่า ผู้ป่วย 2 รายอยู่ในเกณฑ์ดี และ 3 ราย อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดีมาก

พจนา ปิยะปกรณชัย (2526)(13) ได้ศึกษาปฏิกิริยาทางอารมณ์ ความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีระบบตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยทำการศึกษาผู้ป่วย 4 ราย ผลการศึกษาปฏิกิริยาทางอารมณ์พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 4 ราย มีความวิตกกังวล กลัว โกรธ ซึมเศร้า เมื่อมองเห็นโคลอสโตมีย์ครั้งแรก ผู้ป่วยทุกรายมีปฏิกิริยาต้อกลืน กลัวการเปื้อนเปรอะของอุจจาระ กลัวdung หลุด กลัวเป็นที่รังเกียจของบุคคลอื่น และรู้สึกละอายต่อการไหลของอุจจาระในที่เปิดเผย ด้านความพร้อมในการเรียนรู้และความสามารถในการดูแลโคลอสโตมีย์ของผู้ป่วยทั้ง 4 ราย พบว่า ผู้ป่วย 3 ราย มีความพร้อมในการเรียนรู้ในวันที่ 5 หลังผ่าตัด และ 1 รายมีความพร้อมในวันที่ 4 หลังผ่าตัด ความสามารถในการดูแลโคลอสโตมีย์ของผู้ป่วยทั้ง 4 ราย มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ประเมิน และการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้เรื่องโคลอสโตมีย์และการปฏิบัติตน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 4 ราย มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการสอน

สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์และคณะ (2531)(15) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ความรู้เรื่องการดูแลโคลอสโตมีย์ สถานะทางสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์หัตถดอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความรู้เรื่องการดูแลโคลอสโตมีย์ สถานะทางสุขภาพ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา และระดับการศึกษาเป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อใช้การวิเคราะห์หัตถดอยพหุคูณแบบเชิงชั้น พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้รวมของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ความรู้

เรื่องการดูแลโคลอสโตมีย์ สถานะทางสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จรินทร์ สมญู (2539) (22) ได้ศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร พบว่า ความสามารถในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่โดยรวม และบทบาทย่อยของสตรีที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร อยู่ในระดับค่อนข้างดี ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า จำนวนบทบาทหน้าที่ การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ 22.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฬาร ประสงค์ (2544) (42) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากผ่าตัดวันที่ 1 การรับรู้ภาพลักษณ์ของกลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาพลักษณ์สูงขึ้นในวันที่ 6 หลังผ่าตัด และ 2 สัปดาห์หลังจากกลับบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 6 หลังผ่าตัด และ 2 สัปดาห์หลังจากกลับบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวรรณและคณะ (2002) (43) ได้ศึกษาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมหนักจำนวน 9 คน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 9 คน มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมากเกี่ยวกับการมีทวารหนักเทียม และ 3 ใน 9 คน มีความคิดว่าอยากตาย

เวด (Wade) (อ้างใน จรินทร์)(22) ได้ศึกษาการปรับตัวทางด้านสังคมของผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ จำนวน 215 ราย หลังผ่าตัด 10 สัปดาห์ พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6 มีอาการซึมเศร้าระดับวิกฤติ และร้อยละ 5 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย หลังผ่าตัด 1 ปี ร้อยละ 9 มีอาการวิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

ฟอลลิค และคณะ (Follich, et.al) (18) ได้ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ พบว่า ร้อยละ 30 มีกิจกรรมทางสังคมลดลง ร้อยละ 10 ประสบปัญหาการปรับตัวในการประกอบอาชีพ

บราทาร์และคณะ (Bratha, et al., 1995) (3) พบว่า การรับรู้ที่จะต้องทำผ่าตัดเปลี่ยนทางด้านอุจจาระมีผลกระทบต่อทางจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรงก่อนผ่าตัด ร้อยละ 10 เกิดความเครียดทันทีหลังผ่าตัด ร้อยละ 40 กลุ่มใจมากกังวลเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของสังคม ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยลดการออกสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 60 ต้องกลับเข้าโรงพยาบาลใหม่กับสาเหตุมีอาการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 35 เปิดเผยมามีปัญหา

เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 8 ถูกครอบครัวยังเกียจ ร้อยละ 80 สมาชิกในครอบครัวแสดงความเห็นอกเห็นใจ

ตินนี่และแมคเคเรีย (Deeny & Macrea, 1991) (44) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ colostomy และ ileostomy พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะร่างกายเท่านั้น ส่วนการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร

วิลเลียม พริส ฟิลลิปส์ (William Pryse-Phillips อ้างในพรพิมล อุปถัมภ์) (45) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร 20 รายที่ผ่าตัดไปแล้วเป็นเวลา 18 เดือน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 20 ราย ยังไม่สามารถยอมรับการมีโคลอสโตมีย์ได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมออกจากบ้านไปซื้อของใช้ และบางรายให้สัมภาษณ์ว่าต้องล้างมือวันละเกือบ 100 ครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีกลิ่นอุจจาระติดอยู่

นูแกนท์และคณะ (Nugent KP, et al., 1999) (46) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมพบว่า จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด 542 คน มี ผู้ป่วย 391 คน เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม โดยพบว่า 51% มีผื่นคันรอบ ๆ ทวารเทียม 36% มีการรั่วซึมของอุจจาระ 90% ของผู้ป่วยที่มี ileostomy พบว่ามี gas ในถุงรองรับอุจจาระ และ 80% ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ >40% มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์

กอสเซนและคณะ (Gooszen AW, et al., 2000) (47) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มี colostomy และ ileostomy ชนิดชั่วคราวพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในชนิดของทวารเทียม แต่พบว่าปัญหาในการดูแลและภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียมทำให้ผู้ป่วยลดการออกกำลังกายหรือลดการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่นมีการรั่วซึมของอุจจาระ หรือมีการระคายเคืองบริเวณผิวหนัง ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

นิลสันและคณะ (Nilsoon Lo, Knock NG, Kylberg F, Myrvold HE, Palselius I, 2002) (48) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยที่มี ileostomy ต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังทำผ่าตัด ileostomy พบว่า 98% มีความรู้สึกสบาย ไม่สนใจ หรือละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ที่เคยปฏิบัติ มีเพียง 24% ที่มีปฏิกิริยาตรงกันข้าม 80% พบว่าการมี ileostomy มีผลกระทบต่อการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากการรั่วซึมของอุจจาระ มีกลิ่นของอุจจาระหรือมีเสียงของถุงรองรับอุจจาระ ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ 31% ของผู้ป่วยชาย และ 52% ของผู้ป่วยหญิง พบว่า จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ลดลงหรือไม่มีเพศสัมพันธ์กันเลย 85% ของผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงเกิดปัญหาเพศสัมพันธ์

เฮลแมนและลาโก (Hellman J, Lago CP 1990) (49) ได้ทำการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของ Peristomal skin ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด colostomy และ ileostomy กลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 93 คน เป็นผู้ป่วยที่มี ileostomy จำนวน 58 คน และผู้ป่วยที่มี colostomy จำนวน 35 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์โดยตรงกับปัญหา Peristomal skin เพศไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วย ileostomy หรือผู้ป่วย colostomy ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาปัญหา Peristomal skin และปัญหาของผิวหนังรอบทวารเทียมที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการระคายเคืองรอบ ๆ ทวารเทียมตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ครุซและคณะ (Krouse R et al.2006) (50) ได้ทำการศึกษาคคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์จำนวน 599 คน ทั้งที่มีสาเหตุการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์จากมะเร็งและสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง พบว่า ปัญหาคุณภาพชีวิตที่พบบ่อยได้แก่ ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ การมีลมในถุงรองรับอุจจาระ ปัญหาท้องผูก ปัญหาในการเดินทาง และความไม่พึงพอใจในการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ โดยสรุปแล้วผลการศึกษายืนยันว่าผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์มีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross - Sectional Study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากร (Population) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้คือ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่านหนังสือออกและสามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองได้และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอาการหนักที่ต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชขั้นรุนแรง

ประชากรที่จะทำการศึกษา (Sample) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรที่มาขอรับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2549 เป็นต้นไป จนกว่าจะได้รับตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

ขนาดตัวอย่าง (Simple Size)

คำนวณจากสูตรต่อไปนี้

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

z = ค่าวิกฤตที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางการแจกแจงค่าปกติมีค่าเท่ากับ 1.96

p = ความชุกของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอลโตมีย์⁽⁴⁷⁾ = 0.42

q = 1 - 0.42

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ (maximum error) เท่ากับ 10% = 0.1

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.42)(0.58)}{(0.1)^2} = 93.58$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเท่ากับ 94 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยทุกรายที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และอยู่ภายในระยะเวลาที่เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 จนครบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร (Measurement)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ที่ได้รับการพัฒนาโดยนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ ภาควิชาจิตเวช ศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จาก HADS ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond and Snaitth เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ข้อที่เป็นเลขคู่จะเป็นคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ส่วนข้อที่เป็นเลขคี่จะเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล แต่ละข้อจะมีคะแนน 0 - 3

การคิดคะแนนและแปลผล

การคิดคะแนนโดยจะรวมคะแนนเลขคู่เป็นคะแนนภาวะซึมเศร้า รวมคะแนนเลขคี่เป็นภาวะวิตกกังวล และนำคะแนนแต่ละส่วนมาแบ่งระดับคะแนนดังนี้

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

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

0 – 7 คะแนน คือผู้ป่วยไม่มีภาวะวิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้า

8 – 10 คะแนน คือสงสัยว่าผู้ป่วยอาจจะมีภาวะวิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้า

11 คะแนนขึ้นไป คือผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้า

การวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการคิดคะแนนและแปลผล โดยการรวมคะแนนผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ในกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลกับกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะวิตกกังวล และรวมผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้าไว้ในกลุ่มเดียวกัน

ส่วนที่ 3 แบบวัดสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์

ใช้แบบวัดสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant 1985) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ทำโคลอสโตมีย์ ที่สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul 1998) ได้แปลและดัดแปลงข้อความเล็กน้อยเพื่อวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในประเทศไทยเมื่อปี 2531 มีข้อคำถาม 23 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 15 ข้อ และเป็นคำถามด้านลบ 8 ข้อ ลักษณะคำตอบในคำถามแต่ละข้อจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเส้นตรงที่มีตัวเลขและกำกับด้วย (Linear Analog Scale) โดยที่ปลายสุดของเส้นตรงทั้ง 2 ด้านประกอบด้วยคำ 2 คำ ที่มีความหมายตรงกันข้าม ค่าคะแนนบนเส้นตรงจะอยู่ในช่วง 0 – 100 คะแนน ไม่มีเลขให้ 0 คะแนน และมีอย่างเต็มที่ให้ 100 คะแนน ระหว่างช่วงมีเลขกับช่วงละ 10 ในการตอบแบบสอบถาม ผู้ป่วยจะประเมินคุณภาพชีวิตในเรื่องต่าง ๆ ตามข้อคำถามและตอบโดยการเขียนเครื่องหมายกากบาทบนเส้นตรง ซึ่งมีค่าคะแนนตรงกับความรู้สึกของตนเอง

ข้อคะแนนที่เป็นด้านบวกได้แก่ 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

นอกจากนี้สามารถแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านจิตใจ ได้แก่ข้อ 2, 9, 10, 14, 15, 18

2. ด้านร่างกาย ได้แก่ข้อ 1, 3, 7, 11, 13

3. ด้านภาพลักษณ์ได้แก่ข้อ 5, 8, 19, 22

4. ด้านผลการรักษา ได้แก่ข้อ 6, 16, 17

5. ด้านโภชนาการ ได้แก่ข้อ 4, 12

6. ด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ข้อ 20, 21, 23

การแปลผล

การแปลผลคะแนนรวม

คะแนนรวมของแบบสอบถามจะมีค่าตั้งแต่ 0 – 2300 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งมาก หมายถึง สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมียิ่งดี สำหรับคำถามด้านลบของข้อคำถามนั้น ๆ จะถูกกลับก่อนรวมกับคะแนนของข้อคำถามในด้านบวก เพื่อให้ค่าคะแนนเข้าใจง่ายและสะดวกต่อการเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นๆ ผู้วิจัยจึงได้เทียบค่าคะแนนทั้งหมดให้อยู่ระหว่าง 0 – 100 ด้วยการหารค่าคะแนนรวมทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยจำนวนข้อ คือ 23 โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไรสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด

เกณฑ์ Mean \pm SD ดังนี้

คะแนน X = 37.71 คะแนน \pm SD 9.57 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน X = 62.31 คะแนน \pm SD 11.17 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน X = 80.42 คะแนน \pm SD 7.11 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การแปลผลองค์ประกอบแต่ละด้าน

คะแนนในองค์ประกอบแต่ละด้านคิดได้จากคะแนนรวมจากข้อคำถามในด้านนั้นหารด้วยจำนวนข้อ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดโดยใช้เกณฑ์ Mean \pm SD ขององค์ประกอบแต่ละด้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือตรวจนิคุณภาพชีวิตของพาดิลาและแกรนท์ฉบับแปลและดัดแปลงโดยสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul 1988) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์ (Criterion Validity) โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจจากการใช้เครื่องมือมาตรวจวัดความพึงพอใจจากการใช้เครื่องมือมาตรวจวัดความพึงพอใจในชีวิตของแคนทริล มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ 0.81 และได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Stability) โดยการวัดซ้ำ (Test-Retest) มีระยะห่างจากการวัดครั้งแรก 3 วัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ 0.88 และสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life BREF : WHOQOL – BREF – THAI) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองทางสุขภาพจิต : เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย (ที่ได้รับการพัฒนาโดย นายสุวัฒน์มัทนรินทร์กุล, นางจิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และนางวนิดา พุ่มไพศาลชัย) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ ภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report objective) ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
2. ด้านจิตใจ (psychological domain) ได้แก่ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships)ได้แก่ข้อ 13, 14, 25
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17,18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ใน

ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน

โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลยรู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับปานกลาง
มาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์รู้สึกพอใจมาก

การให้คะแนนคุณภาพชีวิตเป็นดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

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

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆได้ดังนี้

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

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.8406

13. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อเสนอเรื่องขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. ขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้และอธิบายวิธีสัมภาษณ์การตอบแบบสอบถามจนผู้ป่วยเข้าใจ รวมถึงการลงนามยินยอมเข้าร่วมศึกษาวิจัยในใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์จากผู้ป่วยและญาติก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล และจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์
6. นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

14. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW ดังต่อไปนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้วยวิธี

2.1 ใช้สถิติ Chi-square test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิต

2.2 ใช้สถิติ T- test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกับปัจจัยต่างๆ

2.3 ใช้สถิติ Pearson's Correlation coefficient เพื่อให้หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์

2.4 ใช้สถิติ Stepwise Multiple Regression Analysis เพื่อหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 95 ราย ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1.2 ปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยและการรักษา

1.3 ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตรายด้านกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency)

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	63	66.3
หญิง	32	33.7
อายุ		
20-40 ปี	19	20
41-60 ปี	42	44.2
61-80 ปี	34	35.8
(min = 24, Max = 79)(x = 53.23 , SD = 13.96)		
สถานภาพสมรส		
โสด	22	23.2
สมรสคู่	58	61.1
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	15	15.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	37	38.9
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	28	29.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	26	27.4
ไม่ได้รับการศึกษา	4	4.2

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยตามปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
อาชีพก่อนเจ็บป่วย		
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	28	29.5
รับจ้าง	20	21.1
กิจการส่วนตัว/ค้าขาย	19	20
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	16.8
เกษตรกร	12	12.6
อาชีพหลังเจ็บป่วย		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	38	40
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	29	30.5
รับจ้าง	11	11.6
กิจการส่วนตัว/ค้าขาย	11	11.6
เกษตรกร	6	6.3
รายได้		
รายได้ก่อนการเจ็บป่วย		
ไม่มีรายได้	17	17.9
1,000-10,000 บาท	28	29.5
10,001-20,000 บาท	33	34.7
20,001 บาทขึ้นไป	17	17.9

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยตามปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
รายได้หลังการเจ็บป่วย		
ไม่มีรายได้	41	43.2
1,000-10,000 บาท	16	16.8
10,001-20,000 บาท	25	26.3
20,001 บาทขึ้นไป	13	13.7
รายได้รวมในครอบครัว		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	10	10.5
10,000-30,000 บาท	48	50.5
30,001 - 50,000 บาท	27	28.4
50,001 บาทขึ้นไป	10	10.5
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	20	21.1
เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	39	41.1
ไม่เพียงพอแต่ไม่หนี้สิน	21	22.1
ไม่เพียงพอแต่มีหนี้สิน	15	15.8

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 42.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.23 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 13.96

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 61.1 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.9 ก่อนเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 29.5 หลังการเจ็บป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ก่อนการเจ็บป่วย ตั้งแต่ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 33 หลังการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 43.2 มีรายได้ในครอบครัวส่วนใหญ่ตั้งแต่ 10,000-30,000 บาท ร้อยละ 50.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 41.1

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้จ่ายหรือสารเสพติด และโรคประจำตัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช		
ไม่มี	95	100
มี	0	0
ประวัติการใช้จ่ายหรือสารเสพติด		
ไม่มี	68	71.6
มี	27	28.4
มีประวัติการใช้จ่ายหรือสารเสพติด		
บุหรี่	19	20
แอลกอฮอล์	22	23.2
โรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่สาเหตุของการผ่าตัดโคลอนโตมีย์		
ไม่มี	76	80
มี	19	20
ความดันโลหิตสูง	13	68.42
เบาหวาน	7	36.84
โรคหัวใจ	2	10.52
โรคเขตรัส	2	10.52

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้จ่ายหรือสารเสพติดร้อยละ 68 มีประวัติการใช้จ่ายหรือสารเสพติดร้อยละ 28.4 ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 23.2 และบุหรี่ ร้อยละ 20

กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่สาเหตุของการทำผ่าตัดโคลอนโตมีย์ ร้อยละ 80 มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่สาเหตุของการทำผ่าตัดโคลอนโตมีย์ ร้อยละ 20 และส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.42

1.2 ปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยและการรักษา

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามสาเหตุของการผ่าตัด
โคลอสโตมีย์ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาในการมีโคลอสโตมีย์

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
สาเหตุของการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์		
มะเร็งทวารหนัก CA rectum	70	73.7
มะเร็งลำไส้ใหญ่ CA colon	14	14.7
มีแผลเรื้อรังบริเวณลำไส้	3	3.2
accident	6	6.3
ผ่าตัดสยาม	2	2.1
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย		
1-6 เดือน	11	11.6
มากกว่า 6 เดือน - 1 ปี	15	15.6
มากกว่า 1 ปี - 2 ปี	22	23.2
2 ปี ขึ้นไป	47	49.5
ระยะเวลาที่มีโคลอสโตมีย์		
1-6 เดือน	31	32.6
มากกว่า 6 เดือน - 1 ปี	17	17.9
มากกว่า 1 ปี - 2 ปี	21	22.1
2 ปีขึ้นไป	26	27.4

จากตารางที่ 3 พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ คือโรคมะเร็งทวารหนัก (ca rectum) ร้อยละ 73.7 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 49.5 และส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาที่มีโคลอสโตมีย์อยู่ในช่วงมากกว่า 1 เดือน - 6 เดือน ร้อยละ 36.8

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการดูแลโคลอสโตมีย์

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
การดูแลโคลอสโตมีย์		
ดูแลโคลอสโตมีย์ด้วยตนเอง	62	65.3
มีผู้อื่นช่วยดูแลโคลอสโตมีย์	33	34.7
ผู้ที่ช่วยดูแลโคลอสโตมีย์ (n = 33)		
พ่อ/แม่	2	6.06
สามี/ภรรยา	18	54.55
ลูก/ญาติพี่น้อง	13	39.39
ผลกระทบต่อผู้ดูแล		
ไม่มี	94	98.9
มี	1	1.1
การล้างมือหลังผ่าตัดโคลอสโตมีย์		
ล้างมือเป็นปกติ	32	33.7
ล้างมือบ่อยขึ้นแต่ไม่ผิดปกติ	63	66.3
แหล่งความรู้ที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
พยาบาล	51	53.7
แพทย์และพยาบาล	32	33.7
แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ญาติ	12	12.6
เรื่องที่ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมจากพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน	35	36.8
การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระและภาวะแทรกซ้อน	17	17.9
การดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน,การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ,	16	16.8
การดูแลทางด้านร่างกาย,การดูแลทางด้านจิตใจ	14	14.7
การดูแลทางด้านจิตใจ	12	12.6
การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ	1	1.1
การดูแลทางด้านร่างกาย		

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลโคลอสโตมีย์ด้วยตนเอง ร้อยละ 62 มีผู้อื่นช่วยดูแลโคลอสโตมีย์ร้อยละ 33 ผู้ที่ช่วยดูแลโคลอสโตมีย์ส่วนใหญ่เป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย ร้อยละ 18.9 การดูแลโคลอสโตมีย์ส่วนใหญ่ไม่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลร้อยละ 98.9

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หลังทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์มีการล้างบ่อยขึ้นแต่ไม่มีผิดปกติร้อยละ 63 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้ในการดูแลโคลอสโตมีย์จากพยาบาล ร้อยละ 53.7 และเรื่องที่ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมจากพยาบาลส่วนใหญ่คือ การดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 36.8

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์		
ไม่มี	86	90.53
มี	9	9.47
ลำไส้อุดตัน		
ไม่มี	94	98.9
มี	1	1.1
มีผื่นคัน		
ไม่มี	89	93.7
มี	6	6.3
ไส้เลื่อน		
ไม่มี	93	97.9
มี	2	2.1
ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญโดยเลือกเป็นอันดับ 1		
การรั่วซึมของอุจจาระ	31	32.6
การมีผื่นคันรอบๆโคลอสโตมีย์	29	30.5
การเข้าสังคม	19	20
การมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระ	11	11.6
ปัญหาเพศสัมพันธ์	5	5.3

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนจากการทำ
ผ่าตัดโคลอสโตมีย์

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญโดยเลือกเป็นอันดับ 5		
ปัญหาเพศสัมพันธ์	62	65.3
การมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระ	15	15.8
การเข้าสังคม	13	13.7
การมีผื่นคันรอบๆโคลอสโตมีย์	5	5.3
การรั่วซึมของอุจจาระ	0	0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ร้อยละ 86 และมีภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ร้อยละ 9.49 ภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่คือภาวะมีผื่นคันรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ร้อยละ 6.3

ภาวะแทรกซ้อนที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเป็นอันดับ 1 คือ การรั่วซึมของอุจจาระร้อยละ 32.6 การมีผื่นคันรอบๆ โคลอสโตมีย์ร้อยละ 30.5 การเข้าสังคมร้อยละ 20 การมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระร้อยละ 11.6 ปัญหาเพศสัมพันธ์ร้อยละ 5.3

ภาวะแทรกซ้อนที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเป็นอันดับ 5 คือ ปัญหาเพศสัมพันธ์ร้อยละ 65.3 การมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระร้อยละ 15.8 การเข้าสังคมร้อยละ 13.7 การมีผื่นคันรอบๆโคลอสโตมีย์ร้อยละ 5.3 ส่วนการรั่วซึมของอุจจาระเป็นภาวะแทรกซ้อนที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่เลือกให้ความสำคัญในอันดับที่ 5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยโดยรวมและสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยในแต่ละด้าน

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยโดยรวม (Min = 23 คะแนน, max = 93 คะแนน) (x= 61.23, SD =15.29)		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	13	13.68
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	70	73.69
คุณภาพชีวิตที่ดี	12	12.63
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านจิตใจ (Min 12 คะแนน, max=100คะแนน)(x=63.57,SD=17.93)		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	13	13.68
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	70	73.69
คุณภาพชีวิตที่ดี	12	12.63
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านร่างกาย (Min 10 คะแนน, max=95คะแนน)(x=60.63,SD=17.98)		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	13	13.68
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	70	73.69
คุณภาพชีวิตที่ดี	12	12.63
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านภาพลักษณ์ (Min 0 คะแนน, max=9.8คะแนน)(x=51.10,SD=21.85)		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	13	13.68
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	70	73.69
คุณภาพชีวิตที่ดี	12	12.63
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านผลการรักษา (Min 12 คะแนน, max=100คะแนน)(x=58.35,SD=19.35)		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	13	13.68
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	10	73.69
คุณภาพชีวิตที่ดี	12	12.63

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยโดยรวมและสถานการณ์ดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยในแต่ละด้าน

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านภาวะโภชนาการ (Min 10 คะแนน, max=100คะแนน)($x=61.71, SD=19.52$)	13	13.68
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	70	73.69
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	12	12.63
คุณภาพชีวิตที่ดี		
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (Min 35 คะแนน, max=100 คะแนน)($x=73.60, SD=17.04$)	13	13.68
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	70	73.69
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	12	12.63
คุณภาพชีวิตที่ดี		

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสภาวะทางดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยโดยรวมอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 61.23 คะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.29

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านจิตใจอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 63.57 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.93 คะแนน

สภาวะดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านร่างกายอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 60.63 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.98

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านการรับรู้ต่ออาการลักษณะอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีค่าเฉลี่ย 51.10 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 21.85

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านผลการรักษาอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 58.35 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.35

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลต่อภาวะโภชนาการอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 61.71 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.52

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.60 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสิทธิในการรักษาพยาบาล

ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ความสนิทสนมและความสัมพันธ์ในครอบครัว

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	45	47.4
บัตร 30 บาท	31	32.6
จ่ายเงินสด	14	14.7
ประกันสังคม	5	5.3
ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย		
ไม่มี	78	82.1
ตัวเอง	4	4.2
สามี,ภรรยา	3	3.2
บุตร,ญาติ	7	7.4
นายจ้าง	1	1.1
บิดา, มารดา	2	2.1
ความสนิทสนมในครอบครัว		
พ่อแม่	16	16.8
สามี,ภรรยา	43	45.3
ลูก	24	25.3
ญาติ	12	12.6
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
สนิทและเข้ากันได้ดี	77	81.1
สนิทเป็นบางครั้ง	15	15.8
ทะเลาะกันเป็นประจำ	1	1.1
ไม่สนิทสนมกัน	2	2.1

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ร้อยละ 45 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่จ่ายเงินสตร้อยละ 14.7 ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ คือบุตรหรือญาติ ร้อยละ 7.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสนิทสนมกับสามี ภรรยา ร้อยละ 45.3 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่สนิทสนมและเข้ากันได้ดีในครอบครัวร้อยละ 81.1

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวล	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
ภาวะวิตกกังวล (min = 0 คะแนน, Max = 16 คะแนน, $x = 7.78$ คะแนน, SD = 3.47 คะแนน)		
ไม่มีภาวะวิตกกังวล	47	49.5
สงสัยว่าจะมีภาวะวิตกกังวล	25	26.3
มีภาวะวิตกกังวล	23	24.2

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 49.5 สงสัยว่าจะมีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 26.3 และมีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 24.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.78 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.47

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า (min = 0 คะแนน, Max = 18 คะแนน $x = 7.14$ คะแนน, SD = 3.758 คะแนน)		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	48	50.5
สงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้า,	32	33.7
มีภาวะซึมเศร้า	15	15.8

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50.5 สงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.7 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.14 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.758

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม คุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน

คุณภาพชีวิต	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม (min = 48 คะแนน, Max = 117คะแนน, x = 80.2 คะแนน , SD = 12.68 คะแนน)		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	10	10.53
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	73	76.84
คุณภาพชีวิตที่ดี	12	12.63
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (min = 10 คะแนน) Max = 33 คะแนน x = 21.61คะแนน , SD = 4.55 คะแนน)		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	14	14.7
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	69	72.6
คุณภาพชีวิตที่ดี	12	12.6
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (min = 7 คะแนน Max = 30 คะแนน x = 19.25 คะแนน , SD = 4.57 คะแนน)		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	13	13.7
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	60	63.2
คุณภาพชีวิตที่ดี	22	23.2
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม (min = 3 คะแนน, Max = 14 คะแนน x = 9.19 คะแนน , SD = 2.11 คะแนน)		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	18	18.9
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	69	72.6
คุณภาพชีวิตที่ดี	8	8.4

ตารางที่ 10 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม คุณภาพชีวิตโดยรวมและ คุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน

คุณภาพชีวิต	จำนวน (95 คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (min = 13 คะแนน, Max = 39 คะแนน , x = 24.8คะแนน , SD = 4.56 คะแนน)		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	6	6.3
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	77	81.1
คุณภาพชีวิตที่ดี	12	12.6

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางร้อยละ 76.84 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 80.20 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.68

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 72.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 21.61คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.55

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 63.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 19.25 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.57

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 72.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.19 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.11

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 81.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 24.86 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.56

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยที่มี
โคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต
โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ chi-square

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตโดยรวม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	4 (6.3)	52 (82.5)	7 (11.1)	4.233	0.120
หญิง	6 (18.8)	21 (62.6)	5 (15.6)		
อายุ					
20 - 40 ปี	3 (15.79)	14 (73.68)	2 (10.53)	1.577	0.697
41 - 60 ปี	3 (7.14)	33 (78.57)	6 (14.29)		
มากกว่า 60 ปี	2 (5.88)	29 (85.29)	3 (8.83)		
สถานภาพ					
โสด	2 (9.9)	17 (77.3)	3 (13.6)	10.416	0.034 *
คู่	3 (5.2)	48 (82.8)	7 (12.1)		
หม้าย/หย่า/แยก	5 (33.3)	8 (53.3)	2 (13.3)		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา	0 (0)	4 (100)	0 (0)	3.624	0.727
ประถมศึกษา	5 (13.5)	29 (78.4)	3 (8.1)		
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส	2 (7.1)	22 (78.6)	4 (14.3)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	3 (11.5)	18 (62.9)	5 (19.2)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตโดยรวม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อาชีพก่อนป่วย					
รับราชการ/พนักงาน	3 (10.7)	22 (78.6)	3 (10.7)	10.498	0.232
รัฐวิสาหกิจ					
รับจ้าง	0 (0)	16 (80)	4 (20)		
เกษตรกร	2 (16.7)	9 (75)	1 (8.3)		
กิจการส่วนตัว/ค้าขาย	1 (5.3)	14 (73.7)	4 (21.1)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4 (25)	12 (75)	0 (0)		
อาชีพหลังป่วย					
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (6.9)	24 (82.8)	3 (10.3)	15.087	0.057
รับจ้าง	0 (0)	7 (63.6)	4 (36.4)		
เกษตรกร	0 (0)	5 (83.3)	1 (16.7)		
กิจการส่วนตัว/ค้าขาย	1 (1)	7 (63.6)	3 (27.3)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7 (7)	30 (78.9)	1 (2.6)		
รายได้ก่อนป่วย					
ไม่มีรายได้	4 (23.5)	13 (76.5)	0 (0)	13.186	0.040*
1,000 - 10,000	4 (14.3)	23 (82.1)	1 (3.6)		
10,001 - 20,000	2 (6.1)	24 (72.7)	7 (21.2)		
20,001 ขึ้นไป	0 (0)	13 (76.5)	4 (23.5)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตโดยรวม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	χ^2	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้หลังการเจ็บป่วย					
ไม่มีรายได้	8 (19.5)	32 (78)	1 (2.4)	20.212	0.003**
1,000 - 10,000	1 (6.3)	15 (93.8)	0 (0)		
10,001 - 20,000	1 (4.0)	17 (68)	7 (28)		
20,001 ขึ้นไป	0 (0)	9 (69.2)	4 (30.8)		
รายได้รวมในครอบครัว					
ต่ำกว่า 10,000	3 (30)	6 (60)	1 (10)	14.079	0.029*
10,000 - 30,000	5 (10.4)	40 (83.3)	3 (6.3)		
30,000 - 50,000	1 (3.7)	22 (81.5)	4 (14.8)		
50,001 ขึ้นไป	1 (10)	5 (50)	4 (40)		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	1 (5)	15 (75)	4 (20)	6.384	0.382
เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	4 (10.3)	29 (74.4)	6 (15.4)		
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	2 (9.5)	19 (90.5)	0 (0)		
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	3 (20)	10 (66.7)	2 (13.3)		
ประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด					
ไม่มี	8 (11.8)	49 (76.3)	11 (14.5)	3.441	0.179
มี	2 (7.4)	24 (88.9)	1 (5.3)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตโดยรวม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การใช้บุหรี่					
ไม่มี	7 (9.2)	58 (76.3)	11 (15.1)	1.660	0.436
มี	2 (15.8)	15 (86.4)	1 (4.5)		
การใช้แอลกอฮอล์					
ไม่มี	8 (11)	54 (74)	11 (14.5)	1.876	0.391
มี	2 (9.1)	19 (86.4)	1 (5.3)		
โรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่ สาเหตุของการผ่าตัด					
โคลอสโตมีย์					
ไม่มี	7 (9.2)	59 (77.6)	10 (13.2)	0.739	0.691
มี	3 (15.8)	14 (73.7)	2 (10.5)		
โรคความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	10 (12.2)	62 (75.6)	10 (12.2)	1.794	0.408
มี	0 (0)	11 (84.6)	2 (15.4)		
โรคหัวใจ					
ไม่มี	9 (9.7)	72 (77.4)	12 (12.9)	3.474	0.000**
มี	1 (50)	1 (50)	0 (0)		
โรคเอดส์					
ไม่มี	8 (8.6)	73 (78.5)	12 (12.9)	17.366	0.641
มี	2 (100)	0 (0)	0 (0)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตโดยรวม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
โรคเบาหวาน					
ไม่มี	10 (11.4)	67 (76.1)	11 (12.5)	0.889	0.637
มี	0 (0)	6 (85.7)	1 (14.3)		

* P < 0.05, ** P 0.01,

จากตารางที่ 11 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยใช้สถิติ chi-square พบว่า รายได้หลังการเจ็บป่วยและโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, และพบว่าสถานภาพ, รายได้ก่อนการเจ็บป่วยและรายได้รวมในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเพศ, อายุ, ระดับการศึกษาอาชีพก่อนป่วย, อาชีพหลังป่วย, ความเพียงพอของรายได้, ประวัติการใช้นานหรือสารเสพติด, การสูบบุหรี่, การใช้ แอลกอฮอล์, โรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่สาเหตุของการผ่าตัดโคลอสโตมีย์, โรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจและโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ chi-square

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	8 (12.7)	46 (73)	9 (14.3)	0.936	0.626
หญิง	6 (18.8)	23 (71.9)	3 (9.4)		
อายุ					
20 - 40 ปี	5 (26.3)	12 (63.2)	2 (10.53)	4.204	0.681
41 - 60 ปี	3 (7.1)	33 (78.6)	6 (14.29)		
61 - 80 ปี	6 (17.6)	29 (85.29)	3 (8.63)		
สถานภาพ					
โสด	4 (18.2)	18 (81.8)	2 (9.1)	12.273	0.000**
สมรส, คู่	4 (6.9)	36 (62.1)	18 (31)		
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	6 (40)	6 (40)	2 (13.3)		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน, ประถมศึกษา	8 (19.5)	31 (75.6)	3 (7.3)	4.678	0.019*
มัธยมศึกษา, ปวช, ปวส	4 (14.3)	17 (60.7)	8 (28.6)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	2 (7.7)	12 (46.2)	11 (42.3)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อาชีพก่อนป่วย					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (10.7)	16 (57.1)	9 (32.1)	6.671	0.104
รับจ้าง	2 (10)	14 (70)	6 (30)		
เกษตรกร/กิจการส่วนตัว	4 (12.9)	20 (64.5)	6 (19.4)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 (31.3)	10 (62.5)	1 (6.3)		
อาชีพหลังป่วย					
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (6.9)	17 (58.6)	9 (31)	14.996	0.016*
รับจ้าง	0 (0)	5 (45.5)	5 (54.5)		
เกษตรกร/กิจกรรมส่วนตัว	2 (11.8)	10 (58.8)	2 (5.3)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10 (10)	28 (73.7)	2 (5.3)		
รายได้ก่อนป่วย					
ไม่มีรายได้	5 (29.4)	11 (64.7)	1 (5.9)	0.019	0.000**
1,000 - 10,000 บาท	5 (17.9)	23 (82.1)	0 (0)		
10,001 บาทขึ้นไป	4 (8)	26 (52)	21 (42)		
รายได้หลังป่วย					
ไม่มีรายได้	12 (29.3)	29 (70.7)	2 (4.9)	25.950	0.000**
1,000 - 10,000 บาท	0 (0)	13 (81.3)	1 (6.3)		
10,001 บาทขึ้นไป	2 (5.3)	18 (47.4)	19 (50)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	χ^2	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้รวมในครอบครัว					
ต่ำกว่า 10,000 บาท	5 (50)	6 (60)	0 (0)	11.966	0.002**
10,000 - 30,000 บาท	6 (12.5)	34 (70.8)	7 (14.6)		
30,001 ขึ้นไป	3 (8.1)	20 (54.1)	15(40.5)		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ, มีและไม่มีเหลือเก็บ	8 (13.6)	38 (64.4)	15(25.4)	2.656	0.409
ไม่เพียงพอ, ไม่มีและมีหนี้สิน	6 (16.7)	22 (61.1)	7 (19.4)		
ประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด					
ติด					
ไม่มี	10 (14.7)	44 (64.7)	14(20.6)	2.787	0.620
มี	4 (14.8)	16 (59.3)	8 (29.6)		
การใช้บุหรี่					
ไม่มี	10 (13.2)	51 (67.1)	15(19.7)	3.773	0.231
มี	4 (21.1)	9 (47.4)	7 (36.8)		
การใช้แอลกอฮอล์					
ไม่มี	10 (13.7)	47 (64.4)	16(21.9)	1.797	0.867
มี	8 (18.2)	13 (59.1)	6 (27.3)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
โรคประจำตัวทางกาย					
ที่ไม่ใช่สาเหตุของการผ่าตัด					
โคลอสโตมีย์					
ไม่มี	9 (11.8)	48 (63.2)	19 (25)	3.058	0.473
มี	5 (26.3)	12 (63.2)	3 (15.8)		
ความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	13 (15.9)	50 (61)	20(24.4)	1.832	0.538
มี	1 (7.7)	10 (76.9)	2 (15.4)		
โรคหัวใจ					
ไม่มี	13 (14)	59 (63.4)	22(23.7)	2.126	0.287
มี	1 (50)	1 (50)	0 (0)		
โรคเอดส์					
ไม่มี	12(112.9)	60 (65.4)	22(23.7)	11.820	0.002**
มี	2 (100)	0 (0)	0 (0)		
โรคเบาหวาน					
ไม่มี	12 (13.6)	56 (63.6)	20(22.7)	1.247	0.932
มี	2 (28.6)	4 (57.1)	2 (28.6)		

* P < 0.05, ** P 0.01,

จากตารางที่ 12 เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย โดยใช้สถิติ chi-square พบว่า โรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่าสถานภาพ, อาชีพหลังป่วย, รายได้ก่อนป่วย รายได้หลังป่วย, รายได้รวมในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพก่อนป่วย, ความเพียงพอของรายได้, ประวัติการเข้ายาหรือสารเสพติด, การสูบบุหรี่, การใช้ แอลกอฮอล์, โรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่สาเหตุของการทำผ่าตัดโกลอสโตมีย์, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจและโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ chi-square

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	6 (9.6)	40 (63.5)	17 (27)	3.551	0.169
หญิง	7 (21.9)	20 (62.5)	5 (15.6)		
อายุ					
20 - 40 ปี	3 (15.79)	14 (73.68)	2 (10.53)	4.971	0.681
41 - 60 ปี	3 (7.14)	33 (78.57)	6 (14.29)		
61 - 80 ปี	2 (5.88)	29 (85.29)	4 (8.63)		
สถานภาพ					
โสด	2 (9.1)	18 (81.8)	2 (9.1)	20.773	0.000**
สมรส, คู่	4 (6.9)	36 (62.1)	18 (31)		
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	7 (46.7)	6 (40)	2 (13.3)		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน, ประถมศึกษา	7 (17.1)	31 (75.6)	3 (7.3)	11.750	0.019*
มัธยมศึกษา, ปวช, ชวส	3 (10.7)	17 (60.7)	8 (28.6)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	3 (11.5)	12 (46.2)	11 (42.3)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อาชีพก่อนป่วย					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (10.7)	16 (75.1)	9 (32.1)	10.528	0.104
รับจ้าง	0 (0)	14 (70)	6 (30)		
เกษตรกร/กิจการส่วนตัว	5 (16.1)	20 (64.5)	6 (19.4)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 (31.3)	10 (62.5)	1 (6.3)		
อาชีพหลังป่วย					
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (10.3)	17 (58.6)	9 (31)	15.651	0.018*
รับจ้าง	0 (0)	5 (45.5)	6 (54.5)		
เกษตรกร/กิจกรรมส่วนตัว	2 (11.8)	10 (58.8)	5 (29.4)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8 (21.1)	28 (73.7)	2 (5.3)		
รายได้ก่อนป่วย					
ไม่มีรายได้	5 (29.4)	11 (64.7)	1 (5.9)	24.571	0.000**
1,000 - 10,000 บาท	5 (17.9)	23 (82.1)	0 (0)		
10,001 บาทขึ้นไป	3 (6)	26 (52)	21 (42)		
รายได้หลังป่วย					
ไม่มีรายได้	10 (24.4)	29 (70.7)	2 (4.9)	29.258	0.000*
1,000 - 10,000 บาท	2 (12.5)	13 (81.3)	1 (6.3)		
10,001 บาทขึ้นไป	1 (2.6)	18 (47.4)	19 (50)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้รวมในครอบครัว					
ต่ำกว่า 10,000 บาท	4 (40)	6 (60)	0 (0)	16.559	0.002*
10,000 - 30,000 บาท	7 (14.6)	34 (70.8)	7 (14.6)		
30,001 ขึ้นไป	2 (5.4)	20 (54.1)	15 (40.5)		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ, มีและไม่มีเหลือเก็บ	6 (10.2)	38 (64.4)	15 (25.4)	1.789	0.409
ไม่เพียงพอ, ไม่มีและมีหนี้สิน	7 (19.4)	22 (61.1)	7 (19.4)		
ประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด					
ไม่มี	10 (14.7)	44 (64.7)	14 (20.6)	0.955	0.620
มี	3 (11)	16 (59.3)	8 (29.6)		
การใช้บุหรี่					
ไม่มี	10 (13.2)	51 (67.1)	15 (19.7)	2.935	0.231
มี	3 (15.8)	9 (47.4)	7 (36.8)		
การใช้แอลกอฮอล์					
ไม่มี	10 (13.7)	47 (64.4)	16 (21.9)	0.284	0.867
มี	3 (13.6)	13 (59.1)	6 (27.3)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	χ^2	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
โรคประจำตัวทางกาย					
ที่ไม่ใช่สาเหตุของการผ่าตัด					
โคลอสโตมีย์					
ไม่มี	9 (11.8)	48 (63.2)	19 (25)	1.499	0.473
มี	4 (21.1)	12 (63.2)	3 (15.8)		
ความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	12 (14.6)	50 (61)	20 (24.4)	1.240	0.538
มี	1 (7.7)	10 (76.9)	2 (15.4)		
โรคหัวใจ					
ไม่มี	12 (12.9)	59 (63.4)	22 (23.7)	2.498	0.287
มี	1 (50)	1 (50)	0 (0)		
โรคเอดส์					
ไม่มี	11 (11.8)	60 (65.4)	22 (23.7)	12.887	0.002**
มี	2 (100)	0 (0)	0 (0)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
โรคเบาหวาน					
ไม่มี	2 (13.6)	59 (63.6)	20 (22.7)	0.141	0.932
มี	1 (14.3)	4 (57.1)	2 (28.6)		

P < 0.05*, < P 0.01**

ตารางที่ 13 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ โดยใช้สถิติ chi-square พบว่า สถานภาพ, รายได้ก่อนป่วย, รายได้หลังป่วย, รายได้ภายในครอบครัว, โรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่า ระดับการศึกษา, อาชีพหลังป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, ส่วนเพศ, อายุ, อาชีพก่อนป่วย, ความเพียงพอของรายได้, ประวัติการใช้อยาหรือสารเสพติด, การใช้บุหรี่, การใช้แอลกอฮอล์, โรคประจำตัวที่ไม่ใช่สาเหตุของการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ chi-square

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	χ^2	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	14 (22.2)	46 (73)	3 (4.8)	4.036	0.133
หญิง	4 (12.5)	23 (71.9)	5 (15.6)		
อายุ					
20 - 40 ปี	3 (15.79)	14 (73.68)	2 (10.53)	8.248	0.681
41 - 60 ปี	3 (7.14)	33 (78.57)	6 (14.29)		
61 - 80 ปี	2 (5.88)	29 (85.29)	4 (8.63)		
สถานภาพ					
โสด	6 (27.3)	12 (54.5)	4 (18.2)	9.432	0.051
สมรส, คู่	7 (12.1)	47 (81)	4 (6.9)		
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	5 (33.3)	10 (66.7)	0 (0)		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน, ประถมศึกษา	8 (19.5)	29 (70.7)	4 (9.8)	2.228	0.683
มัธยมศึกษา, ปวช, ปวส	4 (14.3)	23 (82.1)	1 (3.6)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	6 (23.1)	17 (65.4)	3 (11.5)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	χ^2	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อาชีพก่อนป่วย					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4 (14.3)	23 (82.1)	1 (3.6)	4.204	0.649
รับจ้าง	4 (20)	14 (70)	2 (10)		
เกษตรกร/กิจการส่วนตัว	8 (25.8)	19 (61.3)	4 (12.9)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2 (12.5)	13 (81.3)	1 (6.3)		
อาชีพหลังป่วย					
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5 (17.2)	23 (79.3)	1 (3.4)	4.239	0.644
รับจ้าง	1 (9.1)	9 (81.8)	1 (9.1)		
เกษตรกร/กิจกรรมส่วนตัว	4 (23.5)	10 (58.8)	3 (17.6)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8 (21.1)	27 (71.1)	3 (7.9)		
รายได้ก่อนป่วย					
ไม่มีรายได้	2 (11.8)	14 (82.4)	1 (5.9)	4.861	0.302
1,000 - 10,000 บาท	9 (32.1)	17 (60.7)	2 (7.1)		
10,001 บาทขึ้นไป	7 (14)	38 (76)	5 (10)		
รายได้หลังป่วย					
ไม่มีรายได้	9 (22)	29 (70.7)	3 (7.3)	6.931	0.140
1,000 - 10,000 บาท	6 (37.5)	9 (56.3)	1 (6.3)		
10,001 บาทขึ้นไป	3 (7.9)	31 (81.6)	4 (10.5)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้รวมในครอบครัว					
ต่ำกว่า 10,000 บาท	6 (60)	3 (30)	1 (10)	19.784	0.001**
10,000 - 30,000 บาท	11 (22.9)	35 (72.9)	2 (4.2)		
30,001 ขึ้นไป	1 (2.7)	31 (83.8)	5 (13.5)		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ, มีและไม่มี เหลือเก็บ	8 (13.6)	44 (74.6)	7 (11.9)	4.659	0.097
ไม่เพียงพอ, ไม่มีและ มีหนี้สิน	10 (27.8)	25 (69.4)	1 (2.8)		
ประวัติการใช้ยาหรือ สารเสพติด					
ไม่มี	11 (16.2)	50 (73.5)	7 (10.3)	1.993	0.369
มี	7 (25.9)	19 (70.4)	1 (3.7)		
การใช้บุหรี่					
ไม่มี	13 (17.1)	56 (73.7)	7 (9.2)	1.020	0.601
มี	5 (26.3)	13 (68.4)	1 (5.3)		
การใช้แอลกอฮอล์					
ไม่มี	13 (17.8)	53 (72.6)	7 (9.6)	0.723	0.695
มี	5 (22.7)	16 (72.7)	1 (4.5)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
โรคประจำตัวทางกาย ที่ไม่ใช่สาเหตุของการผ่าตัด โคลอสโตมีย์					
ไม่มี	5 (19.7)	54 (71.1)	7 (9.2)	0.537	0.756
มี	3 (15.8)	15 (78.9)	1 (5.3)		
ความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	17 (20.7)	58 (70.7)	7 (8.58)	1.314	0.518
มี	1 (7.7)	11 (84.6)	1 (7.7)		
โรคหัวใจ					
ไม่มี	17 (18.3)	68 (73.1)	8 (8.6)	1.356	0.508
มี	1 (50)	1 (50)	0 (0)		
โรคเอดส์					
ไม่มี	17 (18.3)	68 (73.1)	8 (8.6)	1.356	0.508
มี	2 (50)	1 (50)	0 (0)		
โรคเบาหวาน					
ไม่มี	17 (19.3)	63 (71.6)	8 (9.1)	0.901	0.637
มี	1 (14.3)	6 (85.7)	0 (0)		

P <0.05*, <P 0.01**

จากตารางที่ 14 สัมพันธ์ภาพทางสังคม เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมโดยใช้สถิติ chi-square พบว่า รายได้รวมในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, และพบว่า เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพก่อนป่วย, อาชีพหลังป่วย, รายได้ก่อนป่วย, รายได้หลังป่วย, ความเพียงพอของรายได้, ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช, ประวัติการเข้ายาหรือสารเสพติด, การใช้บุหรี่, การใช้แอลกอฮอล์, โรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่สาเหตุอาการผัดตบโคลอสโตมีย์, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ, โรคเอดส์, โรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ chi-square

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	χ^2	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	3 (4.8)	50 (79.4)	10 (15.9)	2.336	0.133
หญิง	3 (9.4)	27 (84.4)	2 (6.3)		
อายุ					
20 - 40 ปี	3 (15.79)	14 (73.68)	2 (10.53)	1.320	0.681
41 - 60 ปี	3 (7.14)	33 (78.57)	6 (14.29)		
61 - 80 ปี	2 (5.88)	29 (85.29)	4 (8.63)		
สถานภาพ					
โสด	1 (4.5)	18 (81.8)	3 (13.6)	5.818	0.213
สมรส, คู่	2 (3.4)	49 (84.5)	7 (12.1)		
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	3 (20)	10 (66.7)	2 (13.3)		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน, ประถมศึกษา	2 (4.9)	36 (87.6)	3 (7.3)	4.148	0.386
มัธยมศึกษา, ปวช, ปวส	1 (3.6)	23 (82.1)	4 (14.3)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	3 (11.5)	18 (69.2)	5 (19.2)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อาชีพก่อนป่วย					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (10.7)	20 (71.4)	5 (17.9)	5.516	0.480
รับจ้าง	0 (0)	17 (85)	3 (15)		
เกษตรกร/กิจการส่วนตัว	1 (6.5)	25 (80.6)	4 (12.9)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (6.3)	15 (93.8)	0 (0)		
อาชีพหลังป่วย					
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (6.9)	22 (75.9)	5 (17.2)	8.903	0.179
รับจ้าง	0 (0)	8 (72.7)	3 (27.3)		
เกษตรกร/กิจกรรมส่วนตัว	0 (0)	14 (82.4)	3 (17.6)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4 (10.5)	33 (86.8)	1 (2.6)		
รายได้ก่อนป่วย					
ไม่มีรายได้	1 (5.9)	16 (91.1)	0 (0)	12.256	0.016*
1,000 - 10,000 บาท	4 (14.3)	23 (82.1)	1 (3.6)		
10,001 บาทขึ้นไป	1 (2)	38 (76)	11 (22)		
รายได้หลังป่วย					
ไม่มีรายได้	5 (12.2)	35 (85.4)	1 (2.4)	14.596	0.006**
1,000 - 10,000 บาท	1 (6.3)	14 (87.5)	1 (6.3)		
10,001 บาทขึ้นไป	0 (0)	28 (73.7)	26.3(10.5)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้รวมในครอบครัว					
ต่ำกว่า 10,000 บาท	2 (20)	7 (70)	1 (10)	5.801	0.214
10,000 - 30,000 บาท	2 (4.2)	42 (87.5)	4 (8.3)		
30,001 ขึ้นไป	2 (5.4)	28 (75.7)	7 (18.9)		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ, มีและไม่มีเหลือเก็บ	4 (6.8)	46 (78)	9 (15.3)	1.048	0.582
ไม่เพียงพอ, ไม่มีและมีหนี้สิน	2 (5.3)	31 (86.1)	3 (8.3)		
ประวัติการเข้ายาหรือสารเสพติด					
ไม่มี	4 (5.9)	55 (80.9)	9 (13.2)	2.287	0.932
มี	2 (7.4)	22 (81.5)	3 (11.1)		
การใช้บุหรี่					
ไม่มี	4 (5.3)	63 (82.9)	9 (11.8)	3.773	0.603
มี	2 (10.5)	14 (73.7)	3 (15.8)		
การใช้แอลกอฮอล์					
ไม่มี	5 (6.8)	58 (79.5)	10 (13.7)	1.797	0.769
มี	1 (4.5)	19 (86.4)	2 (9.1)		

ปัจจัยส่วนบุคคล (95 คน)	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
โรคประจำตัวทางกาย ที่ไม่ใช่สาเหตุของการผ่าตัด โคลอสโตมีย์					
ไม่มี	5 (6.6)	61 (80.3)	10 (13.2)	3.058	0.926
มี	1 (5.3)	16 (84.2)	2 (10.5)		
ความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	6 (7.3)	66 (80.5)	10 (12.2)	1.832	0.587
มี	0 (0)	11 (84.6)	2 (15.4)		
โรคหัวใจ					
ไม่มี	5 (5.4)	76 (81.7)	12 (12.9)	2.126	0.036*
มี	1 (5.0)	1 (5.0)	0 (0)		
โรคเอดส์					
ไม่มี	6 (6.5)	75 (80.6)	12 (12.9)	11.820	0.788
มี	0 (0)	2 (100)	0 (0)		
โรคเบาหวาน					
ไม่มี	6 (6.8)	71 (80.7)	11 (12.5)	1.247	0.773
มี	0 (0)	6 (85.7)	1 (14.3)		

P < 0.05*, <P 0.01**

จากตารางที่ 15 รายได้ก่อนและหลังป่วย, โรคหัวใจ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมโดยใช้สถิติ chi-square พบว่า รายได้หลังเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, และพบว่ารายได้ก่อนการเจ็บป่วยและโรคหัวใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ, อายุ, สถานภาพ, ระดับการศึกษา, อาชีพก่อนป่วย, อาชีพหลังป่วย, รายได้รวมในครอบครัว, ความเพียงพอของรายได้, ประวัติการใช้หรือสารเสพติด, การใช้นุหรี่, การใช้อัลกอฮอล์, โรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่สาเหตุของการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์, ความดันโลหิตสูง, โรคเอดส์, โรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ chi-square

ปัจจัยส่วนการเจ็บป่วยและการรักษา (n = 95 คน)	คุณภาพชีวิตโดยรวม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
สาเหตุของการทำผ่าตัด					
โคลอสโตมีย์					
Ca rectum	6 (14.3)	53 (78.6)	10(7.1)	6.719	0.567
Ca colon การมีแผลเรื้อรังบริเวณ	2 (8.7)	11(76.8)	1(14.5)		
ลำไส้, อุบัติเหตุ	1 (9.1)	9(81.8)	1(9.1)		
ผ่าตัดสยาม					
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย					
1 เดือน - 1 ปี	4(15.4)	20(76.9)	2(7.7)	3.426	0.474
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	6(8.7)	53(76.8)	10(14.5)		
ระยะเวลาที่มีโคลอสโตมีย์					
1 เดือน - 1 ปี	7(14.6)	36(75)	5(10.4)	8.789	0.380
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	3 (6.4)	37(78.7)	7(14.9)		
การดูแลโคลอสโตมีย์					
ดูแลโคลอสโตมีย์ด้วยตนเอง	6 (9.7)	47(75.8)	9(14.5)	0.649	0.723
มีผู้อื่นดูแลโคลอสโตมีย์ให้	4 (12.1)	26(78.8)	3(9.1)		
ผลกระทบผู้ดูแลโคลอสโตมีย์					
ไม่มี	4 (12.1)	73(77.7)	12(12.8)	8.590	0.014*
มี	1 (1)	0(0)	0(0)		

ปัจจัยส่วนการเจ็บป่วยและการ รักษา (n = 95 คน)	คุณภาพชีวิตโดยรวม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
แหล่งความรู้ในการดูแล โคลอสโตมีย์					
พยาบาล	7 (13.7)	39(76.5)	5(9.8)	3.589	0.464
แพทย์,พยาบาล, ผู้ป่วยอื่น,ญาติ	3(9.4)	34(78.1)	7(12.5)		
เรื่องที่ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม จากพยาบาล					
การดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน	4 (11.4)	27(77.1)	4(11.4)	8.154	0.614
การดูแลทางด้านจิตใจ	1 (7.1)	13(92.9)	0(0)		
การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับ	4 (13.33)	19(63.33)	7(23.33)		
อุจจาระ ,การดูแลภาวะแทรกซ้อน, การดูแลทางด้านร่างกาย,การดูแล ทางด้านจิตใจ					
การล้างมือ					
ล้างมือปกติ	3(9.4)	22(68.8)	7(21.9)	3.736	0.154
ล้างมือบ่อยขึ้นแต่ไม่ผิดปกติ	7(11.1)	3(33.3)	5(7.9)		
ภาวะแทรกซ้อนจากการ ทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์					
ไม่มี	5 (5.9)	70(82.4)	10(11.8)	15.855	0.000**
มี	4 (44.4)	3(33.3)	2(22.2)		

ปัจจัยส่วนการเจ็บป่วยและการ รักษา (n = 95 คน)	คุณภาพชีวิตโดยรวม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X ²	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ถ้าใส่อุดตัน					
ไม่มี	10 (10.6)	72 (76.6)	12 (12.8)	0.305	0.859
มี	0 (0)	1 (100)	0 (0)		
มีฟันคั่นรอบ ๆ โคลอสโตมีย์					
ไม่มี	7 (7.9)	72 (80.9)	10 (11.2)	14.671	0.001**
มี	0 (50)	1 (16.7)	2 (33.3)		
มีใส่เล็กรอบ ๆ โคลอสโตมีย์					
ไม่มี	9 (9.7)	72 (77.4)	12 (12.9)	3.747	0.176
มี	1 (50)	1 (50)	0		
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมี					
โคลอสโตมีย์โดยรวม	10 (10.5)	73 (76.9)	12 (12.6)	185.391	0.000**
ด้านจิตใจ	10 (10.5)	73 (76.9)	12 (12.6)	137.761	
ด้านร่างกาย	10 (10.5)	73 (76.9)	12 (12.6)	160.786	
ด้านภาพลักษณ์	10 (10.5)	73 (76.9)	12 (12.6)	105.946	
ด้านผลการรักษา	10 (10.5)	73 (76.9)	12 (12.6)	76.298	
ด้านภาวะโภชนาการ	10 (10.5)	73 (76.9)	12 (12.6)	82.643	
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	10 (10.5)	73 (76.9)	12 (12.6)	84.98	

P < 0.05*, P < 0.01**

จากตารางที่ 16 เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการป่วยและการรักษา กับคุณภาพชีวิตโดยรวมโดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ การมีผื่นคันรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ และสภาวะดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์โดยรวมและรายด้าน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนสาเหตุของการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์,ระยะเวลาในการเจ็บป่วย, ระยะและที่มีโคลอสโตมีย์, การดูแลโคลอสโตมีย์, แหล่งความรู้ในการดูแลโคลอสโตมีย์, เรื่องที่ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมจากพยาบาล, การล้างมือ, ลำไส้อุดตัน, การมีได้เลื่อนรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ
คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ chi-square

ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ (n = 95 คน)	คุณภาพชีวิตโดยรวม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
สิทธิในการรักษาพยาบาล					
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	9(11.12)	64(97)	8(9.88)	5.267	0.148
เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้	1 (7.1)	9(64.3)	4(28.6)		
ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย					
ไม่มี	11 (14.1)	57(73.1)	10(12.8)	10.86	0.931
มี	3 (17.6)	12(70.6)	2(11.8)		
บุคคลที่สนิทสนมในครอบครัว					
พ่อ,แม่	4 (25)	10(62.5)	2(12.5)	4.521	0.436
สามี,ภรรยา	4 (9.3)	32(74.4)	7(16.3)		
ลูก,ญาติ	6(16.7)	27(75)	3(8.3)		
ความสัมพันธ์ในครอบครัว					
สนิทและเข้ากับได้ดี	9(11.7)	57(74)	11(14.3)	6.579	0.361
สนิทกันเป็นประจำ	0(0)	14(93.3)	1(6.7)		
ทะเลาะกันเป็นประจำ	0(0)	1(100)	0(0)		
ไม่สนิทสนมกัน	1(50)	1(50)	0(0)		
ภาวะวิตกกังวล					
ไม่มีภาวะวิตกกังวล/ สงสัยจะมีภาวะ	3(4.17)	57(79.17)	12(16.66)	15.47	0.000**
วิตกกังวล					
มีภาวะวิตกกังวล	7(30.43)	16(69.57)	0(0)		

ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ (n = 95 คน)	คุณภาพชีวิตโดยรวม				
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี	X	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ภาวะซึมเศร้า					
ไม่มีภาวะซึมเศร้า/สงสัยมีภาวะ ซึมเศร้า	1(1.25)	67(83.75)	12(15)	46.82	0.000**
มีภาวะซึมเศร้า	9(60)	6(40)	0		

P < 0.05*, P < 0.01**

จากตารางที่ 17 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตโดยรวมโดยใช้สถิติ chi-square พบว่า ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสิทธิในการรักษาพยาบาล, ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย, บุคคลที่สนิทสนมในครอบครัว, ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ T-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD	F	P-value
เพศ					
ชาย	63	82.63	14.47	1.18	0.149
หญิง	32	77.90	15.86		
อายุ					
18 - 40 ปี	19	76.10	16.86	1.539	0.220
41 - 60 ปี	42	83.35	13.88		
61 - 80 ปี	34	80.94	15.01		
สถานภาพสมรส					
โสด	22	79.00	15.09	4.919	0.009**
คู่	58	84.27	13.28		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	15	71.53	17.68		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	41	76.70	13.75	2.143	0.100
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส	28	84.14	14.24		
ปริญญาตรีขึ้นไป	26	84.53	16.57		
อาชีพก่อนป่วย					
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	28	85.46	85.46	3.385	0.021
รับจ้าง	20	84.15	84.15		
เกษตรกร กิจการส่วนตัว	31	79.77	79.77		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	71.87	71.87		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD	F	P-value
อาชีพหลังเจ็บป่วย					
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	29	85.76	14.23	6.698	0.000**
รับจ้าง	11	90.45	11.31		
เกษตรกร กิจการส่วนตัว	17	83.58	16.43		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	38	73.57	12.88		
รายได้ก่อนป่วย					
ไม่มีรายได้	17	72.70	13.35	10.474	0.000**
1,000-10,000 บาท	28	75.28	12.87		
10,001 ขึ้นไป	50	87.10	14.28		
รายได้หลังป่วย					
ไม่มีรายได้	41	72.97	13.03	19.832	0.000**
1,000-10,000 บาท	16	78.75	10.11		
10,001 ขึ้นไป	38	90.71	13.38		
รายได้รวมในครอบครัว					
ต่ำกว่า 10,000 บาท	10	67.50	15.84	6.193	0.003*
10,000 - 30,000 บาท	48	80.56	13.38		
30,000 ขึ้นไป	37	85.32	14.96		
โรคประจำตัวที่นอกเหนือจากสาเหตุ ที่ผ่าตัดโคลอสโตมีย์					
ไม่มี	76	81.86	14.42	0.660	0.500
มี	19	87.94	17.58		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD	F	P-value
ความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	83	80.45	15.26	0.600	0.339
มี	13	84.76	13.46		
โรคหัวใจ					
ไม่มี	93	81.39	14.90	0.002	0.116
มี	2	64.50	16.26		
โรคเบาหวาน					
ไม่มี	88	81.04	15.25	0.020	0.994
มี	77	81	13.17		
โรคเอดส์					
ไม่มี	93	81.74	14.40	10.53	0.002**
มี	2	81.02	15.04		

P < 0.05*, P < 0.01**

จากตารางที่ 18 เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สถานภาพสมรส, อาชีพหลังป่วย, รายได้ก่อนป่วย, รายได้หลังป่วย, รายได้รวมในครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีLSD

สถานภาพสมรส	Mean SD	โสด	คู่	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
โสด	79 (15.09)	-		
คู่	84.27 (13.27)	0.45	-	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	71.53 (17.63)	0.379	0.009**	-

$P < 0.05^*$, $P < 0.01^{**}$

จากตารางที่ 19 พบว่า กลุ่มที่มีสถานภาพคู่ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 20 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัจจัยบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอาชีพก่อนป่วยที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีLSD

อาชีพก่อนป่วย	Mean SD	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	รับจ้าง	เกษตรกร กิจการ ส่วนตัว	ไม่ได้ ประกอบ อาชีพ
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	85.46(15.60)	-			
รับจ้าง	84.15(11.21)	1.000	-		
เกษตรกร/กิจการ ส่วนตัว	79.77(15.81)	1.000	1.000	-	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	71.87(13.32)	0.021*	0.080	0.481	-

$P < 0.05^*$, $P < 0.01^{**}$

จากตารางที่ 20 พบว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพก่อนป่วยเป็นข้าราชการและรัฐวิสาหกิจมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 21 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม กับ ปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอาชีพหลังป่วยที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี LSD

อาชีพก่อนป่วย	Mean SD	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	รับจ้าง	เกษตรกร/ กิจการ ส่วนตัว	ไม่ได้ ประกอบ อาชีพ
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	85.76(14.23)	-	-	-	-
รับจ้าง	90.46(11.31)	1.00	-	-	-
เกษตรกร/กิจการ ส่วนตัว	83.59(16.44)	1.00	1.000	-	-
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	73.58(12.88)	0.003**	0.004**	0.090	-

$P < 0.05^*$, $P < 0.01^{**}$

จากตารางที่ 21 พบว่ากลุ่มที่มีอาชีพหลังป่วยเป็นข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจและอาชีพรับจ้าง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหลังป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 22 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมกับ ปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ก่อนป่วยที่แตกต่างกับของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี LSD

รายได้ก่อนป่วย	Mean SD	ไม่มี รายได้	1,000-10,000บาท	10,001 บาท ขึ้นไป
ไม่มีรายได้	72.70(13.34)	-	-	-
1,000 - 10,000 บาท	75.28(12.87)	1.000	-	-
10,001 บาทขึ้นไป	87.10(14.28)	0.001**	0.001**	-

$P < 0.05^*$, $P < 0.01^{**}$

จากตารางที่ 22 พบว่ากลุ่มที่ไม่มีรายได้ก่อนป่วย และกลุ่มที่มีรายได้ 1,000-10,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้ 10,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 23 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมกับ ปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้หลังป่วยที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี LSD

รายได้หลังป่วย	Mean SD	ไม่มี รายได้	1,000-10,000 บาท	10,001 บาท ขึ้นไป
ไม่มีรายได้	72.97(13.34)	-		
1,000 - 10,000 บาท	78.75(12.87)	0.384	-	
10,001 บาทขึ้นไป	90.71(14.28)	0.000**	0.007**	-

$P < 0.05^*$, $P < 0.01^{**}$

จากตารางที่ 23 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้หลังป่วย และกลุ่มที่มีรายได้ 1,000-10,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้ 10,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 24 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมกับ ปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้รวมในครอบครัวที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี LSD

รายได้รวมในครอบครัว	Mean SD	ต่ำกว่า 10,000	10,000-30,000	30,001 บาทขึ้นไป
ต่ำกว่า 10,000 บาท	67.50(15.48)	-		
10,000 - 30,000 บาท	80.56(13.38)	0.030*	-	
30,001 ขึ้นไป	85.32(14.96)	0.002**	0.392	-

$P < 0.05^*$, $< 0.01^{**}$

จากตารางที่ 24 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ในครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้ในครอบครัว 10,000-30,000 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้ 30,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 25 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา กับ คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ T-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD	F	P-value
สาเหตุของการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์					
CA rectum	70	82.00	15.15	0.586	0.559
Ca colom	14	79.21	15.21		
การมีแผลเรื้อรังบริเวณลำไส้, อุบัติเหตุ แผ่นดินไหว	11	77.27	14.63		
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย					
1 เดือน - 1 ปี	26	81.46	16.77	0.255	0.615
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	69	80.88	14.47		
ระยะที่มีโคลอสโตมีย์					
1 เดือน - 1 ปี	48	80.71	16.05	0.335	0.564
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	47	81.38	14.09		
การดูแลโคลอสโตมีย์					
ดูแลโคลอสโตมีย์เอง	6	81.24	15.48	0.010	0.922
มีผู้อื่นดูแลโคลอสโตมีย์ให้	33	80.66	14.40		
ผลกระทบผู้ดูแลโคลอสโตมีย์					
ไม่มี	94	81.27	14.94	1.483	0.142
มี	1	59.00	1		
แหล่งความรู้ในการดูแลโคลอสโตมีย์					
พยาบาล	51	79.67	14.87	0.245	0.622
แพทย์, พยาบาล, ผู้ป่วยอื่น,ญาติ	44	82.63	15.25		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD	F	P-value
เรื่องที่ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม จากพยาบาล					
การดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน	46	82.34	16.53	0.365	0.695
การดูแลทางด้านจิตใจ	14	78.92	11.66		
การเปลี่ยนเป็น กุญแจรับอุจจาระ, การดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล ทางด้านร่างกาย,การดูแลทางด้านจิตใจ	35	80.17	14.37		
การล้างมือ					
ล้างมือปกติ	32	83.50	15.96	0.728	0.857
ล้างมือบ่อยขึ้นแต่ไม่ผิดปกติ	63	79.79	14.51		
ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด					
โคลอสโตมีย์					
ไม่มี	86	81.92	14.12	5.825	0.079
มี	9	72.67	21.26		
ลำไส้อุดตัน					
ไม่มี	94	80.95	15.09	4.784	0.552
มี	1	90.00	10.0		
มีผื่นคันรอบๆ โคลอสโตมีย์					
ไม่มี	89	81.53	14.46	0.072	0.031*
มี	6	73.83	22.49		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD	F	P-value
มีไข้เลือดรอบ ๆ ไคลอสโตมีย์					
ไม่มี	93	81.48	14.72	3.587	0.769
มี	2	60.50	21.92		

$P < 0.05^*$, $P < 0.01^{**}$

จากตารางที่ 25 เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา พบว่า การมีผื่นคันรอบ ๆ ไคลอสโตมีย์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าการไม่มีผื่นคันรอบ ๆ ไคลอสโตมีย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 26 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ T-test

ปัจจัยทางด้านการเจ็บ ป่วยและการรักษา	คุณภาพชีวิตโดยรวม									F	P-value
	ไม่ดี			กลาง ๆ			ดี				
	n	x	SD	n	x	SD	n	x	SD		
สภาวะการดำรงชีวิต ต่อการมีไคลอสโตมีย์	13	37.71	9.57	70	62.31	11.18	12	80.42	7.11	52.35	0.000**

$P < 0.05^*$, $P < 0.01^{**}$

จากตารางที่ 26 เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีไคลอสโตมีย์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 27 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ T-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD	F	P-value
สิทธิในการรักษาพยาบาล					
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	78	81.42	14.70	0.072	0.769
เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้	17	79.29	16.86		
ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย					
ไม่มี	78	81.42	14.70	0.008	0.600
มี	17	79.29	16.86		
บุคคลที่สนับสนุนในครอบครัว					
พ่อ,แม่	16	77.00	17.86	1.411	0.249
สามี, ภรรยา	43	83.69	14.01		
ลูก,ญาติ	36	79.66	14.72		
ความสัมพันธ์ในครอบครัว					
สนิทและเข้ากันได้ดี	77	81.67	15.61	1.372	0.399
สนิทกันเป็นบางครั้ง, ทะเลาะกันเป็นประจำ, ไม่สนิทสนมกัน	18	78.33	12.31		
ภาวะวิตกกังวล					
ไม่มีภาวะวิตกกังวล/สงสัยจะมีภาวะ วิตกกังวล	72	85.27	13.07	0.145	0.000**
มีภาวะวิตกกังวล	23	67.78	13.13		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD	F	P-value
ภาวะซึมเศร้า					
ไม่มีภาวะซึมเศร้า/สงสัยจะมีภาวะ ซึมเศร้า	80	84.67	12.22	1.443	0.000**
มีภาวะซึมเศร้า	15	61.66	14.08		

$P < 0.05^*$, $P < 0.01^{**}$

จากตารางที่ 27 เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าไม่พบภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตรายด้านกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency)

ตารางที่ 28 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตรายด้านกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency)

ปัจจัย n = 95 คน	คุณภาพชีวิตโดยรวม	
	r	P = value
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	0.913**	0.000
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	0.929**	0.000
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	0.582**	0.000
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	0.912**	0.000

* Correlation is significant at the 0.05 (2 – tailed)

** Correlation is significant at the 0.01 (2 – tailed)

จากตารางที่ 28 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตระยะด้านกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย, คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ, คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม, คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 29 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency)

ปัจจัย n = 95 คน	คุณภาพชีวิตโดยรวม	
	r	P = value
ภาวะวิตกกังวล	-0.576**	0.000
ภาวะซึมเศร้า	-0.747**	0.000
อายุ	0.045	0.664
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์โดยรวม	0.841**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านจิตใจ	0.868**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านร่างกาย	0.820**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ภาพลักษณ์	0.603**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลการรักษา	0.474**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านโภชนาการ	0.569**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์การที่สนับสนุนทางสังคม	0.512**	0.000

* Correlation is significant at the 0.05 (2 – tailed)

** Correlation is significant at the 0.01 (2 – tailed)

จากตารางที่ 29 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Co-efficiency) พบว่า ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01, และสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์โดยรวม, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านจิตใจ, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านร่างกาย, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านภาพลักษณ์, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลการรักษา, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านโภชนาการ, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ตารางที่ 30 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

ปัจจัย n = 95 คน	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	
	r	P = value
ภาวะวิตกกังวล	-0.556**	0.000
ภาวะซึมเศร้า	-0.729**	0.000
อายุ	-0.609	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์โดยรวม	0.808**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านจิตใจ	0.813**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านร่างกาย	0.837**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ภาพลักษณ์	0.580**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลการรักษา	0.497**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านโภชนาการ	0.534**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์การที่สนับสนุนทางสังคม	0.407**	0.000

* Correlation is significant at the 0.05 (2 - tailed)

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

จากตารางที่ 30 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Co-efficiency) พบว่า ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01, และสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์โดยรวม, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านจิตใจ, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านร่างกาย, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ภาพลักษณ์, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลการรักษา, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านโภชนาการ, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์การที่สนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ตารางที่ 31 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson Correlation Coefficiency

ปัจจัย n = 95 คน	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	
	r	P = value
ภาวะวิตกกังวล	-0.657**	0.000
ภาวะซึมเศร้า	-0.739**	0.000
อายุ	0.003	0.975
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์โดยรวม	0.815**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านจิตใจ	0.829**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านร่างกาย	0.780**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ภาพลักษณ์	0.649**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลการรักษา	0.376**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านโภชนาการ	0.605**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์การที่สนับสนุนทางสังคม	0.489**	0.000

* Correlation is significant at the 0.05 (2 – tailed)

** Correlation is significant at the 0.01 (2 – tailed)

จากตารางที่ 31 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Co-efficiency) พบว่า ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01, และสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์โดยรวม, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านจิตใจ, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านร่างกาย, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ภาพลักษณ์, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลการรักษา, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านโภชนาการ, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์การที่สนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ตารางที่ 32 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency)

ปัจจัย n = 95 คน	คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	
	r	P = value
ภาวะวิตกกังวล	-0.249**	0.015 .
ภาวะซึมเศร้า	-0.365**	0.000
อายุ	0.207*	0.044
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์โดยรวม	0.432**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านจิตใจ	0.396**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านร่างกาย	0.379**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ภาพลักษณ์	0.236*	0.021
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลการรักษา	0.420**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านโภชนาการ	0.233**	0.023
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์การที่สนับสนุน ทางสังคม	0.414**	0.000

* Correlation is significant at the 0.05 (2 - tailed)

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

จากตารางที่ 32 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Coefficiency) พบว่า ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01, และสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์โดยรวม, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านจิตใจ, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านร่างกาย, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ภาพลักษณ์, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลการรักษา, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านโภชนาการ, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์การที่สนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 33 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้าน

สิ่งแวดล้อม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson Correlation Coefficiency

ปัจจัย n = 95 คน	คุณภาพชีวิตด้าน สิ่งแวดล้อม	
	r	P = value
ภาวะวิตกกังวล	-0.410**	0.000
ภาวะซึมเศร้า	-0.61**	0.000
อายุ	0.107	0.301
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยโดยรวม	0.715**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านจิตใจ	0.778**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านร่างกาย	0.680**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยภาพลักษณ์	0.495**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านผลการรักษา	0.372**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านโภชนาการ	0.453**	0.000
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยการที่สนับสนุนทางสังคม	0.473**	0.000

* Correlation is significant at the 0.05 (2 – tailed)

** Correlation is significant at the 0.01 (2 – tailed)

จากตารางที่ 33 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Co-efficiency) พบว่าภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01, และสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยโดยรวม, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านจิตใจ, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านร่างกาย, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยภาพลักษณ์, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านผลการรักษา, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยด้านโภชนาการ, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยการที่สนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

ผู้วิจัยได้ทำการเลือกเทคนิควิเคราะห์ความลดความพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression Analysis) มาใช้ในการหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์มีดังนี้

y	=	คุณภาพชีวิต
X ₁	=	ภาวะวิตกกังวล
X ₂	=	ภาวะซึมเศร้า
X ₃	=	อาชีพหลังป่วย (ไม่ได้ทำงานเทียบกับข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ หรือรับจ้าง)
X ₄	=	รายได้รวมในครอบครัว (มากกว่า 30,000 บาท เทียบกับน้อยกว่า 10,000 บาท)
X ₅	=	รายได้หลังป่วย (มากกว่า 10,000 บาท เทียบกับไม่มีรายได้หรือรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท)
X ₆	=	สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์
X ₇	=	โรคหัวใจ
X ₈	=	โรคเอดส์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 34 แสดงปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติโดยการทดสอบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stewise Multiple Regression Analysis)

ปัจจัย	R	R ²	B	t	P-Value
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัย	0.841	0.707	0.841	8.721	0.000**
รายได้หลังป่วย (มากกว่า 10,000 บาท เทียบกับไม่มีรายได้ หรือรายได้ไม่เกิน 10,000บาท)	0.862	0.744	0.211	3.623	0.000**
โรคเอดส์	0.878	0.772	-0.172	-3.325	0.001**
ค่าคงที่	-	-	36.125	10.890	0.000**

*P < 0.05, **P < 0.01

จากตารางที่ 34 พบว่า สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัย, รายได้หลังป่วยมากกว่า 10,000 บาท เทียบกับไม่มีรายได้ หรือรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท , โรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ โดยสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวม ร้อยละ 70.07 เมื่อเพิ่มตัวแปรรายได้หลังป่วยมากกว่า 10,000 บาท เทียบกับไม่มีรายได้ หรือรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท สามารถทำนายได้ร้อยละ 74.4 และเมื่อเพิ่มตัวแปรโรคเอดส์ สามารถทำนายได้ร้อยละ 77.20 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 3 ตัวจึงเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 35 แสดงปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติโดยการทดสอบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stewise Multiple Regression Analysis)

ปัจจัย	R	R ²	B	t	P-Value
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์	0.808	0.652	0.808	5.989	0.000**
ภาวะซึมเศร้า	0.835	0.697	-0.249	-3.687	0.000**
อาชีพหลังป่วย (ไม่ได้ทำงานเทียบกับข้าราชการ /รัฐวิสาหกิจ หรือรับจ้าง)	0.853	0.727	-0.1483	-3.172	0.000**
ค่าคงที่	-	-	14.045	7.405	0.000**

*P < 0.05, **P < 0.01

จากตารางที่ 35 พบว่า สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์, ภาวะซึมเศร้า, อาชีพหลังป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานเทียบกับข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ หรือรับจ้าง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ โดยสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายร้อยละ 65.2 เมื่อเพิ่มตัวแปรภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายได้ร้อยละ 69.7 และเมื่อเพิ่มตัวแปรอาชีพหลังป่วยในกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานเทียบกับกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ หรือรับจ้าง สามารถทำนายได้ร้อยละ 72.70 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 3 ตัวจึงเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 36 แสดงปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติการทดสอบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stewise Multiple Regression Analysis)

ปัจจัย	R	R ²	B	t	P-Value
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์	0.815	0.664	0.815	13.543	0.000**
โรคเอดส์	0.840	0.706	-0.211	-3.647	0.000**
รายได้หลังป่วย (มากกว่า 10,000 บาท เทียบกับไม่มีรายได้ หรือรายได้ไม่เกิน 10,000บาท)	0.862	0.742	0.212	3.583	0.001**
ภาวะซึมเศร้า	0.870	0.756	-0.144	-2.265	0.026*
ภาวะวิตกกังวล	0.876	0.768	-0.132	-2.093	0.039*
ค่าคงที่	-	-	12.437	5.595	0.000**

*P < 0.05, **P < 0.01

จากตารางที่ 36 พบว่า สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์, โรคเอดส์, รายได้หลังการเจ็บป่วย ในกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 เทียบกับไม่มีรายได้หรือรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท , ภาวะซึมเศร้า, ภาวะวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.01 และ P < 0.05 โดยสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจร้อยละ 66.40 เมื่อเพิ่มตัวแปรโรคเอดส์สามารถทำนายได้ร้อยละ 70.60 เมื่อเพิ่มตัวแปรรายได้หลังการเจ็บป่วยในกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท เทียบกับไม่มีรายได้หรือรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท สามารถทำนายได้ร้อยละ 74.20 เมื่อเพิ่มตัวแปรภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายได้ร้อยละ 75.60 และเมื่อเพิ่มตัวแปรภาวะวิตกกังวล สามารถทำนายได้ร้อยละ 76.80 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 5 ตัวจึงเป็นตัวแปรทำนายที่ดีสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้

ตารางที่ 37 แสดงปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติการทดสอบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stewise Multiple Regression Analysis)

ปัจจัย	R	R ²	B	t	P-Value
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์	0.432	0.187	0.432	4.622	0.000**
รายได้รวมในครอบครัว (มากกว่า 30,000 บาท เทียบกับน้อยกว่า 10,000 บาท)	0.470	0.221	0.188	2.016	0.047**
ค่าคงที่	-	-	5.506	6.825	0.000**

*P < 0.05, **P < 0.01

จากตารางที่ 37 พบว่า สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์, รายได้รวมในครอบครัว ในกลุ่มที่มากกว่า 30,000 บาท เทียบกับกลุ่มที่น้อยกว่า 10,000 บาท มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ และ 0.05 โดยสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์เป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 18.7 เมื่อเพิ่มตัวแปรรายได้รวมในครอบครัว สามารถทำนายได้ร้อยละ 22.20 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 2 ตัว จึงเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 38 แสดงปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ ความทดสอบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stewise Multiple Regression Analysis)

ปัจจัย	R	R ²	B	t	P-Value
สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัย	0.715	0.512	0.715	9.874	0.000**
รายได้หลังป่วย (มากกว่า 10,000 บาท เทียบกับไม่มีรายได้ หรือรายได้ไม่เกิน 10,000บาท)	0.745	0.569	0.263	3.484	0.001**
ค่าคงที่	-	-	12.856	9.723	0.000**

*P < 0.05, **P < 0.01

จากตารางที่ 38 พบว่า สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัย, รายได้หลังป่วย ในกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีรายได้หรือรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ โดยสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมัยเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 51.20 และเมื่อเพิ่มตัวแปรรายได้หลังป่วยในกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท เทียบกับไม่มีรายได้หรือรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท สามารถทำนายได้ร้อยละ 56.9 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 2 ตัว จึงเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research Design) ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร และเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ทั้งหมด 95 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2550 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS) แบบวัดสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะข้อมูล ใช้สถิติไค - สแควร์ (Chi-Square) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ใช้สถิติ t-test เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมและปัจจัยด้านต่างๆ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน และใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 95 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 42.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.23 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 61.1 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 38.9 ก่อนเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจร้อยละ 29.5 หลังการเจ็บป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ก่อนการเจ็บป่วย ตั้งแต่ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 33 หลังการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ร้อยละ 43.2 มีรายได้ในครอบครัวส่วนใหญ่ตั้งแต่ 10,000-30,000 บาท ร้อยละ 50.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติดร้อยละ 68 มีประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด ร้อยละ 28.4 ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 23.2 และบุหรี่ร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่สาเหตุของการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ร้อยละ 76

กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่สาเหตุของการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ร้อยละ 76 มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่สาเหตุของการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ ร้อยละ 19 และส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.7

1.2 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา

สาเหตุส่วนใหญ่ของการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ คือโรคมะเร็งทวารหนัก (ca rectum) ร้อยละ 73.7) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 49.5 และส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาที่มีโคลอสโตมีย์อยู่ในช่วงมากกว่า 1 เดือน – 6 เดือน ร้อยละ 32.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลโคลอสโตมีย์ด้วยตนเองร้อยละ 62 มีผู้อื่นช่วยดูแลโคลอสโตมีย์ร้อยละ 33 ผู้ที่ช่วยดูแลโคลอสโตมีย์ส่วนใหญ่เป็นสามีภรรยาของผู้ป่วยร้อยละ 18.9 การดูแลโคลอสโตมีย์ส่วนใหญ่ไม่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลร้อยละ 98.9

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หลังทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ มีการล้างบ่อยขึ้นแต่ไม่ผิดปกติร้อยละ 63 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้ในการดูแลโคลอสโตมีย์จากพยาบาลร้อยละ 53.7 และเรื่องที่ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมจากพยาบาลส่วนใหญ่คือการดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 36.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ร้อยละ 86 และมี

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ร้อยละ 9.49 ภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่คือ ภาวะมีผื่นคันรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ร้อยละ 6.3

ภาวะแทรกซ้อนที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเป็นอันดับ 1 คือ การรั่วซึมของ อุจจาระร้อยละ 32.6 การมีผื่นคันรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ร้อยละ 30.5 การเข้าสังคมร้อยละ 20 การ มีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระร้อยละ 11.6 ปัญหาเพศสัมพันธ์ร้อยละ 5.3

ภาวะแทรกซ้อนที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเป็นอันดับ 5 คือ ปัญหา เพศสัมพันธ์ร้อยละ 65.3 การมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระร้อยละ 15.8 การเข้าสังคมร้อยละ 13.7 การมีผื่นคันรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ร้อยละ 5.3 ส่วนการรั่วซึมของอุจจาระเป็นภาวะแทรกซ้อนที่กลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมดไม่เลือกให้ความสำคัญเป็นอันดับที่ 5

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะทางดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์รวมอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 61.23 คะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.29

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านจิตใจอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมี คะแนนเฉลี่ย 63.57 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.93 คะแนน

สภาวะดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านร่างกายอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมี คะแนนเฉลี่ย 60.63 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.98

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านการรับรู้ต่อภาพลักษณ์อยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีค่าเฉลี่ย 51.10 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 21.85

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลการรักษาอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 58.35 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.35

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลต่อภาวะโภชนาการอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 61.71 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.52

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับกลาง ร้อย ละ 73.69 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.60 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ร้อยละ 45 ส่วนกลุ่ม ตัวอย่างที่จ่ายเงินสดร้อยละ 14.7 ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่คือบุตรหรือญาติร้อยละ 7.4

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสนิทสนมกับสามี ภรรยา ร้อยละ 45.3 และกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่สนิทสนมและเข้ากันได้ดีในครอบครัวร้อยละ 81.1

กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะวิตกกังวล หรือสงสัยว่ามีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 75.8 มีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 24.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.78 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.47

กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือสงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 84.2 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.14 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.758

2. คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางร้อยละ 76.84 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 80.20 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.68

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 72.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 21.61 คะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.55

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 63.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 19.25 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.57

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 72.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.19 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.11

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 81.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 24.86 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.56

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

3.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยใช้สถิติ chi-square พบว่า รายได้หลังการเจ็บป่วยและโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, และพบว่าสถานภาพ, รายได้ก่อนการเจ็บป่วยและรายได้รวมในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ t - test พบว่า สถานภาพสมรส, อาชีพหลังป่วย, รายได้ก่อนป่วย, รายได้หลังป่วย, รายได้รวมในครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย โดยใช้สถิติ chi-square พบว่า โรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่าสถานภาพ, อาชีพหลังป่วย, รายได้ก่อนป่วย, รายได้

หลังป่วย, รายได้รวมในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ โดยใช้สถิติ chi-square พบว่า สถานภาพ, รายได้ก่อนป่วย, รายได้หลังป่วย, รายได้ภายในครอบครัว, โรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่า ระดับการศึกษา, อาชีพหลังป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมโดยใช้สถิติ chi-square พบว่า รายได้รวมในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมโดยใช้สถิติ chi-square พบว่า รายได้หลังเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, และพบว่ารายได้ก่อนการเจ็บป่วยและโรคหัวใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษากับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

4.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษากับคุณภาพชีวิตโดยรวมโดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์, การมีผื่นคันรอบ ๆ โคลอสโตมีย์, และสภาวะดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์โดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4.2 เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษาโดยใช้สถิติ t - test พบว่า การมีผื่นคันรอบ ๆ ทวารเทียม และสภาวะดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์โดยรวมและรายด้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

5.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตโดยรวมโดยใช้สถิติ chi-square พบว่า ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5.2 เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจโดยใช้สถิติ t-test พบว่า ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

6. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตรายด้านกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency)

6.1 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตรายด้านกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Co-efficiency) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย, คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ, คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม, คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

6.2 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Co-efficiency) พบว่า ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01, และสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์โดยรวม, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านจิตใจ, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านร่างกาย, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านภาพลักษณ์, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลการรักษา, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านโภชนาการ, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

6.3 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Co-efficiency) พบว่า ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01, และสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์โดยรวม, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านจิตใจ, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านร่างกาย, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ภาพลักษณ์, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลการรักษา, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านโภชนาการ, สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์การที่สนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

7. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

จากการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression Analysis) มาใช้ในการหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต พบว่า

คุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์, รายได้หลังป่วยมากกว่า 10,000 บาทเทียบกับไม่มีรายได้ หรือรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท, โรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย พบว่า สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์, ภาวะซึมเศร้า, อาชีพหลังป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานเทียบกับข้าราชการหรือรับจ้าง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่า สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์, โรคเอดส์, รายได้หลังการเจ็บป่วย ในกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทเทียบกับไม่มีรายได้หรือรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท, ภาวะซึมเศร้า, ภาวะวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ และ $P < 0.05$

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ รายได้รวมในครอบครัว ในกลุ่มที่มากกว่า 30,000 บาท เทียบกับกลุ่มที่น้อยกว่า 10,000 บาท มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ และ 0.05

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ รายได้หลังป่วย ในกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีรายได้หรือรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตโดยรวม

คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 95 คน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 10.53 มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ร้อยละ 76.84 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 12.63 ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมนั้นจากการศึกษาพบว่า

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธิดา กาญจนรังษี (31) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสีย พบว่า ผู้สูญเสียที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มหม้าย/หย่า/แยก อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าสถานภาพสมรสมีความสำคัญในแง่ของการสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในกลุ่มสถานภาพสมรสคู่จะได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส ทำให้ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ได้รับการสนองตามความต้องการพื้นฐาน ก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคงส่งเสริมให้รู้จักคิด และแก้ไขปัญหา มีกำลังใจที่จะต่อสู้อุปสรรคมากขึ้น ช่วยลดความเครียดส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับกลุ่มสถานภาพสมรสโสดก็มีคุณภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก สภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยมีความใกล้ชิดระหว่างเครือญาติรวมไปถึงเพื่อนบ้าน ทำให้ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ที่ยังเป็นโสดยังคงได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและสมาชิกในครอบครัว จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตในกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสโสดและคู่ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่กลุ่มสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก ซึ่งนอกจากที่ต้องเผชิญกับปัญหาจากการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์แล้ว ยังต้องห่างเหินจากคู่สมรสหรือครอบครัว ทำให้ขาดคู่อุปถัมภ์ ขาดคนคอยดูแล ส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ มากกว่าสถานภาพโสดและคู่ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยกมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มสถานภาพสมรสโสดและคู่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนรายได้ก่อนป่วย รายได้หลังป่วย และรายได้รายในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีรายได้ก่อนป่วย และกลุ่มที่มีรายได้หลังป่วย 10,000 บาท ขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ 1,000-10,000 บาท และกลุ่มที่ไม่มีรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วน

กลุ่มที่มีรายได้รวมในครอบครัว 10,000-30,000 บาท และกลุ่มที่มีรายได้ไม่เกิน 30,000 บาท มีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกับกลุ่มที่มีรายได้ 30,000 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ โดยผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ที่มีรายได้ 10,000-30,000 บาทขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอที่จะเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดำรงชีวิตและการซื้ออุปกรณ์ในการดูแลโคลอสโตมีย์ สามารถแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ในการดูแลตนเองเพื่อดำรงภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรที่มีรายได้สูง จะสามารถซื้ออุปกรณ์ แป้นและถุงรองรับอุจจาระที่มีประสิทธิภาพได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่ารายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสาธารณสุข คือผู้ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองที่ดีกว่า

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า อาชีพหลังการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาชีพ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรที่มีอาชีพสามารถดำรงบทบาทที่เคยมีอยู่ซึ่งนักสังคมวิทยาเชื่อว่าบทบาทของคนทำงาน เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากการมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่า ส่วนการลาออกจากงานถือว่าการสูญเสียบทบาทของคน ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของความพึงพอใจในชีวิตต่ำ อีกทั้งการมีอาชีพจะส่งผลต่อเศรษฐกิจและรายได้ของครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาพบว่าหลังการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 40 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรที่มีอาชีพรับราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรืออาชีพรับจ้างมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของอีแวนส์ และคณะอ้างในสุทธิดา (31) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไต พบว่า ความสามารถกลับไปทำงานได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาพบว่าโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโรคเอดส์ในความรู้สึของผู้ติดเชื้อหมายถึงความสิ้นหวัง ไม่มียาที่จะรักษาให้หายขาด โรคนี้เป็นแล้วต้องตาย นอกจากก่อให้เกิดความเจ็บป่วยเสียชีวิต และการสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมากแล้ว ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นยังเป็นภาวะเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องมีการดูแลตนเองเป็นพิเศษโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำรงชีวิต การใช้ยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การเฝ้าระวัง และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก อีกทั้งการมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลตนเอง และความไม่แน่นอนจากพยาธิสภาพของโรคมากขึ้น

นอกจากนี้ยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องใช้และในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวดังนั้นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่สาเหตุการทำโคลอสโตมีย์ โดยเฉพาะโรคเอดส์จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ การมีผื่นคันรอบๆ โคลอสโตมีย์ มีความสัมพันธ์กับการมีโคลอสโตมีย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการมีการรั่วซึมของอุจจาระที่ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้หรือเกิดการระคายเคืองจากการปิดถุงรองรับอุจจาระไม่ถูกต้อง อีกทั้งยังอาจเกิดภาวะระคายเคืองจากการแพ้แป้นและถุงรองรับอุจจาระ ทำให้ผิวหนังรอบ ๆ โคลอสโตมีย์มีอาการแสบร้อน ผื่นแดง เปื่อย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนูแกนท์และคณะ (46) ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม และพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียมคือการมีผื่นคันรอบ ๆ ทวารเทียม มีการรั่วซึมของอุจจาระและการมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระ การให้คำแนะนำในการดูแลโคลอสโตมีย์จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของบราทาร์และคณะ (3) พบว่า การรับรู้ที่จะต้องทำผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินอุจจาระมีผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรงก่อนผ่าตัด เกิดความเครียดทันทีหลังผ่าตัด กลุ่มใจระกักกังวลเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของสังคม ผู้ป่วยลดการอาสาสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เกิดในผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรทำให้เกิดผลกระทบซึ่งสรุปได้ว่า ด้านร่างกายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความสามารถในการย่อยและการดูดซึม การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตใจผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรระยะแรกจะไม่สามารถยอมรับโคลอสโตมีย์ซึ่งจะมีพฤติกรรมการแสดงออกในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน แต่ทุกคนจำเป็นที่จะต้องใช้ชีวิตประจำวันในการขับถ่ายอุจจาระออกทางหน้าท้องและมีถุงรองรับอุจจาระไว้ตลอดชีวิตและมีความรู้สึกที่ตนเองไม่ต้องการเปิดเผยว่าตนเองมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ทางด้านสังคมจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ และภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรจะมีความคิดว่าปัญหาสุขภาพของตนเองไม่เหมือนใคร ไม่ต้องการพบปะผู้คนทำให้แยกตนเองออกจากสังคมเหล่านี้ล้วนเป็นผลจากการมีโคลอสโตมีย์ทั้งสิ้น ดังนั้นควรมีการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเวด (Wade)(41) ที่ได้ทำการศึกษากการปรับตัวทางด้านสังคมของผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลและ

มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6 มีอาการซึมเศร้าระดับวิกฤติร้อยละ 5 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย หลัง ผ่าตัด 1 ปี ร้อยละ 9 มีอาการวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย สุวรรณและคณะ (43) ได้ศึกษาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมหนักจำนวน 9 คน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 9 คนมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมากเกี่ยวกับการมีทวารหนักเทียม และ 3 ใน 9 คน มีความคิดว่าอยากตาย การมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรทำให้เกิดผลกระทบทางจิตใจ คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจในการที่จะยอมรับการมีโคลอสโตมีย์ ชนิดถาวร ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรเกิดภาวะเครียด ซึ่งตามกลไกการเผชิญความเครียดในผู้ที่รู้ว่าคุณเองมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปโดยการมีช่อง ทางเปิดอุจจาระที่หน้าห้อง ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์จะมีอาการช็อก หงุดหงิดใจจนตัวชา เป็น ระยะเวลาประมาณ 1-2 วัน หลังจากนั้นจะเริ่มรับรู้โดยการแสดงความวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ บางคนมีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าวหรือแยกตัวโดยใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์ จึงเริ่มเข้าสู่ระยะที่ ผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวได้ การมีโคลอสโตมีย์เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการ ยอมรับสภาพของตนเองในการมีช่องเปิดโคลอสโตมีย์ ความรู้สึกของผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ส่วนมาก ไม่ต้องการมีโคลอสโตมีย์แต่เมื่อมีโคลอสโตมีย์แล้วก็ต้องยอมรับสภาพร่างกายของตนเอง และ พยายามที่จะดูแลโคลอสโตมีย์ให้ดีที่สุด ดังนั้นผู้ที่มีโคลอสโตมีย์บางรายอาจจะปิดบังโคลอสโตมีย์ ให้พ้นสายตาของบุคคลอื่นโดยการสวมใส่เสื้อผ้า นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะ ซึมเศร้าจะมีการแยกตัวจากสังคมและส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ดังนั้นบุคคลากร ในทีมสุขภาพจึงควรเน้นการดูแลทางด้านจิตใจในผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลาที่มีโคลอสโตมีย์จากการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยรวม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ โธมัสและคณะ อังในจรินทร์ (22) พบว่า ระยะเวลาที่ มีโคลอสโตมีย์ทำให้เกิดผลกระทบต่อการกลับไปทำงานอีกครั้งหนึ่งของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ แตกต่างกันไป คือ 1/3 ของผู้ป่วยหญิงและ 1/2 ของผู้ป่วยชาย ไม่สามารถกลับไปทำงาน ได้ในเวลา 3 เดือนหลังผ่าตัด และพบว่า ร้อยละ 45 ของผู้ป่วยกลับไปทำงานได้ใน ระยะเวลา 6 เดือน แต่ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้เวลาประมาณ 1ปีจึงจะปรับตัวได้ สอดคล้อง กับแนวความคิดที่ว่า ธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความ มั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่จากการศึกษานี้ พบว่า ระยะเวลาที่มีโคลอสโตมีย์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของสมคิด โพธิ์ชนะพันธ์และคณะ (15) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มี ผลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร และพบว่า ระยะเวลาในการมีโคลอสโตมีย์ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกิจกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเองในระยะเวลาอันสั้น เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะคิดว่า การดูแลโคลอสโตมีย์เป็นสิ่งที่น่ารังเกียจสำหรับบุคคลอื่นที่จะดูแลให้ และผู้ป่วยไม่ยอมเป็นภาระแก่คนอื่นจึงสามารถปรับตัวและดูแลโคลอสโตมีย์ได้ในระยะเวลารวดเร็ว แต่อย่างไรก็ตามในช่วงแรกหลังการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ บุคลากรในทีมสุขภาพและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยต้องคอยดูแลให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างใกล้ชิดเพื่อที่จะเป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ยอมรับการมีโคลอสโตมีย์และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข .

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 72 จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส อาชีพหลังป่วย รายได้ก่อนป่วย รายได้หลังป่วย และรายได้รวม โรคเอดส์ และภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย เนื่องจากการมีโคลอสโตมีย์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งในเรื่องภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงและดูแลรองรับอุจจาระ การเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้หลังการผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ต่อการทำงานทั้งการกลับไปทำงานใหม่ในหน้าที่เดิมหรือการหางานใหม่ซึ่งมีผลกระทบต่อรายได้จากการทำงาน และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นแพทย์และพยาบาลควรให้ความสำคัญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย เนื่องจากสุขภาพที่แข็งแรงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงาน และใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

3. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางร้อยละ 63.2 จากการศึกษาพบว่า สถานภาพ รายได้ก่อนป่วย รายได้หลังป่วย รายได้รวม โรคเอดส์อาชีพหลังป่วย ระดับการศึกษา ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ปัจจัยด้านภาวะวิตกกังวลและการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ การมีโคลอสโตมีย์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาพลักษณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเครียด กลัวผู้อื่นจะรังเกียจ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวตาย และจะแสดงอาการโกรธ ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นอาการทางด้านสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพจึงควรเน้นการดูแลทางด้านจิตใจในผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าเพื่อเป็นการป้องกันความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้น และเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วย การดูแลอย่างใกล้ชิด การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การไม่

แสดงท่าทีที่รังเกียจโคลอสโตมีย์จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี นอกจากนี้ควรเปิดโอกาสให้ครอบครัว หรือญาติผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยด้วย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ยอมรับการมีโคลอสโตมีย์ได้ และสามารถผ่อนคลายความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าลงได้

4. คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางร้อยละ 72.6 จากการศึกษาพบว่า สถานภาพ อายุ รายได้รวมในครอบครัวภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพาดิลลาและแกรนท์ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ทำการโคลอสโตมีย์ ทั้งนี้เนื่องจากอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ซึ่งจะส่งผลต่อการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป นอกจากนี้การมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรทำให้ผู้ป่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาพลักษณ์ มีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรคิดว่าการมีโคลอสโตมีย์เป็นสิ่งสกปรก น่ารังเกียจ ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ไม่ต้องการพบปะผู้คนทำให้แยกตนเองออกจากสังคม การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะเครียดและส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดี ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ต้องการการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างมาก เพราะการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเชื่อว่าได้รับการยอมรับ การดูแลเอาใจใส่ มีคนยกย่องเห็นคุณค่า ยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีขวัญและกำลังใจที่ดีและมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองได้

ปัจจัยด้านภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มักมีภาวะแยกตัว ซึ่งส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว บุคคลรอบข้างและสังคมจึงควรมีส่วนช่วยในการดูแลสร้างสัมพันธภาพอันดีแก่ผู้ป่วยคอยให้กำลังใจ ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

สถาบันพระปกเกล้า
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง ๆ ร้อยละ 81 จากการศึกษาพบว่า รายได้ก่อนป่วย รายได้หลังป่วย โรคหัวใจ สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าปัจจัยด้านรายได้หลังป่วยเป็นปัจจัยเดียวที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมได้ เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจซึ่งส่งผลต่อสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจะถูกจำกัดสิทธิ์ในการรักษาหรือเข้าไม่ถึงบริการทางสาธารณสุขซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อจำกัดในการแปลผลการวิจัย

1. การแปลผลการวิจัยในครั้งผู้วิจัยได้รวมผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลกับกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะวิตกกังวล และรวมผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้าไว้ในกลุ่มเดียวกันซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยมีความแตกต่างกับการวิจัยอื่นๆที่มีการรวมกลุ่มภาวะวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันได้

2. การแปลผลแบบวัดสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ ผู้วิจัยได้คิดคะแนน Cut of point จาก Mean \pm SD ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการศึกษาเท่านั้น

3. แบบสอบถามที่ใช้วัดสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์มีข้อคำถามที่มีความสอดคล้องกับแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกเป็นอย่างมาก จึงอาจทำให้มีผลในการตอบแบบสอบถามและส่งผลต่อการแปลผลการวิจัยในครั้งนี้ได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

เนื่องจากผลการวิจัยนี้พบว่า สถานภาพสมรส รายได้ก่อนป่วย รายได้หลังป่วย อาชีพ หลังป่วย โรคเอดส์ สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต บุคลากรในทีมสุขภาพจึงควรให้ความสนใจและตระหนักถึง ปัจจัยต่างๆ ชำรงต้น โดยการนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรดังต่อไปนี้

1. พยาบาลควรสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรได้มีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการยอมรับ และการเรียนรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย คอยให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส หมาย หย่า แยกกันอยู่ กลุ่มที่มีโรคเอดส์และกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ควรสนับสนุนให้บุคคลรอบข้างหรือสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลและเป็นกำลังใจเป็นพิเศษ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง รู้สึกมีคุณค่าและมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

2. พยาบาลควรให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ ชนิดถาวรให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรสามารถปรับตัว ยอมรับภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงและสามารถดูแลโคลอสโตมีย์ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถกลับไปทำงานและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

3. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยการเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ (Self help group) เพื่อเป็นการพบปะแลกเปลี่ยน ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ต่างๆ และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิด ความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพึ่งพากันในสังคม รู้สึกว่าคุณค่า และมีความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิตจากการช่วยเหลือกันในระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ สุขภาพคล้ายคลึงกัน

4. ควรส่งเสริมให้จิตแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรทั้ง ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า เพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นการส่งเสริม สุขภาพจิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วย

5. พยาบาลควรแนะนำอุปกรณ์ในการดูแลโคลอสโตมีย์ โดยการเลือกแป้นและถุงรองรับ อุจจาระให้มีความเหมาะสมแก่ผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังควรคำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย หรือในผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

6. ควรมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน โดยมีการดูแลในรูปแบบ Care Management เพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และต่อเนื่อง อีกทั้งยังสามารถติดตามประเมินผลแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรกับผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดชั่วคราว
2. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดอื่น ๆ
3. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์จากโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลอื่นๆ ต่อไป
4. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ในรูปแบบการศึกษาเชิงทดลอง หรือเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- (1) Bekkers, M.J.T.M.,I. Psychosocial Adaptation to Stoma Surgery. A Review Journal of Behavioral Medicine. 18 (1995): 2 - 73.
- (2) Schottenfeld,D.,and Fraument,JF.,Jreds. Cancer eqidemiology and prevention. Philadelphia : WB Saunders, 1982.
- (3) Barhta. I., Hajdu,J., Boker, L., Kanyari, Z.,and Damjanovich, L. Quality of Life of post-colostomy patients. Philadelphia : Orvasi Hetilep, 1995.
- (4) Scherer, I.C. and Timby, B.K. Caring for Clients with an ileostomy or Colostomy Introductory Surgical Nursing. Philadelphia B: Lippincott, 1995.
- (5) Davidson, Dorothy J. Buchanan. The Colostomy patient part I : nursing concerns and considerations. The Journal of Practical Nursing. (September 1979): 14 – 24.
- (6) Luckman, L. and Sorensen, K.C. Medical-Surgical Nursing. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders, 1980.
- (7) Beland, I and Passos. I.Y. Clinical Nursing : Pathophysiological and Psychosocial Approaches. 4th ed. New York : Macmillian, 1981.
- (8) ยุวดี วงษ์กระจ่าง, อรวรรณ เรืองสมบุรณ์ และเพ็ญใจม พึ่งวิทยา. ระบบทางเดินอาหาร. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสรีรวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- (9) ชูศักดิ์ เวชแพทย์. สรีรวิทยาของมนุษย์ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พิมพ์ประเสริฐ, 2536.
- (10) ธาดา สืบหลินวงศ์ และนวลทิพย์ กมลวารินทร์. ชีวเคมีทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- (11) Sebere, J.C. Gastrointestinal tract and assessorry structures: Introductory Medical – Surgical Nursing. 5th ed. Philadelph: J.B. Lippicott, 1991.
- (12) สุพล จินดาทรัพย์. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง และช่องทวารหนัก. กรุงเทพมหานคร : ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, 2537.
- (13) พจนา ปิยะปกรณชัย. การศึกษาติดตามปฏิกิริยาทางอารมณ์ ความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีระบบตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

- (14) Oberst, M.T. and Scott, D.W. Postdischarge distress in surgically treated cancer patients and their spouses. Reserch in Nursing 11 (August 1988): 223 – 233.
- (15) สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ วิทยา วัฒนโนภาส และสายพิน เกษมกิจวัฒนา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยไคลอสโตมีย์ชนิดถาวร. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531
- (16) ซอลดา พันธุ์เสนา. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่อยู่ในภาวะเครียด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อมรินทร์, 2536.
- (17) Ehike, P., Burkhal. The psychological aspects of cancer: Dynamics of oncology nursing. New York: Mc Graw – Hill, 1987.
- (18) Follick, M.J., Smith, T.W. and Turk, D.C. Psychosocial Adjustment Following ostomy. Health Psychological 3 (1984): 507 – 17.
- (19) MC. Leod, R.S. Factors affecting quality of life with a conventional ileostomy World Journal of Surgery. 10 (1986): 474 – 480.
- (20) Thomas, C., Madden, F., and Jehu, D. Psychological effects of stomas. Journal of Psychosomatic Research. 31 (1987): 311 – 316.
- (21) Wyke, R.J. Edwards, F.C. and Altan, R.N. Employment problem an prospects For patients with informator; bowel disease. Gut. 29 (1988): 1229 – 1235.
- (22) จรินทร์ สมภุ. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีที่มีไคลอสโตมีย์ชนิดถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- (23) Simmons, Kathlun N. Sexuality and the female ostomate. American Journal of Nursing, 83 (March 1983): 409 – 411.
- (24) Young, Clive H. Sexual implication stoma surgery. Clinics in Gastroenterology 11 (May 1982): 383 – 391.
- (25) ยุวดี ธีรศิลป์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- (26) บัณฑิตยราชยสถาน. พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยราชยสถาน พ.ศ. 2525. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, 2525.
- (27) The WHOQOL Group. The deveopment of The World Health Organization Quality of life assessment. Berlin: Springer – verlay, 1993.

- (28) ประภาพร วจันนุกยา. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมของผู้สูงอายุดินแดง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- (29) วาสนา เกื้อนวงษ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- (30) Dean, H. Choosing multiple instruments to measure the quality of life. Oncology
Nursing Forum September. 12 (1985): 98 – 100.
- (31) สุริดา กาญจนรังษ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสีย. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- (32) Young, K.J., and Longman, A.J. Quality of life and persons with melanoma. A Pilot
study cancer nursing. 6 (1983): 219 – 225.
- (33) Holmes, S., and Dickerson, I. The Quality of Life : Designs and evaluation of a self-
assessment instrument for use with cancer patients. Internal Journal Nursing
Studies. 24 (1987): 15 – 42.
- (34) Dubos, R. The State of Health and the Quality of Life. The Western Journal of
Medicine. 125 (July 1976): 8 – 9.
- (35) Holmes, S. Pursuit of Happiness. Nursing Mirror. 161 (September 1985 : 43 – 45.
- (36) สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปัจ. ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2525.
- (37) Flanagan, J.C. A research approach to improving our quality of life. American
Psychiatry. 124 (February 1978): 138 – 147.
- (38) Stromberg, M.F. Selecting and instrument of measure quality of life. Oncology
Nursing Forum. 11 (September/October 1984): 88 – 91.
- (39) UNESCO. Evaluating the quality of life in Belgium. Social Indicators Research. 8
(September 1980): 312.
- (40) Meeberg, G.A. Quality of life : Concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 18
(January 1993): 32 – 38.

- (41) สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์. ผลการนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนเร็คตัมที่ได้รับการทำผ่าตัด abdominoperineal resection และทำโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
- (42) จุฬาทพร ประสงค์สิต. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
- (43) Kittinouvarat, S., Sarkarindra, M., and Kittinouvarat, S. The study of depressive symptoms in fecal diversion patient. WCET Journal. 22 (2002): 33-37.
- (44) Deeny, P., and McCrea, H. Stoma Care. Journal of Advanced Nursing 16 (1991): 39 – 46.
- (45) พรพิมล อุปถัมภ์. เปรียบเทียบผลการให้สุศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์โดยใช้สไลด์ประกอบเสียงกับภาพพลิก. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- (46) Nugent Kp, Daniels P, Stewart B, and Patanka, R., Quality of life in stoma patients. Johnson Disease of Colon Rectum. 74 (1999) : 1569 – 1574.
- (47) Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, and Lagaay MB. Quality of life with a temporary stoma : ileostomy vs. colostomy. Gooszen HG Disease of Colon Rectum. 55(2000): 650 – 655.
- (48) Nilsson LO, Kock NG, Kylberg F, Myrvold HE, and Palselius I. Sexual adjustment in ileostomy patients before and after conversion to continent ileostomy. Journal Surgical Research. 24 (April 2002): 287 – 90.
- (49) Hellman J, and Lago CP. Dermatologic complications in colostomy and ileostomy patients. Journal Surgical Research . 29(February 1990): 129 – 133.
- (50) Krouse R, Grant M, Ferrell B, Dean G, Nelson R , Chu D. Quality of life of colostomy patients. Journal Surgical Research. 138 (Mar2006): 779-876



ภาคผนวก
(Appendix)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร (การผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องเพื่อขับถ่ายอุจจาระตลอดชีวิต) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรโดยผลจากการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ดังนี้

1. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำปรึกษา การวางแผนการรักษาพยาบาล การส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ท่านจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยจะใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และให้แบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 4 ชุด ต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 24 ข้อ
2. แบบสอบถามสุขภาพจิต Thai HADS จำนวน 14 ข้อ
3. แบบสอบถามสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ จำนวน 23 ข้อ
4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ จำนวน 26 ข้อ

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือ การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ โดยตรงและการเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาพยาบาลหรือสวัสดิภาพของท่านที่จะได้รับจากแพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่ๆ เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับและการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่ได้รับการยินยอมจากท่านเท่านั้น

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อ นางสาวนภาพร ชิตมน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โทร. 081-850-4432 , 02-2564298 ซึ่งยินดีให้คำชี้แจงแก่ท่านทุกประการและหากท่านมีข้อร้องเรียนใดๆต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้สามารถติดต่อแจ้งสำนักงานจริยธรรมวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 02-2564455 , 02-2564493 ต่อจริยธรรม

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ. ที่นี้

ใบอนุญาตเลขที่.....

ใบอนุญาตให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2549

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบอนุญาตนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์หรือผลที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งสิ้น และได้ลงนามในใบอนุญาตด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(นางสาวนพพร ชิตมน)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

ชื่อเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

คำชี้แจง

แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยทั้งหมด 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพจิต Thai HADS จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ จำนวน 23 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ จำนวน 26 ข้อ

คำแนะนำ

แบบสอบถามต่อไปนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการดูแลรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรต่อไป จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านช่วยตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในการตอบแบบสอบถามนี้ จะไม่มีข้อที่ถูกหรือข้อที่ผิดและไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลในขณะนี้และคำตอบของท่านทุกข้อผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่แบบสอบถาม

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

ชื่อเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

หรือเติมคำลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้

1. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพการสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> หม้าย
<input type="checkbox"/> สมรส, คู่	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	
4. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย	
5. อาชีพ (ก่อนการเจ็บป่วย)....., หลังการเจ็บป่วย.....
6. รายได้ (ก่อนการเจ็บป่วย).....บาท/เดือน
(หลังการเจ็บป่วย).....บาท/เดือน
7. รายได้รวมในครอบครัว.....บาท/เดือน
8. ความเพียงพอของรายได้ของท่านเป็นอย่างไร

<input type="checkbox"/> เพียงพอและมีเหลือเก็บ	<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน
<input type="checkbox"/> เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

9. ท่านมีสิทธิการรักษาพยาบาล
- สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัดได้ (รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ)
 - ประกันสังคม
 - บัตร 30 บาท
 - เบิกไม่ได้ จ่ายเงินสด ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย คือ.....
 - อื่นๆ ระบุ.....
10. ท่านสนิทกับใครมากที่สุดในครอบครัว.....
11. ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกอื่นในครอบครัว
- สนิทและเข้ากันได้ดี
 - สนิทเป็นบางครั้ง
 - ทะเลาะกันเป็นประจำ
 - ไม่สนิทสนมกัน
 - อื่นๆ โปรดระบุ.....
12. ท่านมีประวัติเจ็บป่วยโรคทางจิตเวชหรือไม่
- ไม่มี
 - มี ระบุ.....
13. ท่านมีประวัติการใช้สารเสพติดหรือไม่
- ไม่มี
 - มี สารเสพติดที่ใช้คือ บุหรี่ ยาบ้า, ยาม้า
 - เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อื่นๆ.....
14. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
15. ระยะเวลาที่มีโคลอสโตมีย์ (การเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องเพื่อขับถ่ายอุจจาระ)
.....ปี.....เดือน
16. การดูแลโคลอสโตมีย์*
- ดูแลเปลี่ยนแปลงแป้นและถุงรองรับอุจจาระเอง
 - มีผู้อื่นดูแลเปลี่ยนแปลงแป้นและถุงรองรับอุจจาระให้ ระบุ.....

17. หากท่านมีผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงแป้นและถุงรองรับอุจจาระ การดูแลดังกล่าวส่งผลกระทบต่อ
ดำเนินชีวิตของผู้ดูแลหรือไม่

- ไม่มี มี ระบุผลกระทบที่ได้รับ.....

18. หลังผ่าตัดโคลอสโตมีย์ ท่านมีการล้างมือบ่อยมากน้อยเพียงใด

- ล้างมือเป็นปกติเหมือนก่อนผ่าตัด
 ล้างมือบ่อยขึ้นแต่ไม่ผิดปกติ
 ล้างมือตลอดเวลาจนรู้สึกผิดปกติ ระบุจำนวน.....ครั้งต่อวัน
 อื่น ๆ ระบุ

19. ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ในข้อใดที่ท่าน คิดว่าส่งผลกระทบต่อ

ชีวิตประจำวัน ของท่านมากที่สุด (โดยใส่หมายเลขหน้าภาวะแทรกซ้อนเรียงตามลำดับ

ความสำคัญ เช่น 1,2,3,4,5, เป็นต้น)

-มีผื่นคันรอบ ๆ ทวารเทียม
มีการรั่วซึมของอุจจาระออกจากถุงรองรับอุจจาระ
การมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระ
ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์
การเข้าสังคม (การลต หรือ การงตออกสังคม)
อื่น ๆ ระบุ.....

20. ท่านได้รับคำแนะนำหรือความรู้ในการปฏิบัติในการดูแลโคลอสโตมีย์จากที่ใด

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- แพทย์ พยาบาล
 ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์มาก่อน ญาติ เพื่อน
 อื่น ๆ ระบุ.....

21. ท่านคิดว่าพยาบาลควรเพิ่มเติมการให้คำแนะนำ หรือการดูแลโคลอสโตมีย์ในเรื่องใดบ้าง

- การดูแลเปลี่ยนแปลงแป้นและถุงรองรับอุจจาระ การดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน
 การดูแลทางด้านร่างกายและสุขภาพ การดูแลทางด้านจิตใจ อื่น ๆ ระบุ

ข้อมูลจากแฟ้มรายงานประวัติของผู้ป่วย (สำหรับผู้วิจัย)

22. สาเหตุของการทำผ่าตัดโคโลสโตมีย์
- มะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA colon) มะเร็งทวารหนัก (CA rectom)
- มีแผลเรื้อรังบริเวณลำไส้ใหญ่ อุบัติเหตุ
- มีก้อนเนื้องอก อื่นๆ ระบุ.....
23. ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดโคโลสโตมีย์
- ไม่มี
- มี ระบุ.....
24. โรคประจำตัวอื่นๆ นอกเหนือจากโรคที่เป็นสาเหตุของการทำผ่าตัดโคโลสโตมีย์
- ไม่มี
- มี ระบุ.....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์

ความรู้สึกของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ

และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน

ขณะที่นอนโรงพยาบาลมากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด
 - เป็นส่วนใหญ่
 - บ่อยครั้ง
 - เป็นบางครั้ง
 - ไม่เป็นเลย
2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้
 - เหมือนเดิม
 - ไม่มากเท่าแต่ก่อน
 - มีเพียงเล็กน้อย
 - เกือบไม่มีเลย
3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น
 - มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย
 - มี แต่ไม่มากนัก
 - มีเพียงเล็กน้อยและไม่ทำให้กังวลใจ
 - ไม่เลย
4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆ ได้
 - เหมือนเดิม
 - ไม่มากนัก
 - มีน้อย
 - ไม่มีเลย

5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล
- เป็นส่วนใหญ่
 - บ่อยครั้ง
 - เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย
 - นานๆ ครั้ง
6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน
- ไม่มีเลย
 - ไม่บ่อยนัก
 - เป็นบางครั้ง
 - เป็นส่วนใหญ่
7. ฉันสามารถทำตามสบายและรู้สึกผ่อนคลาย
- ได้ดีมาก
 - ได้โดยทั่วไป
 - ไม่บ่อยนัก
 - ไม่ได้เลย
8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เรื่องช้าลงกว่าเดิม
- เกือบตลอดเวลา
 - บ่อยมาก
 - เป็นบางครั้ง
 - ไม่เป็นเลย
9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในห้อง
- ไม่เป็นเลย
 - เป็นบางครั้ง
 - ค่อนข้างบ่อย
 - บ่อยมาก

10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัวไม่สนใจตัวเอง
- ใช่
 - ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร
 - ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน
 - ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม
11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่ายเหมือนอยู่นิ่งไม่ได้
- เป็นมากที่สุด
 - ค่อนข้างมาก
 - ไม่มากนัก
 - ไม่เป็นเลย
12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคตด้วยความเบิกบานใจ
- มากเท่าที่เคยเป็น
 - ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น
 - น้อยกว่าที่เคยเป็น
 - เกือบจะไม่มีเลย
13. ฉันรู้สึกฉวางหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน
- บ่อยมาก
 - ค่อนข้างมาก
 - ไม่บ่อยนัก
 - ไม่มีเลย
14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินกับการอ่าน หนังสือ ฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้
- เป็นส่วนใหญ่
 - เป็นบางครั้ง
 - ไม่บ่อยนัก
 - น้อยมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์

คำชี้แจง ในแต่ละข้อต่อไปนี้เป็นคำบรรยายถึงสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ของท่านในขณะนี้ (ในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน) ความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อ จะอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน บนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความทางด้านซ้ายมือเป็นข้อความที่จุดเริ่มต้นและจุดสุดท้ายของเส้นตรงอยู่ทางขวามือ และขีดเครื่องหมายกากบาท (x) ลงบนเส้นตรง บริเวณตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านในข้อนั้นจริงๆ ทั้งนี้ไม่มีตำแหน่งใดถูกหรือผิด

ตัวอย่าง

ท่านพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลนี้เพียงใด ?



ไม่พึงพอใจเลย

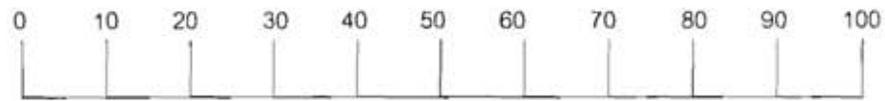
พึงพอใจเต็มที่

เครื่องหมายกากบาทที่จุดนี้แสดงว่าผู้ตอบค่อนข้างจะพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาล แต่ไม่ถึงกับ 100 คะแนน แสดงว่าผู้ตอบมีความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาลนี้ 75 คะแนน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำถาม

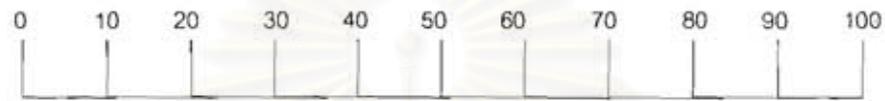
1. ท่านมีกำลังวังชามากน้อยเพียงใด



ไม่มีเลย

มีเต็มที่

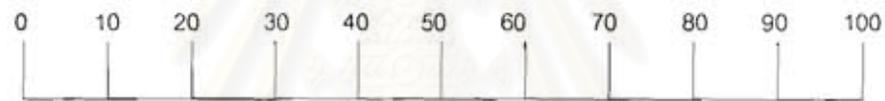
2. ท่านสามารถนอนหลับได้เพียงพอกับความต้องการของท่านหรือไม่



ไม่เพียงพอ

เพียงพอเต็มที่

3. ท่านอ่อนเพลียมากน้อยเพียงใด



ไม่อ่อนเพลียเลย

อ่อนเพลียมาก

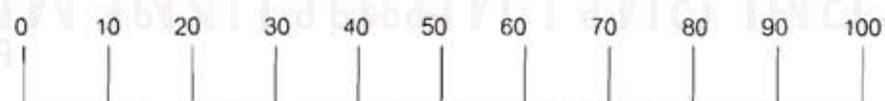
4. ท่านรู้สึกว่าคุณมีปัญหาเรื่องน้ำหนักมากน้อยเพียงใด



ไม่มีเลย

มีเต็มที่

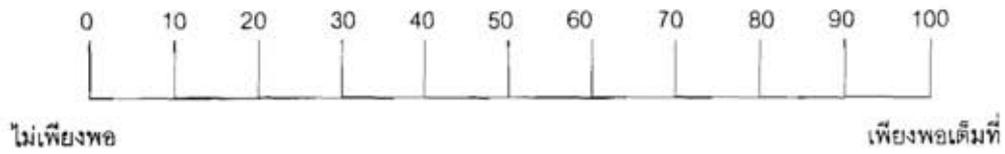
5. ท่านรู้สึกกังวล (กลัวหรือวิตกกังวล) เกี่ยวกับโคลอสโตมีย์ของท่านหรือไม่



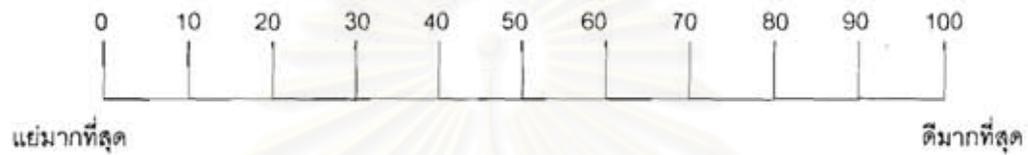
ไม่มีเลย

มีเต็มที่

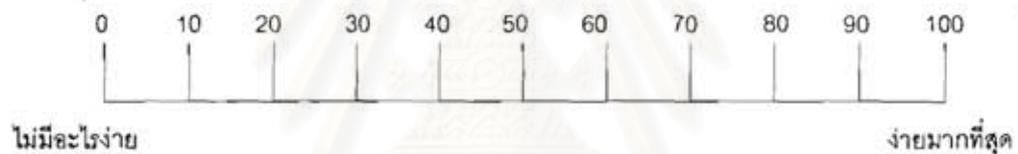
6. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านหรือสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เพียงพอตามความต้องการของท่านหรือไม่



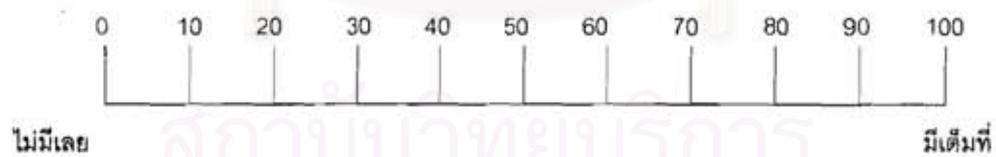
7. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านขณะนี้เป็นอย่างไ



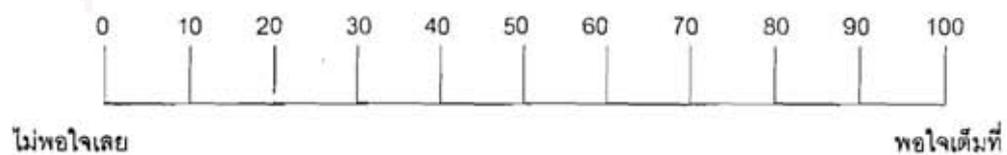
8. ท่านสามารถดูแลโคลอสโตมีย์ของท่านได้ง่ายมากน้อยเพียงใด



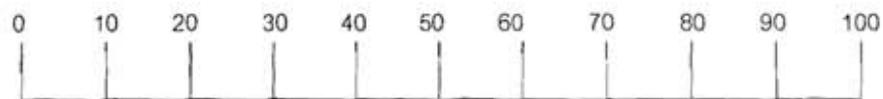
9. ขณะนี้ท่านมีความสุขสนุกสนานมากน้อยเพียงใดในการทำงานอดิเรก, การใช้ความคิดสร้างสรรค์, การมีกิจกรรมทางสังคม



10. ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจกับการรับประทานอาหารมากน้อยเพียงใด



11. ท่านสามารถทำงานบ้านหรืองานประจำได้มากน้อยเพียงใด (งานบ้าน, งานบริษัท, ทำสวน)



ทำไม่ได้เลย

ทำได้เต็มที่

12. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของท่านมากน้อยเพียงใด



ไม่เพียงพอ

เพียงพอเต็มที่

13. ท่านรู้สึกว่ามีคุณค่ามากน้อยเพียงใด



ไม่มีเลย

มีเต็มที่

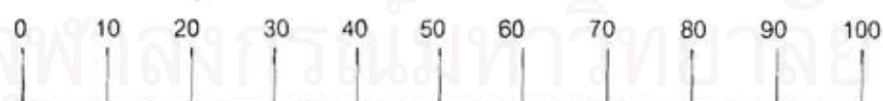
14. ท่านรู้สึกที่ท่านมีความสุขมากน้อยเพียงใด



ไม่มีเลย

มีเต็มที่

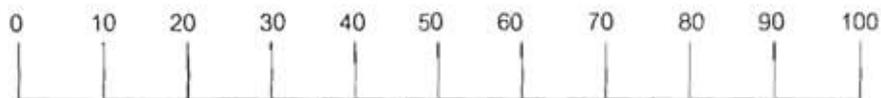
15. ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด



ไม่พอใจเลย

พอใจเต็มที่

16. ท่านมีการเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว มากน้อยเพียงใด



ไม่มีเลย

เจ็บปวดอย่างรุนแรง

17. ท่านมีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย บ่อยมากน้อยเพียงใด



ไม่มีเลย

เจ็บปวดอยู่ตลอดเวลา

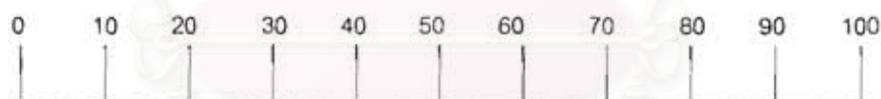
18. ท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากน้อยเพียงใด



ไม่ดีเลย

ดีที่สุด

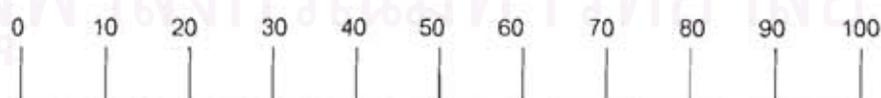
19. ท่านกลัวว่าจะมีกลิ่นหรืออาการระคายเคืองมาจากโคลอสโตมีย์ของท่านมากน้อยเพียงใด



ไม่มีเลย

กลัวมากที่สุด

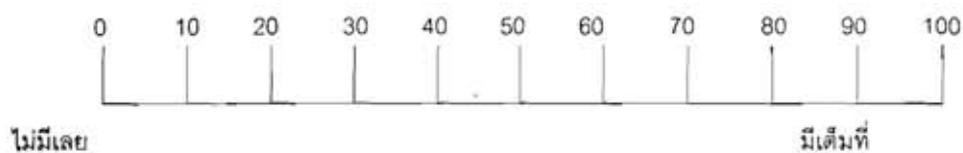
20. ท่านสามารถพบปะสังสรรค์กับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านได้เพียงพอกับความ
ต้องการของท่านหรือไม่



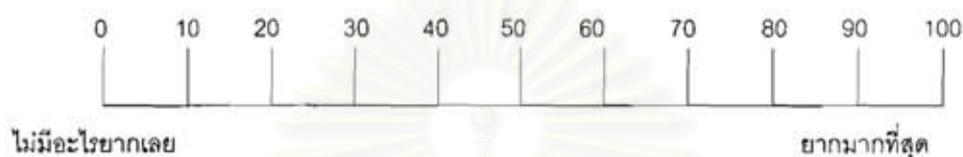
ไม่เพียงพอ

เพียงพออย่างเต็มที่

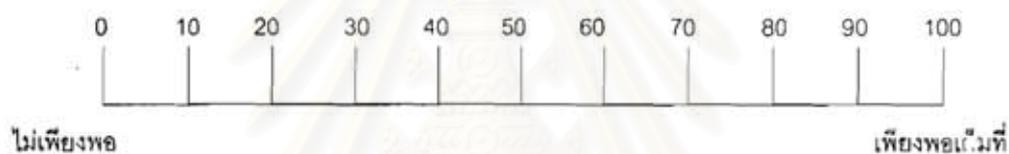
21. ท่านรู้สึกว่าคุณในครอบครัวหรือคนที่ท่านรักทอดทิ้งท่านหรือไม่



22. ท่านรู้สึกว่าการดูแลโคลอสโตมีย์ของท่านเป็นสิ่งที่ยากลำบากมากน้อยเพียงใด



23. ท่านสามารถมีเวลาเป็นส่วนตัวได้เพียงพอกับความต้องการของท่านหรือไม่



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย
(WHOQOL-BREF-THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่านแล้วทำเครื่องหมายในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือกคือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแย่ระดับปานกลาง มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างไร					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักหรือไม่					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักหรือไม่					
5	ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักหรือไม่					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักหรือไม่ เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้แต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักหรือไม่					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับ จากเพื่อน ๆ แค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยดี ไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มาก น้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อย เพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการ สาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละ วันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อย เพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมต่อสุขภาพของท่านมากน้อย เพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของ ท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

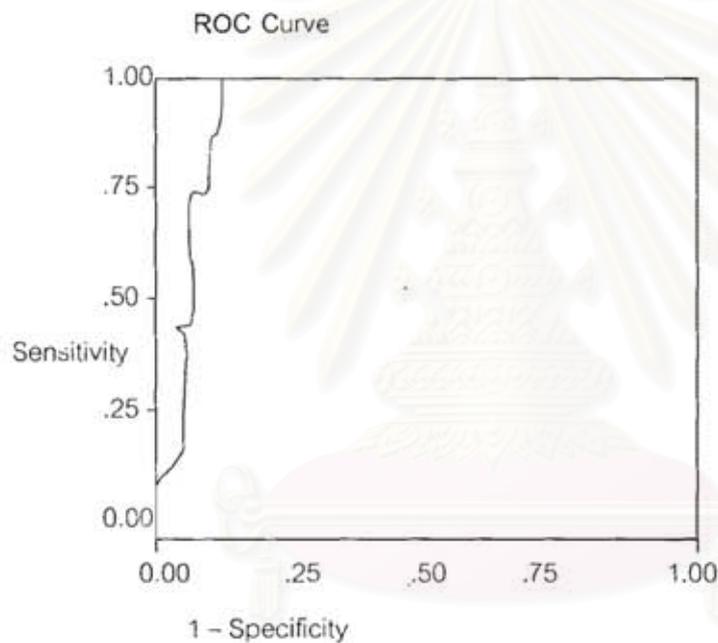
ROC Curve

Case Processing Summary

ระดับคุณภาพชีวิต	Valid N (listwise)
Positive ^a	12
Nehative	83

Larger values of the test result varible (s) indicate stronger evidence for a positive actual state.

a. The positive actual state is คุณภาพชีวิตที่ดี



Diagonal segments are produced by ties.

Area Under the Curve

The Result Variable(s) :คะแนนเฉลี่ยสภาวะการดำรงชีวิต

Area
.929

The test result variable(s): คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต has least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Ststirtics may be biased.

Coordinate of the Curve

The Result Variable(s) : คะแนนเฉลี่ยสภาวะการดำรงชีวิต

Positive if Greater Than Or Equal To ^a	Sensitivity	1 - Specificity
21.6087	1.000	1.000
23.5870	1.000	.988
27.7174	1.000	.976
31.7391	1.000	.952
33.4783	1.000	.940
36.3043	1.000	.928
38.4783	1.000	.916
40.0000	1.000	.904
41.7391	1.000	.892
42.5000	1.000	.880
43.2609	1.000	.867
44.0217	1.000	.855
44.8913	1.000	.843
45.5435	1.000	.819
45.8696	1.000	.807
46.1957	1.000	.795
46.9565	1.000	.783
48.1522	1.000	.771
48.8043	1.000	.759
49.2391	1.000	.747
50.1087	1.000	.735
50.7609	1.000	.732
51.0870	1.000	.711
51.5217	1.000	.699
51.9565	1.000	.687
52.2826	1.000	.675
52.7174	1.000	.663
53.9130	1.000	.651
54.8913	1.000	.639
55.1087	1.000	.627
55.3261	1.000	.614
55.7609	1.000	.590
56.5217	1.000	.578
57.6087	1.000	.566
58.5870	1.000	.530
59.0217	1.000	.518
59.3478	1.000	.506
59.7826	1.000	.494
60.2174	1.000	.470
60.5435	1.000	.446
60.7609	1.000	.434
61.3043	1.000	.422
62.1739	1.000	.398
63.4783	1.000	.386
64.5652	1.000	.361
65.0000	1.000	.349
65.3261	1.000	.337

The test result variable(s): คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต has least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

Coordinate of the Curve

The Result Variable(s) : คะแนนเฉลี่ยสภาวะการดำรงชีวิต

Positive if Greater Than Or Equal To ^a	Sensitivity	1 - Specificity
65.5435	1.000	.325
66.0870	1.000	.289
67.1739	1.000	.265
67.9348	1.000	.241
68.5870	1.000	.229
69.7826	1.000	.217
70.7609	1.000	.205
71.8478	1.000	.193
72.7174	1.000	.169
72.9348	1.000	.157
73.2609	.833	.157
73.6957	.833	.145
74.1304	.833	.120
74.4565	.750	.120
74.7826	.750	.096
75.1087	.667	.084
75.4348	.583	.084
75.7609	.500	.084
76.0870	.500	.072
78.1522	.500	.060
80.2184	.417	.048
81.5043	.417	.048
83.1522	.333	.036
84.2391	.250	.036
84.4565	.250	.036
85.0000	.167	.024
85.7609	.167	.024
88.8043	.083	.012
91.7391	.083	.012
92.3913	.083	.000
93.8261	.000	.000

The test result variable(s): คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต has least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

- The smallest cutoff value is the minimum observed test value minus 1, and the largest cutoff value is the maximum observed test value plus 1. All the other cutoff values are the averages of two consecutive ordered observed test values.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนวพร ชิตมน เกิดเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2519 ที่จังหวัดตรัง จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาจากโรงเรียนวิเชียรมาตุ จังหวัดตรัง สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2541 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2548 เริ่มทำงานในปี 2542 ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม ตึกหลิมซีลิน และในปี 2543 - ปัจจุบัน (2550) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกศัลยกรรม ตึกจงกลนีวัดมณวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย