

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN COLORECTAL CANCER ADULT PATIENTS  
WITH COLOSTOMY

Miss Natharom Chutikamo



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2016  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
โดย	นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ)  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์)  
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม)

ณัฐธรมย์ ชูติกาโม : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม (PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN COLORECTAL CANCER ADULT PATIENTS WITH COLOSTOMY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: รศ. ดร. นพ. วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์, 249 หน้า.

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมที่แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 110 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและการรักษาที่ได้รับ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการดูแลตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.92, 0.78, 0.88, 0.95 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา, ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับสูง (Mean =67.1, SD=14.56)

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเอง ( $r= 0.772$  และ  $0.737$  ตามลำดับ) ส่วนความรู้ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ( $r= 0.489$  และ  $0.460$  ตามลำดับ)

3. ความรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเอง ร่วมกันการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้ร้อยละ 73.70 ( $R^2=0.737$ )

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5777165736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE / COLORECTAL CANCER / COLOSTOMY

NATHAROM CHUTIKAMO: PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN COLORECTAL CANCER ADULT PATIENTS WITH COLOSTOMY. ADVISOR: ASST. PROF. RUNGRAWEE NAVICHARERN, Ph.D., CO-ADVISOR: ASSOC. PROF. DR. VARUT LOHSIRIWAT, Ph.D., 249 pp.

The purposes of this predictive correlational research were to study the quality of life in colorectal cancer adult patients with colostomies, to examine their relationships of knowledge, self-esteem, self-care, social support and quality of life, and to examine the factors predicting their quality of life. The sample comprised 110 colorectal cancer adult patients with colostomies recruited from the outpatient department of a super tertiary care hospital in Bangkok by a multi-stage sampling strategy. The research instruments comprised patients' demographic data and colorectal cancer data and treatment record forms, the quality of life index, knowledge assessment scale, self-esteem assessment scale, self-care assessment scale and social support assessment scale of colorectal cancer adult patients with colostomy's. The reliabilities were 0.92, 0.78, 0.88, 0.95 and 0.84 respectively. Descriptive quantitative statistics, Pearson's correlation, and stepwise multiple regression were used in statistical analyses. The major findings were as follows

1. Colorectal cancer adult patients with colostomies had a high level of quality of life. (Mean= 67.1, SD=14.56)

2. Self-esteem and self-care were significantly positively related to quality of life at the high level ( $r= 0.772$  and  $0.737$  respectively). Knowledge and social support were significantly positively related to quality of life at a low level ( $r= 0.489$  and  $0.460$  respectively).

3. Knowledge, self-esteem and self-care were predictors with 73.70% of total variance explained for quality of life in colorectal cancer adult patients. ( $R^2=0.737$ )

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2016

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณา ความช่วยเหลือ และกำลังใจอย่างดียิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร. นพ. วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำให้ข้อคิด และเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์ที่มีคุณค่า และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัย ด้วยความรักความห่วงใยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช ในงานวิจัยครั้งนี้

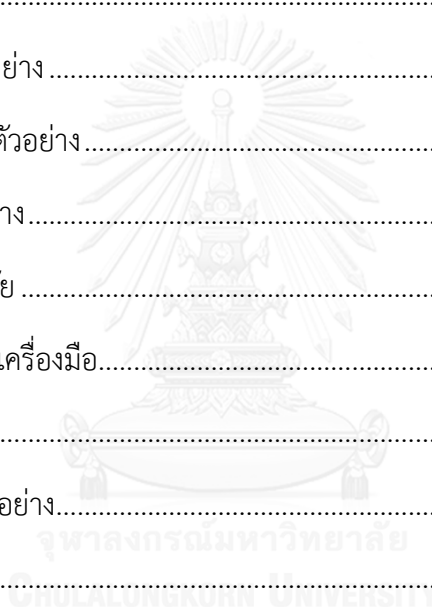
กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย รวมทั้งกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลประจำการ หน่วยงานศัลยกรรมและหน่วยออสโตมีแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ นพ. บรรเทิง – นางวิรัชดา ชูติกาโม บิดา- มารดา ของผู้วิจัย เป็นอย่างสูงที่เป็นแรงผลักดัน และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา ด้วยความมุ่งหวังให้ลูกประสบความสำเร็จในการศึกษา ตลอดจนพี่น้องในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือ รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้เอื้อนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณหัวหน้าแผนก เพื่อนร่วมงานทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือผู้วิจัยเป็นอย่างยิ่ง จนทำให้การจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 .....	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย .....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานงานวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 .....	14
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในวัยผู้ใหญ่ที่มีทวารเทียม.....	15
2. ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียม.....	37
3. บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงซึ่งดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม .....	43

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม.....	52
5. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี ทวารเทียม.....	63
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	94
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	115
บทที่ 3.....	116
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	116
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	116
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	117
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	117
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	119
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	125
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	138
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	140
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	141
บทที่ 4.....	143
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	143
บทที่ 5.....	148
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	148
สรุปผลการวิจัย.....	149
อภิปรายผลการวิจัย.....	150
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	160
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป.....	160





รายการอ้างอิง .....	161
ภาคผนวก.....	178
ภาคผนวก ก.....	179
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	179
ภาคผนวก ข.....	181
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย .....	181
ภาคผนวก ค.....	189
เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....	189
ภาคผนวก ง .....	215
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและข้อความอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย.....	215
ภาคผนวก จ.....	230
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (เพิ่มเติม).....	230
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	249

## สารบัญตาราง

หน้า

<b>ตารางที่ 1</b> จำนวนผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมที่เข้ามารับ การบริการในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาของแต่ละโรงพยาบาลและสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ จากการคำนวณ (n=110 คน).....	118
<b>ตารางที่ 2</b> ข้อคำถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามเครื่องมือเก็บรวบรวม ข้อมูล .....	126
<b>ตารางที่ 3</b> ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI).....	136
<b>ตารางที่ 4</b> ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่ ใช้ในการวิจัย (n=30) และจากกลุ่มตัวอย่างจริง (n=110).....	138
<b>ตารางที่ 5</b> วันที่ส่ง วันที่ได้รับ วันหมดอายุ และหมายเลขหนังสืออนุมัติให้ทำการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแต่ละโรงพยาบาล .....	141
<b>ตารางที่ 6</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวมจำนวน110 คน	144
<b>ตารางที่ 7</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของคุณภาพชีวิตตามระยะเวลาที่มีทวาร เทียมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 110 คน.....	145
<b>ตารางที่ 8</b> ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนักที่มีทวารเทียม จำนวน 110 คน .....	146
<b>ตารางที่ 9</b> ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี ทวารเทียม จำนวน 110 คน .....	147
<b>ตารางที่ 10</b> จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวาร เทียม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา .....	231

<b>ตารางที่ 11</b> จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตาม อาชีพ รายได้ต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ .....	232
<b>ตารางที่ 12</b> จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตามสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษา บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลผู้ป่วย และบทบาทของผู้ป่วยภายในครอบครัว.....	233
<b>ตารางที่ 13</b> จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตาม กิจกรรมของผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล.....	234
<b>ตารางที่ 14</b> จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตาม การวินิจฉัย ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ชนิดของการรักษา และประเภทของยาเคมีบำบัดที่ได้รับในขณะนั้น.....	235
<b>ตารางที่ 15</b> จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตาม ประเภทของการผ่าตัด ตำแหน่งของทวารเทียม ประเภทของทวารเทียม และชนิดของทวารเทียม.....	236
<b>ตารางที่ 16</b> จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตาม ระยะเวลาที่มีทวารเทียม ลักษณะของทวารเทียมที่สามารถสังเกตได้.....	237
<b>ตารางที่ 17</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม จำนวน 110 คน .....	239
<b>ตารางที่ 18</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 110 คน.....	239
<b>ตารางที่ 19</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 110 คน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม.....	240
<b>ตารางที่ 20</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ตามระยะเวลาที่มีทวารเทียม จำนวน 110 คน .	240
<b>ตารางที่ 21</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 110 คน.....	241

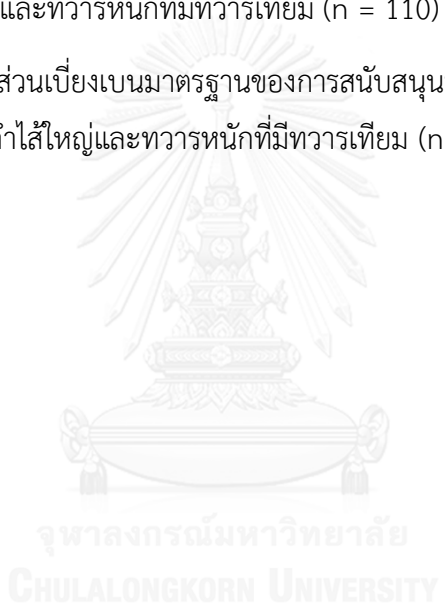
**ตารางที่ 22** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตามรายข้อ (n = 110)..... 242

**ตารางที่ 23** ร้อยละของความรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตามรายข้อ (n = 110) ..... 243

**ตารางที่ 24** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตามรายข้อ (n = 110).... 244

**ตารางที่ 25** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม (n = 110) จำแนกตามรายข้อ..... 245

**ตารางที่ 26** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม (n = 110) จำแนกตามรายข้อ.... 247



## สารบัญภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	115



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสำคัญของประชากรโลก พบอุบัติการณ์และการสูญเสียชีวิตเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ในปี 2008 พบผู้ป่วยรายใหม่ 1.2 ล้านคนทั่วโลก และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 609,000 คนต่อปี (Ahmedin, Melissa, Carol et al., 2010) ต่อมาในปี 2012 พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 1.4 ล้านคนทั่วโลก และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นประมาณ 694,000 คนต่อปี (Ferlay, Soerjomataram, Dikshit et al., 2015) และพบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 4 ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ (World Health Organization, 2012) นอกจากนี้จากรายงานทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคที่พบบ่อยในกลุ่มมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร และพบอุบัติการณ์ดังนี้ ในปี 2556 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอยู่ในลำดับที่ 3 ทั้งเพศชาย (ร้อยละ 13.67) และเพศหญิง (ร้อยละ 7.40) ในกลุ่มโรคมะเร็ง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ต่อมาในปี 2557 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเพศชายเลื่อนจากลำดับที่ 3 เป็นลำดับที่ 1 ในกลุ่มโรคมะเร็ง (ร้อยละ 17.21) และในเพศหญิงยังคงเป็นลำดับที่ 3 ของกลุ่มโรคมะเร็ง (ร้อยละ 8.78) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากในผู้ป่วยที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปซึ่งวัยนี้จัดอยู่ในช่วงวัยกลางคน (40-65 ปี) (Erikson, & Erikson, 1998) ตามหลักของจิตวิทยาพัฒนาการ วัยนี้เป็นวัยที่มีสุขภาพร่างกายเริ่มเสื่อมถอย ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายลดลง และเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการชีวิตในด้านสำคัญมากมาย เช่น กำลังมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน มีบทบาทเป็นผู้ที่หารายได้หลัก และสามารถประกอบการงานได้เกินกว่าอายุ 60 ปีหากมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง อย่างไรก็ตามวัยนี้เริ่มเปลี่ยนบทบาทเป็นตายายหรือปู่ย่า (Human development, 2016) การเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องทำให้สภาพร่างกายของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ยิ่งมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิต รู้สึกว่าคุณภาพชีวิต (Ang, Giap, Chen et al., 2013) เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่

ภายในครอบครัวและสังคม (Céilleachair, Costello, Finn et al., 2012) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (King, 2011)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีการพัฒนามากขึ้น ซึ่งการผ่าตัดถือว่าเป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยจะมีทวารเทียมทางหน้าท้องทั้งแบบชั่วคราวหรือถาวรเพื่อเป็นทางระบายของอุจจาระแทนทวารหนัก ร่วมกับการรักษาเสริมด้วยการให้เคมีบำบัด (American Cancer Society 2016; สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2558) ผลของการรักษาดังกล่าวทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มสูงขึ้น และพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเป็นผู้รอดชีวิตในระยะเวลา 1 ปีแรกภายหลังจากได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษา และร้อยละ 60 มีอัตราการรอดชีวิตมากกว่า 5 ปีขึ้นไป (American Cancer Society 2016) การดูแลรักษาผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้นแต่อยู่ที่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ หรือมีความพึงพอใจในชีวิตแม้ในขณะที่เจ็บป่วย (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) การรักษาด้วยการผ่าตัดนำก้อนมะเร็งออกเป็นการรักษาที่มุ่งแก้ไขพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดอาการแสดงของโรค การผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายอุจจาระแทนทวารหนักก่อให้เกิดผลกระทบแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต (King, 2011)

คุณภาพชีวิต (Quality of life) ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีความสำคัญและจำเป็นที่พยาบาลต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า คุณภาพชีวิตเป็นการเชื่อมโยงระหว่างมิติต่างๆของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้นิยามคุณภาพชีวิตหมายถึงการรับรู้ในชีวิตของบุคคลในมิติด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม (World Health Organization, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Padilla and Grant (1985) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งวัดได้จากการรับรู้ความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ สังคม ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง และการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา (Padilla and Grant, 1985) เมื่อพิจารณาถึงโรคและการรักษาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ นำมาแจกแจงเป็นรายด้านพบว่ามีรายละเอียด ดังนี้ ด้านความผาสุกด้านร่างกาย ร้อยละ 30 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการท้องผูกและท้องเสีย (Arndt, Merx, Stegmaier et al., 2004) ร้อยละ 24-55 ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับ (Arndt et al., 2004) มีการขยับถ่ายไม่เป็นเวลา เผชิญกับกลิ่นและลมที่ไม่พึงประสงค์ (กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2552) ด้านความผาสุกด้านจิตใจ ร้อยละ 20-83 พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับถุงรองรับอุจจาระ (Ang et al., 2013; เกศินี ธีรทองดี, 2557) ร้อยละ 15.8-70 ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า (Simmons, Smith, Bobb et al., 2007; นว

พร ชิตมน, 2549) ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ การผ่าตัดทวารเทียมเป็นการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (วิลาสินี พิพัฒน์ผล, 2557) ผู้ป่วยเกิดความกลัว รู้สึกเกลียดตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง กลัวถูกทอดทิ้ง (Borwell, 2009) ร้อยละ 53 พบว่าการมีทวารเทียมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอาย ร้อยละ 11.6-49.3 ไม่สุขสบายจากการมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระ ร้อยละ 32.6-61.7 มีปัญหาการรั่วซึมของถุงรองรับอุจจาระ และร้อยละ 30.5-69.2 มีการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม (Olga, Arkadiusz, Dawid et al., 2008; นวพร ชิตมน, 2549) ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม การมีทวารเทียมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 20 ผู้ป่วยมีปัญหาการทำงานและการเข้าสังคม (นวพร ชิตมน, 2549) มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพการงานส่งผลต่อรายได้ในครอบครัว ร้อยละ 30 ผู้ป่วยมีปัญหาค่าใช้จ่ายในครอบครัว (Arndt et al., 2004; Céilleachair et al., 2012) ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด ภายหลังผ่าตัดพบว่า ร้อยละ 43 ผู้ป่วยมีอาการปวด (Arndt et al., 2004) และพบปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ (ค่าเฉลี่ย 27.8) (Olga et al., 2008) เนื่องจากการทำผ่าตัดอาจไปกระทบต่ออวัยวะบริเวณอุ้งเชิงกราน (Ang et al., 2013) ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะเพศลดลง (Borwell, 2009) ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ จากการรับประทานอาหารลดลง ความรู้สึกอยากอาหารลดลงเพราะกลัวว่าทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือกลัวการอุดตันของลำไส้ อีกทั้งก้อนมะเร็งทำให้เกิดการเผาผลาญในร่างกายสูงขึ้น ทำให้ร่างกายสูญเสียโปรตีนและไขมันที่สะสมในร่างกาย และมีอาการแสดงด้วยการมีน้ำหนักตัวลดลง (ปริญา ทวีชัยการ, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมลดลง (Marventano, Forjaz, Grosso et al., 2013; เกศินี ธีรทองดี, 2557) ในต่างประเทศมีคะแนนคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (Kimura, Kamada, Guilhem et al., 2013) ขณะที่ในประเทศไทยมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (นวพร ชิตมน, 2549; ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) เมื่อพิจารณาถึงอายุของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ทำการศึกษาทั้งวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ (นวพร ชิตมน, 2549; ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) ทำให้ผลการวิจัยที่ค้นพบอาจไม่สามารถแสดงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้ชัดเจน ประกอบกับงานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาทั้งหมดศึกษาในระยะเวลาหลังผ่าตัด 1 ปีแรก (นวพร ชิตมน, 2549; ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาในระยะเวลาที่หลากหลาย (Jansen, Koch, Brenner et al., 2010) ส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในต่างประเทศที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม คือ เพศ กลุ่มอายุ ค่าดัชนีมวลกาย และ



ภาวะโรคร่วม (Stephenson, Bebb, Reimer et al., 2009) การดูแลทวารเทียม ( $R^2=0.178$ ) ความรู้เรื่องทวารเทียม ( $R^2=0.23$ ) และความหวัง ( $R^2=0.23$ ) (Liao & Qin, 2014) สภาพผิวหนังรอบทวารเทียม (Erwin-Toth, Thompson, & Davis, 2012) ความวิตกกังวล ( $R^2=0.472$ ) ภาวะซึมเศร้า ( $R^2=0.454$ ) (Salomé, Aguinaldo, & Silveira, 2014) ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในประเทศไทย คือ เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส สิทธิในการรักษาพยาบาล รายได้หลังป่วย ภาวะโรคร่วม อาชีพหลังป่วย สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีทวารเทียม (นวพร ชิตมน, 2549) ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (วิมลรัตน์ เดชะ, 2557) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม (เกศินี ธีรทองดี, 2557) ความวิตกกังวล ( $R^2=0.472$ ) ภาวะซึมเศร้า ( $R^2=0.454$ ) (นวพร ชิตมน, 2549) ภาวะพึ่งพิง และการสนับสนุนทางสังคม (เกศินี ธีรทองดี, 2557) จากที่กล่าวมาข้างต้นยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลทวารเทียม ปัจจัยด้านการดูแลตนเอง และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในวัยผู้ใหญ่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น ถึงแม้มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในประเทศไทยเพียง 1 ฉบับกล่าวคือ วิมลรัตน์ เดชะ (2557) ศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับยาเคมีบำบัด ที่แผนกอายุรกรรมเคมีบำบัด ในระยะเวลา 1 ปีแรก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 50-59 ปี ใช้ทฤษฎีการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ตัวแปรที่ศึกษาคือ ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

จากที่กล่าวมาพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง มีบทบาทสำคัญในการดูแลและมีเป้าหมายสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งหากต้องการจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว พยาบาลต้องเข้าใจในบริบทของโรคและการรักษา รวมทั้งต้องทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลหรือมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมต่อไป

## คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมเป็นอย่างไร
2. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมอย่างไร
3. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ได้หรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จากความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

## แนวเหตุผลและสมมติฐานงานวิจัย

คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ระยะยาวในระบบบริการสุขภาพซึ่งบุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องประเมินเพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการดูแล การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้วยการทบทวนวรรณกรรมในการคัดเลือกตัวแปรร่วมกับการใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) ซึ่งมีความครอบคลุมกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมากที่สุด แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยและการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็ง (Padilla & Grant, 1985) ต่อมานำมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และทำการแยกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

- 1) ความผาสุกด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการประกอบอาชีพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้
- 2) ความผาสุกด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสุขและความพึงพอใจในการดำรงชีวิต
- 3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงสภาพร่างกายของตนเอง สามารถปรับตัวกับการมีทวารเทียม และสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้
- 4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปฏิกริยาจากบุคคลในสังคมที่มีต่อตนเอง ความกลัวการปฏิเสธจากสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม
- 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงการผ่าตัด ทวารเทียม อาการผิดปกติของทวารเทียม
- 6) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับการมีทวารเทียม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่พยาบาลมีบทบาทสามารถจัดกระทำเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นมาวิเคราะห์ปัจจัยในการทำนายเพื่อเบ่งองค์ความรู้ในการนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบตัวแปรที่มีผลการศึกษาเชิงทำนายยังไม่ชัดเจน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

**ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม** ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้รับการผ่าตัดเพื่อมีทวารเทียม ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในชีวิตซึ่งผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้เรื่องโรคและการรักษาผ่าตัดทวารเทียมทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน การมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนในการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวแปรความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียมมีการศึกษาอยู่ในระดับทำนายในงานวิจัยต่างประเทศ แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงทำนายในประเทศไทยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรนี้มาศึกษา ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม หมายถึง ข้อมูลและประสบการณ์ของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงการจำและเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาการ การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัด และ

อาการผิดปกติของทวารเทียม จากการศึกษาของ Hanan and El-Gamil (2003) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมและอาการผิดปกติของทวารเทียมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ Pittman, Rawl, Schmidt et al. (2008) พบว่า ความรู้เรื่องทวารเทียมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ Liao and Qin (2014) พบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและการผ่าตัดทวารเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ( $r=0.39$ ) ดังนั้น สรุปว่าความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียมน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

**ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม** ตามแนวคิดของ Rosenberg (1965) ที่กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง การยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองช่วยให้ผู้ป่วยสนใจตนเอง และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองเมื่อมีทวารเทียม รู้สึกยอมรับตนเองเมื่อมีทวารเทียม รู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีการศึกษาอยู่ในระดับความสัมพันธ์ในงานวิจัยต่างประเทศ ( $r=0.60$ ) แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงทำนายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศไทยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรนี้มาศึกษา เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตพบว่า จากการศึกษาของ Salomé et al. (2014) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kimura et al. (2013) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ( $r=.60$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์พร อธิพิงษ์วัฒน์ (2555) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำทางเดินปัสสาวะใหม่ระยะยาว ( $r=0.33$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chun, Ling, Chang et al. (2015) พบว่าการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ( $r=0.24$ ) ดังนั้น สรุปว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

**การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม** หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำด้วยตนเอง อย่างมีเป้าหมายในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษา ประกอบด้วยการ

ดูแลตนเองทั่วไป การดูแลตนเองในระยะพัฒนาการและการดูแลตนเองเมื่อภาวะสุขภาพเป็ยงเบน ซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่าบุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพียงพอกับความต้องการของตนเองและมีความต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศไทย มีการศึกษาการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและยังไม่มี การศึกษาปัจจัยนี้ในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ผู้วิจัยจึง เลือکتัวแปรตัวนี้มาศึกษา เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตพบว่า จากการศึกษาของ Hanan and El-Gamil (2003) พบว่า ความสามารถในการดูแลทวารเทียมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตของผู้ที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ Liao and Qin (2014) พบว่าความสามารถใน การดูแลตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ( $R^2=0.23$ ) ในขณะที่การศึกษา ของ เกศินี ธีรทองดี (2557) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของสามารถทำนายคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ( $R^2=0.24$ ) ดังนั้น สรุปว่าการดูแล ตนเองน่าจะมี ความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

**การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี ทวารเทียม** ตามแนวคิดของ House (1985) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แร่งงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งช่วยนำพาบุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ เหมาะสมและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการ ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมทั้งในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีทวารเทียม เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า จากการศึกษาของ วิมลรัตน์ เดชะ (2557) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับ ปานกลาง ( $r=0.31$ ) แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เกศินี ธีรทอง ดี (2557) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ( $r=0.6$ ) และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ ( $R^2=0.24$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanucharunkul (1988) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้าน ม ( $R^2=0.21$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิฆัมพร อิทธิพงษ์วัฒน์ (2555) พบว่าแรงสนับสนุนทาง สังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำทางเดินปัสสาวะใหม่ระยะยาว

( $r=0.29$ ) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

### สมมติฐานการวิจัย

จากแนวเหตุผลและการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นสามารถนำมาตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

2. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research)

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยอายุ 40-65 ปี โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง ประเภทผู้ป่วยนอก ที่หน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง เขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ปัจจัยทำนาย คือ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมถึงความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพ ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) และ วิมลรัตน์ เดชะ (2557) นำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วย

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด มีองค์ประกอบครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่

1) ความผาสุกด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ถึงความพึงพอใจทางกายเมื่อมีทวารเทียม ประกอบด้วยความแข็งแรงของสภาพร่างกาย อาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงาน และการรับรู้ว่าตนเองสามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่นหรือสังคม

2) ความผาสุกด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ถึงความพึงพอใจทางจิตใจเมื่อมีทวารเทียม ประกอบด้วยความสุขในการทำกิจวัตรประจำวัน ในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การทำงานอดิเรก การเข้าสังคม รวมทั้งความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ถึงความพึงพอใจต่อสภาพร่างกายเมื่อมีทวารเทียม ประกอบด้วยความรู้สึกเกี่ยวกับสภาพร่างกายของตนเองเมื่อมีทวารเทียม ความกลัว ความวิตกกังวล การปรับตัวต่อการมีทวารเทียม และสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม

4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ถึงปฏิกิริยาจากบุคคลในสังคมที่มีต่อตนเอง ประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และสังคม ความกลัวการปฏิเสธจากสังคม และการมีเวลาความเป็นส่วนตัวที่เพียงพอกับความต้องการของตน

5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมถึงการรักษาที่เกิดขึ้นและผลของการผ่าตัด ประกอบด้วยอาการปวดภายหลังผ่าตัดทวารเทียม ความถี่ และความรุนแรงของอาการปวด รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ที่เพียงพอกับความต้องการ

6) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ถึงภาวะโภชนาการที่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีทวารเทียม ประกอบด้วยการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว และความเพียงพอของการรับประทานอาหาร

**ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม** หมายถึง ข้อมูลและประสบการณ์ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมที่แสดงออกถึงการจำและเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัด และความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทวารเทียม ประเมินโดยแบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ที่ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นจากการ

ประยุกต์แบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของ อุษณีย์ ทับทอง (2552) และแบบประเมินความรู้เรื่องทวารเทียมและอาการผิดปกติของทวารเทียมของ Pandey, Baral, and Dhungana (2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

**ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมต่อตนเอง รู้สึกยอมรับตนเองเมื่อมีทวารเทียม และรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกและทัศนคติต่อตนเองทางบวกเมื่อมีทวารเทียม และความรู้สึกและทัศนคติต่อตนเองทางลบเมื่อมีทวารเทียม ประเมินโดยแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวคิดของ Rosenberg (1965) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

**การดูแลตนเองในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม** หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำด้วยตนเองอย่างมีเป้าหมายในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษา เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ประเมินโดยแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความต้องการการดูแลตนเองของ (Orem, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่

1) ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา สุขภาพและสวัสดิภาพโดยทั่วไป ได้แก่ การคงไว้ซึ่งการหายใจ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การมีกิจวัตรประจำวันในเรื่องการอาบน้ำ การนอนหลับ การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก และการพบปะสังสรรค์กับผู้อื่นที่เพียงพอกับความต้องการของตนเอง

2) ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ หมายถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมตามระยะพัฒนาการ ของวัยผู้ใหญ่ โดยผู้ป่วยที่มีทวารเทียมสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สามารถตัดสินใจ และสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการมีทวารเทียม

3) ความต้องการการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หมายถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมเพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำงานที่ของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงภายหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม ได้แก่ การแสวงหาความรู้เรื่องโรคและการดูแลทวารเทียม การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาลในการดูแลทวารเทียม การสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียม การตัดสินใจในการมาพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติของ



ทวารเทียม การป้องกันการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตในเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลการขับถ่าย/ทวารเทียม การแต่งกาย และการเตรียมตัวสำหรับเดินทางมาโรงพยาบาล

**การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม** หมายถึง สิ่งของหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์และพยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือแรงงาน และการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ วิลลาร์ดน์ เดซ (2557) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ House (1985) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การรับฟัง การดูแลเอาใจใส่ เมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทำผ่าตัดทวารเทียม จากสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้รับคำแนะนำเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และแนวทางในการดูแลสุขภาพเมื่อทำผ่าตัดทวารเทียม จากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

3) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของ เครื่องใช้ เงินทอง อุปกรณ์ในการดูแลทวารเทียม เวลา แรงงานในการแบ่งเบาภาระเมื่อเจ็บป่วย จากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้รับการยอมรับ และเห็นด้วยในการกระทำที่สนับสนุนการดูแลทวารเทียม และการได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีองค์ความรู้เกี่ยวกับตัวแปรความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ที่สัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีคุณภาพ

2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในศึกษาวิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆต่อไป



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียม ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำเสนอสรุปสาระสำคัญเป็นลำดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
  - 1.1. ความหมายของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
  - 1.2. อุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
  - 1.3. อาการของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
  - 1.4. สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
  - 1.5. ชนิดของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
  - 1.6. ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
  - 1.7. การตรวจวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
  - 1.8. การรักษาผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
2. ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
3. บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิซึ่งดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
  - 4.1. ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
  - 4.2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
  - 4.3. การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

5. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดงานวิจัย

## 1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในวัยผู้ใหญ่ที่มีทวารเทียม

### 1.1 ความหมายของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

คำว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในวัยผู้ใหญ่ เกิดจากการผสมคำระหว่าง “ผู้ป่วย” “วัยผู้ใหญ่” “โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” และ “ทวารเทียม” ผู้วิจัยจึงขอแจกแจงเพื่อให้ได้ความหมายดังนี้

1.1.1 คำว่า ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่รู้สึกไม่สบายเพราะโรคหรือความไข้หรือเหตุอื่นที่ทำให้รู้สึกเช่นนั้น (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

1.1.2 คำว่า วัยผู้ใหญ่ เมื่อสืบค้นจากพจนานุกรม Oxford dictionary (2016) ระบุความหมายว่า เป็นบุคคลที่มีสภาพร่างกายพร้อมซึ่งวุฒิภาวะที่สามารถสืบพันธุ์ได้อย่างสมบูรณ์ แต่ในบริบทของความเป็นมนุษย์ อาจเพิ่มความหมายในแง่ที่สัมพันธ์กับแนวคิดสังคมและกฎหมาย วัยผู้ใหญ่นี้ประกอบด้วย 2 ช่วงวัย กล่าวคือ

1.1.2.1 วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (young adulthood) อายุตั้งแต่ 20-40 ปี บุคคลในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีการพัฒนาทางร่างกายสมบูรณ์เต็มที่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ทั้งกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อไขมัน ในวัยนี้ร่างกายจะมีพลังงาน คล่องแคล่วว่องไว การรับรู้ต่าง ๆ จะมีความสมบูรณ์เต็มที่ เช่น สายตา การได้ยิน ความสามารถในการดมกลิ่น การลิ้มรส จนกระทั่งเข้าสู่วัยกลางคน ความสามารถต่าง ๆ เหล่านี้จะลดลง

1.1.2.2 วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีการแบ่งช่วงวัยที่แตกต่างกัน บางสถาบันเริ่มจากอายุ 40 ปีถึง 60 ปี (สุชาติ โสมประยูร, 2533) แต่บางสถาบัน เริ่มที่ 45-65 ปี (Erikson & Erikson, 1998) อย่างไรก็ตามนักจิตวิทยาและนักสังคมศาสตร์ปัจจุบัน กล่าวว่าวัยผู้ใหญ่ (middle adulthood) ควรเริ่มนับตั้งแต่อายุ 40 ปีถึง 65 ปี (Mosby's Medical Dictionary, 2009) และจากพจนานุกรมของ The Collins English Dictionary (2012) กำหนดว่าวัยผู้ใหญ่เริ่มนับจากอายุ 40 ปีถึง 65 ปีและองค์การอนามัยโลกให้นิยามวัยผู้ใหญ่หรือวัยกลางคน (middle age) หมายถึงช่วงอายุระหว่าง 40-65 ปี (World Health Organization, 2016)

ในวัยกลางคนนี้ ทั้งเพศชายและเพศหญิงร่างกายจะเริ่มมีความเสื่อมถอยในเกือบทุกระบบของร่างกาย ผิวหนังจะเริ่มเหี่ยวย่น ความสามารถในการมองเห็นลดลง การได้ยิน

ลดลง การลึ้มรสและการได้กลิ่นเปลี่ยนแปลงไป เริ่มมีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ในบุคคลที่ประสบความสำเร็จในชีวิตการทำงานจะมีอารมณ์มั่นคงและในปัจจุบันหน่วยงานหลายหน่วยงานยังเห็นศักยภาพและสมรรถภาพด้านร่างกาย ให้ทำงานต่อได้ต่อจากช่วงอายุ 60 ปีจนถึง 65 ปี ในด้านจิตใจ รู้จักการให้อภัย ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน มีความพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา ลักษณะบุคลิกภาพค่อนข้างคงที่ บางคนจะมีอารมณ์เศร้าจากการที่บุตรเริ่มมีครอบครัวใหม่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น บิดา มารดา หรือคู่สมรส หรือผิดหวังจากบุตร เป็นต้น

ดังนั้นในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาผู้ใหญ่อ่อนต้นและตอนกลาง คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 20 ปีถึง 65 ปี

1.1.3 คำว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มาจากคำภาษาอังกฤษ ว่า Colon rectum และ cancer คำสองคำนี้เป็นคำนาม เมื่อนำมารวมกัน จึงกลายเป็น Colorectal cancer ซึ่งมีผู้ให้ความหมายดังนี้

สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ (2555) ให้ความหมาย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) หมายถึงมะเร็งบริเวณส่วนต้นของลำไส้ใหญ่ถึงทวารหนัก

American Cancer Society (2016) ให้ความหมายของ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) ใช้เรียกมะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณลำไส้ใหญ่ (colon) หรือไส้ตรง (rectum)

National Institute for Health and Care Excellence (2011) ให้ความหมายของ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) หมายถึง มะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณลำไส้ใหญ่ ลำไส้ส่วนไส้ตรงที่เชื่อมต่อไปที่ทวารหนักและไส้ติ่ง

กล่าวโดยสรุป มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal carcinoma) หมายถึงมะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณลำไส้ใหญ่ ตั้งแต่ส่วนต้นของลำไส้ใหญ่ ไปจนถึงทวารหนัก

1.1.4 ทวารเทียม หรือทวารใหม่ หรือเรียกทับศัพท์ว่าออสโตมี เป็นการนำลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่มาเปิดออกทางหน้าท้องเพื่อขับถ่ายของเสีย ซึ่งทวารเทียมจะทำใน 2 ระบบ คือระบบทางเดินอาหาร ทวารเทียมทำหน้าที่เป็นทางออกเพื่อขับถ่ายอุจจาระ อาจเป็นชนิดถาวรหรือชนิดชั่วคราวขึ้นกับภาวะโรคของแต่ละคน และระบบทางเดินปัสสาวะ ทวารเทียมทำหน้าที่เป็นทางออกเพื่อขับถ่ายปัสสาวะ (American Cancer Society, 2016)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 40-65 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งบริเวณลำไส้ใหญ่ ตั้งแต่ส่วนต้นของลำไส้ใหญ่ไปจนถึงทวารหนัก และได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายอุจจาระแทนทวารหนัก

## 1.2 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสำคัญของประชากรโลก พบอุบัติการณ์ในปี 2008 พบผู้ป่วยรายใหม่ 1.2 ล้านคนทั่วโลก และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 609,000 คนต่อปี (Ahmedin et al., 2010) ขณะที่ในปี 2012 พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 1.4 ล้านคนทั่วโลก และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 694,000 คนต่อปี (Ferlay et al., 2015) และพบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 4 ของมะเร็งทั้งหมด โดยมะเร็งที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ (World Health Organization, 2012)

เมื่อพิจารณาจากสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทยนับตั้งแต่ ปี 2547-2549 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นลำดับที่ 3 (ร้อยละ 12.9) ของกลุ่มโรคมะเร็งในเพศชาย และลำดับที่ 5 (ร้อยละ 9.2) ของกลุ่มโรคมะเร็งในเพศหญิง (Khuhaprema, Attasara, Sriplung et al., 2012) ต่อมาในปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังคงเป็นลำดับที่ 3 (ร้อยละ 14.4) ของกลุ่มโรคมะเร็งในเพศชาย และลำดับที่ 4 (ร้อยละ 11.2) ของกลุ่มโรคมะเร็งในเพศหญิง (Imsamram, Chaiwerawattana, Wiangnon et al., 2015) นอกจากนี้ในปี 2556 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 3,925 คน มีผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักซึ่งเพศชายยังคงเป็นลำดับที่ 3 (ร้อยละ 13.67) ของกลุ่มโรคมะเร็ง แต่เพศหญิง (ร้อยละ 7.40) เลื่อนจากลำดับที่ 4 เป็นลำดับที่ 3 ในกลุ่มโรคมะเร็ง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ต่อมาในปี 2557 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวน 3,968 คน มีผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเพศชายเลื่อนจากลำดับที่ 3 เป็นลำดับที่ 1 ในกลุ่มโรคมะเร็ง (ร้อยละ 17.21) ส่วนในเพศหญิงยังคงเป็นลำดับที่ 3 ของกลุ่มโรคมะเร็ง (ร้อยละ 8.78) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากที่กล่าวมาพบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตเมืองใหญ่ เช่น อุดรธานี ลำปาง และสงขลา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากในผู้ป่วยที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป แต่จากการศึกษาที่ผ่านมามีพบมากขึ้นในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (Aphinives, Bhudhisawasdi, Pacheerat et al., 2000; Myers, Feingold, Forde et al., 2013; Singh, Taylor, Pan et al., 2014; พจนันท์ อภินิเวศ, วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, ขจิตร์ พาชีรัตน์ และคณะ, 2543) ซึ่งอยู่ในช่วงวัยกลางคน (40-65 ปี) เป็นวัยที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงมากที่สุด และเมื่อเข้าสู่วัยกลางคนเริ่มมีความเสื่อมถอยในเกือบทุกระบบของร่างกาย เป็นช่วงวัยที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา มีหน้าที่การงานมั่นคง ดำรงบทบาทเป็นพ่อ/แม่ มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม (Havighurst, 2016) การเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องทำให้

ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตต่ำกว่าตนเองปกติ รู้สึกว่าตนเองพิการ (Ang et al., 2013) เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคม (Céilleachair et al., 2012) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (King, 2011)

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2012) ถ้าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยได้เร็ว และได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ถึงร้อยละ 90 แต่ถ้าเป็นระยะสุดท้ายซึ่งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง อัตราการรอดชีวิตลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10 (American Cancer Society 2016)

สำหรับอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบอุบัติการณ์ในปี 2006 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในประเทศอังกฤษจำนวน 100,000 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 750,000 คน และในประเทศจีนจำนวน 1,000,000 คน (Liao & Qin, 2014) ขณะที่ในปี 2013 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องในประเทศอังกฤษประมาณ 30,000 คน (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2015) สำหรับอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในประเทศไทย จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ต่อปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

กล่าวโดยสรุป จากอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม อายุ 40-65 ปี

### 1.3 อาการของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

อาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอาจเป็นได้ตั้งแต่ไม่มีอาการ จนถึงมีอาการหลายอย่างขึ้นกับตำแหน่ง ขนาด ลักษณะทางกายภาพของก้อนมะเร็ง และการลุกลามเข้าสู่อวัยวะอื่น โดยมีลักษณะที่เด่นคือ อาการเหล่านี้มักเริ่มแสดงอาการทีละน้อย เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และรุนแรงขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งใช้เวลานานและในผู้ป่วยคนเดียวอาจมีอาการหลายอย่างร่วมกันได้ (ไพบุลย์ สุทธิวรรณ และ บรรจบ อินทรสุขศรี, 2542; บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545; สุทธิพร จิตตมิตรภาพ และ พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2558) สามารถสรุปอาการที่พบบ่อย ดังนี้

1) อาการแน่นท้อง ปวดท้อง ท้องอืด โดยปกติลำไส้ใหญ่มีการบีบตัว (Motility) เพื่อไล่กากอาหารเป็นช่วงสั้นๆสลับกันไปมา อีกทั้งลำไส้ใหญ่มีแก๊ส 100-150 มล. ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลมที่กลืนลงไป และจากปฏิกิริยาของแบคทีเรีย (fermentation) กับคาร์โบไฮเดรตที่ตกค้าง แต่เมื่อมี

การอุดตันจากก้อนมะเร็งส่งผลให้ลำไส้ใหญ่มีการบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจึงเกิดอาการปวดแน่นท้อง และท้องอืด ซึ่งอาการจะทุเลาเมื่อได้ถ่ายอุจจาระหรือผายลม ลักษณะอุจจาระเป็นก้อนขนาดเล็ก หรือลักษณะแบนแบบริบบิ้น บางรายมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่าย มีจำนวนอุจจาระน้อยลง ความถี่ในการถ่ายอุจจาระลดลงหรือเพิ่มขึ้น หรือถ่ายท้องผูกสลับท้องเสีย

2) อาการถ่ายเป็นเลือด เป็นผลจากการที่ก้อนมะเร็งแตกเป็นแผลและมีเลือดออก เลือดที่ออกมานี้อาจจะปนหรือไม่ปนอยู่ในเนื้ออุจจาระ เป็นได้ทั้งเลือดสีคล้ำ สีดำแดง หรือแดงสด มักออกครั้งละไม่มาก อาจมีมูกปนหรือไม่มีมูก ผู้ที่มีมะเร็งใกล้เคียงปากทวารหนักมักจะถ่ายเป็นเลือดสีแดง และมีอาการปวดเบ่ง ปวดถ่ายหรือถ่ายไม่สุดร่วมด้วย ผู้ที่ก้อนมะเร็งอยู่ลึกเลยตำแหน่งทวารหนักไปมาก มักจะถ่ายเป็นเลือดแดงดำ หรือดำคล้ำ บางรายเลือดออกน้อยจนมองไม่เห็น แต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบเลือดในอุจจาระ

3) อาการอ่อนเพลีย ผอมลง เบื่ออาหาร จากปัญหาการขับถ่ายทำให้ผู้ป่วยไม่กล้ารับประทานอาหารเพราะกลัวอาการปวดท้อง ท้องอืด ผู้ป่วยจึงมีน้ำหนักลดลง อีกทั้งการสูญเสียเลือดเป็นเวลานานส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง และมีอาการอ่อนเพลีย ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มะเร็งกระจายหรือลุกลาม

อาการและอาการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักก็มีความแตกต่างกันตามตำแหน่งของลำไส้ ดังนี้(ดรินทร์ โลหะศิริวัฒน์ และคณะ, 2548; อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ, 2552)

1) ลำไส้ใหญ่ซีกขวา (right colon cancer) เนื่องจากเวลาที่อุจจาระผ่านจาก ileocecal valve มาที่ลำไส้ใหญ่ซีกขวา อุจจาระมีลักษณะอ่อนตัวทำให้สามารถผ่านบริเวณรอยโรคที่มีก้อนมะเร็งอยู่ไปได้ อีกทั้งเส้นผ่านศูนย์กลางของลำไส้ซีกขวายังมีขนาดใหญ่กว่าลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย มะเร็งที่เกิดขึ้นในบริเวณนี้จึงสามารถเจริญเติบโตได้มากโดยไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอุดตันหรือความผิดปกติของการขับถ่าย (bowel habit change) รอยโรคบริเวณนี้มักจะเกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีการแตกเป็นแผล (ulcer) เกิดการเสียเลือดที่ละน้อย จนเกิดอาการของโรคโลหิตจาง ซึ่งผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการของโรคโลหิตจาง เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น ไม่มีแรง ซีด เป็นต้น

2) ลำไส้ใหญ่ส่วนขวางและลำไส้ใหญ่ขาลง (transverse and descending colon) เมื่ออุจจาระผ่านมาถึงบริเวณ transverse และ descending colon จะมีการดูดน้ำกลับไปทางลำไส้ใหญ่ ทำให้อุจจาระมีความเข้มข้นมากขึ้น ดังนั้นถ้ามีก้อนมะเร็งเกิดขึ้นในบริเวณนี้และอุดกั้น การเคลื่อนตัวของอุจจาระอาจทำให้เกิดการอุดตันขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้อง (abdominal cramping) เกิดการอุดตัน (obstruction) เกิดการแตกทะลุของลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหนือต่อการอุดตัน (perforation) เมื่อตรวจสอบทางรังสีจะพบลักษณะเฉพาะของรอยโรคที่เรียกว่า apple core หรือ napkin ring เหมือนวงแหวนรัดรอบลำไส้ใหญ่ซึ่งเป็นตำแหน่งของก้อนมะเร็งที่เตรีอบผนังลำไส้ใหญ่



3) ลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวและลำไส้ตรง (rectosigmoid colon and rectal cancer) เนื่องจากอุจจาระที่มาถึงบริเวณส่วนปลายลำไส้ใหญ่จะมีลักษณะค่อนข้างแข็งตัว และเส้นผ่าศูนย์กลางของลำไส้ใหญ่บริเวณนี้มีขนาดเล็กกว่าส่วนต้น ทำให้อาจพบอาการต่างๆ ดังนี้คือ อาการถ่ายเป็นเลือด (hematochezia) ปวดเบ่ง (tenesmus) อุจจาระมีลักษณะเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กลง (narrowing in the caliber of stool) ส่วนอาการโลหิตจางจะพบน้อยกว่ามะเร็งที่เป็นบริเวณส่วนต้นของลำไส้ใหญ่

#### 1.4 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังไม่ทราบแน่ชัด จากการศึกษาของนักวิชาการหลายท่านพบปัจจัยส่งเสริมที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังต่อไปนี้

1.4.1 ปัจจัยจากการดำเนินชีวิต (Lifestyle-related factors) มีปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (American Cancer Society 2016) สามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้

1) ชนิดของอาหาร ได้แก่ อาหารประเภทแป้งอย่างไหม้เกรียม เพราะเมื่ออาหารถูกความร้อน โปรตีนจากเนื้อสัตว์หรืออาหารทะเลจะทำให้เกิดสารก่อมะเร็งที่เราเรียกว่า heterocyclic amines; HCAs และ สาร polycyclic aromatic hydrocarbons; PAHs ที่สามารถทำลายสารพันธุกรรมดีเอ็นเอที่อยู่ในเซลล์ร่างกาย และเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดมะเร็ง รวมทั้งการเลือกรับประทานอาหารจำพวกเนื้อแดง ไขมันสูงหรืออาหารที่ขาดใยอาหาร มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (วัลภา สุนทรนนท์, 2532; สุกัญญา ทรัพย์อุดมมั่งมี, 2540)

2) การขาดการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว เพิ่มการบีบรัดตัว และการย่อยและดูดซึมสารอาหาร (ปริญา ทวีชัยการ, 2554)

3) การมีน้ำหนักตัวมากกว่าค่ามาตรฐาน (body mass indexมากกว่า24) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1.334 เท่า ซึ่งเชื่อว่าในคนที่น้ำหนักเกินจะมี insulin-like growth factor-1 (IGF-1) สูงกว่าคนทั่วไป ซึ่ง IGF-1ทำให้เกิดความผิดปกติในขณะทีเซลล์แบ่งตัวส่งผลให้การทำลายเซลล์ตัวเองผิดปกติ (apoptosis) เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ และมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ดรินทร์ โล่ห์ศิริวัฒน์ และคณะ, 2548) จากการศึกษาของ นันทลักษณ์ ศันสยะวิชัย (2543) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และบริโภคนิสัยของผู้ป่วยมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่ แผนกศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่าการควบคุมน้ำหนักเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่

4) การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 20-30 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รวมทั้งพบว่ามีโอกาสเสียชีวิตจากโรคมะเร็งได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้มะเร็งมีการกระจายที่รุนแรงขึ้น (Kratochvil, 2015)

5) การดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของ ethanol โดยแบคทีเรียในกระเพาะอาหารและลำไส้เป็น Acetaldehyde ซึ่งสารเคมีดังกล่าวจะทำให้เกิดการทำลายเยื่อเมือกลำไส้ (Mucosal damage) และเกิดการสร้างเยื่อลำไส้ใหม่ที่หนาตัวกว่าปกติ (Mucosal hyperregeneration) มีผลทำให้เกิดมะเร็งขึ้น ซึ่งพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มากกว่าคนปกติ 2 เท่า (American Cancer Society 2016; ปริญา ทวีชัยการ, 2554)

#### 1.4.2 ปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

1) อายุ จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เสื่อมลง ภูมิคุ้มกันที่ลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มมากขึ้น โดยพบมากในผู้ป่วยที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป แต่ปัจจุบันพบในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (American Cancer Society 2016)

2) ประวัติด้านพันธุกรรม ถึงแม้ว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นชนิดที่เกิดขึ้นเอง (sporadic) แต่ร้อยละ 20 เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะพบว่าญาติสายตรงของผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหรือตั้งเนื้อในลำไส้ใหญ่ ถึง 2.3 เท่า และมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นเป็น 4.3 เท่า เมื่อมีญาติสายตรงมากกว่า 2 คนป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ปริญา ทวีชัยการ, 2554)

3) โรคลำไส้อักเสบชนิด Inflammatory bowel disease เช่น โรค Crohn's colitis หากเป็นตลอดความยาวลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าคนปกติ 4.8 เท่า แต่จะเสี่ยงเพิ่มขึ้น 8.6-20 เท่าหากป่วยเป็นโรคลำไส้อักเสบก่อนอายุ 30-40 ปี (ดรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์ และคณะ, 2548)

4) เพศและเชื้อชาติ พบว่าผู้หญิงอเมริกันมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าผู้ชาย คนผิวดำจะมีความเสี่ยงมากกว่าคนผิวขาว แต่คนผิวดำในทวีปแอฟริกากลับมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่ำ ซึ่งยังไม่มีการศึกษาถึงสาเหตุที่ชัดเจน (American Cancer Society, 2016) ส่วนในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้นมากทั้งเพศชายและเพศหญิง และยังไม่มีการศึกษาถึงสาเหตุที่ชัดเจนเช่นกัน (Khuhaprema et al., 2012)

5) โรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน (type 2) จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากการที่มี insulin-like growth factor-1 (IGF-1) สูงกว่าคนโดยทั่วไปเช่นเดียวกับภาวะน้ำหนักเกิน (Berster & Goke, 2008; Vecchia, Negri, Decarli et al., 1997)

6) อาการท้องผูก พบว่ามีความสัมพันธ์กับมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะในผู้หญิงมีวาทาที่อาการท้องผูกด้วยแล้วจะมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ (American Cancer Society 2016)

### 1.5 ชนิดของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถแบ่งชนิดตามกลไกการเกิดโรคได้ 3 ประเภท (ปริญา ทวีชัยการ, 2554) ดังนี้

1.5.1 Sporadic Colorectal cancer มีการกลายพันธุ์ของยีนที่เกิดเฉพาะเซลล์เยื่อลำไส้ใหญ่เท่านั้น โดยไม่มีการกลายพันธุ์ของเซลล์อื่นๆของร่างกายรวมทั้งเซลล์สืบพันธุ์ (gene cell) ด้วย มะเร็งที่เกิดขึ้นจะไม่สามารถถ่ายทอดไปยังบุตรหลานของผู้ป่วยได้ เป็นการกลายพันธุ์แบบ somatic mutation และจะมีผู้ป่วยเพียงคนเดียวในครอบครัวที่เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่มืประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว และเป็นกลุ่มโรคชนิดที่พบบ่อยที่สุด โดยพบ ร้อยละ 70 -85 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด พบมากในอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป การเกิด gene mutation ของมะเร็งกลุ่มนี้จะเกิดขึ้นเอง (spontaneous) โดยไม่มีสาเหตุ หรืออาจเกิด mutagen ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมมากระตุ้นก็ได้การเกิดมะเร็งในลักษณะนี้พบมากขึ้นในคนเอเชีย

1.5.2 Hereditary Colorectal cancer มีการกลายพันธุ์ของยีนทุกๆเซลล์ในร่างกายรวมทั้งเซลล์สืบพันธุ์ด้วย ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดนี้จะสามารถถ่ายทอดไปยังบุตรหลานได้ เป็นการกลายพันธุ์แบบที่เรียกว่า germline mutation ดังนั้นจึงมีผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ไป ตลอดชีวิตได้หลายคน ในครอบครัว พบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่หลายแบบที่สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้จึงเรียกกลุ่มอาการพวกนี้โดยรวมว่า hereditary coloncancer syndrome ซึ่งพบประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 โรคใหญ่ๆ ดังนี้

1.5.2.1 Hereditary non polyposis colorectal cancer syndrome (HNPCC) พบได้ประมาณร้อยละ 2-3 มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ autosomal dominant พบบ่อยกว่า FAP อายุเฉลี่ยของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ 45 ปี และมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งชนิดอื่นเช่น endometrial cancer, ovarian cancer และ urinary tract cancers

1.5.2.2 Adenomatous polyposis syndrome ได้แก่ โรค Familial adenomatous polyposis (FAP) พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ autosomal dominant ในลำไส้ใหญ่มี adenomatous polyps หลายร้อยหรือหลายพันตั้งแต่อายุน้อย อายุเฉลี่ยของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ 39 ปี

1.5.2.3 Hamartomatous polyposis syndromes ได้แก่ โรค Peutz-Jeghers syndrome และ Juvenile polyposis เป็นต้น กลุ่มนี้พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของมะเร็งลำไส้ใหญ่

1.5.3 Familial Colorectal cancer มีประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว ความผิดปกติอาจเกิดเนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรมหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน พบประมาณ ร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด

## 1.6 ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

การจัดระดับความรุนแรงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นการประเมิน และติดตามการดำเนินการของโรคว่ามีความรุนแรง และลุกลามไปที่ใด ทำให้ทราบถึงตำแหน่งที่เจาะจงของมะเร็งภายในร่างกาย ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค นำไปสู่การวางแผนการรักษา รวมทั้งช่วยเปรียบเทียบประเมินผลการรักษา โดยนักวิชาการหลายท่านมีการจัดแบ่งความรุนแรงไว้หลายวิธี ดังนี้

1.6.1 การแบ่งความรุนแรงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามระบบ TNM (tumor node metastasis) เป็นระบบที่นิยมใช้กัน ซึ่งถูกกำหนดขึ้นโดย AJCC (American Joint Committee on Cancer, 2016) มีรายละเอียด ดังนี้

ลักษณะบริเวณก้อนมะเร็ง : Primary tumor (T)

Tx = ไม่สามารถประเมินก้อนมะเร็งได้

T0 = ไม่พบก้อนมะเร็งในชั้นเนื้อเยื่อที่ผ่าตัดได้

Tis = มะเร็งอยู่ในชั้นเยื่อบุผิว หรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในชั้นเยื่อบุผิว

T1 = มะเร็งลุกลามถึงชั้นใต้เยื่อบุผิว (submucosa)

T2 = มะเร็งลุกลามถึงชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (muscularis propria)

T3 = มะเร็งลุกลามถึงชั้นใต้เยื่อบุลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้านนอก (subserosa) แต่ไม่ผ่านเยื่อบุผิวด้านนอกหรือมะเร็งทะลุผ่านกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (muscularis propria) เข้าสู่เนื้อเยื่อโดยรอบซึ่งไม่มีเยื่อช่องท้องปกคลุม (non

peritonealized pericolic or perirectal tissue)

T4a = มะเร็งทะลุเยื่อぶด้านนอกลำไส้ใหญ่และทวารหนักไปสู่ช่องท้อง  
(perforation of visceral peritoneum)

T4b = มะเร็งทะลุเยื่อぶด้านนอกลำไส้ใหญ่และทวารหนักสู่อวัยวะ  
ข้างเคียงลุกลามสู่อวัยวะอื่น

ลักษณะของต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง : regional lymph node (N)

Nx = ไม่สามารถประเมินได้

N0 = ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองในบริเวณนั้น  
(regional nodes)

N1a = มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง 1 ต่อมน

N1b = มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง 2 ถึง 3 ต่อมน

N1c = มีการกระจายไปที่เนื้อเยื่อข้างเคียงลำไส้ใหญ่ที่ไม่ใช่ต่อมน้ำ  
เหลือง

N2a = มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง 4 ถึง 6 ต่อมน

N2b = มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 7 ต่อมนขึ้นไป

การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น : metastasis (M)

Mx = ไม่สามารถประเมินได้

M0 = ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

M1a = มีการแพร่กระจายมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น 1 อวัยวะ

M1b = มีการกระจายมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นมากกว่า 1 อวัยวะ

#### 1.6.2 การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็ง (degree of malignant neoplasms)

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

GX = เซลล์มะเร็งไม่สามารถระบุได้

G1 = เซลล์มะเร็งทั้งหมดมีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์ของเนื้อเยื่อเดิม  
(well differentiated)

G2 = เซลล์มะเร็ง 3 ใน 4 มีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อ  
(moderately differentiated)

G3 = เซลล์มะเร็งครึ่งหนึ่งมีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อเดิม  
(poorly differentiated)

G4 = เซลล์มะเร็งเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่สามารถพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อเดิม (undifferentiated)

1.6.3 การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยอาศัยการแพร่กระจาย 4 ระยะ ตามหลักของ American Joint Committee on Cancer (2016) ดังนี้

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

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

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

ระยะ 2A: เซลล์มะเร็งมีการลุกลามผ่านเนื้อเยื่อชั้นกลางของผนังลำไส้ใหญ่ และทวารหนักหรือไปยังเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (T3, N0, M0)

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

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

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

ระยะ 3A: (T1 or T2 N1c M0 or T1N2aM0) เซลล์มะเร็งมีการลุกลาม จากเนื้อเยื่อชั้นในสุดไปยังเนื้อเยื่อในชั้นกลางร่วมกับมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงไม่เกิน 3 ต่อมน

ระยะ 3B: (T3 or T4a N1 or N1c M0 ; T2 or T3 N2a M0; or T1 or T2 N2b M0) เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงไม่เกิน 3 ต่อมน ร่วมกับมีการ ลุกลามผ่านเนื้อเยื่อชั้นกลางของผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนักหรือมีการลุกลามไปยังเนื้อเยื่อบริเวณ ใกล้เคียงลำไส้ใหญ่ และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย; หรือมีการลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียงลำไส้ใหญ่ และ/หรือ ไป ยังเยื่อในช่องท้อง (visceral peritoneum)

ระยะ 3C: (T4a, N2a, M0; T3 or T4a, N2b, M0; or T4b, N1 or N2, M0) เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงตั้งแต่ 4 ต่อมนขึ้นไป ร่วมกับมีการ ลุกลามผ่านเนื้อเยื่อชั้นกลางของผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก; หรือมีการลุกลามไปยังเนื้อเยื่อบริเวณ

ใกล้ๆ ลำไส้ใหญ่ และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย; หรือมีการลุกลามไปยังอวัยวะใกล้ๆ ลำไส้ใหญ่ และ/หรือ ไปยังเยื่อในช่องท้อง (visceral peritoneum)

Stage IV (any T, any N, M1) สามารถแบ่งเป็น 4A และ 4B

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

ระยะ 4B: (any T, any N, M1b) เซลล์มะเร็งจะมีการแพร่กระจายไปยัง ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง และมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ห่างไกลออกไป มากกว่า 1 ที่

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยอาศัยการแพร่กระจาย 4 ระยะ (American Joint Committee on Cancer, 2016) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากการประเมินวิธีนี้ช่วยให้ ทราบถึงการกระจายของมะเร็งและความรุนแรงของโรคได้อย่างชัดเจน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

## 1.7 การตรวจวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี ทวารเทียม

การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีหลายวิธี (National Institute for Health and Care Excellence, 2011; อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ, 2552) ดังนี้

### 1.7.1 การตรวจร่างกาย

1) การตรวจร่างกายทั่วไป เป็นการตรวจความแข็งแรงของผู้ป่วย อาการซีด เหลือง การทำงานของระบบหายใจ หัวใจและหลอดเลือด การตรวจช่องท้องเพื่อประเมินว่ามีอุจจาระ ค้างในลำไส้มากหรือไม่ มีตับโต คลำได้ก้อนภายในช่องท้องหรือไม่ บางรายหากมีการกระจายไปที่เยื่อ ภายใต้วงในช่องท้อง (carcinomatosis peritonei) อาจตรวจพบมีน้ำในช่องท้อง (ascites) หรือก้อนที่ สะดือ (Sister Mary Joseph nodule) รวมถึงการคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้าและขา หนีบทั้ง 2 ข้าง

2) การตรวจร่างกายทางทวารหนัก อาจคลำได้ก้อนขรุขระที่เยื่อภายใต้วงในไส้ตรง หากก้อนมะเร็งอยู่บริเวณส่วนล่างหรือส่วนกลางของไส้ตรง มีมูกเลือดหรือสีของอุจจาระผิดปกติติด ปลายนิ้ว ควรประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก ขนาด ความลึกของก้อนมะเร็ง รวมถึงการลุกลามสู่อวัยวะข้างเคียง เช่นต่อมลูกหมาก ช่องคลอด และกระดูกก้นกบ เนื่องจากเป็น ข้อพิจารณาในการเลือกวิธีผ่าตัด

### 1.7.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1) การตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (fecal occult blood test) คือ การตรวจหาว่ามีเลือดออกภายในลำไส้ใหญ่หรือไม่ แต่ผลการตรวจเม็ดเลือดแดงในอุจจาระไม่มีความจำเพาะ จึงควรเก็บอุจจาระมากกว่า 1 ครั้ง

2) การตรวจหาค่า carcinoembryonic antigen (CEA) เป็นการตรวจสารที่บ่งชี้ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยแนะนำให้ตรวจหาระดับซีรัม CEA ก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และตรวจซ้ำในการติดตามผู้ป่วยหลังการรักษาทุก 3 เดือน ในระยะ 2 ปีแรก และตรวจทุก 6 เดือนในปีที่ 2-5 จากนั้นตรวจทุก 1 ปี เนื่องจากระดับซีรัม CEA มีความไวในการติดตามการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงหลังการผ่าตัดมากกว่าซักประวัติ และตรวจร่างกาย โดยเฉพาะในระยะที่ 2 และ 3

### 1.7.3 การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือพิเศษ

การตรวจด้วยเครื่องมือต่อไปนี้เป็นการช่วยยืนยันนอกเหนือจากการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่กล่าวมา ประกอบด้วย

1) การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นการตรวจวินิจฉัยที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนในลำไส้ (National Institute for Health and Care Excellence, 2011) สามารถบอกลักษณะก้อนมะเร็ง ประเมินได้ว่าก้อนมะเร็งโตอุดรูลำไส้ใหญ่หรือไส้ตรงหรือไม่ รวมทั้งสามารถหีบชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา กรณีที่เนื้องอกเป็นไม่มากนักแนะนำให้ส่องกล้องเพื่อประเมินลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็ง เนื่องจากอาจพบมะเร็งบริเวณอื่นของลำไส้ใหญ่ได้ร้อยละ 52 หรือตั้งเนื้ออะดีโนมา ร้อยละ 30 แต่หากก้อนใหญ่มาก โดยเฉพาะลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายและไส้ตรงไม่ควรทำ colonoscopy เนื่องจากการทำความสะอาดลำไส้ด้วยการให้ยาระบายก่อนทำการส่องกล้อง ทำให้เกิดลำไส้ใหญ่อุดตันเฉียบพลัน ในกรณีนี้แนะนำให้สวนอุจจาระด้วยยาระบายอย่างอ่อน และทำ flexible sigmoidoscopy แทน กรณีโรคมะเร็งลำไส้ตรงแนะนำให้บันทึกภาพก้อนมะเร็งก่อนและหลังการรักษาด้วย neoadjuvant treatment เพื่อประเมินผลการรักษาก่อนการผ่าตัด ในระหว่างส่องกล้องลำไส้ใหญ่ หากพบก้อนมะเร็งที่มีขนาดเล็ก แนะนำฉีด Indian ink ข้างก้อนมะเร็งเพื่อความสะดวกในการค้นหาก้อนมะเร็งในระหว่างผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดด้วยการส่องกล้อง (laparoscopic surgery) ซึ่งไม่สามารถใช้มือคลำหาก้อนมะเร็งในขณะผ่าตัดได้ (ณรงค์ ไวฑูรยกุล และคณะ, 2538)

2) การตรวจคลื่นความถี่สูง (ultrasonography) เป็นการตรวจที่เหมาะสมในการวางแผนการรักษาเบื้องต้น รวมถึงเป็นการตรวจที่ไวต่อการตรวจหาน้ำในช่องท้อง ในปัจจุบันเครื่อง ultrasound ได้มีการพัฒนาตลอดเวลา มีความละเอียดสูงขึ้น มีการพัฒนา endorectal ultrasound



เพื่อประเมินความลึกของก้อนมะเร็งที่ลุกลามที่ผนังไส้ตรง การกดเบียดหรือลุกลามอวัยวะข้างเคียง ต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงโตซึ่งอาจเกิดจากเซลล์มะเร็งลุกลามไป

3) Barium enema เป็นการตรวจทางรังสีวินิจฉัยบริเวณ ลำไส้ใหญ่ และ ไส้ตรง โดยไม่จำเป็นต้องให้ยาสลบแก่ผู้ป่วย ซึ่งสามารถช่วยลดปัญหาในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบได้ อย่างไรก็ตามการตรวจด้วยวิธีนี้ อาจได้ผลไม่ครอบคลุมเท่าการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ บางครั้งจึงมีการใช้ Barium enema ร่วมกับการส่องกล้อง flexible sigmoidoscopy จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยได้มากขึ้น แต่มีข้อห้ามในการใช้วิธีนี้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาลำไส้ทะลุ

4) Plain radiography of abdomen ภาพถ่ายรังสีของช่องท้อง แม้จะไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่แน่นอนได้ แต่เป็นการตรวจที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉิน เช่น มีการอุดตันของลำไส้ใหญ่ หรือมีการทะลุของลำไส้ เพราะการตรวจที่ง่ายและเร็วจะช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยเบื้องต้นหรือภาวะฉุกเฉินได้ และเป็นแนวทางในการรักษาเพิ่มเติม

5) Computed tomography (CT SCAN) เป็นการตรวจแบบ cross-section imaging จึงสามารถใช้เพื่อดูอวัยวะภายในต่างๆได้อย่างชัดเจน ทั้งดูรอยโรคที่ลำไส้ใหญ่และรอยโรคที่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ เช่น ตับ ปอด ต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น โดย CT Whole abdomen เรียกได้ว่าเป็นการตรวจมาตรฐานในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ใช้เป็นการตรวจในการวางแผนการรักษาและการผ่าตัด อีกทั้งใช้ในการติดตามผลการรักษาอีกด้วย

6) Magnetic Resonance Imaging (MRI) ข้อดีของการตรวจ MRI คือสามารถแยกชั้นต่างๆของเนื้อเยื่อที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน (tissue characteristic) ซึ่งเหมาะสมในการดูระยะต่างๆของโรคมะเร็ง ที่กระจายไปยังชั้นต่างๆของผนังลำไส้ รวมทั้งการกระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง

### 1.8 การรักษาผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

การรักษาผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้นเป็น multimodality treatment (ดรินทร โล่ห์สิริวัฒน์ และคณะ, 2548) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสสูงสุดในการหายขาดจากโรคมะเร็ง (American Cancer Society, 2016) อวัยวะใกล้เคียงสามารถทำงานในสภาวะปกติได้มากที่สุด และมีรูปร่างลักษณะใกล้เคียงลักษณะเดิม การรักษาจะใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับระยะของโรคว่ามีการแพร่กระจายไปมากน้อยเพียงใด (National Institute for Health and Care Excellence, 2011) โดยวิธีการรักษาหลักยังคงเป็นการผ่าตัด ร่วมกับการรักษาเสริมคือการใช้ยาเคมีบำบัด และการให้รังสีรักษาเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็ง ซึ่งสามารถสรุปการรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้ดังต่อไปนี้

### 1.8.1 การผ่าตัด (Surgical therapy)

การผ่าตัดจะได้ผลดีถ้าสามารถตัดเซลล์มะเร็งออกได้หมดและเหลือเฉพาะลำไส้ส่วนดีเอาไว้เย็บต่อกัน (End to end anastomosis) รวมทั้งสามารถตัดหลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง และต่อมน้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปถึงออกได้หมด การผ่าตัดที่ใช้กันบ่อย สามารถแบ่ง ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง (Exploratory laparotomy) และการผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้อง (Laparoscopic Surgery) (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2558)

1) การผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง (Exploratory laparotomy) เป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อสำรวจอวัยวะเพื่อค้นหาอาการบาดเจ็บ หรือรอยโรคต่างๆ เป็นการรักษามาตรฐานที่ใช้ในกรณีที่อวัยวะในช่องท้องมีอาการบาดเจ็บ หรือมีรอยโรคขนาดใหญ่รวมทั้งการกระจายจากโรคมะเร็ง ข้อดีของการผ่าตัดเปิดหน้าท้องช่วยให้ค้นหาความผิดปกติของโรคที่เกิดขึ้นในช่องท้องได้ทั้งหมดโดยใช้เครื่องมือมาตรฐานที่ราคาไม่แพง และไม่เสี่ยงต่อการทำงานที่ผิดพลาดของเครื่องมือไฟฟ้า (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2552) อย่างไรก็ตามยังพบข้อเสียจากการผ่าตัดเปิดหน้าท้องคือจะต้องเปิดแผลขนาดใหญ่เพียงพอที่จะมองเห็นข้างในได้ชัดเจน มีการใช้เครื่องมือช่วยถ่างขอบแผลเพื่อให้ขนาดแผลกว้างขึ้นขณะผ่าตัด (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2552) ทำให้อวัยวะภายในบวมจากการชอกช้ำของเนื้อเยื่อ ส่งผลให้เกิดความดันช่องท้องเพิ่มสูงขึ้นจนเป็นอันตราย แผลผ่าตัดติดเชื้อ แผลผ่าตัดแยก การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจหรือระบบอื่นๆ การตัดผ่านกล้ามเนื้อหน้าท้องที่แข็งแรงก็ทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้าโดยเฉพาะการทำงานของลำไส้และอวัยวะในช่องท้อง จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (พรรณทิพย์ เกียรติสิน, 2553) ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น อีกทั้งในกรณีที่แผลอยู่ในที่ที่มองเห็นได้ชัดเจนอาจมีผลด้านความสวยงาม

2) การผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้อง (Laparoscopic Surgery) เป็นการผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องเข้าไปในบริเวณที่จะผ่าตัด อุปกรณ์และเครื่องมือที่จะใช้ในระหว่างผ่าตัดต้องผ่านรูที่เจาะผ่านผนังหน้าท้องเข้าไป ซึ่งวิธีผ่าตัดประเภทนี้ได้รับการยอมรับมากขึ้นทั่วโลก เนื่องจากมีข้อดีในการลดความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดได้ การพัฒนาของเครื่องมือที่ใช้ตัดเลาะเนื้อเยื่อที่สามารถทำได้เร็วรวมทั้งสามารถหยุดเลือดได้ในขณะเดียวกันจึงทำให้การผ่าตัดด้วยกล้องสะดวกขึ้นและใช้เวลา น้อยลง (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2552) ผู้ป่วยสามารถลดเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และสามารถกลับมาทำงานได้เร็วกว่าการผ่าตัดแบบปกติ แต่อย่างไรก็ตามยังพบข้อเสียในเรื่อง การให้ยาระงับความรู้สึกในระหว่างผ่าตัดจะแตกต่างจากการผ่าตัดทั่วไป เนื่องจากในการผ่าตัดแพทย์ต้องใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO<sub>2</sub> Insufflation) เพื่อให้ท้องขยายและเพื่อให้เห็นอวัยวะในช่องท้องชัดเจน ผลของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยารวมทั้งการเปลี่ยนท่า (position) ของผู้ป่วยทำให้มีผลต่อระบบหัวใจและปอด (cardiopulmonary function) ได้ รวมทั้ง

ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีอาการปวดหัวไหล่ได้อีกทั้งแม้จะลดเวลาในการนอนโรงพยาบาลทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายได้ แต่ผู้ป่วยจะต้องมีค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งสำหรับอุปกรณ์ในการส่องกล้องซึ่งมีราคาแพง (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2552)

ลักษณะการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การผ่าตัดทั้ง 2 วิธีที่กล่าวมาถูกใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยลักษณะของการผ่าตัดสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (ปริญญา ทวีชัยการ, 2554) ดังต่อไปนี้

1) การตัดส่วนที่เป็นมะเร็งออกจากร่างกาย และนำส่วนปลายของลำไส้ส่วนที่เหลือเย็บต่อกัน (Segmental resection with end to end anastomosis) เช่น การตัดลำไส้ใหญ่ทางด้านขวาออก (right hemicolectomy)

2) การผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและบริเวณฝีเย็บ (Abdominoperineal resection = A – P resection, APR) มักทำในรายที่เป็นมะเร็งลำไส้ที่ใกล้ส่วนทวารหนัก เมื่อแพทย์ไม่สามารถเก็บรักษาหูรูดทวารหนักไว้ได้ แพทย์ผ่าตัดเอาทวารหนักออกหมดจนถึงเนื้อตำแหน่งที่เกิดมะเร็งแล้วเอาลำไส้ส่วนต้นที่เหลือจากการผ่าตัดนำมาเปิดผ่านทางหน้าท้อง เพื่อเป็นทางให้อุจจาระออกตลอดเวลา ซึ่งผู้ป่วยจะมีทวารเทียมทุกราย ผู้ป่วยจะไม่สามารถถ่ายอุจจาระผ่านลงทวารหนักได้อีกต่อไป

3) การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนลำไส้ตรง (Anterior resection, AR หรือ Low anterior resection, LAR) หมายถึง มักทำในรายที่เป็นมะเร็งส่วนลำไส้ตรง โดยตัดลำไส้ใหญ่ส่วนลำไส้ตรงผ่านทางแผลหน้าท้อง ซึ่งสามารถเย็บต่อลำไส้ใหญ่ หรือเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง ซึ่งแพทย์พิจารณาเย็บต่อลำไส้อีกครั้งในภายหลัง

4) การผ่าตัด Hartmann procedure หรือ Hartmann resection หมายถึง การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วน descending และ/หรือ ส่วน sigmoid และ/หรือ ส่วน upper rectum แล้วเปิดลำไส้ใหญ่เป็นทวารเทียมชนิด end colostomy และเย็บปิดลำไส้ใหญ่ส่วนปลายทิ้งไว้ในช่องท้องซึ่งแพทย์พิจารณาเย็บต่อลำไส้อีกครั้งในภายหลัง

5) การผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง (Colostomy) เป็นการผ่าตัดเอาส่วนของลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางออกของอุจจาระ ซึ่งส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดที่ผนังหน้าท้องนี้เรียกว่า stoma

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมจึงทำการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการผ่าตัดทวารเทียมโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## 1.8.2 การผ่าตัดทวารเทียมที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้รับ (Colostomy) (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2558) มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) เพื่อลดแรงดันในลำไส้ใหญ่ เป็นการทำให้แบบชั่วคราวกรณีที่มีการอุดตันของลำไส้ใหญ่จากสาเหตุต่างๆทำให้มีการโป่งพองเหนือส่วนที่มีการอุดตันนั้น การทำทวารเทียมจะช่วยเป็นทางระบายออกของอุจจาระและลดแรงดันในลำไส้ใหญ่

2) เพื่อเบี่ยงเบนทางเดินอุจจาระ เป็นการทำให้แบบชั่วคราวเพื่อระบายอุจจาระเหนือบริเวณลำไส้ใหญ่ที่มีปัญหา เช่น มีการอักเสบติดเชื้อ การตีบตัน การทะลุได้รับบาดเจ็บ หรือป้องกันลำไส้ใหญ่ส่วนที่มีการตัดต่อไว้ เป็นต้น

3) เพื่อเป็นทางออกของอุจจาระ เป็นการทำให้แบบถาวรให้ทำหน้าที่แทนทวารหนักลำไส้ใหญ่ส่วนปลายถูกตัดออก (abdominoperineal resection)

### 1.8.2.1 ชนิดของการผ่าตัดทวารเทียมที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้รับ (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2558) ได้แก่

1) แบบชั่วคราว (temporary colostomy) เป็นการทำให้ทวารเทียมไว้ชั่วคราว เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในผู้ป่วยที่จำเป็น อาจเพื่อให้แผลในลำไส้ใหญ่หายดี หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วจึงทำการปิดในภายหลัง อาจใช้ระยะเวลาเป็นสัปดาห์ เดือน หรือปีแล้วแต่กรณีหรือแนวทางการรักษาของแพทย์

2) แบบถาวร (permanent colostomy) การทำให้ทวารเทียมชนิดนี้จะไม่สามารถปิดภายหลังได้ ผู้ป่วยต้องขับถ่ายอุจจาระออกทางทวารเทียมตลอดชีวิต เช่น ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง (tumor of rectum) ซึ่งต้องตัดส่วนของลำไส้ตรงและทวารหนักออกทั้งหมด ดังนั้นจึงมีรูทวารเทียมอย่างถาวร Single-barrel colostomy/Terminal/End colostomy ส่วนใหญ่ทำในกรณีที่ต้องมีรูทวารเทียมตลอดชีวิต มีรูทวารเทียม 1 รู ตำแหน่งที่มาเปิดมักเป็นหน้าท้องด้านซ้ายบริเวณ sigmoid colon ซึ่งปลายเปิดของลำไส้ด้านล่างแพทย์อาจทำการตัดออกหมด หรือเย็บปิดไว้ (Hartman's pouch) เมื่ออุจจาระเก่าที่ค้างอยู่ในลำไส้จะไหลออกทางทวารหนัก

### 1.8.2.2 ลักษณะของรูช่องเปิดลำไส้ใหญ่

การผ่าตัดเพื่อทำทวารเทียมให้แก่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำได้หลายลักษณะ และเรียกได้หลายอย่างตามวิธีการผ่าตัด (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2558; สุทธิพร จิตตมิตรภาพ และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2558) ดังนี้

1) Single-barrel colostomy/Terminal/End colostomy ส่วนใหญ่ทำในกรณีที่ต้องมีรูทวารเทียมตลอดชีวิต มีรูทวารเทียม 1 รู ตำแหน่งที่มาเปิดมักเป็นหน้าท้องด้านซ้ายบริเวณ sigmoid colon ซึ่งปลายเปิดของลำไส้ด้านล่างแพทย์อาจทำการตัดออกหมด หรือเย็บปิดไว้ (Hartman's pouch) เมื่ออุจจาระเก่าที่ค้างอยู่ในลำไส้จะไหลออกทางทวารหนัก

2) Loop colostomy ส่วนใหญ่เป็นการทำรูทวารเทียมไว้ชั่วคราว นิยมทำในลำไส้ใหญ่ส่วน transverse (transverse colon) เพราะสามารถทำได้ง่ายโดยการดึงลำไส้ใหญ่ออกมาเปิดเป็น loop หลังจากนั้นจะผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ตามยาวและเย็บขอบลำไส้เข้ากับขอบแผล รูทวารเทียมจะมีขนาดใหญ่เนื่องจากมี 2 ส่วน คือส่วนต้น (proximal loop) เป็นทางออกของอุจจาระ ส่วนอีกด้านเป็นส่วนปลาย (distal loop) จะมีอุจจาระเก่าและเมือกที่ลำไส้ใหญ่ผลิตขึ้นไหลออกมา

3) Double-barrel colostomy ส่วนใหญ่เป็นการทำไว้ชั่วคราว โดยจะตัดส่วนของลำไส้ขาดจากกันเป็น 2 ส่วน และนำส่วนปลายทั้ง 2 ด้านมาเปิดออกทางหน้าท้อง ดังนั้นจึงมีรูเปิดของลำไส้ใหญ่อยู่ 2 ส่วนเช่นเดียวกับ Loop colostomy คือส่วนต้น (proximal loop) เป็นทางออกของอุจจาระ ส่วนอีกด้านเป็นส่วนปลาย (distal loop) จะมีอุจจาระเก่าและเมือกที่ลำไส้ใหญ่ผลิตขึ้นไหลออกมาหรืออาจมีเนื้อเยื่อที่ตายแล้วถูกขับออกมาด้วย

### 1.8.2.3 ตำแหน่งของทวารเทียม

ตำแหน่งของทวารเทียมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ลักษณะอุจจาระที่ออกมีความแตกต่างกันตามการทำหน้าที่ของลำไส้แต่ละส่วน สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) รูทวารเทียมอยู่ตำแหน่งลำไส้ใหญ่ ascending (ascending colostomy) ตำแหน่งของรูทวารเทียมอยู่บริเวณหน้าท้องด้านขวา อุจจาระที่ออกมามีลักษณะเหลวเป็นน้ำและไหลออกตลอดเวลาไม่สามารถควบคุมได้ นอกจากนี้ในอุจจาระมีปริมาณของเอนไซม์ต่างๆ ที่ใช้ในการย่อยสูง จึงส่งผลให้ผิวหนังบริเวณรอบๆรูทวารเทียมเกิดการระคายเคืองได้ง่าย

2) รูทวารเทียมตำแหน่งลำไส้ใหญ่ transverse (transverse colostomy) ตำแหน่งของรูทวารเทียมจะอยู่บริเวณด้านบนของหน้าท้อง ซึ่งอาจอยู่ตรงกลางหรือเยื้องไปทางด้านขวาเล็กน้อย การทำรูทวารเทียมชนิดนี้ เพื่อให้เป็นทางออกของอุจจาระก่อนที่จะเคลื่อนไปสู่ลำไส้ใหญ่ส่วนที่ถัดไป (descending colon) มักทำในกรณีที่ลำไส้ส่วนดังกล่าวมีปัญหา เช่น มีการอักเสบติดเชื้อเป็นโรคต่างๆ หรือมีการเย็บต่อลำไส้ไว้เมื่อหายดีแล้วจึงทำการปิดภายหลังโดยอาจใช้ระยะเวลาเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปีแล้วแต่กรณี ซึ่งหลังจากนั้นผู้ป่วยจะสามารถขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ อุจจาระที่ออกจากทวารเทียมชนิดนี้มีลักษณะค่อนข้างเหลวและมีปริมาณของเอนไซม์ต่างๆ ที่ใช้ในการย่อยสูง ซึ่งส่งผลให้เกิดการระคายเคืองผิวหนังบริเวณรอบๆรูทวารเทียมได้เช่นกัน บางกรณีอาจมีการทำ transverse colostomy ชนิดถาวรในผู้ป่วยที่มีปัญหาของลำไส้ส่วนที่อยู่ต่ำกว่า (descending colon) และต้องทำการตัดเอาลำไส้ส่วนดังกล่าวทิ้ง หรือหากต้องมีการพักลำไส้ส่วนนั้นอย่างถาวร จึงทำให้ไม่สามารถทำการปิดภายหลังได้อีก

3) รูทวารเทียมตำแหน่งลำไส้ใหญ่ decending (decending colostomy) ตำแหน่งของรูทวารเทียมจะอยู่บริเวณหน้าท้องด้านข้างซ้าย อุจจาระที่ออกมาจะมีลักษณะค่อนข้างแข็งเป็นก้อนเหมือนอุจจาระปกติ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการขับถ่ายได้ง่าย และในอุจจาระมีปริมาณเอนไซม์ต่างๆที่ทำให้เกิดการระคายเคืองผิวหนังน้อย

1.8.2.4 อาการผิดปกติของทวารเทียม ภายหลังจากการทำผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมอาจเกิดอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวังภายหลังจากผ่าตัด (Complication) ได้ตั้งแต่วันแรกของการผ่าตัด หรือหลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้าน สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ (Breckman, 2005; Burch, 2008)

1) ภาวะขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis) ทวารเทียมมีอาการขาดเลือดมาเลี้ยงซึ่งในระยะหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง การสังเกตและลงบันทึกลักษณะและสีของช่องเปิดลำไส้เป็นเรื่องสำคัญมาก โดยปกติทวารเทียมจะมีสีแดง (ลำไส้ใหญ่) และสีชมพู (ลำไส้เล็ก) ถ้าสีคล้ำลงเป็นสีม่วง สีน้ำตาล หมายถึงช่องเปิดลำไส้มี mesenteric circulation ไม่ดี ซึ่งพบได้บ่อยใน 5-7 วัน หลังผ่าตัด ควรรีบรายงานแพทย์เพื่อผ่าตัดแก้ไข

2) ภาวะบวม (Stomal edema) อาการบวมของช่องเปิดลำไส้เป็นภาวะปกติหลังผ่าตัด อาการบวมจะค่อยๆ ลดน้อยลงจนช่องเปิดของลำไส้มีขนาดคงที่ ภายหลังจากผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ หรืออาจเกิดขึ้นได้เมื่อเกิดอาการท้องเสีย เยื่อบุลำไส้อักเสบ หรือได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น ได้รับยาเคมีบำบัด

3) ภาวะเลือดออก (Stomal bleeding) ภาวะเลือดออกของช่องเปิดลำไส้เป็นเรื่องปกติเนื่องจากส่วนของทวารเทียมมีเส้นเลือดมาเลี้ยงเป็นจำนวนมาก เลือดที่ออกปริมาณเล็กน้อยจะสามารถหยุดได้เอง แต่ในระยะหลังผ่าตัดใหม่การมีเลือดออกนั้นหมายถึงอาจมีปมใหม่เย็บหลุด ทำให้มีเลือดออกทางช่องเปิดทวารเทียมจึงควรรีบรายงานแพทย์ทราบ นอกจากนั้นอาการเลือดออกอาจมีสาเหตุอื่นๆ เช่น เกิดจากภาวะ portal hypertension, ถูกกระแทกบริเวณช่องเปิด, ช่องเปิดของถุงเล็กกว่าขนาดของลำไส้, มีภาวะลำไส้อักเสบ, มะเร็งกลับซ้ำ และผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา

4) ภาวะอุดตัน (Stomal obstruction) การอุดตันบริเวณทวารเทียมพบได้ภายหลังจากผ่าตัด 30 วันเนื่องจากการอุดตันบริเวณรอยต่อระหว่างลำไส้ พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ฉายแสงบริเวณนี้ก่อนทำการผ่าตัด และผู้ป่วยเบาหวาน การอุดตันของช่องเปิดลำไส้ มักเกิดจากการมีอุจจาระแข็งไม่สามารถถ่ายอุจจาระออกมาได้ตามปกติทำให้มีการอักเสบของลำไส้ เมื่อเกิดการอุดตันจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียนหรือมีอาการปวดท้องร่วมด้วย การแก้ไขทำได้โดยการสวนล้าง การใช้ยาระบายอ่อนๆ หรือการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง

5) ภาวะช่องเปิดลำไส้ตีบ (Stomal stenosis) เกิดจากมีการตีบแคบของ fibrous ring รอบช่องเปิดลำไส้ หรือมี mucosal-cutaneous scar เมื่อสังเกตว่าช่องเปิดลำไส้หดตีบแคบลง อาจช่วยได้ด้วยระวางการฉีกขาดของ fibrous ring เพราะจะมีผลให้ช่องเปิดของลำไส้ตีบแคบมากขึ้น และเมื่อสิ่งขับถ่ายไม่สามารถระบายออกมาได้ก็จะเกิดภาวะอุดตันต่อไป แก้ไขได้โดยการผ่าตัด

6) ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal prolapse) การที่ลำไส้ยื่นออกมายาวผิดปกติ มีสาเหตุจากไม่ได้เย็บลำไส้ติดกับผนังหน้าท้อง หรือการรัดเข็มขัดแน่นเกินไปเป็นเวลานาน ทำให้แบ่นกดหน้าท้องเป็นผลส่งผลให้ลำไส้ปลิ้นออกมายาวเกินไป หรือทำผ่าตัดคว้านช่องเปิดใหญ่เกินไป หรือมีแรงดันในช่องท้องจากการไอหรือร้องไห้ในทารก แก้ไขได้โดยการผ่าตัด

7) ภาวะช่องเปิดลำไส้ถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง (Stomal retraction) เกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ เช่น จากการเกิดริ้วรอยแผลเป็นของรอยเย็บชั้น mucocutaneous, จากการติดเชื่อบริเวณรอบช่องเปิดลำไส้เรื้อรังจาก necrotic stoma, จากเทคนิคการผ่าตัด, จากการถอดห่วงจากช่องเปิดของลำไส้เร็วก่อนกำหนด, จากโรคอ้วน, จากผลข้างเคียงของรังสีรักษา และจากการเป็นมะเร็งกลับซ้ำ แก้ไขได้โดยการผ่าตัด หรือการเลือกสรรอุปกรณ์ออสโตมีย์แบบ convex พร้อมเข็มขัดเพื่อเพิ่มแรงกดบนผิวหนังหน้าท้อง ให้ลำไส้ปลิ้นออกมา สิ่งขับถ่ายจะได้ไม่รั่วซึมได้แป้นได้ง่าย

8) ภาวะไส้เลื่อน (Peristomal hernia) เกิดจากการมีกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรง หรือเกิดจากเทคนิคการผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ โดยไม่ผ่านชั้นกล้ามเนื้อ rectus จึงไม่มีกล้ามเนื้อพุงช่องเปิดลำไส้ไว้ทำให้ ileum หรือ colon ไหลมากองที่ชั้น subcutaneous ช่วยได้ด้วยการใช้ผ้าหรือยางยึดรัดหน้าท้อง (เว่นช่องไว้เพื่อให้สอดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้) พุงหน้าท้องกันลำไส้เลื่อนออกมาได้ระดับหนึ่ง การรัดหน้าท้องควรรัดอย่าให้แน่นเกินไป ภาวะไส้เลื่อนนี้อาจทำให้ปวดท้อง เกิดการอุดตันและขาดเลือดมาเลี้ยงได้ การแก้ไขที่ดีที่สุดคือ การผ่าตัด

### 1.8.3 การให้รังสีรักษา (Radiation therapy) แก่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

เป็นการนำเอาสารกัมมันตภาพรังสีมาใช้โดยอาศัยประจุรังสี (Ionizing radiation) ไปทำลายดีเอ็นเอทำให้เนื้องอกถูกทำลายและเซลล์ไม่สามารถเกิดการขยายจำนวนเพิ่มขึ้น (Reproduction) ต่อได้ ทำให้เซลล์ตายในช่วงการแบ่งนิวเคลียส (Mitosis) โดยที่อวัยวะยังคงรูปร่างเดิมอยู่ได้โดยอาจรักษาให้หน้าที่ และความสวยงามของอวัยวะยังคงอยู่มีการใช้อนุภาครังสีได้หลายรูปแบบ เช่น รังสีแกมมา รังสีเอกซ์ บีตาพาติเคิลและแสงอิเล็กตรอน การรักษานิยมใช้รังสีขนาดสูง (4,000 – 6,000 เซนติเกรย์) ก่อนการผ่าตัดเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง และลดอาการต่างๆ จาก

ก้อนมะเร็งกดเบียด และหลังผ่าตัด ใช้ในกรณีมะเร็งลุกลามมาก ไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด การนำรังสีมาใช้มี 3 ลักษณะ (American Cancer Society 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2011; บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545) ดังนี้

1.8.3.1 การให้รังสีจากสารกำเนิดภายนอกเข้าสู่ร่างกาย (External radiation therapy) มีการรักษา 2 วิธีคือ

1) การฉายแสง (Teletherapy) เป็นวิธีการรักษาโดยฉายรังสีจากแหล่งกำเนิดรังสีซึ่งมีอำนาจทะลุทะลวง ที่อยู่ห่างจากตัวคนไข้ หรืออยู่ภายนอกร่างกาย โดยฉายรังสีเข้าไปบริเวณที่มีก้อนมะเร็ง รังสีจะผ่านผิวหนังไปทำลายเซลล์มะเร็งที่อยู่ลึกภายในร่างกายได้ รังสีที่ใช้เช่น โคบอลต์ 60 ซีเซียม 137 เป็นต้น

2) การใส่แร่ (Brachytherapy) เป็นการรักษาที่ต้นกำเนิดของรังสีอยู่ติดกับรอยโรคที่จะรักษา เช่น การใช้กัมมันตรังสีวางบนอวัยวะที่ต้องการรักษาโดยตรง รังสีที่ใช้เช่น โคบอลต์ 60 สตอนเซียม 90 เป็นต้น

3) การให้สารกำเนิดรังสีเข้าไปในร่างกาย (Internal radiation therapy) เป็นการให้รังสีโดยต้นกำเนิดรังสีอยู่ภายในร่างกาย หรือเนื้อเยื่อที่จะทำการรักษาโดยการสอดใส่สารกัมมันตภาพรังสีเข้าไปในโพรงของอวัยวะ การฝังกัมมันตภาพรังสีเข้าไปในเนื้องอกโดยตรง ซึ่งสารกัมมันตภาพรังสีที่ใช้ อาจเป็นเข็ม หรือเป็นแท่ง และการรับประทาน หรือฉีดสารกัมมันตภาพรังสี เช่น การรับประทานสารไอโซโทปบางตัวของไอโอดีน 131 การฉีดคอลลอยด์ของทอง 198 เข้าไปในเยื่อหุ้มปอด หรือช่องท้อง เป็นต้น

4) การใช้รังสีรักษาพร้อม ๆ กับการผ่าตัด (Intraoperative radiation therapy) คือ นำรังสีรักษามาใช้พร้อม ๆ กับการผ่าตัด โดยพิจารณาใช้ในผู้ป่วยที่คาดการณ์ว่าการผ่าตัดไม่สามารถตัดก้อนมะเร็งออกได้หมด หรืออาจมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ (Microscopic residual disease) แต่มีข้อจำกัดของการรักษาวิธีนี้ คือมะเร็งต้องไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น จะทำโดยการฉายรังสีอิเล็กตรอนผ่านท่อลักษณะเป็นกรวยปลายเปิด ให้ครอบคลุมตำแหน่งรอยโรคที่มีการหลงเหลืออยู่ขณะที่ศัลยแพทย์ยังไม่ได้เย็บปิดแผล ปริมาณรังสีที่ให้ประมาณ 10-20 เกรย์ โดยให้ครั้งเดียวเมื่อทำการฉายรังสีแล้วจึงเย็บปิดแผล และฉายรังสีคลุมบริเวณกว้างอีกครั้งหนึ่ง การรักษาวิธีนี้เป็น การเพิ่มปริมาณรังสีเฉพาะที่บริเวณเล็ก ๆ เพื่อควบคุมโรคเฉพาะที่ หรือลดอาการจากก้อนมะเร็งและช่วยลดผลแทรกซ้อนจากรังสีรักษาด้วย

**1.8.4 การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) แก่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม**

การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ สามารถรักษามะเร็งที่มีการแพร่กระจายหรือเป็นการรักษาร่วมหลังการผ่าตัดหรือก่อนผ่าตัด โดยมี



วัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากโรค (curative) (อุบล จ้วงพานิช, 2554) โดยยาเคมีบำบัดจะทำลายเซลล์มะเร็งในลักษณะของการทำลายแบบ fractional cell kill ซึ่งการให้เคมีบำบัดแต่ละครั้ง จะมีการทำลายเซลล์ (ร้อยละ 99.90) แต่ในขณะที่เดียวกันเซลล์มะเร็งอาจมีการเจริญเติบโตขึ้นใหม่ได้ จึงจำเป็นต้องให้ยาเคมีบำบัดหลายครั้งเพื่อลดปริมาณเซลล์มะเร็งมาจนถึง 0 โดยอาจใช้เวลาในการรักษานาน 6-12 เดือนโดยจะให้ 4-6 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 3-4 สัปดาห์ แต่แต่ละครั้งการใช้ยาอาจใช้เวลา 1-2 วัน หรือ 5 วัน ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ชนิดของเคมีบำบัด แผนการรักษา ผลการตอบสนองต่อการรักษาและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่ออาการข้างเคียงของยา (American Cancer Society 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2011; บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545) โดยมีเป้าหมายการรักษา คือ

1) การรักษาเสริมหลังการผ่าตัด (Adjuvant treatment) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนมะเร็งหมดไปแล้ว และมีจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่เป็นมะเร็งมากจะมีโอกาสเป็นมะเร็งซ้ำสูงพบว่าถ้ามีต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 5 ต่อมน จะมีโอกาสเกิดเป็นมะเร็งซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 การให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดนี้ ควรให้ทันทีที่แผลผ่าตัดแห้ง เนื่องจากยังมีจำนวนเซลล์มะเร็งต่ำ

2) การรักษากรณีที่มีโรคแพร่กระจาย (Treating advance disease) กรณีนี้ถ้ายังทำการผ่าตัดได้ก็ควรจะทำก่อน โดยเฉพาะมะเร็งที่มีการกระจายไปเพียงตำแหน่งเดียว เช่นไปที่ตับหรือปอด จากนั้นจึงตามด้วยการรักษาด้วยยา 5-FU, Leucovorin, Oxalipatin และIrinotecan หรือกรณีมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่มีการกระจายเฉพาะที่มากไม่สามารถผ่าตัดได้หมด จะให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีก่อนแล้วจึงพิจารณาการผ่าตัดอีกครั้ง การให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยระยะที่ 4 นี้ ปัจจุบันยังไม่สามารถบอกผลของการรักษาได้ชัดเจนตั้งนั้น การรักษาเพียงเพื่อหวังเพิ่มการทำลายของเซลล์มะเร็ง การยืดระยะเวลาความก้าวหน้าของโรคหรือเพียงหวังผลแบบประคับประคอง แต่อย่างไรก็ตามมีรายงานสรุปว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ผลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้ยาเคมีบำบัดโดยเฉลี่ยร้อยละ 20 สำหรับยาเคมีบำบัดที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนใหญ่แพทย์จะพิจารณาให้มีการใช้ยามะเร็งหลายชนิดร่วมกัน (Combination chemotherapy) เนื่องจากยาเพียงชนิดเดียว มักให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันทำให้ผลการรักษาดีขึ้นเนื่องจาก ยามีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกันทำให้มีผลเสริมฤทธิ์กันในการทำลายเซลล์มะเร็ง โดยแพทย์จะพิจารณาตามความเหมาะสม

### 1.8.5 การรักษาประคับประคอง (Palliative treatment) แก่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นๆและมีอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดภาวะไม่สุขสบายมากแล้ว ยาเคมีบำบัดที่นำมาให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายเพื่อลดภาวะไม่สุขสบายหรืออาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นและ

ช่วยให้คุณภาพชีวิตในระยะเวลาที่เหลืออยู่นั้นดีขึ้น ร่วมกับการรักษาตามอาการ ในระยะนี้ผู้ป่วยควรจะได้รับอาหารที่เหมาะสม ได้อย่างปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพเมื่อมีอาการปวด ได้ยาปฏิชีวนะถ้ามีการติดเชื้อ และได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่มีความครอบคลุมความต้องการทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2558)

### 1.8.6 การรักษาด้วย Immunotargeted Therapy แก่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

โดยการใช้ Monoclonal antibody เชื่อมกับ Cytotoxic agent ทำให้สามารถกำหนดให้ยารวมตัวเฉพาะตำแหน่งที่มีเซลล์มะเร็ง ขณะนี้ยังเป็นเพียงความหวังสำหรับอนาคตเท่านั้น(ดรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์ และคณะ, 2548)

ในงานวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม แนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ คือ การได้รับการผ่าตัดเพื่อนำก้อนมะเร็งออกจากร่างกาย ร่วมกับการได้รับผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง และอาจได้รับการรักษาเสริมคือ การได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย

## 2. ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร และระบบขับถ่าย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆซึ่งล้วนกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยสามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้

2.1. ภาวะทุพโภชนาการ จากการรับประทานอาหารลดลง ไม่อยากอาหารเพราะกลัวว่าจะทำให้เกิดอาการท้องผูก ร่วมกับการสูญเสียเลือด จากอาการถ่ายเป็นเลือด อีกทั้งก้อนมะเร็งทำให้เกิดการเผาผลาญในร่างกายสูงขึ้น ทำให้ร่างกายสูญเสียโปรตีนและไขมันที่สะสมในร่างกาย จึงมีอาการแสดงด้วยการมีน้ำหนักลด อ่อนเพลีย และอาจมีภาวะโลหิตจางตามมา (กษยา ต้นติผลาชีวะ, 2547; ปริญญา ทวีชัยการ, 2554)

2.2. การสูญเสียการควบคุมการขับถ่าย เป็นผลจากการที่ก้อนมะเร็งไปขวางหรือไปกดตำแหน่งภายในลำไส้ทำให้ขัดขวางการเคลื่อนไหวลำไส้และการทำงานของลำไส้ในส่วนนั้นๆ อีกทั้งอาจเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เกิดการตายของลำไส้บางส่วนได้ (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2558)นอกจากนั้นผลจากการทำผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกทำให้บางครั้งต้องมีการผ่าตัดอวัยวะส่วน

นั้นออกทั้งหมดเกิดการสูญเสียอวัยวะ (บรรลือ เฉลยภิตติ, 2545; สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2558) มีผลกระทบต่อการทำงานที่ของอวัยวะนั้นๆ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะนั้น ๆ ลดลง หรือไม่สามารถทำงานได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งก้อนมะเร็ง ชนิดการผ่าตัด และสภาพร่างกายผู้ป่วยโดยทั่วไป (สมพร ชินโนรส, 2543) ในรายที่ทำผ่าตัดทวารเทียม ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (Breckman, 2005) สิ่งที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก คือการที่ต้องเผชิญกับการมีถุงรองรับอุจจาระ การขับถ่ายไม่เป็นเวลา การเกิดกลิ่นและลมของอุจจาระ (Burch, 2007)

2.3. การขับถ่ายเปลี่ยนแปลงมีลักษณะอุจจาระไหลออกมาจากทวารเทียมมากผิดปกติ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการรับประทานอาหาร และชนิดของอาหารที่รับประทาน การรับประทานอาหารที่ไม่คุ้นเคยส่งผลให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระออกจากทวารเทียมจำนวนมาก อีกทั้งอุจจาระอาจมีลักษณะเหลวมากกว่าปกติ การขับถ่ายอุจจาระมากผิดปกติทำให้ผู้ป่วยสูญเสียน้ำ และเกลือแร่จึงอาจเกิดอาการ dehydration และอ่อนเพลียตามมา (อรุณศรี เตชัสหงส์, 2545)

2.4. ไม่สุขสบายจากอาการผิดปกติของผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ (peristomal skin disorders) ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางช่องท้อง อาจมีอาการผิดปกติต่างๆเกิดขึ้นกับผิวหนังที่อยู่รอบทวารเทียม ซึ่งเป็นผลจากตัวทวารเทียม อุจจาระ รวมทั้งการดูแลที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดและไม่สุขสบายตามมา (Erwin-Toth et al., 2012) โดยสามารถสรุปอาการผิดปกติได้ดังต่อไปนี้

2.4.1. การเปื่อยยุ่ยของผิวหนัง (maceration) เกิดขึ้นบ่อยรอบๆ ผิวหนังในผู้ป่วยที่ทำ urostomies และ ileostomies เนื่องจากการระคายเคืองจากสารคัดหลั่งและเอนไซม์ต่อผิวหนัง ถ้าไม่สามารถดูแลควบคุมผิวหนังให้สะอาดและแห้งผิวหนังจะถลอกและมีปัญหา ทำให้เกิดแผลได้ ผิวหนังรอบช่องเปิดเปื่อยขึ้นเนื่องจากการตัดช่องเปิดของอุปกรณ์แป้นใหญ่เกินไป แป้นรองอาจเคลื่อนไปจากตำแหน่งเดิมเพราะว่าไม่มีการเปลี่ยนถุง หรือการถูกกดของแป้นรองจากการฉายรังสีหรือมีรอยเว้าระหว่างผิวหนังกับแป้น (ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์, 2557)

2.4.2. แผลถลอกที่ไม่มีผิวหนังปกคลุม (denudement and ulceration) มีสาเหตุจากการไหลซึมของสิ่งคัดหลั่งจากช่องเปิดลำไส้สัมผัสกับผิวหนังตลอดเวลาเป็นเวลานานหรือมีการถลอกของผิวหนังจากการเปลี่ยนอุปกรณ์หรือดึงถุงออกไม่ถูกต้อง (ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์, 2557)

2.4.3. อาการแพ้ (allergy) การแพ้ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากส่วนประกอบของอุปกรณ์ ออสโตมีหรือเกิดจากผลิตภัณฑ์ดูแลช่องเปิดลำไส้ ปฏิกิริยาที่พบจะแสดงให้เห็นคือ เป็นผื่นแดงรอบๆ บริเวณที่ถูกกับสารที่ทำให้เกิดอาการแพ้อย่างรวดเร็ว ในรายที่เกิดอาการแพ้อย่างรุนแรงจะเกิดผื่น

มากและลมพิษ หนังตาบวม เยื่อจมูกอักเสบ และหายใจขัดมีเสียง (wheezing) (จุฬาพร ประสงค์ และ กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2556)

2.4.4. การอักเสบของผิวหนัง (contact dermatitis) พบการเกิดประมาณร้อยละ 55 ของผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากสารเคมีจาก skin protective film, adhesive remover หรือจาก adhesive retention tapes อาจจะทำให้เกิดผิวหนังอักเสบได้ ผิวหนังจะเกิดผื่นแดงเมื่อผิวหนังสัมผัสกับสารดังกล่าว ขนาดและรูปร่างของผื่นจะช่วยให้ทราบถึงสารที่ทำให้เกิดการระคายเคือง (Burch, 2008)

2.4.5. การอักเสบของรูขุมขน (folliculitis) การอักเสบของรูขุมขนในบริเวณผิวหนังรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ มีสาเหตุจากแบคทีเรียเข้าไปเมื่อผิวหนังได้รับอันตรายโดยเฉพาะในผู้ชายจากการโกนขนบริเวณตำแหน่งรอบช่องเปิดลำไส้ หรือรูขุมขนได้รับการบาดเจ็บจากการดึงถู อุปกรณ์ไม่ถูกต้อง มีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดี และการดึงถูออกด้วยทำด้วยความรุนแรง การโกนขนโดยใช้ใบมีดเป็นสาเหตุหนึ่งของ folliculitis ควรใช้กรรไกรขลิบตัดขน หรือเครื่องโกนขนไฟฟ้า (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2554)

2.4.6. การติดเชื้อ (bacterial infection) การติดเชื้อของผิวหนังอาจเป็นอาจเป็นสาเหตุจากเชื้อ staphylococcus aureus ซึ่งเป็นเชื้อปกติที่อยู่ผิวหนัง เมื่อผิวหนังฉีกขาดหรือได้รับอันตรายจะเกิดรอยแดงเป็นตุ่มเล็กๆ หรือเป็นตุ่มน้ำใส ในการจัดการถ้าผิวหนังถูกทำลายให้ใช้ providone iodine ป้ายแผลและปิดด้วย occlusive ที่เป็น hydrocolloid ทันทที (Burch, 2008)

2.5. ไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัด จากการศึกษาอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของ Tournigand, André, Achille et al. (2004) พบว่าอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยมีดังนี้

2.5.1. อาการทางระบบประสาทส่วนปลาย ได้แก่ อาการชา รู้สึกเจ็บแปลบตามปลายมือ ปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง เนื่องจากการเสื่อมสลายของใยประสาทส่วนปลายและทำลายเซลล์ประสาทส่วนปลายรับความรู้สึกใน dorsal root ganglia ผู้ป่วยมักจะเริ่มมีอาการชาบริเวณปลายมือปลายเท้า ในผู้ป่วยบางรายอาจจะรู้สึกเหมือนเข็มตำแสบร้อนหรือปวดได้และมักจะมีอาการเริ่มจากปลายเท้าก่อน หลังจากนั้นจะมีความผิดปกติที่ปลายมือ ตรวจร่างกายจะพบการสูญเสียความรู้สึกทุกด้าน deep tendon reflex ลดลง หลังจากนั้นจะมีอาการอ่อนแรงบริเวณปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง ในช่วงแรกอาการอาจจะเป็นๆ หายๆ ได้ แต่มักจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ตามจำนวนรอบครั้งของการรักษาและอาจจะเป็นเรื้อรังได้แม้จะหยุดยาไปแล้ว (จิรวดี สถิตย์เรืองศักดิ์ และ อรุณี เดชาพันธุ์กุล, 2557)

2.5.2. ผลต่อระบบโลหิต โดยยาเคมีบำบัดจะทำลายไขกระดูกในร่างกาย ซึ่งมีหน้าที่ในการสร้างเม็ดเลือดทั้งเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือด ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเม็ดเลือดขาว

ต่ำซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้โดยง่าย หากมีการติดเชื้อซึ่งอาจรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ในบางครั้งอาจจำเป็นต้องใช้ยาที่กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาวเพื่อป้องกันหรือรักษาภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เกิดภาวะโลหิตจาง ส่งผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอกจากนี้ยังเกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ จะมีผลทำให้เลือดแข็งตัวช้าลงซึ่งอาจทำให้เลือดออกได้ง่ายหรือมีจุดเลือดออกตามร่างกาย (Dehghani, Hafezi, Vojdani et al., 2015)

2.5.3. อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) จะเกิดอาการภายใน 1-2 ชั่วโมงจนถึง 24 ชั่วโมงภายหลังได้รับเคมีบำบัดและอาจหายภายใน 36 ชั่วโมง เมื่อเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกายกระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทอันได้แก่ dopamine, muscarinic, cholinergic, serotonin, และ histamine ซึ่งสารเหล่านี้มีตัวรับอยู่บริเวณ chemoreceptor trigger zone เมื่อตัวรับได้รับการกระตุ้นจากสารสื่อประสาทจะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ โดยผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนก่อนได้รับเคมีบำบัดเนื่องจากความวิตกกังวลเรียกว่า Anticipatory nausea and vomiting ซึ่งอาการนี้เป็นการตอบสนองแบบมีเงื่อนไขที่เกิดจากการเรียนรู้มาก่อน มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดในครั้งก่อนแล้วมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก ดังนั้นการได้รับป้องกันการคลื่นไส้อาเจียนก่อนรับยาเคมีบำบัดจึงเป็นสิ่งจำเป็น (Saif, Choma, Salamone et al., 2009b)

2.5.4. อาการท้องเสีย (Diarrhea) เคมีบำบัดจะผ่านเข้าสู่หลอดเลือดที่มาเลี้ยงเยื่อบุผนังลำไส้ ทำให้เกิดการทำลายผนังลำไส้อย่างเฉียบพลัน เกิดการตายของเซลล์ผนังลำไส้และลุกลามไปยังเยื่อบุกระเพาะอาหาร ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง เกิดอาการท้องเสียซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ (Dehydration) และขาดสารอาหาร ทำให้เกิดการสูญเสียความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์เกิดภาวะกรดคั่งในร่างกาย (Acidosis) โดยผู้ป่วยจะหายใจเร็วและลึก (Kussmaul respiration) มีอาการของทางเดินระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้อาเจียน เกิดอาการของหลอดเลือดส่วนปลายขยาย ความดันโลหิตต่ำลง ตัวเย็น มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ การบีบตัวของหัวใจไม่ดีเนื่องจากมีโปแตสเซียมในเลือดสูงขึ้นจากภาวะกรดคั่ง ก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาท คือ ซึมไม่รู้สึกรู้ตัว (Saif, Choma, Salamone et al., 2009a)

2.5.5. เยื่อบุช่องปากอักเสบ ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ต่อเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว โดยเฉพาะเซลล์เยื่อบุช่องปาก ทำให้เยื่อบุช่องปากบางลงเกิดการอักเสบ เกิดบาดแผลในช่องปาก โดยผู้ป่วยมักเกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในวันที่ 3-7 ภายหลังได้รับเคมีบำบัดและเกิดแผลขึ้นที่ปากใน 3-5 วันต่อมา และอาการอาจคงอยู่นาน 2-สัปดาห์หลังได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะมีความไวต่อความร้อนหรือความเย็นของอาหาร อาหารสจัดทำให้ปวดแสบปวดร้อนในปาก ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารเนื่องจากความเจ็บปวดมีโอกาสดูดสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ (Saif et al., 2009b)

2.5.6. ผมร่วง (Alopecia) ยาเคมีบำบัดมีคุณสมบัติทำลายเซลล์ทุกชนิด แต่จะทำลายเซลล์ มะเร็งมากกว่าเซลล์ปกติ ดังนั้นเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด เซลล์ปกติของร่างกายจึงได้รับผลกระทบไปด้วย เซลล์ของรากผมเป็นเซลล์ที่ได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดเช่นกัน และเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวสูงกว่าเซลล์ปกติทั่วไป จึงได้รับผลกระทบได้ง่ายกว่าเซลล์ปกติอื่นๆ ยาเคมีบำบัดทำลายเซลล์ผมทำให้ผมบาง ผมเปราะง่าย และผมร่วงในที่สุด ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ซึ่งมักพบเกิดได้ประมาณในสัปดาห์แรกของการให้ยาเคมีบำบัด หรือในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังให้ยาอาการเหล่านี้จะหายไปและเส้นผมที่เคยหลุดร่วงไปก็จะกลับขึ้นมาเหมือนเดิม (Saif et al., 2009a)

2.6. ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมมักมีปัญหาคาบเกี่ยวการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เนื่องจากการทำผ่าตัดไปกระทบต่ออวัยวะบริเวณอุ้งเชิงกราน (Ang et al., 2013) ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะเพศ อีกทั้งผู้ป่วยทวารเทียมมักจะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ มีความวิตกกังวลในความรู้สึกที่มีต่อตนเอง และที่คู่สมรสมีต่อผู้มิทวารเทียม รวมถึงการกลัวที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ความต้องการทางเพศเป็นหนึ่งในความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน เป็นเรื่องจำเป็นและขาดไม่ได้ในชีวิตสมรสทำให้ชีวิตสมรสสมบูรณ์แบบและมีความสุขได้อย่างแท้จริง โดยบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย ทำให้การพูดเรื่องเพศเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยทวารเทียมจึงมักถูกละเลยในการพูดถึงความต้องการทางเพศด้วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศที่เกิดขึ้น ถ้าหากไม่ได้รับการให้คำปรึกษาที่ดีก็จะส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาครอบครัวที่พบมากที่สุดคือ การแตกแยกในครอบครัว ปัญหาการหย่าร้าง บางรายอาจรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังถึงกับอยากฆ่าตัวตาย

2.7. สูญเสียภาพลักษณ์ การผ่าตัดทวารเทียมเป็นการเปลี่ยนรูปแบบการขับถ่าย ที่ต้องมาขับถ่ายออกทางหน้าท้องส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดปกติกู้สึกว่าตนเองพิการ เป็นที่รังเกียจของสังคม จากการศึกษาที่ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง (Breckman, 2005; วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548) การที่ผู้ป่วยมีช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องและต้องขับถ่ายโดยมีผู้มองเห็นการขับถ่ายอย่างเปิดเผย และลำไส้ใหญ่ที่เปิดออกทางหน้าท้องก็เปรียบเหมือนแผลที่เปิดตลอดเวลาแม้ไม่มีความเจ็บปวดแต่ก่อให้เกิดความกลัว รู้สึกเกลียดตนเอง ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เกิดความรู้สึกเกลียดตัวเอง สงสารตนเอง การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง (low self-esteem) กลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้งและพยายามแยกตัวออกจากสังคม (Borwell, 2009)

2.8. ความวิตกกังวล ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะไม่นิยมรับว่าเป็นความจริง โกรธ (Sjostedt, Hellstrom, & Stomberg, 2011; Worster & Holmes, 2008) และเป็นเรื่องปกติที่มีการเชื่อมโยงไปสัมพันธ์กับการต้องติดถุงหน้าท้องเพื่อรองรับสิ่งขับถ่ายซึ่งทำให้กังวลและกลัวมากขึ้น เมื่อได้รับแจ้งว่าอาจต้องมีทวารเทียมหรือจำเป็นต้องมีทวารเทียมผู้ป่วยเกิดความทุกข์เพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548) กังวล

เกี่ยวกับผลของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และกลัวตาย รวมไปถึงผู้ดูแลบางรายมีอาการหงุดหงิด ความรู้สึกผิด และวิตกกังวล (Burton, Sautter, Tulsy et al., 2012; Tsunoda, Nakao, Hiratsuka et al., 2005) ตามไปด้วย สิ่งสำคัญที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากคือสิ่งที่ต้องเผชิญกับการ มีอุปกรณ์รับอูจจาระ การขับถ่ายไม่เป็นเวลา การเกิดกลิ่นและลมของอูจจาระ สิ่งเหล่านี้สร้างความคับ ข้องใจแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวคนอื่นรังเกียจ ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนร่างกายของเขา กลับกลายเป็นเด็กอีกครั้งหนึ่งที่ไม่สามารถบอกหรือควบคุมการขับถ่ายได้ เป็นภาวะที่คุกคามทั้ง ร่างกายและจิตใจ เพิ่มพูนความรู้สึกหมดหวัง และท้อแท้ ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะแสดงอาการโกรธ ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต มองเห็นว่าการมีช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง และการมีอูจจาระไหล ตลอดเวลาเป็นสิ่งสกปรก เนื่องจากสิ่งที่ออกมาทางช่องเปิดของลำไส้ใหญ่คืออูจจาระ ซึ่งเป็นสิ่งปฏิญญา น่ารังเกียจไม่ว่าจะเป็นลักษณะ สี กลิ่น และวิธีขับถ่าย (กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2552) ซึ่งปกติจะต้อง เป็นสิ่งที่ปฏิบัติในที่ลับตาคน

2.9. ภาวะซึมเศร้า ผลจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ และความวิตกกังวลอาจส่งผล ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมอย่างถาวร จะต้องใช้ชีวิตอยู่กับการ มีลำไส้เปิดออกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยจะรู้สึกวุ่นวายใจ เป็นที่รังเกียจของสังคม ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่ สามารถปรับตัวยอมรับการมีทวารเทียมได้ก็จะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่ดีแล้ว ก็จะมีผลทำให้มีทัศนคติไม่ดี และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับโรคและการดูแลตนเอง ไม่สามารถ ปรับตัวเข้ากับสภาพการมีทวารเทียมตลอดจนวิธีการขับถ่ายทางหน้าท้องที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม การขับถ่ายได้เอง มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งการมองเห็นถุงบรรจุอูจจาระทางหน้าท้อง เหมือนกับการมองเห็นโรคมะเร็งที่ไม่มีวันหาย ซึ่งส่งผลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Pereira, Figueiredo, & Fincham, 2012)

2.10. ปัญหาค่าใช้จ่าย เนื่องจากขั้นตอนในการวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีหลายขั้นตอน และต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา และติดตาม อาการ ซึ่งส่งผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา การเดินทางมาตรวจ และค่าใช้จ่ายในการทำ หัตถการต่างๆ (Céilleachair et al., 2012) นอกจากนี้ จากผลกระทบทางร่างกายและจิตใจทำให้ บทบาทในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง (Burch, 2007) ในรายที่ร่างกายอ่อนเพลียจาก โรคมะเร็งหรือรายที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกไปทำงานหารายได้มาเลี้ยง ครอบครัวย ผู้ป่วยบางรายต้องเปลี่ยนงานที่ทำประจำหรือลาออกจากงาน (นวพร ชิตมน, 2549) รวมทั้งการดูแลทวารเทียมมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างมาก เช่นอุปกรณ์ถุงรองรับอูจจาระ สำลีทำความสะอาด เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว รวมทั้งอาจมีผลต่อสมาชิกในครอบครัวต้องลา งาน ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแลผู้ป่วย ทำให้สูญเสียรายได้ประจำ (Céilleachair et al., 2012)

2.11. บทบาทหน้าที่ในการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 40-60 ปี เป็นวัยกลางคน (Middle age หรือ Middle adulthood) (สุชา จันทรเฒ, 2536) ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ อาทิเช่น การเป็นผู้นำครอบครัว เป็นบิดามารดา มีบทบาทหน้าที่การงานในสังคม (สุชาติ โสมประยูร, 2533) แต่เมื่อเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร่วมกับมีทวารเทียม ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การทำงาน การเดินทางไกล การนอนหลับพร้อมถุงรูดรับอุจจาระ และการต้องขับถ่ายทางหน้าท้อง เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน มีพฤติกรรมเก็บตัวอยู่กับบ้าน แยกตัวจากสังคม มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพการงาน บางรายต้องออกจากงานมาอยู่บ้านส่งผลกระทบต่อรายได้ และค่าใช้จ่ายในครอบครัว และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่จากผู้นำครอบครัวมาเป็นผู้ป่วย

2.12. ผลกระทบต่อครอบครัว สำหรับครอบครัวเมื่อมีคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมักมีความทุกข์ เกิดความเครียด และวิตกกังวล (Burton et al., 2012) ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีทวารเทียมซึ่งยังปรับตัวในการดูแลตนเองไม่ได้ ครอบครัวจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียดและวิตกกังวล และพบปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวตามมา

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม มักพบกับปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้สามารถปรับตัว ยอมรับกับสถานการณ์ และโรคที่กำลังเผชิญอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระให้กับบุคคลอื่นในครอบครัว หรือผู้ดูแล พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง โดยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะการดูแลต่างๆ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตจากภาวะความเจ็บป่วย และให้คำแนะนำ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

### 3. บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงซึ่งดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ หรือระดับอื่นๆ



ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นผู้ป่วยที่มีระยะของโรค Staging II ขึ้นไปที่ต้องการวิธีการรักษาที่ซับซ้อน ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทั้งการผ่าตัด และ/หรือการให้ยาเคมีบำบัด (ตรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์ และคณะ, 2548) ประกอบกับเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมซึ่งต้องใช้แพทย์เฉพาะทางในการร่วมรักษา ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการติดตามอาการ (follow up) อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการประเมินอาการของโรคมะเร็ง และภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม และ/หรือได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด

โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super Tertiary Care) เป็นโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทางในภาครัฐ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นทั้งของกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ซับซ้อน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยเน้นการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยรุนแรงจนถึงภาวะวิกฤต ครอบคลุมถึงการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งมีการจัดระบบการดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อกลับไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัดที่มีประสิทธิภาพ (ทัศนีย์ สงกา และ ยุพิน อังสุโรจน์, 2550) ดังนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลดังกล่าว จึงต้องมีทักษะการดูแลในระดับขั้นสูงควบคู่กับแพทย์เฉพาะทาง

พยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงซึ่งดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียม ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในบริบทของโรค การรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาทั้งการผ่าตัดทวารเทียม และ/หรือให้เคมีบำบัด โดยมีเป้าหมายสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการมีทวารเทียมและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม และเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548) จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปบทบาทของพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงซึ่งดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ดังนี้

### 3.1. บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อติดตามอาการตามแผนการรักษาพยาบาลต้องประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยอย่างละเอียด ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ติดตามความก้าวหน้าของโรค ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ริเริ่มกำหนดแผนการดูแลที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมตามปัญหาที่พบ โดยบูรณาการความรู้ทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มาตัดสินใจให้การพยาบาลอย่างอิสระ (อุบล จ้วงพานิช, 2554; อุษาวดี อัครวิเศษ, 2553) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 3.1.1. การดูแลด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.1.1.1 การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป เป็นการประเมินสภาพร่างกายทั่วไป เพื่อติดตามอาการและสภาพของผู้ป่วยเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด (follow up) และค้นหาปัญหา

ที่เกิดขึ้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากทวารเทียม ซึ่งได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อพบอาการผิดปกติพยาบาลสามารถประเมินปัญหา รวมทั้งรายงานอาการให้แพทย์หาแนวทางรักษาต่อไป (อุบล จวงพานิช, 2554; อุซาวดี อัครวิเศษ, 2553) เช่น อาการอ่อนเพลีย ดูแลให้พักผ่อน อาการคลื่นไส้ อาเจียน สังเกตอาการคลื่นไส้และลักษณะของอาเจียน และแจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้น อาการปวดแผลบริเวณหน้าท้องหรือบริเวณก้น ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด เป็นต้น

### 3.1.1.2 การประเมินทวารเทียม ประกอบด้วย (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548)

เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับทวารเทียม ได้แก่

1) ชนิดของทวารเทียม (stoma type) ส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดเป็นstoma (segment of bowel) ซึ่งสามารถดูได้จากรายงานการผ่าตัดของแพทย์

2) ความสมบูรณ์ของทวารเทียม (stoma viability) สังเกตจากลักษณะสีและความยืดหยุ่นของ stoma ซึ่งลักษณะปกติของ stoma จะมีสีแดงหรือชมพูมีความชุ่มชื้น ผิวเป็นมัน เรียบ นุ่ม ซึ่งเป็นสีปกติของผิวหนังลำไส้

3) การยื่นของทวารเทียม (stoma height) ควรยื่นออกมาจากผนังหน้าท้องประมาณ 1-1.5 นิ้ว และมีช่องเปิดอยู่ตรงกลางยอด stoma เพื่อสะดวกในการปิดถุงและดูแลรักษาผิวหนังรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ และเพื่อให้ช่องเสียหรืออุจจาระที่ออกมาตกลงสู่ถุงที่ปิดได้พอดี ถ้าปลาย stoma อยู่ระดับเดียวกับผิวหนังหรืออยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง จะทำให้การดูแลรักษาผิวหนังรอบๆ ยาก เนื่องจากช่องเสียจะซึมได้ง่าย และทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคืองเกิดการอักเสบได้ง่าย ถ้าปลาย stoma ยื่นออกมาจากหน้าท้องยาวเกินไปอาจเกิดการกระแทกกระแทก ช้ำ และเสียดสีกับอุปกรณ์ เสื้อผ้า เกิดเป็นแผลเป็นบน stoma ได้ง่าย

4) ตำแหน่งของทวารเทียม (abdominal location) บริเวณหน้าท้องที่เปิด stoma ควรมีการบันทึกรายละเอียดว่าอยู่บริเวณหน้าท้องด้านซ้ายหรือด้านขวา ด้านบนหรือด้านล่าง โดยตำแหน่งของ stoma ที่ดีควรอยู่ในบริเวณที่ไม่ทำให้เกิดปัญหาในการปิดถุงรองรับของเสีย เช่น ใกล้แผลผ่าตัด รอบเอว สะดือ รอยย่นของผิวหนัง หรือปุ่มกระดูก

5) โครงสร้างของทวารเทียม (stoma construction) ดูจากรายงานการผ่าตัด และรูปแบบของการผ่าตัด เช่น double barrel ostomy จะเห็นช่องเปิด 2 แห่ง คือ ส่วน proximal loop จะเป็นทางออกของอุจจาระ และส่วน distal loop จะเป็นทางออกของmucous

6) ผิวหนังรอบทวารเทียม (peristomal skin) ผิวหนังปกติรอบ stoma จะเป็นผิวที่สมบูรณ์แข็งแรง ลักษณะสีไม่แตกต่างกับบริเวณใกล้เคียง ปราศจากการระคายเคืองของผิวหนัง ไม่พบผื่นแดง ผิวหนังเปื่อย เป็นตุ่มหนอง หรือลอกเป็นแผลมีน้ำเหลือง

7) รูปร่างและขนาดของทวารเทียม (size and shape) รูปร่างและขนาดของ stoma อาจจะมีกลมหรือรี ขนาดของ stoma ที่ดีควรมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 1-1.5 นิ้ว จึงควรวัดขนาดและบันทึกไว้ หลังผ่าตัดจะเกิดการบวมเล็กน้อย และจะลดขนาดลงภายใน 6-8 สัปดาห์

8) รอยต่อระหว่างผิวหนังกับทวารเทียม (mucocutaneous suture line) เป็นรอยเย็บระหว่างผิวหนังกับ stoma สังเกตว่ามีรอยแยกปริของแผล มีอาการแพ้ของผิวหนังหรือติดเชื้อบริเวณรอยเย็บหรือไม่เพื่อนำมาวางแผนป้องกันการเกิด separation

9) สิ่งคัดหลั่งจากทวารเทียม (effluent) ลักษณะของอุจจาระมีลักษณะเป็นก้อน แตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของ stoma

3.1.2 การดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมแต่ละรายจะมีภาวะอารมณ์แตกต่างกันไป ผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะโกรธ ภาวะปฏิเสธ ภาวะซึมเศร้า (Simmons et al., 2007) ควรประเมินภาวะอารมณ์ด้านจิตใจก่อนให้การพยาบาล เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจในการรักษา และการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง พุดคุยให้กำลังใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเข้าร่วมรับฟังปัญหาเพิ่มวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกัน

### 3.2 บทบาทผู้ให้ความรู้

เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัด (Follow up) พยาบาลต้องประเมินสภาพของผู้ป่วย ให้ความรู้ และคำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ดีนั้น ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) พยาบาลต้องส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาการ การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัด การดูแลทวารเทียม และการสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียม ความสามารถในการตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองทุกด้านตามที่กล่าวมา และความสามารถในการลงมือปฏิบัติทุกด้านตามที่กล่าวมา สำหรับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องให้ความรู้ที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยสามารถสรุปความรู้ที่จำเป็นประยุกต์ตามแนวคิดความต้องการการดูแลตนเองทั่วไปของ Orem (2001) ดังนี้

3.2.1 การรับประทานน้ำและอาหารที่เหมาะสมผู้ป่วยควรได้รับน้ำอย่างเพียงพอวันละ 2,000 ซีซี และต้องปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร โดยสามารถรับประทานอาหารได้แทบทุกชนิดตามความต้องการ ควรรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ ในเวลาเดียวกันทุกๆ วัน จะช่วยให้การควบคุมการขับถ่ายดีขึ้น เมื่อถ่ายอุจจาระลักษณะปกติมากขึ้น ก็สามารถเพิ่มอาหารชนิดอื่นๆ ได้ (Crina, 2001) ดังนี้

3.2.1.1 หลีกเลียงอาหารรสจัดและของหมักดอง เพื่อป้องกันอาการท้องเดิน และถ่ายอุจจาระมากผิดปกติ

3.2.1.2 รับประทานอาหารที่ป้องกันอาการท้องผูก ได้แก่ ต้มน้ำและน้ำผลไม้ วันละ 6-8 แก้ว/วัน ผัก ผลไม้ เป็นต้น ในกรณีที่อุจจาระเหลวมากให้ทานอาหารที่ลดกาก เช่น เนื้อสัตว์ ปลา ข้าวขาว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง เป็นต้น และงดผัก ผลไม้

3.2.1.3 หลีกเลียงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สมาก เช่น น้ำอัดลม ถั่วเปลือกแข็ง เบียร์ แดงควา กะหล่ำปลี ผักขม ข้าวโพด หัวผักกาด เป็นต้น

3.2.1.4 หลีกเลียงอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ปลา ไข่ หน่อไม้ฝรั่ง กระเทียม เครื่องเทศ หัวหอม ถั่ว ผักกระเฉด ผักตระกูลกะหล่ำ สะตอ ผักกระถิน ชะอม

3.2.2 การดูแลกระบวนการขับถ่าย เป็นการดูแลเกี่ยวกับกระบวนการขับถ่ายและการขับของเสียให้เป็นปกติ สำหรับผู้ป่วยทวารเทียม กระบวนการขับถ่ายเป็นสิ่งที่มียุทธิต่อผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ป่วยจึงต้องการความรู้ในการดูแลทวารเทียม ดังนี้

3.2.2.1 ลักษณะทั่วไปของช่องเปิดทวารเทียม ได้แก่ รูปร่างของ stoma ส่วนที่โผล่ออกมาจากผนังหน้าท้อง เรียกว่า stoma จะมีขนาดแตกต่างกันได้ในแต่ละคน อาจมีลักษณะกลม หรือรี ยื่นออกมาจากผนังหน้าท้อง มีสีชมพู หรือแดง ชุ่มชื้น อุ่น บริเวณผิวเรียบ ไม่มีกลิ่นเหม็นหรือรูค ในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และไม่มีประสาทสัมผัสส่วนปลายที่รับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด แต่จะมีเส้นเลือดมาเลี้ยงมาก ในขณะทำความสะอาด stoma จึงอาจมีเลือดออกได้บ้าง stoma จะเปลี่ยนแปลงขนาดได้หลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ จึงควรวัดขนาดของ stoma สัปดาห์ละครั้ง เพื่อจะได้ตัดขนาดของปากถุงรองรับอุจจาระได้พอเหมาะกับขนาดที่เปลี่ยนแปลงไป

3.2.2.2 ลักษณะของสิ่งขับหลังจาก stoma สิ่งที่ขับออกมาจาก stoma ปกติใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดจะมีลักษณะเป็นของเหลว หลังจากนั้นลักษณะของเสียและการทำงานจะแตกต่างกันไปตามประเภทของ stoma ได้แก่ gastrointestinal stoma ของเสียหรืออุจจาระจะประกอบด้วย แบคทีเรีย น้ำ กากอาหาร น้ำย่อย น้ำดี เมือก เกลือของสารอินทรีย์ เซลล์เยื่อบุผิว และอื่นๆ จะมีค่า pH ประมาณ 7.0-7.5 หลังจากนั้นจะมีการเริ่มทำงานของลำไส้ จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดเป็น stoma และส่วนต่างๆ ของลำไส้ที่ถูกตัดออกไป (ไพบูลย์ สุทธิวรรณ และ บรรจบ อินทรสุขศรี, 2542) ดังนี้

jejunostomy ปกติจะเริ่มทำงานภายใน 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดของเสีย อุจจาระที่ออกมีลักษณะเป็นของเหลว เป็นน้ำปนเมือกสีเขียวเข้มประมาณ 2,400 มล. ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเรื่องการได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์อย่างเพียงพอ

ileostomy หลังผ่าตัด ปกติจะเริ่มทำงานภายใน 48-72 ชั่วโมงของเสียที่ออกมาในระยะแรกจะมีลักษณะเป็นของเหลวปนเมือกเหนียวสีเขียวเมื่อลำไส้มีการเคลื่อนไหว

จะมีของเสียลักษณะเป็นของเหลว ออกประมาณ 1,000-1,800 มล.ต่อวัน ทั้งนี้เนื่องจากสูญเสียระบบการดูดซึมของลำไส้ ในระยะนี้จึงมีความสำคัญมาก หลังผ่าตัดลำไส้จะปรับตัวในการดูดซึมกลับสู่ร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ของเหลวที่ขับออกมาลดลงเหลือ 500-800 มล. ต่อวัน

cecostomy ลำไส้จะเริ่มทำงานประมาณวันที่ 3 หลังผ่าตัด ลักษณะของเสียที่ออกมาจะเป็นของเหลว คล้าย ileostomy เนื่องจากเป็นลำไส้ใหญ่ ส่วนที่ต่อจาก ileocecal valve ส่วนใหญ่ cecostomy ไม่นิยมทำเนื่องจากบริเวณที่เปิดเป็น stoma จะอยู่ด้านล่างของท้องน้อยด้านขวา ทำให้ดูแลลำบาก และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

transverse colostomy ปกติลำไส้จะเริ่มทำงานหลังผ่าตัด 3-4 วัน ลักษณะอุจจาระที่ออกมาค่อนข้างเหลว คล้ายแป้งเปียก บางครั้งอาจจะมีกากปน และมีกลิ่นเหม็นรุนแรง ส่วนใหญ่ stoma จะอยู่บริเวณระดับเอวผู้ป่วย มักเป็น loop stoma

descending หรือ sigmoid colostomy ปกติลำไส้จะเริ่มทำงานหลังผ่าตัด 4-5 วัน หลังผ่าตัดระยะแรก อุจจาระจะมีลักษณะเหลว มีกลิ่นเหม็น และจะค่อยเปลี่ยนเป็นกากมากขึ้นจนมีลักษณะเป็นก้อน ผู้ป่วยสามารถฝึกหัดควบคุมการขับถ่ายอุจจาระออกเป็นเวลาได้

3.2.2.3 วิธีการทำความสะอาดช่องเปิดทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ การทำความสะอาดช่องเปิดทวารเทียม ภายหลังจากการผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ แผลจะยุบวมและมีขนาดคงที่ ระยะนี้สามารถทำความสะอาดด้วยน้ำและสบู่อ่อน ที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำมันซึ่งจะทำให้การยึดติดของถุงรองรับอุจจาระไม่แน่น แล้วซับให้แห้ง ทุกครั้งที่เปลี่ยนถุง ขณะอาบน้ำสามารถทำความสะอาดเหมือนการล้างทวารหนักตามธรรมดา ไม่จำเป็นต้องปิดปากถุงขณะอาบน้ำ เนื่องจากน้ำจะไม่ผ่านเข้าทางนี้ เพราะลำไส้จะบีบตัวจากส่วนต้นไปยังส่วนปลายเสมอ (ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรณวงศ์, 2553; ประไพ อริยประยูร, 2554)

3.2.2.4 การเทของเสียออกจากถุงรองรับอุจจาระ ในรายที่ใช้ถุงระบบขึ้นเดียว เปิดปลาย ให้นั่งบนโถส้วมหรือเก้าอี้แยกขาออก ปล่อยปลายถุงลงช่องระหว่างขาพร้อมทั้งเปิดปลายถุงในโถส้วมหรือภาชนะที่เตรียมรองรับไว้ เมื่อถ่ายเทของเสียออกเสร็จแล้วใส่ผ้าเช็ดทำความสะอาดด้านปลายถุงล้างอุจจาระให้สะอาดและเช็ดด้วยกระดาษชำระให้สะอาดก่อนปิดถุงอีกครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ถุงระบบ 2 ชั้น อาจจะใช้ของเสียออกแบบเดียวกับถุงขึ้นเดียวก็ได้ หรือเปิดถุงออกจากแป้นรองแล้วจึงปล่อยของเสียลงในโถส้วม พร้อมทั้งทำความสะอาดถุง โดยการใช้น้ำฉีดล้างจากด้านบนถุงลงไปจนสะอาด แล้วจึงปิดถุงไว้เช่นเดิม (ประไพ อริยประยูร, 2554)

3.2.2.5 การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ ทำด้วยความนุ่มนวล โดยการใช้นิ้วมือข้างหนึ่งกดผิวหนังบริเวณที่ติดกับแป้นไว้ แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งค่อยๆ ลอกแป้นออกจากผิวหนัง ลอก

แป้นจากขอบด้านบนของแผ่นลงมาด้านล่างตรงข้ามกัน พยายามไม่ให้เป็นการดึงแป้นข้างเดียว จะช่วยลดการเกิดอันตรายต่อผิวหนัง (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548)

3.2.2.6 การปิดถุงรองรับอุจจาระ เมื่อทำความสะอาด stoma และผิวหนังรอบๆ แล้ว ปิดด้วยถุงรองรับอุจจาระเพื่อป้องกันผิวหนังรอบๆ สัมผัสกับอุจจาระที่ผ่านออกจากลำไส้ ซึ่งจะช่วยให้ระคายเคืองและเป็นแผลได้ง่าย ถุงรองรับอุจจาระสำเร็จรูปที่มีขายทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 แบบ ได้แก่ แบบขึ้นเดียว และ แบบ 2 ชั้น บริเวณปากถุงจะมีรูเปิด ก่อนใช้ต้องวัด และตัดขนาดของปากถุงให้ใหญ่กว่าขนาดของ stoma ประมาณ 0.2-0.3 ซม.ลอกกระดาษที่ติดกับแผ่นกาวเหนียวออก วางปากถุงที่มีกาวเหนียวให้แนบสนิทกับผิวหนังรอบ ๆ stoma กดเบาๆ อีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้กาวติดแน่นและป้องกันการหลุดร่วน การติดถุงต้องพยายามไล่ลมให้มิดชิดในถุงน้อยที่สุด ถุงรองรับอุจจาระมีให้เลือกหลายชนิด ซึ่งผู้ป่วยควรเลือกพิจารณา (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548)

3.2.3 การมีกิจกรรมและการพักผ่อน เป็นการดูแลให้คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ซึ่งสิ่งที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในการทำกิจกรรมคือกลิ่นและลมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับความรู้ ดังนี้

3.2.3.1 การควบคุมกลิ่นและก๊าซ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการกลืนลมและก๊าซ จากปฏิกิริยาของแบคทีเรียที่ไม่สามารถย่อยสลายอาหารคาร์โบไฮเดรต การกลืนลมจากการใช้หลอดดูดน้ำ การพูดคุยระหว่างรับประทานอาหาร การเคี้ยวหมากฝรั่งและการสูบบุหรี่ ควรรับประทานอาหารที่ไม่ทำให้เกิดกลิ่นและก๊าซ การใส่สารป้องกันกลิ่น เช่น ใส่ผงถ่านไว้ก้นถุงรองรับอุจจาระสามารถช่วยลดกลิ่นอุจจาระลงได้ แต่วิธีการที่ดีที่สุดในการควบคุมกลิ่นคือ การรักษาความสะอาด เปลี่ยนถุงเมื่ออุจจาระอยู่ในถุงประมาณ 1/3 ของถุง ปิดถุงรองรับอุจจาระให้แน่น (Breckman, 2005)

3.2.3.2 การออกกำลังกายและการทำงาน การออกกำลังกายที่สามารถทำได้ เช่น การบริหารแขน ขาและลำตัว เป็นต้น แต่ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมาก และ หลีกเลี่ยงการยกของหนัก เพราะจะกระทบกระเทือนต่อลำไส้ที่นำมาเปิดหน้าท้อง สำหรับการทำงานจะสามารถทำได้เมื่อลำไส้ยุบวม และร่างกายแข็งแรงขึ้นประมาณ 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ในระยะที่กลับไปทำงาน ให้เตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ วัสดุดับกลิ่น และถุงรองรับอุจจาระเพื่อให้พร้อมสำหรับการทำความสะอาด เปลี่ยนได้ทันทีเมื่อเกิดปัญหา และก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานให้น้อยที่สุด การใส่อุปกรณ์ช่วยเหลือนางชนิด ช่วยทำให้มีความกระชับ และมั่นใจในการออกกำลังกายได้ เช่น การใส่เข็มขัดให้เกิดความกระชับ

3.2.3.3 การมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยที่มีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติจึงควรทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายชิ้นใหม่เพื่อช่วยเสริมความมั่นใจ นอกจากนั้นการใช้ผ้าสะอาดซึ่งมีสีสวยงาม พันทับลงบนถุงอีกชั้นขณะมีเพศสัมพันธ์ จะช่วยเสริมให้บรรยากาศในการมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้น

3.2.3.4 การนอนหลับพักผ่อน ในผู้ที่มีทวารเทียมมักประสบปัญหาการเลื่อนหลุด หรือการรั่วซึมของถุงรองรับอุจจาระ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและรบกวนการนอนหลับพักผ่อน จึงควรงดรับประทานเมื่อใกล้เวลาเข้านอน ทำการเทอุจจาระทิ้งและตรวจสอบความเรียบร้อยของถุงรองรับอุจจาระก่อนเข้านอน อีกทั้งปรับเปลี่ยนท่านอน โดยท่าที่เหมาะสมในการนอนของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือท่านอนหงาย งดการนอนคว่ำเนื่องจากอาจทำให้ถุงรองรับอุจจาระเลื่อนหลุดได้

3.2.4 การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับทวารเทียม ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยมักพบในผู้ป่วยที่ขาดความรู้และปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง จึงต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการสังเกตและดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2558) ได้แก่

3.2.4.1 การระคายเคืองของผิวหนังรอบบริเวณช่องเปิดลำไส้ (peristomal irritation) จากอุจจาระ พบว่า การทำลายผิวหนังรอบ stoma เกิดจากสารคัดหลั่งจากลำไส้เล็ก ในส่วนของลำไส้ใหญ่มีน้อย ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการเลือกถุงรองรับอุจจาระที่มีขนาดเหมาะสมกับ stoma

3.2.4.2 การติดเชื้อ (infection) การติดเชื้อของผิวหนังรอบๆ stoma เชื้อที่พบได้บ่อยคือ candida albicans ซึ่งเป็นเชื้อราที่อยู่ประจำในทางเดินอาหารและลำไส้ใหญ่

3.2.4.3 การแพ้ (allergic contact dermatitis) อาการแพ้ของผิวหนังรอบๆ stoma เกิดจากการแพ้สารต่างๆ จากแผ่นแป้นรอง ถุงรองรับอุจจาระ พลาสติก

3.2.4.4 การตีบของ stoma (stricture stoma) รูเปิดของ stoma แคบเล็กลง อุจจาระไม่ออก

3.2.4.5 การอุดตัน (obstruction) มักเกิดจากอุจจาระแข็ง มีการอักเสบของลำไส้ เมื่อเกิดการอุดตันผู้ป่วยจะมีอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน และปวดท้องร่วมด้วย

3.2.4.6 การยื่นมากกว่าปกติ (prolapse colostomy) หรือ ไส้เลื่อน (parastomal hernia) ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดแก้ไข เพื่อทำ Prolapse repair

3.2.4.7 การทะลุของลำไส้ (perforate) มักเกิดจากการใส่เครื่องมือเข้าไป เช่น สายยางสวนล้างลำไส้ การอักเสบของลำไส้ เป็นต้น ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อผ่าตัดแก้ไข

3.2.4.8 การบาดเจ็บ (injury) และการกระทบกระเทือนต่อ stoma เนื่องจาก stoma ไม่มีเส้นประสาทส่วนปลายมาเลี้ยงจึงไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด การบาดเจ็บอาจเกิดขึ้นได้โดยที่ผู้ป่วยขาดความระมัดระวังจากสาเหตุ เช่น ขนาดช่องเปิดของแผ่นรองมีขนาดเล็กเกินไป แผ่นรองและถุงรองรับอุจจาระแข็งกดช่องเปิดลำไส้ เป็นต้น จึงต้องระมัดระวังไม่ให้ขอบของแผ่นรองไปกดหรือรัดช่องเปิดลำไส้ ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้

3.2.4.9 อาการท้องเสียหรืออุจจาระออกทางทวารเทียมมากผิดปกติ (diarrhea) สาเหตุที่พบส่วนใหญ่มักเกิดจากการรับประทานอาหาร ควรมาพบแพทย์เพื่อให้อาการท้องเสีย เช่น lomotil , Bismuth subgallate เป็นต้น

### 3.3 บทบาทผู้ให้คำปรึกษา

การมีทวารเทียมเป็นเรื่องที่ยอมรับได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความรู้สึก ความคิด และทัศนคติของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ไม่มั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนไป จะมีพฤติกรรมแสดงออกต่าง ๆ กัน บางคนแสดงความรังเกียจ ไม่สนใจทวารเทียม ไม่ยอมมอง ดังนั้นวิธีการเปลี่ยนความรู้สึก และทัศนคติเหล่านี้ พยาบาลควรให้การดูแล โดยการให้คำปรึกษา พูดคุยให้เกิดความสบายใจ ให้กำลังใจ ลดความขัดแย้ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง และมีความเข้มแข็ง เกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าของทวารใหม่ โดยไม่เกิดความรู้สึกว่าเป็นปมด้อย หรือผิดปกติที่น่าอายต่อไป (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2553) การแนะนำแหล่งประโยชน์ และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในกรณีมีอาการผิดปกติจากทวารเทียมหรือเคมีบำบัด รวมทั้งปัญหาหรือส่วนที่ต้องการความช่วยเหลือ (อุบล จวงพานิช, 2554)

### 3.4 บทบาทผู้ประสานงาน

พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมต้องประเมินสภาพผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อพบอาการผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น มีการรายงานแพทย์เจ้าของไข้ให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด เช่น ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียมมากจนเป็นแผลเรื้อรัง พยาบาลควรประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ศัลยกรรมตกแต่งเพื่อทำการรักษา เป็นต้น ส่วนในผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ดี พยาบาลควรประสานงานกับโรงพยาบาลศูนย์เพื่อทำการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่อง อีกทั้งมีการรวบรวมข้อมูลนำเสนอปัญหาที่พบจากระบบต่อผู้บริหารเพื่อร่วมกันวางแผนระบบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

จากที่กล่าวมาทั้งหมด พยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิจังหวัดสูงซึ่งดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งหากต้องการจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว พยาบาลต้องเข้าใจในบริบทของโรคและการรักษา รวมทั้งต้องทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลหรือมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตเพื่อช่วยในการวางแผนการพยาบาล และจัดโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมต่อไป



#### 4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีความสำคัญ เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นการเชื่อมโยงระหว่างมิติต่างๆของบุคคลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพปกติหรือเจ็บป่วย สำหรับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ซึ่งเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ล้วนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ดังนั้นในงานวิจัยนี้จะอธิบายเรื่องความหมายของคุณภาพชีวิต องค์ประกอบ การประเมิน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังต่อไปนี้

##### 4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539) ได้ให้ความหมายไว้ว่า “คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วน “ชีวิต” หมายถึงความเป็นอยู่ตรงข้ามกับความตาย แต่ไม่ได้กล่าวรวมในความหมายของคุณภาพชีวิตดังนั้นสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลขณะมีชีวิตอยู่

จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2535) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกที่ชีวิตมีคุณค่า ชีวิตมีความหมาย ภาวะสุขภาพ ความสุข และการปรับตัว

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

อำภาพร พัววิไล และ กัญญา นภาพงษ์ (2000) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึก/รับรู้/มีประสบการณ์ว่าองค์ประกอบที่จำเป็นต่อชีวิตของตนมีอยู่ และอยู่ในระดับที่ตนเองพึงพอใจ

Baxter, Novotny, Jacobson et al. (2006) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตในผู้ที่มีทวารเทียมหมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกของแต่ละบุคคลต่อผลกระทบของการมีทวารเทียมในมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

Berg (2011) ทำการทบทวนวรรณกรรมและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆกล่าวว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หมายถึงการรับรู้ความผาสุกของชีวิตในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

Burckhardt (1985) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการที่บุคคลรับรู้คุณภาพในชีวิตตนเองว่าดี มีความพึงพอใจในชีวิต แต่ละบุคคลมีภาวะสุขภาพกายและด้านวัตถุ (physical and

material well-being) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และความสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม/ชุมชน/สังคมในกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งแต่ละบุคคลมีการพัฒนาตนเอง, การทำให้บรรลุผลและการหาเวลาพักผ่อน

Centers for Disease Control and Prevention (2011) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้สุขภาพกาย สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ความหมายดังกล่าวคุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีการใช้แทนด้วยคำว่าความผาสุก (Well-Being)

Cella (1994) หมายถึงการประเมินของบุคคลและความพึงพอใจต่อระดับการทำหน้าที่ในด้านต่างๆเมื่อเปรียบเทียบกับระดับที่ตนคาดหวังว่าควรจะได้ โดยการประเมินจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้น

Ferrans and Powers (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุกที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งที่คุณคนนั้นเห็นว่ามีความสำคัญต่อตนเอง

Ferrell (1998) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุกด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

Meeberg (1933) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป, การประเมินสภาวะทางจิตใจของบุคคล ด้านความพึงพอใจในชีวิตหรืออื่นๆ ภาวะทางกาย จิตสังคมและอารมณ์ที่คุณคนตัดสินในสุขภาพว่ายอมรับได้ และการประเมินโดยบุคคลอื่นว่าคุณคนมีสภาวะในการดำรงชีวิตเหมาะสมและชีวิตไม่ถูกคุกคาม

Orem (2001) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตหรือความผาสุก (well-being) หมายถึงภาวะที่คุณคนแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความยินดีและการมีความสุขเกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งความสำเร็จจากความพยายามของคุณคน และการมีแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ ซึ่งความผาสุกเกิดขึ้นได้แม้ในสภาวะที่คุณคนมีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย

Padilla and Grant (1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ

Hanucharunkul (1988) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความผาสุก (well-being) ความสุข (happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) แม้ในขณะที่บุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและได้รับผลกระทบจากการรักษา

World Health Organization (2016) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ในชีวิตของคุณคนในมิติด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ

สรุปว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกซึ่งเกิดจากความพึงพอใจในชีวิตในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคล เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคล ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกความหมายคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) และเมื่อนำคำว่าคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) มารวมกับคำว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จึงมีความหมายว่าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ถึงความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม การตอบสนองต่อการวินิจฉัยด้านการผ่าตัด และการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ

#### 4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์ที่ซับซ้อน มิได้ขึ้นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียวแต่ขึ้นอยู่กับหลายสิ่งร่วมกัน มีผู้ให้แนวคิดและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้แตกต่างกัน ทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนั้น มีนักวิชาการหลายท่านให้แนวคิดไว้ดังนี้

Baxter et al. (2006) ทำการศึกษาและกำหนดองค์ประกอบเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการทำงานและสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงปฏิภยาของสังคมที่มีต่อตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม อาชีพและการทำงานการแยกตัวจากสังคม
- 2) ด้านเพศสัมพันธ์และภาพลักษณ์ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงสภาพร่างกายของตนเอง และสามารถปรับตัวกับการมีทวารเทียม รวมทั้งปัญหาการมีเพศสัมพันธ์
- 3) ด้านการทำหน้าที่ของทวารเทียม เป็นการรับรู้ถึงสภาพของทวารเทียม และการทำหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระ การปรับตัวกับการมีทวารเทียม
- 4) ด้านการระคายเคืองของผิวหนัง เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงสภาพของผิวหนังรอบทวารเทียม และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

5) ด้านการเงิน เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความเพียงพอของค่าใช้จ่ายในการรักษา สิทธิการรักษา และค่าใช้จ่ายในครอบครัว

Centers for Disease Control and Prevention (2011) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น ระดับบุคคล และระดับชุมชน ดังนี้

1) ระดับบุคคล เป็นการรับรู้สุขภาพกายและจิต เป็นความสัมพันธ์ของความเสียหายทางสุขภาพ สภาพอากาศ ภาวะการณ์ทำหน้าที่ การสนับสนุนทางสังคม และสถานะทางเศรษฐกิจ

2) ระดับชุมชน รวมทั้งแหล่งประโยชน์ สถานภาพ นโยบาย และการฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับการรับรู้ทางสุขภาพของประชากร และภาวะการณ์ทำหน้าที่ การรับรู้สุขภาพจิต

Cella (1994) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการเจ็บปวด (pain) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1) ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical Well-Being) การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการรักษาต่อร่างกาย เช่น อาการที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงจากการรักษา ความรู้สึกไม่สบาย การรับภาระต่าง ๆ ของครอบครัวที่เป็นผลกระทบจากการรักษาต่อสภาพร่างกาย

2) ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม (Social and Family Well-Being) การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับความกำลังใจจากครอบครัว และการยอมรับความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ความพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว ความรู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครองหรือคนสำคัญ ความพึงพอใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์

3) ความผาสุกด้านอารมณ์ (Emotional Well-Being) การรับรู้เกี่ยวกับ ความรู้สึกเศร้าใจ ความรู้สึกหมดหวังกับการต่อสู้กับการเจ็บป่วย ความรู้สึกกระวนกระวายใจ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและกังวลเกี่ยวกับความตาย

4) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional Well-Being) การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการทำงานทั่วไปได้ ความพึงพอใจในผลสำเร็จของการทำงาน การพึงพอใจในชีวิต การนอนหลับเพียงพอ มีความสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยหาเพื่อความสราญ ความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตน

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

1) ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (health and functioning domain) ได้แก่ สภาวะสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพของบุคคล ภาวะพึ่งพาด้ร่างกาย การตอบสนองของร่างกาย อาการหรือภาวะไม่สุขสบายต่างๆการปฏิบัติกิจกรรม เพศสัมพันธ์ และการทำงานอดิเรก

2) สังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic domain) ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ รายได้ ที่อยู่อาศัย อาชีพ การศึกษา เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และการสนับสนุนด้านอารมณ์

3) จิตใจและจิตวิญญาณ (psychological / spiritual domain) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิต ความรู้สึกต่อตนเอง เป้าหมายในชีวิต และความเชื่อทางศาสนา

4) ครอบครัว (family domain) ความสุขในครอบครัว คู่สมรส บุตร และภาวะสุขภาพของคนในครอบครัว

Ferrell (1997) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 4 ด้านคือ

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

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

3) ความผาสุกด้านสังคม (social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และบทบาททางสังคม

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

Padilla and Grant (1985) ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องจำนวน 135 ราย และทำการแยกองค์ประกอบ (Factor analysis) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ 6 ด้าน คือ

1) ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being) ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย การมีกำลังความสามารถในการประกอบอาชีพได้ และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้

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

3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (body image concerns) ได้แก่ ความสามารถมองทวารเทียมบริเวณหน้าท้องของตนเอง แนวโน้มความวิตกกังวล และ ความสามารถในการปรับตัวอยู่ร่วมกลิ่นของทวารเทียม

4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม (social concerns) ได้แก่ การรับรู้ปฏิกริยาจากบุคคลในสังคม ความกลัวการปฏิเสธจากสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมต่อการมี รุเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัย และการรักษาด้านการผ่าตัด (diagnosis/treatment: surgical) ได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บปวด ความสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้หลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

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

Zhan (1992) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ

1) ด้านความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกพึงพอใจในทุกด้านของชีวิตซึ่งบุคคลจะรับรู้โดยองค์ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งเอาไว้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล เช่น ภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพ และการทำหน้าที่ของบุคคล

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเองในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นจากการรับรู้ปฏิกิริยาจากบุคคลอื่น เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่

3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึงสุขภาพที่ปราศจากโรคและความสามารถที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

4) ด้านเศรษฐกิจและสังคม คือสถานภาพทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิต โดยเชื่อมโยงกับ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม เนื่องจากมีองค์ประกอบในด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ และความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ที่เฉพาะเจาะจงกับลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมจึงประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด และการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ

#### 4.3 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม

คุณภาพชีวิตเป็นโครงสร้าง (Construct) ที่ประกอบขึ้นด้วยหลายแนวความคิด (Concept) หลากหลายมิติ เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพสามารถจัดประเภทตามกลุ่มประชากร โดยแบ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป และแบบเฉพาะกับโรคหรือภาวะสุขภาพใด ภาวะหนึ่ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.3.1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (General quality of life measures) เป็นเครื่องมือวัดแบบทั่วไป (generic instrument) ซึ่งไม่จำกัดอายุ เพศ หรือภาวะโรค ที่เป็น ข้อดีของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป คือสามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตใน มิติต่างๆ และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆได้ ข้อเสียคือ มีความไว (responsiveness) ต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือสุขภาพค่อนข้างต่ำ เนื่องจากเครื่องมือเหล่านี้ไม่เฉพาะต่อโรคใดโรคหนึ่งหรือสภาวะใดสภาวะหนึ่ง ตัวอย่างของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป เช่น

1) Short Form Health Survey-36 (SF-36) เป็นหนึ่งเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย SF-36 เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดย Ware และคณะ (Ware & Sherbourne, 1992) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยแบ่งองค์ประกอบออกเป็น 8 มิติ มีทั้งหมดรวม 35 ข้อ คือ Physical Functioning (PF), Role Limitations due to Physical problems (RP), Social Functioning (SF), Role Limitations due to Emotional problems (RE), Bodily Pain (BP), General Mental Health (MH), Vitality (VT) และ General Health Perceptions (GH) รวมทั้งคำถามเปรียบเทียบสุขภาพ (Reported Health Transition) อีก 1 ข้อ รวมทั้งสิ้น 36 ข้อ แต่ละคำถามจะถามเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา และตัวเลือกตอบแต่ละคำถามเป็นแบบ likert scale คะแนนของ แต่ละมิติจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 100 ความหมายของคะแนนสูงคือการมีสุขภาพดีคะแนนต่ำแสดงถึง ระดับสุขภาพที่ด้อยกว่าหรือแย่กว่า ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ของแบบสอบถาม SF-36 ในแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0.63-0.76 มีการนำมาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั่วไป (Jain, McGory, Ko et al., 2007)

2) แบบประเมินคุณภาพชีวิต EuroQOL (EQ-5D) เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ซึ่งพัฒนาขึ้นมาโดย Brooks (1996) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตทางสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 มิติ คือ การเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (usual activities) ความเจ็บปวดและการไม่สุขสบาย (pain/discomfort) และความวิตกกังวลและ ความซึมเศร้า (anxiety/depression) แต่ละมิติจะมีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับคือไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลาง และมีปัญหาอย่างมาก ค่าคะแนนอยู่ในช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 ซึ่ง 0 หมายถึงสภาวะสุขภาพที่แย่มากที่สุดและ 100 หมายถึงสภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด มีการนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างการวัดคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไป และผู้ป่วยโรคมะเร็งในต่างประเทศ (Bosch & Hunin, 2000)

3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต Health Utility Index (HUI) พัฒนาโดย Horsman, Furlong, Feeny et al. (2003) มีวัตถุประสงค์ของการพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมิน

คุณภาพชีวิตทางกายของบุคคล โดยเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายคือ HUI3 ซึ่งแบ่งองค์ประกอบออกเป็น 8 มิติ คือ การมองเห็น (vision) การได้ยิน (hearing) การพูด (speech) การเดิน (ambulation) ความคล่องตัว (dexterity) อารมณ์ (emotion) การรับรู้ (cognition) ความปวด (pain) เกณฑ์การให้คะแนนอยู่ในช่วง 0-1 โดย 0 หมายถึง ความตาย (Death) และ 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (full health) มีการนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างการวัดคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไป และผู้ป่วยโรคมะเร็งในต่างประเทศ (Bosch & Hunin, 2000) และมีการนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Forsberg & Cedermarck, 1996)

4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินค่าการรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ซึ่งสามารถช่วยแพทย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และสามารถบ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ว่าการรักษาได้ผลดี ข้อจำกัดของแบบประเมินชุดนี้คือสามารถใช้ได้กับประชากรบางกลุ่มที่ยังไม่เป็นโรค เนื่องจากเป็นลักษณะคำถามทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามมีการนำเครื่องมือนี้มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะ(กึ่งกายจันน์ เพียรไพรงาม, 2554) แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF มีองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากการศึกษาของกึ่งกายจันน์ เพียรไพรงาม (2554) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคเหนือตอนบนจำนวน 150 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

4.3.2 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ (Disease-specific quality of life measures) ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม มีการใช้แบบประเมินที่มีความเฉพาะเจาะจงจะเป็นการประเมินได้ตรงประเด็นและอยู่บนพื้นฐานลักษณะของตัวผู้ป่วยและบริบทที่ตรงประเด็นของผู้ป่วยจะทำให้สามารถทราบและเข้าใจ ภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจำเป็นต้องมีการประเมินคุณภาพชีวิต พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย และต้องให้การดูแลแบบองค์รวม จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะ ในการประเมินคุณภาพชีวิต (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ดังนี้

1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) quality of life questionnaire (QOL) ซึ่ง เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง เครื่องมือได้รับการพัฒนาโดย Aaronson, Bullinger and Ahmedzai (1988) เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง เครื่องมือฉบับนี้มีการแปลเป็นภาษาต่างๆมากกว่า 80 ภาษา รวมทั้งภาษาไทยด้วยและมีค่าความเที่ยงระหว่าง 0.64-0.89



แบบสอบถามคุณภาพชีวิตนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อที่ ประกอบด้วยการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม ในส่วนของการประเมินการทำงาน 5 กลุ่ม คือ ด้านร่างกาย ด้านบทบาท ด้านความคิด ด้านอารมณ์และด้านสังคม การประเมินกลุ่มอาการ 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย อาการปวด และอาการคลื่นไส้อาเจียน การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมและ การประเมินอาการเดี่ยว 6 อาการ ประกอบด้วยอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งคือ อาการเหนื่อย อาการเบื่ออาหาร อาการนอนไม่หลับ อาการท้องผูก และอาการถ่ายเหลว รวมถึงการประเมินสภาวะ ทางการเงินของผู้ป่วยที่เป็นผลมาจากตัวโรคและการรักษา โดย Arndt et al. (2004) นำมาใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับการวินิจฉัยใน 1 ปีแรก

2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง Functional Assessment of Cancer Therapy-General: FACT-G) สร้างตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella (1997) เป็นแบบประเมินการรับรู้ความผาสุก ประกอบด้วย 4 ด้านคือ ความผาสุก ด้านอารมณ์ ด้านการทำหน้าที่ ด้านร่างกาย และด้านสังคม มีจำนวนข้อคำถาม 27 ข้อ ลักษณะการเลือกตอบใช้การประเมินค่า 5 ระดับ รวมคะแนนรายด้านและคะแนนรวมทุกข้อ คะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 466 ราย ผลการทดสอบคุณสมบัติด้านความเที่ยงพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในของแบบวัดทั้งฉบับอยู่ในระดับดี ( $\alpha=0.89$ ) ส่วนมิตีย่อยอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ( $\alpha=0.65-0.82$ ) ความเที่ยงของแบบทดสอบซ้ำอยู่ในระดับดี ( $r=0.92$ ) วรชัย รัตนธรรมาธ แมนมนนา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล (2001) นำมาแปลและทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งคนไทย 364 รายพบว่า FACT-G ฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงอยู่ในระดับดี ( $\alpha=0.75 - 0.90$ )

3) Functional Assessment of Cancer Therapy Questionnaire for Breast Cancer: FACT-B ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งเต้านม พัฒนาโดย Cella, Tulsky, Gray et al. (1993) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1) ส่วนคุณภาพชีวิตทั่วไป (General QOL: FACT-G) มีคำถาม 27 ข้อ แบ่งย่อยเป็น 4 รายด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย 7 ข้อ; ด้านการปฏิบัติกิจกรรม 7 ข้อ; ด้านสังคม/ครอบครัว 7 ข้อ; และด้านอารมณ์ 6 ข้อ; และ 2) ส่วนคำถามเจาะจงสำหรับโรคมะเร็งเต้านม (Breast Cancer Subscale: BCS) 9 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0-4 ตั้งแต่ไม่มีปัญหาเลย (0) จนถึงมีมากที่สุด (4) มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-144 คะแนน ค่าคะแนนสูงบ่งชี้ถึงภาวะคุณภาพชีวิตที่ดี มีค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือเท่ากับ 0.87

4) Quality of life index เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นโดย Padilla and Grant (1985) มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และนำมาสรุปในมิติที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ Padilla, Present, Grant et

al. (1983) เริ่มสร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งขึ้นมาในปี 1983 และตรวจสอบความตรงตามสภาพการณ์ (concurrent validity) โดยเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินที่สร้างขึ้นกับการให้คะแนนคุณภาพชีวิตและการพยากรณ์โรคโดยแพทย์ผู้รักษาพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตและการพยากรณ์โรคที่ประเมินโดยแพทย์ ต่อมาในปี 1985 Padilla and Grant (1985) นำเครื่องมือชุดเดิมมาพัฒนาเป็นครั้งที่สองเพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินมีจำนวนข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 16 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 7 ข้อและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมจำนวน 135 คน เมื่อนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่ามี 6 องค์ประกอบ คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (ทวารเทียม) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา (ด้านการผ่าตัด) และการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ และได้ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ระหว่าง 0.48-0.90 เมื่อนำเครื่องมือมาหาความตรงตามการจำแนก (discriminant validity) โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้มีสุขภาพดีและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยมะเร็งประเภทผู้ป่วยนอก 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้มีสุขภาพดีมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยในมีคะแนนต่ำสุด ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำเป็นอันดับสองรองจากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่เป็นผู้ป่วยใน แสดงว่าเครื่องมือนี้สามารถวัดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มต่างๆและกลุ่มผู้มีสุขภาพดีได้

ในประเทศไทย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) มาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อเพื่อนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 112 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89 ต่อมา วนิดา รัตนานนท์ (2545) นำมาดัดแปลงข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ และนำไปประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดจำนวน 130 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมพบว่า เกศินี ธีรทองดี (2557) นำมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องจำนวน 88 ราย ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.91 และได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94 ต่อมา วิมลรัตน์ เดชะ (2557) นำมาศึกษาในกลุ่ม

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จำนวน 110 ราย ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.82 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

5) Stoma quality of life scale เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นโดย Baxter et al. (2006) ที่ได้รับการออกแบบใช้สำหรับผู้ป่วยที่มี stoma มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเครื่องมือเฉพาะเจาะจงที่สามารถสะท้อนปัญหาของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 100 ราย แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ มี 2 ข้อคำถามที่ประเมินความพึงพอใจในภาพรวมของผู้ป่วยที่มีต่อทวารเทียมลักษณะคำตอบเป็นแบบ visual analog scale 0-100 และข้อคำถามอีก 19 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ผลกระทบของการมีทวารเทียมต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยรายด้าน มีทั้งหมด 5 ด้าน ดังนี้ ด้านการทำงานและสังคม ด้านเพศสัมพันธ์และภาพลักษณ์ ด้านการทำหน้าที่ของทวารเทียม ด้านการระคายเคืองของผิวหนัง ด้านการเงิน ข้อคำถามมีลักษณะทั้งด้านลบและด้านบวก โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีคะแนนรวมของคำถามทั้งหมด 100 คะแนน และแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 5 ระดับ ในประเทศไทย ทิฆัมพร อิทธิพงษ์วัฒน์ (2555) นำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำทางเดินปัสสาวะใหม่ระยะยาวจำนวน 85 คน มีค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือเท่ากับ 0.71

6) City of hope stoma quality of life scale เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาจากงานวิจัยทางการแพทย์โดย the City of Hope National Medical Center มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจงในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีทวารเทียม เป็นแบบสอบถามที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 4 มิติ ได้แก่ ด้านความผาสุกทางกาย ความผาสุกทางจิตใจ ความผาสุกทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 องค์กรประกอบ องค์กรประกอบแรกเป็นข้อคำถามปลายปิดจำนวน 47 ข้อและคำถามปลายเปิดที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ข้อมูลลักษณะทางสังคม อาชีพ ประกันชีวิต กิจกรรมทางเพศ การสนับสนุนทางสังคม การแต่งกาย อาหาร การดูแลทวารเทียมทั่วไป องค์กรประกอบที่ 2 เป็นข้อคำถามที่ให้เลือกคะแนน 0-10 จำนวน 43 ข้อ แบ่งตามมิติของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ ด้านความผาสุกทางกายข้อ 1-11 ด้านความผาสุกทางจิตใจข้อ 12-24 ด้านความผาสุกทางสังคมข้อ 25-36 และด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณข้อ 37-43 มีการนำมาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมในต่างประเทศ (R. Krouse, Grant, Ferrell et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2549-2553 มีการใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปของ WHO-BREF (นวพร ชิตมน, 2549; ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) และให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าควรมีการพัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่านี้ ต่อมาในปี 2557 มีการเลือกใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรคของ Padilla

and Grant (1985) จำนวน 2 งาน คือ เกคินี อีรทองดี (2557) นำมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องจำนวน 88 ราย ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.91 และได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94 และวิมลรัตน์ เดชะ (2557) นำมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จำนวน 110 ราย ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.82 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

จากที่กล่าวมาทั้งหมดผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of life index) ของ Padilla and Grant (1985) เนื่องจากเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรคที่มีข้อคำถามในองค์ประกอบด้านความผาสุกด้านจิตใจ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม และความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่ตรงกับลักษณะของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม อีกทั้งเครื่องมือฉบับนี้ถูกนำมาใช้ในประเทศไทยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม (เกคินี อีรทองดี, 2557; วิมลรัตน์ เดชะ, 2557) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.82-0.91 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88-0.94 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี จึงเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือฉบับนี้มาใช้ในการวัดตัวแปรตามในการศึกษานี้

## 5. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ในการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ผู้วิจัยใช้หลักการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้ Basic conditioning factors ของ โอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมและวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์

**5.1 อายุ (Age)** หมายถึง เวลาที่ดำรงชีวิตอยู่, เวลาชั่วชีวิต, ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดหรือมีมาจนถึงเวลาที่กล่าวถึง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554) จากการศึกษาของ บุชบา ตันติศักดิ์ (2535) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

**5.2 เพศ (Gender)** หมายถึง เป็นสิ่งบ่งบอกถึงความแตกต่างทางเสรีภาพระหว่างเพศชายและหญิง อีกทั้งเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน สังคม (Orem, 1995) จากการศึกษาของ Baldwin, Grant, Wendel et al. (2009) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมพบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย และ ศุภมาส มณีนลินธุ์ (2553) พบว่าเพศสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

**5.3 ระยะเวลาการ (Development state)** เป็นปัจจัยที่โอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวว่าบุคคลจะมีการพัฒนาความรู้และทักษะตามเหตุการณ์ที่ประสบตามระยะเวลาของการใช้ชีวิตเพื่อนำไปสู่การวางแผนในการดูแลตนเอง มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย พัฒนาการของร่างกายและความผาสุกโดยทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบบงานวิจัยที่เลือกปัจจัยพื้นฐานนี้มาศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมิได้เลือกมาศึกษาในงานวิจัยนี้

**5.4 ภาวะสุขภาพ (Health state)** หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนการวินิจฉัยของพยาบาล เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาโดยเฉพะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในงานวิจัยแต่ละงานมีการเลือกศึกษาในภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งในงานวิจัยนี้เลือกศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมเท่านั้น

**5.5 สังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural orientation)** เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ การดูแลตนเอง รวมทั้งสุขภาพของบุคคลซึ่งองค์ประกอบในระบบสังคม วัฒนธรรมจะรวมถึงศาสนา ความเชื่อ การศึกษาและเศรษฐกิจ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) จากการทบทวนวรรณกรรมตัวแปรที่มีการนำมาศึกษาคือ ระดับการศึกษา จากการศึกษาของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) พบว่าระดับการศึกษาสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด

**5.6 ระบบบริการสุขภาพ (Health care system factors)** หมายถึง ระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล การรับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาล จนครบกระบวนการการรักษายาบาล (Orem, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบบงานวิจัยที่เลือกปัจจัยพื้นฐานนี้มาศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมิได้เลือกมาศึกษาในงานวิจัยนี้

**5.7 ระบบครอบครัว (Family system factors)** ครอบครัวเป็นสถาบันสามารถนำมาช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) จากการทบทวนวรรณกรรมตัวแปรที่มีการศึกษาคือ สถานภาพสมรส จากการศึกษาของ ศุภมาส มณีสินธุ์ (2553) พบว่าสถานภาพสมรสสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพของผู้ป่วยทวารเทียม

**5.8 แบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern of living)** เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ปฏิบัติ และเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล (Orem, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบบงานวิจัยที่เลือกปัจจัยพื้นฐานนี้มาศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมิได้เลือกมาศึกษาในงานวิจัยนี้

**5.9 สิ่งแวดล้อม (Environmental factors)** หมายถึง ที่อยู่อาศัย และภูมิประเทศที่อยู่รอบบุคคล (Orem, 1995) ปัจจัยนี้โอเร็มมิได้กล่าวรายละเอียดไว้อย่างเด่นชัด จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบบางงานวิจัยที่เลือกปัจจัยพื้นฐานนี้มาศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมิได้เลือกมาศึกษาในงานวิจัยนี้

**5.10 แหล่งประโยชน์ (Resource availability and adequacy)** หมายถึง สิ่งที่เป็นพื้นฐานของบุคคลนำไปสู่ความต้องการการดูแลตนเอง (Orem, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมตัวแปรที่มีการศึกษาคือ รายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล จากการศึกษาของ นวพร ชิตมน (2549) พบว่ารายได้สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

จะเห็นได้ว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่กล่าวมา พยาบาลไม่สามารถเข้าไปเปลี่ยนแปลงหรือจัดกระทำได้ ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหาตัวแปรที่พยาบาลสามารถจัดกระทำได้ และมีหลักฐานความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ดังนี้

### 5.11 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม

**5.11.1 ความหมายของความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้หลากหลาย ดังนี้

จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539) ให้ความหมาย ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ ความเข้าใจที่ได้รับมาจากประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติ แตกต่างกันในแต่ละสาขา

จินตนา ยูนิพันธ์ (2538) ให้ความเห็นเกี่ยวกับความรู้ว่า คือข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้จักคิด พิจารณาตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ตลอดจนเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะได้การนึกได้ การมองเห็น การได้ยิน

Bloom (1956) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง การรับรู้ (cognitive) ของบุคคลที่เกี่ยวกับการระลึกถึงข้อมูลเฉพาะ วิธีการและกระบวนการต่าง ๆ โดยเน้นในเรื่องของกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ อันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบ

กล่าวโดยสรุปแล้ว ความรู้เป็นข้อเท็จจริง ที่เกิดขึ้นจากการสังเกต ประสบการณ์ การศึกษา ค้นคว้า และมีการเก็บสะสมไว้ สามารถจำได้ และกระตุ้นให้บุคคลเกิดแนวคิด ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป ดังนั้นการที่บุคคลจะแสดงออกในพฤติกรรมเรื่องใดอย่างไร จึงขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลในเรื่องนั้นๆก่อน จึงจะสามารถแสดงพฤติกรรมได้ถูกต้อง (สิริ

พร ดิยพันธ์, 2543)เมื่อนำมาประยุกต์กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ข้อมูลและประสบการณ์ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ที่แสดงออกถึงการจำและเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาการ การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการผ่าตัดทวารเทียม ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัด และความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทวารเทียม

**5.11.2 องค์ประกอบของความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม** จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อมีทวารเทียม พบว่าผู้ป่วยควรมีความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการรักษาที่ได้รับ (National Institute for Health and Care Excellence, 2011 ครินท์ โล่ สิริวัฒน์ และคณะ, 2548) สามารถสรุปองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

5.11.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม ประกอบด้วย

1) สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยการดำเนินชีวิต ได้แก่ ชนิดของอาหารที่มีไขมันสูงขาดใยอาหาร การขาดการออกกำลังกาย การมีน้ำหนักตัวมากกว่าค่ามาตรฐาน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ อาการท้องผูก และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ประวัติด้านพันธุกรรม โรคลำไส้อักเสบและเป็นโรคเบาหวาน

2) อาการและอาการแสดงของโรค ได้แก่ นิสัยการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง ท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ปวดแน่นท้อง ซีด อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลด

3) การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วย การผ่าตัดเพื่อมีทวารเทียม ซึ่งเป็นการผ่าตัดเอาส่วนของลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางออกของอุจจาระ และการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเป็นวิธีการรักษาเสริมหลังการผ่าตัด การให้เคมีบำบัดแต่ละครั้ง จะมีการทำลายเซลล์ และเซลล์มะเร็งอาจมีการเจริญเติบโตขึ้นใหม่ จึงจำเป็นต้องให้เคมีบำบัดหลายครั้ง อาจใช้เวลาในการรักษานาน 6-12 เดือน โดยจะให้ 4-6 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 3-4 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ชนิดของเคมีบำบัด แผนการรักษา ผลการตอบสนองต่อการรักษา และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

5.11.2.2 ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัด ประกอบด้วย

1) ลักษณะปกติของทวารเทียม รูปร่างของทวารเทียมจะมีขนาดแตกต่างกันได้ในแต่ละคน อาจมีลักษณะกลม หรือรี ยื่นออกมาจากผนังหน้าท้อง มีสีชมพู หรือแดง ชุ่มชื้น อุ่น บริเวณผิวเรียบ ไม่มีกลิ่นเนื้อหรือรูตในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และไม่มีประสาทสัมผัสส่วนปลายที่รับความรู้สึกเจ็บปวด แต่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงมาก

2) ลักษณะอุจจาระที่ออกจากทวารเทียม อุจจาระจะมีลักษณะเหลว และจะค่อยๆเปลี่ยนเป็นกากมากขึ้นจนมีลักษณะเป็นก้อนแข็ง

5.11.2.3 ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทวารเทียม ได้แก่ การระคายเคืองของผิวหนังรอบบริเวณช่องเปิดลำไส้ การติดเชื้ การแพ้ การตีบของ stoma การอุดตัน การยื่นมากกว่าปกติ หรือ ไส้เลื่อน การบาดเจ็บ และอุจจาระออกทางทวารเทียมมากผิดปกติ

5.11.2.4 Hanan Gaber and El-Gamil (2013) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับของความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ได้กำหนดองค์ประกอบของความรู้ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ประกอบด้วยความหมายของทวารเทียม สาเหตุของการมีทวารเทียม รูปร่างลักษณะและสีของทวารเทียม อาการผิดปกติของทวารเทียม และอุปกรณ์ในการดูแลทวารเทียม

5.11.2.5 Pandey (2010) ทำการศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ได้กำหนดองค์ประกอบความรู้ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ประกอบด้วยความรู้เรื่องทวารเทียมปกติ ได้แก่ สีของทวารเทียม ลักษณะความชุ่มชื้นของทวารเทียม ลักษณะผิวหนังรอบทวารเทียม และความรู้เรื่องลักษณะผิดปกติของทวารเทียม ได้แก่ ภาวะทวารเทียมขาดเลือด ภาวะทวารเทียมยื่นออกมากผิดปกติ ภาวะเลือดออกบริเวณทวารเทียม การรั่วซึมของทวารเทียม และการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม

5.11.2.6 อุษณีย์ ทับทอง (2552) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ติรับยาเคมีบำบัด และพัฒนาแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้กำหนดองค์ประกอบของความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความรู้เรื่องการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความรู้เรื่องการผ่าตัดทวารเทียม และความรู้เรื่องการได้รับยาเคมีบำบัด

จากที่กล่าวมาข้างต้น มีนักวิชาการและผู้วิจัยหลายท่านที่กำหนดองค์ประกอบของความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหรือผู้ป่วยที่มีทวารเทียม การมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและการรักษาที่เกี่ยวข้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและช่วยในการวางแผนการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงเลือกองค์ประกอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของอุษณีย์ ทับทอง (2552) และความรู้เรื่องทวารเทียมของ Pandey et al. (2010) มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดองค์ประกอบของความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ซึ่งประกอบด้วย 3 คือ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาการ การรักษาโรคมะเร็งลำไส้



ใหญ่และทวารหนักด้วยการผ่าตัดทวารเทียม ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัด และความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทวารเทียม

**5.11.3 เครื่องมือในการประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม** จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบประเมินความรู้ ดังนี้

5.11.3.1 แบบวัดความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของ อุษณีย์ ทับทอง (2552) เพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือกำกับการทดลองในงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 40 คน ข้อคำถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน มีค่าความตรงตามเนื้อหา 0.91 ประกอบด้วยองค์ประกอบ ความรู้เรื่องการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความรู้เรื่องการผ่าตัดทวารเทียม และความรู้เรื่องการได้รับยาเคมีบำบัด มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูกผิด ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่า 80% แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

5.11.3.2 แบบประเมินความรู้เรื่องทวารเทียมและอาการผิดปกติของทวารเทียม พัฒนาโดย Pandey et al. (2010) เพื่อนำไปใช้ประเมินความรู้ในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 50 คน ข้อคำถามได้จากการรวบรวมความคิดเห็นและทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทวารเทียม และแพทย์เฉพาะทาง ประกอบด้วยความรู้เรื่องทวารเทียมปกติ ได้แก่ สีของทวารเทียม ลักษณะความชุ่มชื้นของทวารเทียม ลักษณะผิวหนังรอบทวารเทียม และความรู้เรื่องลักษณะผิดปกติของทวารเทียม ได้แก่ ภาวะทวารเทียมขาดเลือด ภาวะทวารเทียมยื่นออกมาผิดปกติ ภาวะเลือดออกบริเวณทวารเทียม การรั่วซึมของทวารเทียม และการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม มีข้อคำถาม จำนวน 36 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิด 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับลักษณะปกติของทวารเทียม ความรู้เกี่ยวกับลักษณะผิวหนังรอบทวารเทียม ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทวารเทียม มีค่าความตรงสัมพันธ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.80

5.11.3.3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม พัฒนาโดย Salome and et al (2014) เพื่อนำไปใช้ในการประเมินความรู้ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม และประเมินความรู้ในการป้องกันการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียมของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ข้อคำถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจาก พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทวารเทียม และแพทย์เฉพาะทาง กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 42 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูกผิด ข้อ

ที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่า 80% แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม

5.11.3.4 แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม พัฒนาโดย Hegazy and et al (2014) เพื่อนำไปใช้ในการประเมินความรู้ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 90 คน ข้อคำถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญเป็นแพทย์เฉพาะทางภาควิชาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ จิตวิทยา และ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทวารเทียม มีองค์ประกอบเกี่ยวกับ ขั้นตอนในการดูแลทวารเทียม การใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับการมีทวารเทียม และการป้องกันการอาการผิดปกติของทวารเทียม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูกผิด ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่า 80% แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลทวารเทียม

จากที่กล่าวมาข้างต้นยังไม่พบเครื่องมือในการประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียมที่ครอบคลุมองค์ประกอบของความรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในการศึกษานี้ทั้งหมด ผู้วิจัยจึงสนใจนำแบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และแบบประเมินความรู้เรื่องทวารเทียมที่กล่าวมาข้างต้นมาปรับปรุง และดัดแปลงเพื่อใช้ในการประเมินความรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ซึ่งผู้วิจัยเลือกแบบวัดความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของ อุษณีย์ ทับทอง (2552) ในองค์ประกอบเรื่อง ความรู้เรื่องการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องการผ่าตัดทวารเทียม และเลือกแบบประเมินความรู้เรื่องทวารเทียมและอาการผิดปกติของทวารเทียม ของ Pandey, et al (2010) ในองค์ประกอบเรื่อง ความรู้เรื่องทวารเทียมปกติ และความรู้เรื่องลักษณะผิดปกติของทวารเทียม นำไปปรับปรุงเป็นแบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ที่มีองค์ประกอบครอบคลุมในเรื่อง ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาการ การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้วยการผ่าตัดทวารเทียม ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัด และความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทวารเทียมจากนั้นนำแบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ก่อนนำไปใช้ในการศึกษา เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมากยิ่งขึ้น

### 5.11.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในชีวิต ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน การมีความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้นส่งผลให้มี

คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิต ดังนี้ จากการศึกษาของ Hanan and El-Gamil (2003) เรื่องความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยทวารเทียมจำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่าความรู้ในการดูแลทวารเทียมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ Pittman et al. (2008) พบว่าความรู้ในการจัดการทวารเทียมก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ Liao and Qin (2014) เรื่องปัจจัยสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 76 ราย ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ( $r=0.39$ ) สำหรับในกลุ่มประชากรโรคเรื้อรัง จากการศึกษาของ Heidarzadeh, Atashpeikar, and Jalilazar (2010) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทำ Hemodialysis ในโรงพยาบาลจำนวน 6 แห่ง ผลการศึกษา พบว่าความรู้เรื่องการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ล้างไต ( $r=0.4$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สามารถสรุปว่าความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียมน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

## 5.12 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

### 5.12.1 ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลเป็นการตัดสินคุณค่าของตน (self) และการแสดงออกในรูปของทัศนคติที่บุคคลนั้นมีต่อตนเอง ซึ่งเป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โครงสร้างของตนจึงค่อยพัฒนาขึ้นเป็นภาพ อันเกิดจากการรวมตัวของความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ของบุคคล ทำให้บุคคลมีภาพความคิดต่อตนเอง แล้วประเมินวิถีมโนภาพเหล่านั้น จากผลงาน ความสามารถคุณลักษณะต่างๆตามมาตรฐานของค่านิยมส่วนตน ในที่สุดจึงพัฒนามาเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองหรือการเห็นคุณค่าในตน (Coopersmith, 1981) มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ ดังนี้

Branden (1981) กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความเชื่อมั่น และการมีความนับถือตนเองอันเกิดจากความมีคุณค่าของตนเอง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะกระทำการใดๆให้สำเร็จได้ตามความปรารถนา

Calhoun and Morse (1977) ให้ความหมายว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความพึงพอใจภายในที่บุคคลหนึ่งบุคคลใด มีต่อ อัตมโนทัศน์ของตนเอง

Coopersmith (1981) ให้ความหมายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ว่าเป็น การที่บุคคลพิจารณาประเมินตนเอง แล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับตนเอง หรือไม่ยอมรับตนเอง เป็นการแสดงให้เห็นถึงขอบเขต ความเชื่อที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่า ของตนเองซึ่งเป็นเรื่องอัตวิสัย บุคคลอื่นสามารถรับรู้ได้จากคำพูดและท่าทีที่บุคคล นั้นแสดงออกมา

Lawrence (1973) ให้ความหมายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ว่าเป็นการ รับรู้ของบุคคลที่ประเมินตนเองถึงความแตกต่างระหว่างตนที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบันกับตนที่อยากจะ เป็น (Ideal Self) ซึ่งเป็นกระบวนการทางด้านอารมณ์ที่วัดได้จากการที่บุคคลเอาใจใส่ต่อความ ต่างต่างนี้ บุคคลซึ่งมีความแตกต่างในการประเมินมากจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำหรือลดลง ถ้าหากมีความแตกต่างน้อยจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

Rosenberg (1965) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่ เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่า และเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งการ ประเมินตนเองทั้งทางบวกและทางลบ การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นกระบวนการของการเรียนรู้ ตลอดเวลา ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมและสังคมรอบด้าน

Sasse (1978) ให้ความหมายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ว่าเป็น ความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีความสำคัญ และมีคุณค่า มีความต้องการได้รับความเชื่อถือ การ ยอมรับนับถือโดยได้รับการสนับสนุน หรือ ยอมรับนับถือจากผู้อื่นเพื่อที่จะได้เกิดความรู้สึกภูมิใจและ นับถือตนเอง

Maslow (1970) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการแสดงออก ของความรู้สึกทางอารมณ์ว่าตนเองมีค่า ซึ่งอยู่ในความต้องการขั้นที่ 4 ของมนุษย์ เป็นความรู้สึกใน คุณค่าของตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความเคารพในตนเองซึ่งจะเกิดขึ้นถ้าผู้อื่นทำให้เรารู้สึกถึง คุณค่าในตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้สรุปได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการ ตัดสินคุณค่าของตน (self) และการแสดงออกในรูปของทัศนคติที่บุคคลนั้นมีต่อตนเอง ซึ่งเป็นผลจาก การปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โครงสร้างของตนจึงค่อยพัฒนาขึ้นเป็นภาพ ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงหมายถึง ความรู้สึก ยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่า และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ รวมทั้งการประเมิน ตนเองทั้งทางบวกและทางลบของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

### 5.12.2 องค์ประกอบของความรูสึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

5.12.2.1 Coopersmith (1981) กล่าวว่าแนวคิดเรื่องความรูสึกมีคุณค่าในตนเองมี 2 องค์ประกอบ คือ

#### 5.12.2.1.1 องค์ประกอบภายในบุคคล ได้แก่

- 1) ลักษณะทางกายภาพ (physical attributes) ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย
- 2) ความสามารถ ทักษะและผลงาน (general capabilities, abilities and performance) ได้แก่ ผู้ที่มีความสามารถย่อมสร้างผลงานที่ดี ประสบความสำเร็จในงาน
- 3) ภาวะทางความรูสึก (affective states) ได้แก่ ความรูสึกต่อตนเองในด้านบวกหรือด้านลบ กล่าวคือ ผู้ที่มีความรูสึกมีคุณค่าในตนเองสูงมองตนเองในด้านบวก ส่วนผู้ที่มีความรูสึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมองตนเองในด้านลบ
- 4) ปัญหาต่างๆและโรคร้ายไข้เจ็บ (problems and pathology) ได้แก่ สุขภาพร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ เมื่อเจ็บป่วยอ่อนแอ ผู้ที่มีความรูสึกมีคุณค่าในตนเองต่ำย่อมรูสึกหวาดหวั่น วิตกกังวล และเครียดมากกว่าผู้ที่มีความรูสึกมีคุณค่าในตนเองสูง
- 5) ค่านิยมส่วนบุคคล (self-values) มีความสอดคล้องกับค่านิยมทางสังคม โดยบุคคลประเมินตนเองเปรียบเทียบกับมาตรฐานทางสังคม
- 6) ความปรารถนา (aspiration) แต่ละบุคคลตั้งมาตรฐานไว้แตกต่างกัน ผู้ที่มีความรูสึกมีคุณค่าในตนเองสูงมักตั้งมาตรฐานสูง ใช้ความสามารถเพื่อบรรลุความปรารถนานั้น

#### 5.12.2.1.2 องค์ประกอบแวดล้อมบุคคล ได้แก่

- 1) ครอบครัว (family) บรรยากาศและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่อบอุ่น ย่อมส่งผลต่อการพัฒนาความรูสึกมีคุณค่าในตนเอง
- 2) สถาบันการศึกษา (educational institution) ได้เรียนรู้ ค้นคว้า และใช้ข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลอื่นเพื่อส่งเสริมการพัฒนาความรู้ ความคิดริเริ่ม และสามารถพึ่งพาตนเองได้
- 3) ความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) ได้แก่ เพื่อน คนรอบข้าง กล่าวคือ ผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีกับบุคคลอื่น จะมีความรูสึกมีคุณค่าในตนเอง รูสึกว่าคนรอบข้างให้การยอมรับและให้ความสำคัญ ไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยว

4) สถานภาพทางสังคม (social status) ได้แก่ อาชีพที่มีเกียรติ รายได้สูง ที่อยู่อาศัยมีระดับ ย่อมเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในสายตาของสังคม

5.12.2.2 Maslow (1970) กล่าวถึงองค์ประกอบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ว่า บุคคลทุกคนในสังคมต้องการเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) เป็นความต้องการที่บุคคลอยากให้ตนเป็นผู้เข้มแข็ง ประสบความสำเร็จ เป็นผู้มีความสามารถเพียงพอในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เป็นผู้เชี่ยวชาญ และมีความเชื่อมั่นในการเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ

2) ความต้องการให้ผู้อื่นเห็นคุณค่าของตน (Esteem from Other People) เป็นความต้องการของบุคคลที่อยากให้ผู้อื่นยอมรับว่าตนเป็นผู้มีเกียรติมีชื่อเสียงเป็นผู้มีอำนาจเหนือผู้อื่น เป็นบุคคลที่มีความสำคัญ และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น

5.12.2.3 Rosenberg (1965) เสนอแนวคิดเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่าเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างอัตมโนทัศน์ โดยพิจารณาเป็น 2 มิติ คือ

1) การรับรู้ตนเอง (cognitive self) ความรู้ความเข้าใจที่บุคคลมีต่อตนเอง ดูจากตำแหน่ง สถานภาพในสังคม ทำให้บุคคลมีบทบาทแตกต่างกัน เช่น พ่อแม่ เพื่อน หัวหน้างาน

2) การประเมินตนเอง (evaluative self) อธิบายตนเองจากการที่บุคคลนำตนเองไปประเมินกับมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือบุคคลอื่น เพื่อที่ประเมินว่าตนเองมีคุณค่าหรือความภาคภูมิใจในตนเองอย่างไร พิจารณาทั้งโดยรวมหรือเฉพาะด้าน นำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมทั้งทางบวกและทางลบ

กระบวนการที่ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกันมี 4 ประการ (Rosenberg , 1965) คือ

1) การประเมินสะท้อนกลับจากบุคคลอื่น (reflected appraisal) หมายถึงการประเมินตนเองโดยรับรู้จากพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลอื่นทั้งวาจาและภาษาท่าทาง ขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของผู้ประเมินสะท้อนกลับ ถ้ามีความน่าเชื่อถือ (credibility) มีความน่าดึงดูดใจ(attractive) หรือมีความสนิทสนมกันเป็นอย่างมาก การประเมินสะท้อนกลับนั้นจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง

2) การเปรียบเทียบทางสังคม (social comparision) หมายถึง บุคคลจะประเมินตนเองโดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ถ้าเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีสถานต่ำกว่า จะประเมินว่าตนเองมีคุณค่าในระดับสูง แต่ถ้าเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีสถานะสูงกว่า จะประเมินว่าตนเองมีคุณค่าในระดับต่ำ

3) การแสดงบทบาท (role playing) หมายถึงการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งย่อมมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีอำนาจตัดสินใจในงานจะรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญมากขึ้น หรือได้รับมอบหมายงานก็ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

4) การแบ่งแยกทางสังคม (social discrimination) หมายถึง การแบ่งวรรณะทางสังคม เช่น คนผิวดำหรือผู้หญิงจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสรุปว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นระดับของอารมณ์หรือความรู้สึกภายในตัวบุคคล เกี่ยวกับการมองคุณค่าในตนเอง การยอมรับตนเอง และเชื่อมั่นในตนเอง เป็นโครงสร้างของสังคมจิตวิทยาในความเข้าใจตนเองที่ถูกหล่อหลอมมาตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถพัฒนาได้จากการได้รับความรักและการยอมรับจากบุคคลอื่นซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความคิดของตนเองที่มีความละเอียดอ่อนในเรื่องความต้องการโครงสร้างภาพลักษณ์ที่เหมาะสม จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การขยับถ่ายที่ผิดปกติ และความผิดปกติด้านเพศสัมพันธ์ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงขึ้นอยู่กับความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อทวารเทียม ผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ

จากที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดของ Rosenberg (1965) เนื่องจากมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จึงประกอบด้วย 2 องค์ประกอบคือ การรับรู้ตนเอง (cognitive self) ความรู้ความเข้าใจที่บุคคลมีต่อตนเอง และการประเมินตนเอง (evaluative self) อธิบายตนเองจากการที่บุคคลนำตนเองไปประเมินกับมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือบุคคลอื่น เพื่อที่ประเมินว่าตนเองมีคุณค่าหรือความภาคภูมิใจในตนเองอย่างไร พิจารณาทั้งโดยรวมหรือเฉพาะด้าน นำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมทั้งทางบวกและทางลบ

### 5.12.3 เครื่องมือในการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีการศึกษาและพัฒนาเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างวัยเด็ก และวัยรุ่น เป็นส่วนใหญ่ (Coopersmith, 1981; Rosenberg, 1965) ต่อมามีการนำมาศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ ในกลุ่มโรคที่หลากหลายมากขึ้น โดยผู้วิจัยทำการทบทวนเครื่องมือที่มีการนำไปศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ดังนี้

5.12.3.1 แบบประเมิน Self-esteem scale ของ Rosenberg (1965) ซึ่งมีจุดประสงค์ในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับวัยรุ่น

บุคคลทั่วไป และต่อมาได้มีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลาย เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและทัศนคติต่อตนเองทั้งในแง่บวกและแง่ลบ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ให้คะแนนตามลำดับ 4-1 เป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินได้ง่ายและรวดเร็วในการตอบแบบประเมิน ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) นำไปใช้วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.91 และ อรรัญญา แพ้จ๋วย (2544) นำไปใช้วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดขณะเข้ารับการรักษา คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.80 และวิลาสินี พิพัฒน์ผล (2557) นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 88 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84

5.12.3.2 แบบประเมิน Self-esteem Inventory ของ Coppersmith (1981) เป็นแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองในด้านทัศนคติต่อตนเอง และความเฉพาะของบริบท เช่นในเพื่อวัยเดียวกัน ผู้ปกครอง และความใส่ใจในตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 52 ข้อ ต่อมา มีการดัดแปลงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ เป็นรูปแบบการรายงานตนเอง แบ่งข้อคำถามออกเป็น 5 หมวด คือ ด้านตนเองทั่วไป ด้านตนเองทางสังคม ด้านตนเองทางบ้าน ด้านโรงเรียน การศึกษา และด้านการตอบไม่ตรงกับความจริง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80

5.12.3.3 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ นาดยา วงศ์ล็กภัย (2532) ซึ่งมีการแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith self-esteem inventory, Adult form, 1984) ลักษณะเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ 25 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายทางด้านบวก 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 4 5 8 9 14 19 20 เป็นข้อความที่มีความหมายทางด้านลบ 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 3 6 7 10 11 12 13 15 16 17 18 21 22 23 24 25 มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ตนโดยทั่วไป ตนทางด้านสังคม และตนทางด้านครอบครัว คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.91 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89 ซึ่ง ภูตะวัน คทวนิช (2550) นำไปใช้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจำนวน 6 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .091

จากที่กล่าวมาพบว่า มีนักวิชาการหลายท่านนำแบบประเมินของ Rosenberg (1965) ไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินได้ง่ายและรวดเร็วในการตอบแบบประเมิน ซึ่งในประเทศไทย วิลาสินี พิพัฒน์ผล (2557) นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 88 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84 และให้ข้อเสนอแนะว่าข้อคำถามของแบบสอบถามเหมาะกับการวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลทั่วไป ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงนำมาดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่



โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ก่อนนำไปใช้ศึกษา เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมากยิ่งขึ้น

#### 5.12.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเอง ขึ้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการที่นำไปสู่ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองช่วยให้ผู้ป่วยสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง อีกทั้งเป็นแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเองเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี (Orem, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิต ดังนี้ จากการศึกษาของ Salomé et al. (2014) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับ Kimura et al. (2013) ที่ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 54 คน ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ( $r=.60$ ) สำหรับในกลุ่มประชากรโรคมะเร็งพบ Eton, Lepore, and Helgeson (2001) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากได้ สอดคล้องกับ Chun et al. (2015) ที่ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ผลกระทบของการรับรู้คุณค่าในตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะแรกในไต้หวัน ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ( $r=0.24$ ) สอดคล้องกับ Intarasomchai (2004) ที่ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกในสมอง ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเนื้องอกในสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ( $r=0.64$ ) สอดคล้องกับ ทิฆัมพร อิทธิพงษ์วัฒน์ (2555) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนผิวหนัง ชนิดทางเดินปัสสาวะ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยทำทางเดินปัสสาวะใหม่ระยะยาวจำนวน 85 ราย ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ( $r=0.34$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสามารถสรุปว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

### 5.13 การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

#### 5.13.1 ความหมายของการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายการดูแลตนเองไว้ ดังนี้ จากพจนานุกรมฉบับ ราชบัณฑิตยสถาน (2539) ระบุว่า การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำว่า “ดูแล” และ “ตนเอง” โดยให้ความหมายดูแล หมายถึง เอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง ตน หมายถึง ตัวคน บุคคล เมื่อนำมารวมกัน ดูแลตนเองจึงหมายถึง การเอาใจใส่ในตนเอง หรือการรักษาตนเอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเอง ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อคงไว้ซึ่งการส่งเสริม การป้องกัน และการรักษาสุขภาพ โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับ การรักษาความสะอาด (hygiene) ภาวะโภชนาการ (nutrition) แบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (environmental factors) ปัจจัยทางสังคม/เศรษฐกิจ (socioeconomic factors) และการดูแลตนเองเรื่องยา (self-medication)

ในสาขาวิชาชีพแพทย์ (สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2551) ให้ความหมายการดูแลตนเองในรูปแบบที่เป็นการกระทำ ซึ่งเลวิน บิดาของการดูแลตนเอง ได้ให้ความหมายว่า หมายถึงกระบวนการที่ประชาชนทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การสืบค้นหาโรค และการรักษาระดับปฐมภูมิของระบบบริการสุขภาพ เป็นกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการสังเกตตนเอง การรับรู้อาการและวินิจฉัย การตัดสินใจ ความรุนแรง และการเลือก รวมทั้งการประเมินทางเลือกในการรักษา

Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก เป็นการกระทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ ระยะของการประเมินและตัดสินใจ และระยะของการกระทำและประเมินผล

Pender (1987) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

สมจิต หนูเจริญกุล (2536) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึงการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

จากที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปการดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติหรือ การกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ใน งานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกความหมายของการดูแลตนเองของ Orem (2001) การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัย ผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม หมายถึงการปฏิบัติหรือการกระทำด้วยตนเอง อย่างมีเป้าหมายในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมซึ่ง สอดคล้องกับแนวทางการรักษา เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งครอบคลุม ความต้องการการดูแลตนเอง 3 ด้าน ตามแนวคิดของโอเร็ม ได้แก่ ความต้องการการดูแลตนเอง โดยทั่วไป ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และความต้องการการดูแลตนเองใน ภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ

### 5.13.2 องค์ประกอบของการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียม

จากแนวคิด ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) กล่าวว่าความ ต้องการการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ตนเองกระทำในระยะเวลาหนึ่งเพื่อที่จะตอบสนองความ ต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ประการ นำมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดองค์ประกอบของการดูแล ตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม ดังนี้

5.13.2.1 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนที่เป็นไปตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ เป็นการคงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และความผาสุกทั่วไป ความต้องการนี้ มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งด้านคุณภาพ หรือปริมาณซึ่งเป็นไปตามความแตกต่างของอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ ความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปประกอบด้วย 8 ด้าน ดังนี้

1) คงไว้ซึ่งการได้รับอากาศอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยควรได้รับ อากาศอย่างเพียงพอเพื่อรักษาสภาพของโครงสร้างและกระบวนการทางสรีรวิทยาให้เป็นปกติ ใน ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะเวลาที่มีการกระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง เช่น ปอด จึงควรมี การตรวจติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

2) คงไว้ซึ่งการได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ผิวหนังและ เนื้อเยื่อต่างๆชุ่มชื้น ทดแทนและรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ อีกทั้งยังป้องกันการติดเชื้อ ของระบบทางเดินปัสสาวะ โดยในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมอาจมีการ สูญเสียสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ออกทางทวารเทียมจึงควรให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอจากทั้ง อาหารและน้ำดื่ม วันละ 2,000 ซีซีต่อวัน

3) คงไว้ซึ่งการได้รับอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจากโรคมะเร็งและจากการผ่าตัด ทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนน้อยลง ทั้งยังทำให้การตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น ช่วยให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกัน ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะพร่องโภชนาการ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม หลังผ่าตัดผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนกายน้อยเป็นเวลา 8 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดตามความต้องการ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553) แต่ควรงดเว้นอาหารบางประเภท เช่น อาหารรสจัดและอาหารหมักดอง ขณะรับประทานควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียด รับประทานอาหารช้าๆ แต่พอมอิ่มดื่มน้ำหลังรับประทานอาหารเพื่อให้อาหารย่อยได้ดีและขับถ่ายสะดวกโดยควรดื่มน้ำ 1,500-2,000 cc. ต่อวัน ควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลาเพื่อให้มีการขับถ่ายอุจจาระที่เป็นเวลา และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ท้องเสีย หรืออาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น

4) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการขับถ่ายและการขับของเสียให้เป็นปกติ เป็นการจัดการเกี่ยวกับกระบวนการขับของเสียออกจากร่างกาย รวมทั้งการจัดการเกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลเพื่อให้ถูกสุขลักษณะ สำหรับผู้ป่วยทวารเทียม กระบวนการขับถ่ายเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยมากที่สุดเนื่องจากผลของการผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาขับถ่ายออกทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนชีวิต อีกทั้งผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ผู้ป่วยจึงต้องการข้อมูล ความรู้ในการดูแลทวารเทียม ทั้งใน การดูแลทวารเทียม การทำความสะอาดและการเปลี่ยนถุงหน้าท้อง รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้น

5) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ควรเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอโดย ควรนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยทวารเทียมสามารถเล่นกีฬาได้ตามปกติ แต่ไม่ควรหักโหม ควรหลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาที่อาจต้องมีการเกร็งกล้ามเนื้อท้อง ดังนั้น ขณะเล่นกีฬาจึงควรใช้เข็มขัด หรือ elastic รัดบริเวณเป้าไว้เพื่อให้กระชับและปลอดภัยมากขึ้น

6) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการใช้เวลาส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยจัดช่วงเวลาสำหรับการอยู่คนเดียว เพื่อจะได้มีเวลาเป็นของตัวเองตามความต้องการของตนในแต่ละวันและพูดคุยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อช่วยให้ตนเองรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือเพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองได้รับการตอบสนอง ตลอดจนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อการเรียนรู้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเกิดแรงจูงใจในการที่จะกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยทวารเทียมต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิตหลายอย่างซึ่งล้วนแล้วแต่ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวจะช่วยสนับสนุนและตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วย การมีสังคมกับ

เพื่อนผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดทวารเทียมเหมือนกันจะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อช่วยให้เกิดการปรับตัวต่อทวารเทียมได้เร็วขึ้น และการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เป็นการได้รับทราบข้อมูลในการดูแลตนเอง ปรึกษาขอความช่วยเหลือเพิ่มให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเมื่อมีทวารเทียมได้ขณะอยู่บ้าน

7) การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่ และความผาสุกรู้จักตื่นตัวต่ออันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้น และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อปกป้องตนเองจากสถานการณ์ที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย ผู้ป่วยทวารเทียมจึงควรแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีทวารเทียมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

8) ส่งเสริมสภาวะปกติของการทำหน้าที่และพัฒนาการตามปกติของตนให้ถึงขีดสุด โดยพัฒนาและคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริง และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการที่เฉพาะของบุคคล อีกทั้งคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่แม้จะมีความเปราะบางเกิดขึ้น ในผู้ป่วยทวารเทียมที่มีการเปราะบางเกิดขึ้นหลายอย่างทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงต้องมีการยอมรับและปรับตัวต่อการมีทวารเทียมเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติให้เร็วที่สุด

5.13.2.2 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สอดคล้องกับสถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป แต่แยกเพื่อนับความสำคัญและความเฉพาะเจาะจงตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วย 2 ข้อ ดังนี้

1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่สู่ภาวะในระหว่างที่เป็นทารกในครรภ์ และในกระบวนการคลอด ทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรรภ์

2) เป็นกิจกรรมที่สัมพันธ์กับเงื่อนไข และ/หรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละช่วงชีวิตของบุคคลซึ่งบุคคลต้องดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียของเงื่อนไขที่มีต่อพัฒนาการ ความต้องการนี้มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปที่เป็นไปตามลักษณะของเงื่อนไข หรือเหตุการณ์ หรือเป็นความต้องการที่เกิดขึ้นใหม่ บุคคลต้องมีการจัดการเพื่อลดอารมณ์ ความเครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร สูญเสียเพื่อน ทรัพย์สินสมบัติ ความมั่นคงในอาชีพ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ ในชีวิต ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย ซึ่งแต่ละคนจะเผชิญในสิ่งที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ขึ้นกับปัจจัยพื้นฐานของบุคคล สำหรับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ผลกระทบจากโรคและการรักษาทำให้

ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ต่างๆภายในครอบครัว จากหัวหน้า/สมาชิกในครอบครัว กลายเป็นผู้ป่วย ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งการดำเนินชีวิต การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ การยอมรับการมีทวารเทียม รวมทั้งการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากทวารเทียม

5.13.2.3 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพจะสัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรม ความพิการตั้งแต่กำเนิด ความเบี่ยงเบนของโครงสร้างหรือหน้าที่ของบุคคล เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ ภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปอาจทำให้เกิดความรู้สึกของการเจ็บป่วย หรือความรู้สึกว่าไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสภาพของการทำหน้าที่อย่างปกติ โรคหรือการบาดเจ็บไม่ได้มีผลกระทบเฉพาะโครงสร้างและกลไกทางกาย หรือจิตเท่านั้น ยังรวมถึงการทำหน้าที่ที่สมบูรณ์ของบุคคลด้วย ถ้าความสมบูรณ์ของการทำหน้าที่ถูกรบกวนอย่างรุนแรง ความสามารถที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาจะมีการเสื่อมลงอย่างมากแบบถาวรหรือชั่วคราว ความต้องการการดูแลตนเองนอกจากจะเกิดขึ้นจากโรค การบาดเจ็บ การเสียโครงสร้าง และการด้อยความสามารถแล้ว ยังเกิดจากวิธีการรักษาของแพทย์ หรือการปฏิบัติการต่างๆ การผ่าตัด หรือการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง (การผ่าตัดเอาอวัยวะออก) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความปวด ความไม่สุขสบาย และความคับข้องใจที่เป็นผลจากการดูแลรักษา ซึ่งทำให้บุคคลมีความต้องการการดูแลเพื่อบรรเทาผลเหล่านี้ ผลการรักษา วิธีการวินิจฉัยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจง พยายามต้องรู้และตื่นตัวต่อผลกระทบและความต้องการที่เกิดขึ้น ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

- 1) แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย
- 2) รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
- 5) ดัดแปลงทัศนคติและภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตรอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมาข้างต้นเมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียม การดูแลตนเองในภาวะเป็ยงเบนสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยแสวงหาความรู้แสวงหาความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการดูแลทวารเทียม โดยการอ่านหนังสือ ใช้อินเทอร์เน็ต และสอบถามจาก บุคลากรทางสุขภาพ

2) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาลในการดูแลทวารเทียม

3) ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียม เช่น อาการระคายเคืองผิวหนังรอบ ทวารเทียม รูปร่างทวารเทียมที่ผิดปกติ และปริมาณอุจจาระที่ผิดปกติ

4) ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการมาพบแพทย์ก่อนนัด เมื่อมีอาการผิดปกติของทวารเทียม

5) ผู้ป่วยสามารถป้องกันการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม

6) ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตในเรื่องการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับการมีทวารเทียม โดยการหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด รสเผ็ดจัด และของหมักดอง อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น อาหารที่ทำให้เกิดลม และอาหารที่ย่อยยาก

7) ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตในเรื่องการขับถ่ายและการดูแลทวารเทียม ได้แก่ การทำความสะอาดทวารเทียม การเทถูรงรับอุจจาระ การเปลี่ยนถูรงรับอุจจาระและการใช้ อุปกรณ์ถูรงรับอุจจาระ

8) ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตในเรื่องการการเดินทางมาโรงพยาบาล โดยมีการเตรียมอุปกรณ์สำรองในการดูแลทวารเทียม และการปรับเปลี่ยนการแต่งกายให้เหมาะสมกับการมีทวารเทียม

5.13.2.4 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand: TSCD) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นความต้องการที่เฉพาะเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ และความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของมนุษย์ หรือกล่าวได้ว่าเป็นชุดของกิจกรรมหรือการดูแลและเทคโนโลยีที่มีความจำเป็นซึ่งเกิดขึ้น ณ เวลาใดเวลาหนึ่งที่จะทำให้บรรลุหรือสนองตอบ SCRs โดยTSCD ประกอบด้วยความต้องการที่จำเป็นทั้ง 3 ชนิดความต้องการการดูแลตนเองทั่วไป ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเป็ยงเบนทางด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายดังนี้

- 1) การสนับสนุนกระบวนการของชีวิตส่งเสริมการทำหน้าที่ปกติ
- 2) คงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะตามปกติ
- 3) ป้องกัน ควบคุม หรือรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
- 4) ป้องกัน หรือทดแทนความพิการ
- 5) ส่งเสริมความผาสุก

กล่าวโดยสรุปการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1995) และ โอเร็ม (Orem, 2001) เชื่อว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care requisites) เป็นกลุ่มของความต้องการหรือความประสงค์ที่บุคคลต้องกระทำอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อเป็นการส่งเสริมรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลเป็นการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย เหมาะสมกับแต่ละช่วงพัฒนาการของชีวิต และสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกรณีที่อาจเบี่ยงเบนไปจากปกติ ซึ่งผลของการตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ลักษณะ จะนำไปสู่ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand: TSCD) ส่งผลให้บุคคลรอดชีวิต สามารถคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคลได้รับการสนับสนุนการพัฒนาตามความสามารถของบุคคล ป้องกันการบาดเจ็บ และพยาธิสภาพ เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ หรือส่งเสริมการรักษาและควบคุมพยาธิสภาพ รวมถึงส่งเสริมสวัสดิภาพของบุคคลด้วย

ในการวิจัยนี้ ได้ประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ลักษณะมาใช้เป็นหลักการในการกำหนดองค์ประกอบของการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โดยมีเนื้อหาครอบคลุม ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไป (Universal self-care requisites) ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) และความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (Health deviation self-care requisites)

**5.13.3 เครื่องมือประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม** ในการประเมินการดูแลตนเองสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ดังนี้

5.13.3.1 เครื่องมือที่วัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองได้แก่

1) Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA Scale) เครื่องมือนี้สร้างโดยเอเวอร์ (Evers, 1987) และกลุ่มนักวิจัยที่ใช้ทฤษฎีของโอเร็มเป็นแนวทางในประเทศเนเธอร์แลนด์ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีนี้จากมหาวิทยาลัยเวสเทท ประเทศสหรัฐอเมริกา มีจุดประสงค์ในการพัฒนาเพื่อวัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง และผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยโอเร็มและผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีนี้ เครื่องมือนี้เป็นแบบสอบถาม



มี 24 ข้อ และเป็นลิเกตสเกล (Likert Scale) เครื่องมือนี้ได้รับการแปลภาษาไทยและปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมเพื่อใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยสมจิต หนูเจริญ (Hanucharunkul, 1988) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 และผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยโอเร็มและนักวิจัยผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีนี้ เครื่องมือนี้เป็นแบบสอบถามมี 24 ข้อและเป็นลิเกตสเกล (Likert Scale) เครื่องมือนี้ได้รับการแปลภาษาไทยและปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมเพื่อใช้ในกลุ่มตัวอย่างต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็ง โดยสมจิต หนูเจริญ, ผู้ป่วยโรคมะเร็งตนเองโดยสุภาวดี ธนพิภพรัตน์ จากงานวิจัยกับผู้ป่วยกลุ่มต่างๆเหล่านี้ พบว่าค่าความเชื่อมั่นชนิดสัมประสิทธิ์อัลฟาอยู่ในเกณฑ์ดี คือ 0.78 - 0.94

2) The Exercise of Self-Care Agency (ESCA) เป็นเครื่องมือวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองที่สร้างโดยเคเนย์และเฟลสเซอร์ (Kearney & Freischler, 1979) ลักษณะของเครื่องมือเช่นเดียวกับ ASA Scale คือเป็นแบบลิเกตสเกล มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 43 ข้อ แม้ว่าเครื่องมือนี้จะมีผู้นำมาใช้อย่างกว้างขวางในระยะแรก แต่ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างชนิดแยกองค์ประกอบ (Factor analysis) มิได้สนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้างตามที่เคเนย์และเฟลสเซอร์ได้เสนอ นอกจากนั้นผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีของโอเร็มได้วิจารณ์ถึงความคลุมเครือของเครื่องมือ และชี้ให้เห็นว่าจากข้อคำถามของเครื่องมือ 43 ข้อ มีเพียง 10 ข้อเท่านั้นที่วัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ที่เหลือเป็นการวัดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ และมีถึง 7 ข้อไม่ได้วัดโครงสร้างใดของความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นเครื่องมือนี้จึงไม่ชัดเจนและครอบคลุมพอที่จะนำมาใช้ในการทดสอบทฤษฎี

3) แบบประเมินระดับความสามารถในการดูแลภาวะแทรกซ้อนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียมของ สมพร วรรณวงศ์ (2553) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 35 ข้อ โดยมีองค์ประกอบด้านการวางแผนเตรียมความพร้อม 12 ข้อ การลงมือปฏิบัติ 15 ข้อ และการประเมินผลการปฏิบัติ 8 ข้อ ในจำนวนนี้ครอบคลุมภาวะแทรกซ้อน 4 ประเภท (30 ข้อ) ได้แก่ ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง 12 ข้อ การบาดเจ็บที่ทวารเทียม 5 ข้อ ทวารเทียมอุดตันและตีบ 6 ข้อ และภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม 7 ข้อ แบ่งระดับคะแนนคำตอบในแบบสอบถามเป็น 4 ระดับโดย 1 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติน้อยมาก 4 หมายถึงมีความสามารถในการปฏิบัติมากที่สุดคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.91 คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมดเท่ากับ 0.91

4) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมของ นุชรี ไล่พันธ์ (2542) ซึ่งข้อคำถามสร้างโดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามทฤษฎีของแบนดูรา โดยผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยจำนวน 13 ข้อ ข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนคำตอบของแบบประเมิน 5 หมายถึง มั่นใจมาก 1 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย โดยนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมชนิดถาวร จำนวน 14 ราย คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.84 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.91

5.13.3.2 เครื่องมือที่ใช้วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ ได้แก่

1) Denyes Self-Care Agency Instrument (DSCAL) เป็นเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่นที่สร้างโดย (Denyes, 1988) ซึ่งเดนิสสังเคราะห์ความรู้ในการพัฒนาเครื่องมือ โดยสามารถแยกองค์ประกอบของพลังความสามารถออกได้ 6 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการตัดสินใจ 2) การให้คุณค่าในเรื่องสุขภาพ 3) ความรู้เรื่องสุขภาพและประสบการณ์ในการตัดสินใจ 4) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย 5) ความรู้สึก 6) ความสนใจเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะเห็นว่า องค์ประกอบเหล่านี้ใกล้เคียงกับพลังความสามารถ 10 ประการของโอเรียม เครื่องมือของเดนิสเป็นที่ยอมรับและใช้กันแพร่หลาย ในการวัดความสามารถในการดูแลตนเองโดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพปกติ และมีค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างสูงคือค่าสัมประสิทธิ์อัลฟามากกว่า 0.80

2) Perception of Self-Care Agency Questionnaire เครื่องมือนี้สร้างโดย แฮนสันและบิคเคิล (Hanson & Bickel, 1985) และผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญที่คณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยมิสซูรี ประเทศสหรัฐอเมริกา จากการทดสอบใช้เครื่องมือนี้ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพปกติแล้ววิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า วัดพลังความสามารถใน 5 ด้านใหญ่ๆ คือ 1) ความสามารถในการรู้คิด ได้แก่ การตัดสินใจ ความมีเหตุผล การแสวงหาความรู้ และการรู้จักเลือก 2) ความสามารถในการเคลื่อนไหว ได้แก่ ความอดทน ความแข็งแรง การเคลื่อนไหวของข้อใหญ่ๆ ข้อเล็ก และการควบคุมพลังงาน 3) แรงจูงใจ 4) การมีทักษะต่างๆ 5) การมีข้อจำกัดในการรู้คิด ซึ่งต่อมาเกเดนและเทเลอร์ ชี้ให้เห็นว่าด้านที่ 5 นั้นเป็นด้านที่มีความหมายไปทางลบ จึงได้ปรับปรุงเครื่องมือนี้ขึ้นใหม่ และให้ชื่อว่า Self-As-Care Inventory (SCI) เพื่อให้ครอบคลุมพลังความสามารถ 10 ประการ พบว่ามีความเชื่อมั่นชนิดสัมประสิทธิ์อัลฟาสูงถึง .96 ความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่ามี 4 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการรู้คิด การให้คุณค่า และเป้าหมายของการดูแลตนเอง 2) ความสามารถในการพิจารณาตัดสินใจ 3) ความสนใจเอาใจใส่และเฝ้าระวังสุขภาพของตนเอง 4) ทักษะและความพึงพอใจในการดูแลตนเอง

จากที่กล่าวมาเบื้องต้นจะเห็นได้ว่าการวัดการดูแลตนเองสามารถวัดได้หลายแบบ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย สำหรับงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบว่า เครื่องมือที่ผ่านมานั้นเน้นไปที่การวัดความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน ข้อ

คำถามส่วนใหญ่มีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการทวารเทียมและการป้องกันอาการผิดปกติของทวารเทียมเพียงอย่างเดียว ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมนั้น นอกจากทักษะในการดูแลทวารเทียมและการสังเกตผิดปกติของทวารเทียม พยาบาลควรประเมินในเรื่องการดูแลตนเองทั่วไปที่ และการดูแลตนเองในระยะพัฒนาการด้วย เพราะการดูแลตนเองทั่วไปจะแสดงถึงการปรับตัวต่อการมีทวารเทียมในชีวิตประจำวัน ส่วนการดูแลตนเองในระยะพัฒนาการเนื่องจากผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบมากที่สุด การมีทวารเทียมส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โดยตรง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างแบบประเมินการดูแลตนเองขึ้นตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านมาใช้เป็นหลักการในการสร้างแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โดยมีเนื้อหาครอบคลุม ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไป (Universal self-care requisites) การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) และความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับโรคและการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยกลุ่มนี้ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเพื่อนำไปใช้ในการศึกษาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

#### 5.13.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในชีวิต การดูแลตนเองที่ดีจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต ดังนี้ จากการศึกษาของ Hanan and El-Gamil (2003) เรื่องความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยทวารเทียมจำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลทวารเทียมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับ Liao and Qin (2014) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 76 ราย ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมได้ ( $R^2=0.23$ ) สอดคล้องกับ เกศินี ธีรทองดี (2557) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องจำนวน 88 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ( $r=0.76$ ) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 75.3 ( $R^2=0.75$ ) สำหรับในกลุ่ม

ประชากรโรคเรื้อรัง และมะเร็ง จากการศึกษาของ Heidarzadeh et al. (2010) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทำ Hemodialysis ในโรงพยาบาลจำนวน 6 แห่ง ผลการศึกษา พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ Hemodialysis ได้ ( $R^2=0.29$ ) สอดคล้องกับ นิตยา ตากวิริยะนันท์ (2534) ที่ศึกษาเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ กนกพร เทียนคำศรี (2537) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดจำนวน 130 คน ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ( $R^2=0.21$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสามารถสรุปว่าการดูแลตนเองน่าจะมี ความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

#### 5.14 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของบุคคลและความผาสุก (Callaghan & Morrissey, 1993)ซึ่งมีโครงสร้างหลากหลายมิติ (Caplan, 1974)มีนักวิชาการให้ความสนใจนำมาศึกษา ในทัศนะของ (Orem, 1995) กล่าวว่าการดูแลจากบุคคลผู้เป็นที่พึ่งพา (dependent care) หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้มีสุขภาพดีจากสมาชิกในสังคมที่ให้การพึ่งพา โดยการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว, เพื่อนบ้าน และบุคคลในวิชาชีพสาธารณสุข จะช่วยให้บุคคลเกิดความผาสุก (well-being) หรือคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับ Hanucharunkul (1988) กล่าวว่าการดูแลจากบุคคลผู้เป็นที่พึ่งพาให้ความหมายเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมนั่นเอง โดยนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

### 5.14.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Abbey, Abramis, and Caplan (1985) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่คุณคนได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางด้านข่าวสาร การเงิน ด้านแรงงาน หรือด้านอารมณ์ เป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

Caplan (1974) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความรู้สึกว่าตนได้รับความกำลังใจ ความเข้าใจ และความช่วยเหลือในด้านต่างๆจากสมาชิกในองค์กร เช่นการช่วยเหลือทางการเงิน วัสดุอุปกรณ์ การให้ความรู้และคำแนะนำ

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลนั้นได้รับข้อมูลและทำให้บุคคลนั้นมีความเชื่อและมีความสนใจ เชื่อว่ามีบุคคลคอยดูแลเอาใจใส่และได้รับความรัก มองเห็นคุณค่าในตัวเองและเชื่อว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการติดต่อและผูกพันกับบุคคลอื่นๆในสังคม

Hanucharunkul (1988) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล

House (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมโดยทั่วไป รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส, เพื่อน, สมาชิกในสังคม ซึ่งทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

Orem (1995) กล่าวว่า การดูแลจากบุคคลผู้เป็นที่พึ่งพา (dependent care) หรือการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้มีสุขภาพดีจากสมาชิกในสังคมที่ให้การพึ่งพา โดยการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว, เพื่อนบ้าน และบุคคลในวิชาชีพสาธารณสุข จะช่วยให้บุคคลเกิดความผาสุก (well-being) หรือคุณภาพชีวิตที่ดี

Pilisuk (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เพียงแต่ให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงความรู้สึกที่ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอีกด้วย

จุฬารัตน์ สยงกุล (2550) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยบุคคลได้รับการดูแลและได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ ได้รับการยอมรับนับถือและเห็นความมีคุณค่า ได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำด้านข้อมูล วัตถุ สิ่งของ หรือบริการต่างๆตลอดจนข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยเลือกใช้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม จากแนวคิดของ House (1985) และสรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึงสิ่งของหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์และพยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือแรงงาน และการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม

**5.14.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม** มีนักวิชาการหลายท่านแบ่งองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Caplan (1974) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ การให้คำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความสำคัญ การให้การยกย่อง การยอมรับนับถือ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่นทำให้รู้สึกว่าได้ได้รับความเอาใจใส่หรือความรักความผูกพัน

3) การสนับสนุนทางการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคล เช่น เงิน แรงงาน สิ่งของ หรือการให้บริการ

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก ความจริงใจ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ และความสนใจจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม และคนในสังคมเห็นคุณค่านั้น

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1985) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (esteem), ผลกระทบจากการเจ็บป่วย (affect), ความไว้วางใจ (trust) ความห่วงใย (concerns) การได้รับฟังสิ่งต่างๆ (listening)

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ, ข้อเท็จจริง แนวทางการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนคำแนะนำหรือแนวทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในเรื่องอื่นๆ ที่นอกเหนือจากความเจ็บป่วย

3) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrumental support) ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้วยการแบ่งเบาภาระงาน ให้ความช่วยเหลือ หรือเงิน

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

Pilisuk (1982) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคม  
 2) ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะทำให้ผู้รับมีความเชื่อใจ ได้รับความเอาใจใส่ ความรัก ความหวังดี รู้สึกว่าตนเองมีค่า เป็นที่ยอมรับในสังคม และทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคมอย่างแท้จริง

3) การสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ ซึ่งจะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

Hanucharunkul (1988) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1) การให้ความช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการปฏิบัติของบุคคล

2) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกสามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่นทำให้รู้สึกว่าจะได้รับความเอาใจใส่หรือความรัก

3) การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) คือ การให้ความช่วยเหลือโดยตรง หรือการให้สิ่งของ การให้บริการ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดผู้วิจัยพบว่าแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) มีองค์ประกอบที่ครอบคลุมทุกด้าน และเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย

กลุ่มนี้ จึงสามารถสรุปองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษา การดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้รับคำแนะนำ แนวทางในการดูแลสุขภาพจากบุคคลใกล้ชิด และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

3) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน ได้แก่ การที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของ เครื่องใช้ เงินทอง เวลา แรงงาน จากบุคคลใกล้ชิดและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ได้แก่ การที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ได้รับการยอมรับ และเห็นด้วย ในการกระทำที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินตนเองหรือ เปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม

### 5.14.3 เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

5.14.3.1 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม The Personal resources questionnaire: PRQ ของแบรนด์ท์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1987) แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบวัดเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่างๆที่พบในการดำรงชีวิต จำนวน 10 สถานการณ์ ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้านคือ การได้รับความใกล้ชิดผูกพัน การได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับขวัญกำลังใจทำให้รู้สึกว่าคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ โดยแบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค โดยรวมซึ่งค่าอยู่ในช่วง 0.91-0.93 (n=100) (Brandt & Weinert, 1987)

5.14.3.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม The Norbeck Social Support Questionnaire: NSSQ ของ (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981) โดยการพัฒนาเครื่องจาก Kahn (1979) ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินขนาดของเครือข่ายทางสังคมจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านคือด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็น



คุณค่าและด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อแบบประเมินชนิดนี้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าความสอดคล้องภายในแบบ test-retest ซึ่งได้ค่าอยู่ในช่วง 0.85-0.92

5.14.3.3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ที่สร้างตามแนวคิดของ House (1985) ลักษณะของแบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ โดยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามด้านบวกจำนวน 17 ข้อและด้านลบจำนวน 3 ข้อ มีการนำไปใช้ในสตรีโรคเบาหวานวัยหมดระดู จำนวน 210 คน ค่าความค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.88 หลังจากนั้น มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 150 คน ค่าความค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.96

5.14.3.4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สุภาพร แนวบุตร (2548) สร้างตามแนวคิดของ House (1981) มีจำนวน 69 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ บุคคลจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ 18 ข้อ ด้านการสนับสนุนการประเมินคุณค่า 15 ข้อ ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร 21 ข้อ และด้านการสนับสนุนทรัพยากร 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านเท่ากับ 0.83, 0.80, 0.88 และ 0.80 ตามลำดับ

5.14.3.5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ วิมลรัตน์ เดชะ (2557) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ House (1985) มีจุดประสงค์ในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดจำนวน 110 คน ลักษณะของแบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ โดยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามด้านบวกจำนวน 17 ข้อและด้านลบจำนวน 3 ข้อ ซึ่ง ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้น แต่ละเครื่องมือประกอบด้วยวิธีการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆแตกต่างกันไปตามแนวคิดที่เลือกใช้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นโดย วิมลรัตน์ เดชะ (2557) ตามแนวคิดของ House

et al. (1985) นำไปใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดจำนวน 110 ราย ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ดี และมีเนื้อหาที่ครอบคลุมสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาและได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า แบบสอบถามดังกล่าวควรมีการปรับเปลี่ยนข้อความให้สามารถนำตัดแยกการสนับสนุนทางสังคมว่ามาจากครอบครัว หรือจากทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดความชัดเจนผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามดังกล่าวมาดัดแปลงข้อความแต่ละองค์ประกอบเพื่อให้สามารถประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้ชัดเจนมากขึ้น โดยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเพื่อนำไปใช้ในการศึกษาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

#### 5.14.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในชีวิตซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งคุณภาพชีวิต การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นจากอาการเจ็บป่วยทางกายและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ ภาวะการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตดังนี้ จากการศึกษาของ วิมลรัตน์ เดชะ (2556) เรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 110 ราย ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ( $r=0.31$ ) สอดคล้องกับ เกตสินี ธีรทองดี (2557) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมจำนวน 88 ราย ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ ( $R^2=0.24$ ) ในกลุ่มประชากรโรคมะเร็งพบว่า จากการศึกษาของ Hanucharunkul (1988) เรื่องปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายแสงจำนวน 112 ราย ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา สอดคล้องกับ Cheng, Meng, Yang et al. (2013) ที่ศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตมะเร็งเต้านมชาวจีน จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตมะเร็งเต้านมชาวจีนได้ สอดคล้องกับ Chun et al. (2015) ที่ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ผลกระทบต่อการรับรู้คุณค่าในตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตมะเร็งปากมดลูกระยะแรกในไต้หวันจำนวน 110 ราย ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตมะเร็งปากมดลูกระยะแรกในได้หวั่น สอดคล้องกับ ทิฆัมพร อิทธิพงษ์วัฒน์ (2555) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนผิวหนัง ชนิดทางเดินปัสสาวะ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยทำทางเดินปัสสาวะใหม่ระยะยาว จำนวน 85คนพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำทางเดินปัสสาวะใหม่ระยะยาว ( $r=0.29$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสามารถสรุปว่าการสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดผู้วิจัยเลือกพยาบาลสามารถจัดกระทำได้ และเป็นตัวแปรที่มีหลักฐานงานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

Céilleachair et al. (2012) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจและผลลัพธ์ทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและครอบครัว ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและญาติ จำนวน 22 ราย ผลการวิจัยพบว่า ค่าใช้จ่ายที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ 1) ค่าเดินทางมาตรวจตามนัด ค่าที่จอดรถ 2) ค่าอุปกรณ์และหัตถการต่างๆ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการซื้อเสื้อผ้า 3)โรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย ทำให้รายได้ที่ลดลง 4) ปัญหาค่าใช้จ่ายในครอบครัว และสรุปว่าปัญหาค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ

Kittscha (2011) ศึกษาเรื่องความต้องการของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมใหม่เมื่อกลับบ้าน โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เปิด ileostomy ใหม่ที่แพทย์ให้กลับบ้าน ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 จำนวน 6 ราย ศึกษาในเรื่องของประสบการณ์การมีทวารเทียมเมื่อกลับบ้าน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเมื่อกลับบ้าน และความต้องการของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 5 ธีมที่มีความแตกต่างกันตามช่วงเวลา ดังนี้สัปดาห์ที่ 1 ได้แก่ 1) ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมจะพบมากในช่วง 2 สัปดาห์แรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบปัญหาเรื่องการระคายเคืองผิวหนัง การรั่วซึมของถุงรองรับ กลิ่น การมีกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล 2) ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมกลุ่มที่มี ileostomy มักสูญเสียการควบคุมการขับถ่ายจึงต้องทำการเทระบายอุจจาระบ่อยๆ ทุก 2-4

ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยทวารเทียมหลายรายมักทำการเช็ดคลุ้ง และเป็ดระบายอุจจาระในช่วงกลางคืนบ่อยๆ เนื่องจากกลัวว่าอุจจาระล้นออกมา ซึ่งเป็นการรบกวนการนอนหลับ และบางคนทำได้ลำบากเพราะแสงสว่างมีไม่เพียงพอ นอกจากนี้การสูญเสียการควบคุมการขับถ่ายทำให้ผู้ป่วยเกิดความละอาย และรู้สึกเป็นตราบาป 3) การเทถูกรองรับอุจจาระ หัวข้อ นี้คล้ายคลึงกับปัญหาการตรวจเช็ดคลุ้งบ่อยๆ เมื่อทำการเช็ดก็จะทำการเทระบายอุจจาระทุกครั้ง การที่ผู้ป่วยตื่นบ่อยๆทำให้วงจรการนอนหลับเสียไป เกิดอาการอ่อนเพลียได้ 4) การปรับเปลี่ยนอาหาร ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมต้องปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทาน เพื่อป้องกันการเกิดอาการผิดปกติ เช่นท้องผูก ลำไส้อุดตัน และท้องเสีย electrolyte imbalance เป็นต้น อีกทั้งต้องเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากโรคมะเร็ง ส่วนในสัปดาห์ที่ 4 พบ 5) การปรับตัวสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยเริ่มปรับตัวเข้ากับทวารเทียมได้มากขึ้น ยอมรับการมีทวารเทียมและสามารถดูแลทวารเทียม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติได้มากขึ้น

Jia, Ying, and Chun (2014) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของสัมพันธภาพในสังคมกับความหวังของผู้ป่วยทวารเทียมชนิดถาวร โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทวารเทียมชนิดถาวรจำนวน 86 ราย เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 4 โรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าคะแนนสัมพันธภาพทางสังคม และคะแนนความหวัง เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์พบว่าสัมพันธภาพทางสังคม และความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.324 - 0.680$ ;  $p < 0.01$ ) อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นคนเอเชีย ซึ่งให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพทางสังคมทั้งในกลุ่มครอบครัว และเพื่อนที่ป่วยเป็นโรคเดียวกัน เพราะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคและการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยที่เปิดทวารเทียมมักมีความรู้สึกในแง่ลบเกี่ยวกับภาพลักษณ์ และการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย เมื่อผู้ป่วยได้พูดคุยกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆกัน ส่งผลให้คะแนนความหวังเพิ่มขึ้น

Tao, Songwathana, Isaramalai et al. (2014) ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองที่ดี:งานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยชาวจีนที่มีทวารเทียม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกภายใต้หัวข้อ “การดูแลตนเองที่ดี” กับผู้ป่วยจำนวน 7 รายที่อยู่ในโรงพยาบาลมหาลัยในตอนใต้ของประเทศจีน ผลการศึกษา พบว่าประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยทวารเทียม สามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าการจัดการกับการดูแลทวารเทียมได้ ทั้งการเปลี่ยนถุง การจัดการกับปัญหากระคายเคืองที่ผิวหนังได้ด้วยตนเอง แต่ในช่วงที่รับเคมีบำบัดต้องให้ผู้ดูแลเป็นคนช่วยจัดการเนื่องจากผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก 2) กลุ่มตัวอย่างบอกว่าการมีทวารเทียมทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ต้องปรับกิจกรรมเฉพาะที่สามารถทำได้เพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อทวารเทียม ในส่วนเรื่องการเข้าสังคม ผู้ป่วยพยายามปรับตัวในการเข้าสังคมโดยการปรับการแต่งกายที่เหมาะสม และปรับพฤติกรรมในเรื่องของการขับถ่ายทางหน้าท้อง

เช่นพยายามไม่หัวเราะเพื่อลดการเกิดลมเพื่อไม่ให้ดูแตกต่างจากคนปกติ ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การมีทวารเทียมกระทบต่อการมีเพศสัมพันธ์มากโดยเฉพาะในผู้ป่วยอายุน้อย ซึ่งผู้ป่วยต้องการคำแนะนำจากทางทีมสุขภาพ 3) การควบคุมอารมณ์ และการจัดการกับความเครียด เนื่องจากคำสอนของลัทธิขงจื้อเป็นสิ่งที่ชาวจีนนับถือส่งผลให้ช่วยในการปรับอารมณ์ และสภาพจิตใจเมื่อมีทวารเทียมมาก กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยเคร่งครัด ยอมรับในชะตากรรมของตนเอง และพยายามมองโลกในแง่บวก อยู่กับปัจจุบันและปรับตัวต่อการมีทวารเทียมได้ดี ในส่วนของสมาชิกครอบครัว ผลจากคำสอนของลัทธิขงจื้อ สมาชิกในครอบครัวสนใจและให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี

Tseng, Wang, Hsu et al. (2004) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้ป่วยนอกที่มีทวารเทียม กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมแผนกผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลส่วนกลาง ประเทศไต้หวัน จำนวน 73 ราย ผลการศึกษาพบว่า สิ่งเร้าความเครียดที่พบมากที่สุดได้แก่ ผู้ป่วยมีปัญหาการขับปัสสาวะ ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยง่าย ไม่สามารถท่องเที่ยวได้อย่างอิสระเพราะมีทวารเทียม ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับการเป็นมะเร็งซ้ำ และผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานจากการนอนไม่หลับ สิ่งเร้าความเครียดทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล เกิดจากด้านความเครียดจากสภาพร่างกายและการปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลมากที่สุด

Worster and Holmes (2008) ศึกษาเรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เตรียมทำผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก: ปรัชญาการณที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการทำผ่าตัดนำก้อนมะเร็งออก และมีการตัดต่อลำไส้ ที่หน่วยงานศัลยกรรม จำนวน 20 ราย ผลการศึกษา พบว่า ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมี 6 รูปแบบ 1) ผู้ป่วยรู้สึกไม่เชื่อ รู้สึกช็อค และปฏิเสธผล 2) รู้สึกโดดเดี่ยว 3) มีความต้องการข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ 4) ปกป้องครอบครัว คือไม่ต้องการให้ครอบครัวเสียใจ 5) ผลลัพธ์ที่เกิดจากการตรวจวินิจฉัยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนอยู่ในฝันร้าย 6) สูญเสียการควบคุม ซึ่งเป็นรูปแบบที่ต้องการเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ

## 6.2 งานวิจัยในประเทศไทย

กชชุกร หว่างนุ่น (2550) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ประเภทแผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 ราย ผลการวิจัยพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และ ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพศ และ ชนิดของยาเคมีบำบัด ไม่มีความสัมพันธ์ กับความสามารถในการดูแล ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม

และ อายุ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 53.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (2552) ศึกษาเรื่องประสบการณ์ชีวิตของคนมีทวารเทียม: การจัดการความทุกข์หรือความทุกข์จากการขับถ่ายอุจจาระ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีทวารเทียมและบุคคลใกล้ชิดจำนวน 8 ราย ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึง ความทุกข์ทรมานของผู้ที่มีทวารเทียมเป็น ความรู้สึกสูญเสียอวัยวะที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ นำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียตัวตน รู้สึกว่าการขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องเป็นสิ่งสกปรกและน่ารังเกียจ และการปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงออกด้วยการแยกตัวออกจากสังคม และปิดบังตนเองว่ามีทวารเทียม

จรินทร์ สมภู (2539) ศึกษาเรื่องการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร โดยศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในบทบาทหน้าที่ในบทบาทหตุยภูมิของสตรีภายหลังการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ที่กลับบ้านแล้วอย่างน้อย 1 เดือน และมารับการตรวจรักษาจำนวน 80 ราย พบว่าความสามารถในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่โดยรวม และบทบาทย่อยของสตรีที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรอยู่ในระดับค่อนข้างดี ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น พบว่าจำนวนบทบาทหน้าที่ การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ 22.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นาฎยา สุธีรุฒติ (2544) ศึกษาเรื่องการศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 120 ราย ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจคัดกรองและอายุรกรรม-เคมีบำบัด คลินิกลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศิริราช ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กันและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้ร้อยละ 52.30

ฉมลวรรณ ยอดกลกิจ (2548) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 256 ราย ผลการศึกษาพบว่าเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนอายุ สถานภาพสมรส และภาวะสุขภาพจิตมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าระยะเวลาเจ็บป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมและระดับเศรษฐกิจในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์ (2549) ศึกษาเรื่องกระบวนการเผชิญปัญหาการกลัวเป็นมะเร็งกลับซ้ำในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่ออธิบายการเผชิญปัญหาการกลัวเป็นมะเร็งกลับซ้ำและสร้างแบบจำลองอธิบายกระบวนการเผชิญปัญหาการกลัวเป็นมะเร็งกลับซ้ำในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 22 ราย แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษา และที่บ้าน ผลการศึกษาสามารถนำมาสร้างแบบจำลอง “การมีชีวิตรอยู่กับการควบคุมความกลัวการเกิดมะเร็งกลับซ้ำ” ซึ่งสามารถอธิบายกระบวนการที่ใช้ในการเผชิญปัญหา โดยประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลง 6 ขั้นตอน ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 1) ขั้นตอนการกลัวการเกิดมะเร็งกลับซ้ำ 2) ขั้นตอนแสวงหาและการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและวิธีการป้องกันการเกิดมะเร็งกลับซ้ำ 3) ขั้นตอนการเกิดความรับผิดชอบต่อตนเอง 4) ขั้นตอนการเกิดความรับผิดชอบต่อตนเอง 5) ขั้นตอนการสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกาย 6) ขั้นตอนการพัฒนาจิตใจให้เข้มแข็ง

สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์, วิทยา วัฒนภาส และ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2531) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ความรู้เรื่องการดูแลโคลอสโตมีย์ สถานะทางสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์หาคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความรู้เรื่องการดูแลโคลอสโตมีย์ สถานะทางสุขภาพ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา และระดับการศึกษาเป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อใช้การวิเคราะห์ถดถอยหาคูณแบบเชิงซ้อนพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้รวมของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ความรู้เรื่องการดูแลโคลอสโตมีย์ สถานะทางสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สายสมร เฉลยกิตติ, ศิริพร พูนชัย, ศิริพร สว่างจิตร และคณะ (2556) ศึกษาเรื่องวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมในกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิถีชีวิตผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎ จำนวน 11 ราย ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ประกอบด้วย ความหมาย ความรู้ ความเข้าใจต่อวิถีชีวิตใหม่ของผู้ที่มีทวารเทียมของตนเอง การปรับตัวในการดูแลตนเอง ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองเมื่อมีทวารเทียมสามารถแบ่งเป็นปัจจัยภายใน ได้แก่ 1) เจตคติต่อโรคและการรักษา 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา การรับรู้และประสบการณ์ในอดีต ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนจากครอบครัว 2) แรงสนับสนุนจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน 3) ระบบบริการสุขภาพ 4) การดูแลด้านจิตใจ 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมในการดูแลตนเอง

สุภาพร จงประกอบกิจ (2551) ศึกษาเรื่องความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ 1) เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา 2) ความไม่แน่นอนของการรักษา 3) กังวลใจ กลัวความเจ็บปวดทรมาน 4) ค่ารักษาพยาบาล 5) การเดินทาง และเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียด ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม

อรุษา ลำดับวงศ์ (2544) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะข้อมูลที่ได้รับ และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ในผู้ป่วยจำนวน 77 ราย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนลักษณะข้อมูลที่ได้รับ และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับคือข้อมูลในเรื่องอาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์และคาสายสวนปัสสาวะ ข้อมูลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับแต่ไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นคือ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนจากการสวนแบ่งหรือการส่องกล้อง ข้อมูลที่ผู้ป่วยไม่ได้รับแต่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น เป็นข้อมูลเกี่ยวกับสภาพหลังผ่าตัด การใส่สายระบาย และการมีแผลผ่าตัด ส่วนข้อมูลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจไม่ชัดเจน คือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะข้อมูลที่ได้รับ และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยพบว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-.69, p<.001$ )

### 6.3 งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในต่างประเทศ

Arndt et al. (2004) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะ 1 ปีแรกในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ จำนวน 439 รายในเยอรมัน และประเมินคุณภาพชีวิตในช่วงหนึ่งปีแรก เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ EORTC QLQ-C30 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 70-80 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางโดยเฉพาะมิติด้านอารมณ์และสังคมลดลงมากกว่าด้านอื่น อาการผิดปกติทางกายที่พบบ่อยได้แก่อาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารและการขับถ่าย และพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุน้อยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยอายุน้อยมีปัญหาด้านจิตใจและสังคม และทุกข์ทรมานจากอาการต่าง รวมทั้งปัญหาค่าใช้จ่าย และสามารถปรับตัวได้น้อยกว่าผู้สูงอายุ



Aronovitch, Sharp, and Morano (2010) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 126 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ Stoma QOL Index ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 62 ปี เป็นเพศชายจำนวน 126 คน เพศหญิงจำนวน 126 คน ระยะเวลาที่มีทวารเทียมเฉลี่ยมากกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่เป็นทวารเทียมชนิดถาวร กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในมิติด้านร่างกาย และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทวารเทียมจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลทั่วไป

Baldwin et al. (2009) ทำการวิจัยแบบผสม (Mix method) เรื่อง เพศที่แตกต่างกัน ปัญหาการนอนหลับ และความอ่อนเพลีย กับคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 286 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 3 รัฐ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือแบบสอบถาม City of hope QOL ostomy และ SF-36 ในการประเมินอาการต่างๆ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 72.3 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ระยะเวลาหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ จากการเปรียบเทียบคะแนนทั้ง 2 กลุ่มพบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีปัญหาการนอนหลับ และอาการอ่อนเพลียมากกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นผลมาจากปัญหาการรั่วซึมของถุงรองรับอุจจาระขณะนอนหลับ

Erwith-Toth et al. (2012) ทำการวิจัยความสัมพันธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมในทวีป North America กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 743 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ Stoma QOL ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61.4 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ระยะเวลาที่มีทวารเทียมเฉลี่ย 10.2 ปี กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.4) และพบว่าการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียมมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต

Forsberg and Cedermark (1996) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่องความผาสุกและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะ 1 ปีแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ในประเทศสวีเดน จำนวน 69 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ General Health Rating Index ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มิติด้านร่างกายลดลงมากกว่าด้านอื่น การประเมินอาการที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในช่วง 6 เดือนแรกถึง 1 ปี พบว่ามีอาการผายลม อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ วิดกกังวล และปวด ตามลำดับ

Freier, Batista, Sousa et al. (2014) ทำการวิจัยความสัมพันธ์เรื่อง คุณภาพชีวิต อาการปวด วิดกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดมะเร็งไส้ตรง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งไส้ตรง

แผนกอายุรกรรมเคมีบำบัด จำนวน 41 คน ในประเทศบราซิล เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ EORTC QLQ-C30 และ EORTC QLQ-CR38 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ระยะเวลาหลังผ่าตัดตั้งแต่ 28 สัปดาห์ถึง 46 สัปดาห์หลังได้รับการวินิจฉัย กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่า อาการปวด และภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ( $r=-0.447, -0.443$  และ  $-0.224$  ตามลำดับ)

Hanan and El-Gamil (2003) ทำการวิจัยความสัมพันธ์เรื่องความรู้และความสามารถในการดูแลทวารเทียมในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม และความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีทวารเทียมในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม 3-6 เดือนหลังผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำนวน 50 รายในประเทศอียิปต์ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ Stoma-QOL index ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 40-55 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ระยะเวลาที่มีทวารเทียม 3-6 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับสูง ขณะที่ด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

Jansen et al. (2010) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นบทความวิจัยเกี่ยวกับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่า 5 ปี จำนวน 10 งาน ซึ่งผู้วิจัยทำการค้นคว้าในเดือนมกราคม 2010 ผลการศึกษาพบว่า เป็นงานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 6 เล่ม ญี่ปุ่นจำนวน 1งาน อิตาลีจำนวน 1 งาน และสวีเดนจำนวน 1 งาน เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้มากที่สุดคือ SF-36 ผลงานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง มิติด้านร่างกายลดลงจากการเป็นโรคร่วม และปัญหาการทำงานของลำไส้ มิติด้านจิตใจลดลงจากภาวะซึมเศร้ามากที่สุด และพบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา รายได้ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ดัชนีมวลกาย ภาวะโรคร่วม การมีทวารเทียม วิธีการรักษา ระยะของโรคมะเร็ง ระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัย และการกลับเป็นซ้ำของโรค

Jain et al. (2007) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่อง บทบาทของโรคร่วมในการทำนายคุณภาพชีวิตทางสุขภาพเปรียบเทียบกับอาการทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 237 คน และผู้ป่วยได้รับการรักษาชนิดเดียวกันแต่ไม่มีทวารเทียมจำนวน 268 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ SF-36V ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทวารเทียมมีอายุเฉลี่ย 69 ปี ส่วนกลุ่มที่ไม่มีทวารเทียมมีอายุเฉลี่ย 68 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีทวารเทียมมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีทวารเทียมทั้งโดยรวมและรายด้าน มีวิเคราะห์

ความสามารถในการทำนายพบว่าภาวะโรคร่วมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีทวารเทียมในมิติ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ

Juul and Prieto (2008) ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมจำนวน 30 เรื่องเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ผลการศึกษาพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในปี 1984-2007 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้มีทวารเทียมออกจากผู้ป่วยทั่วไป และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมลดลงอยู่ในระดับต่ำ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้มากที่สุดคือ SF-36 ส่วน Stoma-QOL และ Stoma care quality of life index เป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้ในการประเมินเฉพาะปัญหาด้านทวารเทียม นอกจากนี้พบว่าผลกระทบที่เกิดจากการมีทวารเทียมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีทวารเทียม

Kimura et al. (2013) ทำการวิจัยความสัมพันธ์เรื่องคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 54 คน คลินิกออสโตมีย์ ในประเทศบราซิล เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ WHOQOL-BREF ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 58.72 ปี ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าอาการปวด อาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ สมรรถนะในการทำงาน มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ( $r=-0.46, -0.62, -0.48,$  และ  $0.49$  ตามลำดับ) ความรู้สึกทางบวก มีคุณค่าในตนเอง ภาพลักษณ์ ความรู้สึกทางลบ และความเชื่อทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ( $r=-0.08, 0.60, 0.58, 0.59$  และ  $0.39$  ตามลำดับ) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม เพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคม ( $r=0.49, 0.39$  และ  $0.43$  ตามลำดับ) ความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมที่บ้าน แหล่งสนับสนุนทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม ( $r=0.57, 0.68$  และ  $0.38$ ตามลำดับ)

Krouse et al. (2007) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่องคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 599 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคอื่น ๆ ที่มีทวารเทียมจำนวน 599 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ City of hope QOL-ostomy questionnaire ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดมีทวารเทียมชนิดถาวร มีอายุเฉลี่ย 72.5 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ระยะเวลาเฉลี่ยของการมีทวารเทียม 135.9 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เป็นโรคอื่นแต่มีทวารเทียมพบว่า มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่เป็นโรคมะเร็งและมีทวารเทียม ในมิติด้านร่างกาย พบปัญหาอ่อนเพลีย ความแข็งแรงลดลง ปัญหาการนอนหลับ ผิวหนังรอบทวารเทียมมีการระคายเคือง และอาการปวด ด้านจิตใจ พบปัญหาความพึงพอใจในภาพลักษณ์ลดลง รู้สึกไม่มีประโยชน์ วิตกกังวล ซึมเศร้า และลำบากใจในการดูแลทวารเทียม ในมิติด้านสังคมพบปัญหาแยกตัวจากสังคม ปัญหาเพศสัมพันธ์ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และปัญหาค่าใช้จ่าย

Krouse, Herrinton, Grant et al. (2009) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่อง คุณภาพชีวิตทางสุขภาพในผู้รอดชีวิตมะเร็งลำไส้ตรงที่มีทวารเทียมในระยะยาว: เปรียบเทียบระหว่างเพศ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รอดชีวิตมะเร็งลำไส้ตรงที่มีทวารเทียมมากกว่า 5 ปีหลังการวินิจฉัย จำนวน 491 คน ในประเทศอเมริกา เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตคือ City of hope QOL-ostomy questionnaire ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 72.4 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ระยะเวลาเฉลี่ยหลังได้รับการวินิจฉัยและผ่าตัด 12 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 เพศมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับต่ำ เฉพาะเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านจิตใจต่ำกว่าเพศชาย ในกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่อายุน้อย พบว่าการมีทวารเทียมมีผลกระทบต่อความผาสุกด้านร่างกายเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุ

Liao and Qin (2014) ทำการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายเรื่องปัจจัยสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จำนวน 76 ราย ในประเทศจีน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ stoma QOL scale ของ Baxter ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 50.64 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ระยะเวลาที่มีทวารเทียมเฉลี่ย 7 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระยะเวลาที่มีทวารเทียม ความหวัง ทักษะในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ( $r=0.24, 0.35$  และ  $0.32$  ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ความหวัง ทักษะในการดูแลทวารเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ( $r=0.54$  และ  $0.24$  ตามลำดับ) ความรู้เรื่องทวารเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านภาพลักษณ์และเพศสัมพันธ์ ( $r=0.36$ ) ความหวัง ความรู้เรื่องทวารเทียม ทักษะในการดูแลทวารเทียม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ( $r=0.32, 0.46$  และ  $0.51$  ตามลำดับ) ปัจจัยทำนายพบว่า ความหวังและทักษะในการดูแลทวารเทียมสามารถทำนายความพึงพอใจโดยรวม และมีติด้านการทำงานและการเข้าสังคม ( $R^2=0.168$  และ  $0.178$  ตามลำดับ) ทักษะในการดูแลทวารเทียม และความรู้เรื่องทวารเทียมสามารถทำนายคุณภาพชีวิต ( $R^2=0.23$ )

Marventano et al. (2013) ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และสรุปประเด็นสำคัญดังนี้ เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือ SF-36, SF-12, EORTCQLQ-C38, QOL-CS, EORTCQLQ-C29, COH-QOL และ FACT-G คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางขึ้นอยู่กับ 1) ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า 3) ปัจจัยด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและการรักษา ได้แก่ ระยะของโรคมะเร็ง ตำแหน่งของก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก วิธีการรักษา และการมีทวารเทียม 4) ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การมีกิจกรรม อาการอ่อนเพลีย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

Olga et al. (2008) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งไส้ตรงที่มี ทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งไส้ตรงหลังผ่าตัดระยะ 1 ปีแรก จำนวน 50 คน ที่แผนก ออัสโตมีย์ ในประเทศโปแลนด์ เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ QOL-C30, QOO-C38 และ EORTCQOL-CR38 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 38-80 ปี มีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับปานกลางโดยเฉพาะมิติด้านอารมณ์และสังคมลดลงมากกว่าด้านอื่น การมีทวารเทียมมี ความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ที่ลดลงซึ่งมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากที่สุดโดยเฉพาะในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ปัญหาของการมีทวาร เทียมพบว่าเรื่องผู้ป่วยกลัวการรั่วซึมของอุจจาระ กลัวผู้อื่นได้ยินเสียงลม กลัวผู้อื่นได้กลิ่น และอาการ ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ภาพลักษณ์มีผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียอัตลักษณ์ทางเพศ ซึ่งจากที่กล่าวมาทำให้ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมีพฤติกรรม แยกตัวจากสังคมรู้สึกว่าการมีทวารเทียมเป็นตราบาป

Pereira et al. (2012) ทำการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายเรื่อง ความวิตกกังวล ซึมเศร้า traumatic stress และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับการรักษาที่ แตกต่างกัน: การศึกษาในผู้ป่วยชาวโปรตุเกสและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักในแผนกอายุรกรรมทุกช่วงอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือได้รับการผ่าตัด ได้รับยาเคมีบำบัด และได้รับรังสีรักษา ระยะเวลา 12 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัย จำนวน 141 ราย และคู่สมรสจำนวน 67 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมิน QOL-CA2 ของ Padilla (1983) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวมีระดับความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความเครียดจากอาการ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับเคมีบำบัด หรือรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตลดลงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่าภาวะ ซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ( $r=-0.287$ ) การหาอำนาจทำนายพบว่า ความวิตก กังวล และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 78.4 ( $R^2=0.472$  และ  $0.454$  ตามลำดับ)

Popek, Grant, Gemmill et al. (2010) ทำการวิจัยแบบผสม (Mix method) เรื่อง ความ ทำทายในการเอาชนะ: ชีวิตที่มีทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำนวน 863 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา 3 รัฐ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต คือ City of hope QOL ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย มีทวารเทียมชนิดถาวรมากกว่า 2 ปี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 467คน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงซึ่งเป็นผลจากมีการดูแลตนเองที่ดีมาก มีความคิดทางบวก ไม่มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 396 คนมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับต่ำซึ่งเป็นผลจากไม่สุขสบายจากกลิ่นและลมไม่พึงประสงค์ ปัญหาการปรับตัว ปัญหา สัมพันธภาพภายในครอบครัวและสังคม และปัญหาด้านเพศสัมพันธ์

Ramsey, Andersen, Etzioni et al. (2000) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่อง คุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะ 1 ปีแรกจำนวน 173 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ FACT-C ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 70.4 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง และพบว่าระยะเวลา 12-36 เดือนแรกหลังได้รับการวินิจฉัยคะแนนคุณภาพชีวิตจะมีความแปรปรวนมากซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของโรค โดยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังวินิจฉัยกับคุณภาพชีวิตในมิติด้านร่างกาย และรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์

Salles, Becker, and Faria (2014) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่องอิทธิพลของระยะเวลาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีทวารเทียมแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือมีทวารเทียมเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 15 คน และกลุ่มที่มีทวารเทียมมากกว่า 2 ปีจำนวน 15 คน ในประเทศบราซิล เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ WHO-BREF ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 23-81 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีทวารเทียมเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปีอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มมีทวารเทียมมากกว่า 2 ปีมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตทั้ง 2 กลุ่มพบว่ากลุ่มที่มีทวารเทียมเป็นระยะเวลานานจะมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

Salomé et al. (2014) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่อง คุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ในคลินิกทวารเทียม ในประเทศบราซิล เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ แบบประเมิน FQLS ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดี รู้สึกพึงพอใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ขึ้นอยู่กับระยะเวลาและการปรับตัวของแต่ละบุคคล ช่งในระยะปรับตัวผู้ต้องการการสนับสนุนจากสังคม เมื่อมีทวารเทียมผู้ป่วยจะรู้สึกผิดปกติ จากอาการไม่สุขสบาย ละเอียดในสภาพร่างกายของตนเอง รู้สึกสกปรก การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย และสูญเสียอัตลักษณ์ทางเพศ ผู้ที่มีคุณค่าในตนเองต่ำจะนำไปสู่ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม เครียด ไม่กล้าเผชิญความจริง

Salomé, Almeida, Mendes et al. (2015) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่องการประเมินความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 70 คน ในประเทศบราซิล เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Flanagan ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีทวารเทียมชนิดถาวร อาการผิดปกติของทวารเทียมที่พบมาก 3 ลำดับแรก คือ การระคายเคืองของผิวหนัง (ร้อยละ 48.60) การติ่งรังของทวารเทียม (ร้อยละ 20) และทวารเทียมยื่น

ออกมามากผิดปกติ (ร้อยละ 18) กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมากที่สุด

Santin, Murray, Prue et al. (2015) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่อง ความต้องการทางจิตใจ และคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้รอดชีวิตมะเร็งลำไส้ใหญ่แลทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างคือผู้รอดชีวิตมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในระยะ 2-5 ปีหลังได้รับการรักษา จำนวน 600 คน ในประเทศอังกฤษ เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ QLACS ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 50-59 ปี เพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่ระยะเวลาหลังการรักษา 2-5 ปี กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ และพบว่าอาการอ่อนเพลีย ความเครียด แยกตัวจากสังคม ปัญหาค่าใช้จ่าย และภาพลักษณ์ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

Smith-Gagen, Cress, Drake et al. (2010) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่อง คุณภาพชีวิตและการผ่าตัดมะเร็งไส้ตรง การศึกษาระยะยาวที่ California cancer registry กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งไส้ตรง อายุ 40-84 ปีหลังทำผ่าตัด 3 เดือนขึ้นไป จำนวน 89 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ FACT-C ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 65 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทำผ่าตัดมะเร็งด้วยวิธี LAR ร้อยละ 95 และ APR ร้อยละ 5 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาหลังทำผ่าตัด 9-19 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่อายุมากกว่า นอกจากนั้นพบว่าการทำผ่าตัดทั้ง 2 วิธีมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเดียวมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด และฉายแสง

Stephenson et al. (2009) ทำการวิจัยความสัมพันธ์เรื่อง กิจกรรมทางกายและพฤติกรรมการกินอาหาร ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด: ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 67 คน ในประเทศแคนาดา เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตคือ FACT-G ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60.4 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัย 13.9 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า อายุ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ( $r=0.409, 0.410$  ตามลำดับ) ส่วนค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ( $r=-0.277$ ) และพบว่ากิจกรรมทางกายและพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น

Tsunoda et al. (2005) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่อง ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกผู้ป่วยนอกทุกช่วงอายุ จำนวน 128 คนในประเทศญี่ปุ่น เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ EORTC QLQ-30 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย

ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ระยะเวลาหลังผ่าตัดเฉลี่ย 40เดือน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่า ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์มากกว่า ความวิตกกังวล

สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี ทวารเทียมในต่างประเทศพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ใน ต่างประเทศ จำนวน 26 งาน ทำการศึกษาตั้งแต่ ปี 1996-2015 มีรายละเอียด ดังนี้

1) รูปแบบงานวิจัย ทั้งหมดเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณจำนวน 26 งาน (Arndt et al., 2004; Aronovitch et al., 2010; Bladwin et al., 2009; Erwith-Toth et al., 2012; Forsberg & Cedermark, 1996; Freire et al., 2014; Hanan & El-Gamil, 2003; Jansen et al., 2010; Jain et al., 2007; Juul et al., 2008; Kimura et al., 2013; Krouse et al., 2007; Krouse et al., 2009; Liao & Qin, 2014; Marventano et al., 2013; Olga et al., 2008; Pereira et al., 2012; Popek et al., 2010; Ramsey et al., 2000; Salles et al., 2014; Salome et al., 2014; Salome et al., 2015; Santin et al., 2015; Smith-Gagen et al., 2010; Stephenson et al., 2009; Tsunoda et al., 2005) แบ่งเป็น รูปแบบเชิงพรรณนา จำนวน 15 งาน (Arndt et al., 2004; Aronovitch et al., 2010; Forsberg & Cedermark, 1996; Jain et al., 2007; Krouse et al., 2007; Krouse et al., 2009; Liao & Qin, 2014; Olga et al., 2008; Ramsey et al., 2000; Salles et al., 2014; Salome et al., 2014; Salome et al., 2015; Santin et al., 2015; Smith-Gagen et al., 2010; Tsunoda et al., 2005) รูปแบบเชิงความสัมพันธ์ จำนวน 4 งาน (Erwith-Toth et al., 2012; Freire et al., 2014; Hanan & El-Gamil, 2003; Kimura et al., 2013; Stephenson et al., 2009) รูปแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย จำนวน 2 งาน (Liao & Qin, 2014; Pereira et al., 2012) รูปแบบทบทวนวรรณกรรม จำนวน 3 งาน (Jansen et al., 2010; Juul et al., 2008; Marventano et al., 2013) และรูปแบบผสม (Mix method) 2 งาน (Bladwin et al., 2009; Popek et al., 2010)

2) งานวิจัยทำการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกามากที่สุดจำนวน 9 งาน (Aronovitch et al., 2010; Bladwin et al., 2009; Erwith-Toth et al., 2012; Jain et al., 2007; Krouse et al., 2007; Krouse et al., 2009; Popek et al., 2010; Ramsey et al., 2000; Smith-Gagen et al., 2010) รองลงมาคือประเทศบราซิลจำนวน 5 งาน (Freire et al., 2014; Kimura et al., 2013; Salles et al., 2014; Salome et al., 2014; Salome et al., 2015) แคนาดาจำนวน 1 งาน (Stephenson et al., 2009) อังกฤษจำนวน 1 งาน (Santin et al., 2015) โปรตุเกสจำนวน 1 งาน (Pereira et al., 2012) สวีเดนจำนวน 1 งาน (Forsberg & Cedermark; 1996) เยอรมันจำนวน 1



งาน (Arndt et al., 2004) โปแลนด์จำนวน 1 งาน (Olga et al., 2008) ฮีลิปจำนวน 1 งาน (Hanan & El-Gamil, 2003) จีนจำนวน 1 งาน (Liao & Qin, 2014) และญี่ปุ่น จำนวน 1 งาน (Tsunoda et al., 2005) (นอกนั้นเป็นงานวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรมจำนวน 3 งาน)

3) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 9 งาน (Arndt et al., 2004; Forsberg & Cedermark, 1996; Santin et al., 2015; Smith-Gagen et al., 2010; Tsunoda et al., 2005; Jansen et al., 2010; Marventano et al., 2013; Pereira et al., 2012; Ramsey et al., 2000) ผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จำนวน 11 งาน (Aronovitch et al., 2010; Erwith-Toth et al., 2012; Hanan & El-Gamil, 2003; Jain et al., 2007; Juul et al., 2008; Krouse et al., 2007; Liao & Qin, 2014; Popek et al., 2010; Salles et al., 2014; Salome et al., 2014; Salome et al., 2015) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 4 งาน (Bladwin et al., 2009; Kimura et al., 2013; Krouse et al., 2009; Olga et al., 2008) และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 2 งาน (Freire et al., 2014; Stephenson et al., 2009)

4) งานวิจัยทั้งหมดทำการศึกษาในช่วงอายุทั้งวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ (จำนวน 26 งาน) (Arndt et al., 2004; Aronovitch et al., 2010; Bladwin et al., 2009; Erwith-Toth et al., 2012; Forsberg and Cedermark, 1996; Freire et al., 2014; Hanan and El-Gamil, 2003; Jansen et al., 2010; Jain et al., 2007; Juul et al., 2008; Kimura et al., 2013; Krouse et al., 2007; Krouse et al., 2009; Liao and Qin, 2014; Marventano et al., 2013; Olga et al., 2008; Pereira et al., 2012; Popek et al., 2010; Ramsey et al., 2000; Salles et al., 2014; Salome et al., 2014; Salome et al., 2015; Santin et al., 2015; Smith-Gagen et al., 2010; Stephenson et al., 2009; Tsunoda et al., 2005)

5) สถานที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 23 งาน (Arndt et al., 2004; Aronovitch et al., 2010; Bladwin et al., 2009; Erwith-Toth et al., 2012; Forsberg and Cedermark, 1996; Hanan & El-Gamil, 2003; Jansen et al., 2010; Jain et al., 2007; Juul et al., 2008; Kimura et al., 2013; Krouse et al., 2007; Krouse et al., 2009; Liao and Qin, 2014; Marventano et al., 2013; Olga et al., 2008; Popek et al., 2010; Ramsey et al., 2000; Salles et al., 2014; Salome et al., 2014; Salome et al., 2015; Santin et al., 2015; Smith-Gagen et al., 2010; Tsunoda et al., 2005) และแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเคมีบำบัดจำนวน 3 งาน (Freire et al., 2014; Pereira et al., 2012; Stephenson et al., 2009)

6) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตมีความหลากหลาย โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปที่ใช้มากที่สุดคือ EORTC QLQ-CR30,CR38 จำนวน 5 งาน (Arndt et al., 2004; Freire et al., 2014; Marventano et al., 2013; Olga et al., 2008; Tsunoda et al., 2005) และ SF36 จำนวน 5 งาน (Bladwin et al., 2009; Jansen et al., 2010; Jain et al., 2007; Juul et al., 2008; Marventano et al., 2013) ส่วนแบบประเมินเฉพาะโรคในกลุ่มผู้ที่มีทวารเทียมที่ใช้มากที่สุดคือ Stoma-QOL จำนวน 5 งาน (Aronovitch et al., 2010; Erwith-Toth et al., 2012; Hanan & El-Gamil, 2003; Juul et al., 2008; Liao & Qin, 2014) และ City of hope QOL จำนวน 5 งาน (Bladwin et al., 2009; Krouse et al., 2007; Krouse et al., 2009; Marventano et al., 2013; Popek et al., 2010)

7) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำจำนวน 11 งาน (Aronovitch et al., 2010; Bladwin et al., 2009; Jain et al., 2007; Juul et al., 2008; Kimura et al., 2013; Santin et al., 2015; Smith-Gagen et al., 2010; Krouse et al., 2007; Krouse et al., 2009; Marventano et al., 2013; Salome et al., 2014) คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 7 งาน (Arndt et al., 2004; Forsberg & Cedermark, 1996; Liao & Qin, 2014; Olga et al., 2008; Pereira et al., 2012; Salles et al., 2014; Salome et al., 2015; Tsunoda et al., 2005) และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงจำนวน 7 งาน (Erwith-Toth et al., 2012; Freire et al., 2014; Hanan & El-Gamil, 2003; Jansen et al., 2010; Popek et al., 2010; Ramsey et al., 2000; Stephenson et al., 2009)

8) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต คือ อายุ ( $r=0.409$ ) (Stephenson et al., 2009) ระยะเวลาที่มีทวารเทียม ( $r=0.24$ ) (Liao & Qin, 2014) ความหวัง ( $r=0.35$ ) (Liao & Qin, 2014) ทักษะในการดูแลตนเอง ( $r=0.32$ ) (Liao & Qin, 2014) ความรู้เรื่องทวารเทียม ( $r=0.36$ ) (Liao & Qin, 2014) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $r=0.60$ ) (Kimura et al., 2013) ภาพลักษณ์ ( $r=0.58$ ) (Kimura et al., 2013) ความรู้สึกทางลบ ( $r=0.59$ ) (Kimura et al., 2013) ความเชื่อทางจิตวิญญาณ ( $r=0.39$ ) (Kimura et al., 2013) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ( $r=0.49$ ) (Kimura et al., 2013) การสนับสนุนทางสังคม ( $r=0.39, 0.410$ ) (Kimura et al., 2013; Stephenson et al., 2009) เพศสัมพันธ์ ( $r=0.43$ ) (Kimura et al., 2013) ความปลอดภัย ( $r=0.57$ ) (Kimura et al., 2013) สิ่งแวดล้อมที่บ้าน ( $r=0.68$ ) (Kimura et al., 2013) แหล่งสนับสนุนทางการเงิน ( $r=0.38$ ) (Kimura et al., 2013) ความสามารถในการดูแลทวารเทียม (Hanan & El-Gamil, 2003) เพศ (Jansen et al., 2010) ศาสนา (Jansen et al., 2010) รายได้ (Jansen et al., 2010; Ramsey et al., 2000) การศึกษา (Jansen et al., 2010) สมรรถนะในการทำงาน ( $r=0.49$ ) (Kimura et al., 2013) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ( $r=-$

0.443, -0.287, -0.287) Tsunoda et al., 2005; Freire et al., 2014; Pereira et al., 2012) วิตกกังวล ( $r=-0.224$ ,  $-0.224$ ) (Freire et al., 2014; Tsunoda et al., 2005) ค่าดัชนีมวลกาย ( $r=-0.277$ ) (Stephenson et al., 2009) ความรู้สึกลึกทางบวก ( $r=-0.08$ ) (Kimura et al., 2013) การระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม (Erwith-Toth et al., 2012) ภาวะโรคร่วม (Jansen et al., 2010) การมีทวารเทียม (Jansen et al., 2010; Juul et al., 2008) วิธีการรักษา (Jansen et al., 2010) ระยะของโรคมะเร็ง (Jansen et al., 2010) ระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัย (Jansen et al., 2010) การกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (Jansen et al., 2010) อาการปวด ( $r=-0.46$ ) (Kimura et al., 2013) อาการอ่อนเพลีย ( $r=-0.62$ ) (Kimura et al., 2013) และอาการนอนไม่หลับ ( $r=-0.48$ ) (Kimura et al., 2013)

9) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต คือ ความวิตกกังวล ( $R^2=0.472$ ) (Pereira et al., 2012) ภาวะซึมเศร้า ( $R^2=0.454$ ) (Pereira et al., 2012) ความหวัง ( $R^2=0.168$ ) (Liao & Qin, 2014) ทักษะในการดูแลทวารเทียม ( $R^2=0.178$ ) (Liao & Qin, 2014) และความรู้เรื่องทวารเทียม ( $R^2=0.23$ ) (Liao & Qin, 2014)

#### 6.4 งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในประเทศไทย

เกศินี ธีรทองดี (2557) ทำการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายเรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องในช่วงระยะเวลา 1 ปี จำนวน 88 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมของ Padilla and Grant ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 60-96 ปี อายุเฉลี่ย 70.7 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่มีทวารเทียมในช่วง 3 เดือนแรก กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านโภชนาการมีค่าคะแนนสูงสุด ส่วนด้านภาพลักษณ์มีค่าต่ำที่สุด เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียมและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ( $r=0.769, r=0.670$ ) ตามลำดับ ส่วนภาวะพึงพิงและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ( $r=-0.651, r=-0.745$ ) ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์อำนาจทำนายพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 75.3

ปานจิตร รังสีวงศ์ (2549) ทำการวิจัยเชิงพรรณนาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องจำนวน 80 ราย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลมหาราชจังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของจิราหนู สมโชค (2540) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 41-60 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านความพึงพอใจในชีวิตและด้านสังคมเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับต่ำ

นวพร ชิตมน (2549) ทำการวิจัยเชิงทำนายเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย จำนวน 94 คน เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตคือ WHO-BREF ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 41-60 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่มีทวารเทียม 1 ปี กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางโดยเฉพาะมิติด้านร่างกายและจิตใจลดลงมากกว่าด้านอื่น การหาความสัมพันธ์ พบว่าภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีทวารเทียมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ( $r=-0.576, -0.747$  และ  $0.841$ ตามลำดับ) การหาอำนาจการทำนายพบว่า สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีทวารเทียม รายได้หลังป่วย โรคเอดส์ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวม ( $R^2=0.707, 0.744$  และ  $0.772$  ตามลำดับ) สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีทวารเทียม ภาวะซึมเศร้า อาชีพหลังป่วย สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ( $R^2=0.652, 0.697$  และ  $0.727$  ตามลำดับ) สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีทวารเทียม โรคเอดส์ รายได้หลังป่วย ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ( $R^2=0.664, 0.706, 0.742, 0.756$  และ  $0.768$  ตามลำดับ) สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีทวารเทียม รายได้หลังป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสังคม ( $R^2=0.187$  และ  $0.221$  ตามลำดับ) สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีทวารเทียม รายได้หลังป่วย สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ( $R^2=0.512$  และ  $0.569$ ตามลำดับ)

วิมลรัตน์ เดชะ (2557) ทำการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายเรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานเคมีบำบัดของ สถานบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชนครินทร์ จำนวน 110 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมของ Padilla and Grant ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 50-59 ปี อายุเฉลี่ย 53.3 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศ

หญิง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ประสิทธิภาพการมีอากรมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ( $r=-0.629$ ) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ( $r = 0.316$ ) ความร่วมมือในการรักษาด้วย ยาเคมีบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และได้เคมีบำบัด เมื่อวิเคราะห์ป้อนายพบว่า ประสิทธิภาพการมีอากร ความร่วมมือในการ รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่ม ตัวอย่างได้ร้อยละ 40 ( $R^2=0.402$ )

ศุภมาส มณีสินธุ์ (2553) ทำการวิจัยเชิงทำนายเรื่องการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 107 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ WHO-BREF-THAI ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 61.2 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่มีทวารเทียม 1-5 ปี กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับปานกลาง โดยเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง เมื่อพิจารณารายตัวพบว่าด้าน ความสัมพันธ์ทางสังคมมีคุณภาพชีวิตต่ำสุด ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทวารเทียมที่มี นัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส สิทธิในการรักษาพยาบาล เศรษฐฐานะ สภาพผิวหนังรอบทวารเทียม และการมีโรคประจำตัว ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทวารเทียม คือ ชนิดของทวารเทียม ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาหลังการผ่าตัด ตำแหน่งของทวารเทียม การรั่วซึมของถุงแป้นที่ใช้เก็บของเสีย และการเป็นโรคมะเร็ง

สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี ทวารเทียมในประเทศไทยพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ใน ประเทศไทย จำนวน 5 งาน ทำการศึกษาตั้งแต่ ปี 2549-2557 มีรายละเอียด ดังนี้

1) รูปแบบงานวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณจำนวน 5 งาน (เกศินี อีรทองดี, 2557; ปานจิตร รังสีวงศ์, 2549; นวพร ชิตมน, 2549; วิมลรัตน์ เดชะ, 2557; ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) มี รูปแบบพรรณนา จำนวน 1งาน (ปานจิตร รังสีวงศ์, 2549) และรูปแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย จำนวน 4 งาน (เกศินี อีรทองดี, 2557; นวพร ชิตมน, 2549; วิมลรัตน์ เดชะ, 2557; ศุภมาส มณีสินธุ์ , 2553)

2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 2 งาน (เกศินี อีรทองดี, 2557; ปานจิตร รังสีวงศ์, 2549) ผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จำนวน 2 งาน (ศุภมาส มณี สินธุ์, 2553; นวพร ชิตมน, 2549) และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับ ยาเคมีบำบัดจำนวน 1 งาน (วิมลรัตน์ เดชะ, 2557)

3) อายุของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 4 งาน (ปานจิตร รังสีวงศ์, 2549; นวพร ชิตมน, 2549; วิมลรัตน์ เดชะ, 2557; ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) และอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 1 งาน (เกศินี ธีรทองดี, 2557)

4) ระยะเวลาที่มีทวารเทียมหลังผ่าตัดถึง 1 ปี จำนวน 5 งาน (เกศินี ธีรทองดี, 2557; ปานจิตร รังสีวงศ์, 2549; นวพร ชิตมน, 2549; วิมลรัตน์ เดชะ, 2557; ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553)

5) สถานที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 4 งาน (เกศินี ธีรทองดี, 2557; ปานจิตร รังสีวงศ์, 2549; นวพร ชิตมน, 2549; ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) และแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเคมีบำบัดจำนวน 1 งาน (วิมลรัตน์ เดชะ, 2557)

6) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของจีรานูช สมโชค (2540) จำนวน 1 งาน (ปานจิตร รังสีวงศ์, 2549) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ WHO-BREF-THAI จำนวน 2 งาน (นวพร ชิตมน, 2549; ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมของ Padilla and Grant (1985) จำนวน 2 งาน (เกศินี ธีรทองดี, 2557; วิมลรัตน์ เดชะ, 2557)

7) ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 งาน (เกศินี ธีรทองดี, 2557; ปานจิตร รังสีวงศ์, 2549; นวพร ชิตมน, 2549; ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงจำนวน 1 งาน (วิมลรัตน์ เดชะ, 2557) ส่วนใหญ่อายุ 41-60 ปี จำนวน 2 งาน (ปานจิตร รังสีวงศ์, 2549; นวพร ชิตมน, 2549) อายุ 50-59 ปี จำนวน 1 งาน (วิมลรัตน์ เดชะ, 2557) และอายุมากกว่า 60 ปีจำนวน 2 งาน (เกศินี ธีรทองดี, 2557; ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553)

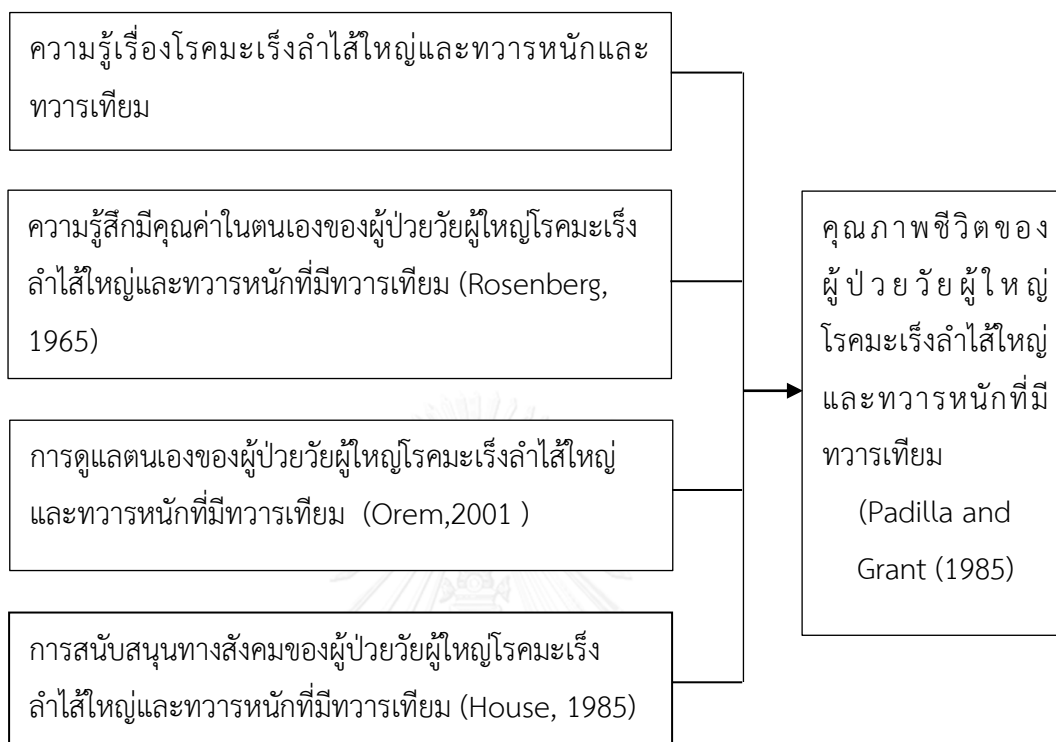
8) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต คือ การสนับสนุนทางสังคม ( $r=0.670, 0.316$ ) (เกศินี ธีรทองดี, 2557; วิมลรัตน์ เดชะ, 2557) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ( $r=0.769$ ) (เกศินี ธีรทองดี, 2557) สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีทวารเทียม ( $r=0.841$ ) (นวพร ชิตมน, 2549) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต คือ ประสิทธิภาพการมีอาการ ( $r=-0.629$ ) (วิมลรัตน์ เดชะ, 2557) ภาวะฟุ้งฟิง ( $r=-0.651$ ) (เกศินี ธีรทองดี, 2557) ความวิตกกังวล ( $r=-0.745, -0.576$ ) (เกศินี ธีรทองดี, 2557; นวพร ชิตมน, 2549) และภาวะซึมเศร้า ( $r=-0.747$ ) (นวพร ชิตมน, 2549)

9) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต คือ สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีทวารเทียม รายได้หลังป่วย โรคนอกระยะ ภาวะซึมเศร้า อาชีพหลังป่วย เพศ (ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) กลุ่มอายุ (ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) ค่าดัชนีมวลกาย (ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) สถานภาพสมรส (ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) สิทธิ์ในการรักษาพยาบาล (ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) เศรษฐฐานะ (ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) สภาพผิวหนังรอบทวารเทียม (ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) การมีโรคประจำตัว (ศุภมาส มณีสินธุ์, 2553) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม (เกศินี ธีรทองดี, 2557) ภาวะฟุ้งฟิง (เกศินี ธีร

ทองดี, 2557) ความวิตกกังวล (เกศินี อีรทองดี, 2557) ประสบการณ์การมีอาการ (วิมลรัตน์ เดชะ, 2557) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (วิมลรัตน์ เดชะ, 2557) และการสนับสนุนทางสังคม (เกศินี อีรทองดี, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในประเทศไทยเพียง 1 ฉบับกล่าวคือ วิมลรัตน์ เดชะ (2557) ศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับยาเคมีบำบัด ที่แผนกอายุรกรรมเคมีบำบัด ในระยะเวลา 1 ปีแรก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 50-59 ปี ใช้ทฤษฎีการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ตัวแปรที่ศึกษาคือ ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน เมื่อพิจารณาข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์เมื่อมีทวารเทียม พบว่ามีคะแนนต่ำกว่าข้ออื่น ในข้อทำนารู้สึกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียมมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69.18) และทำนารู้สึกกลัวกลืนหรือการรั่วซึมของอุจจาระจากทวารเทียม (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.36) แสดงให้เห็นว่าการมีทวารเทียมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม อีกทั้งพบว่าตัวแปรประสบการณ์การมีอาการและความร่วมมือในการรักษาสามารถทำนายคุณภาพชีวิต แต่การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาตัวแปรความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเองในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย





### บทที่ 3

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จากความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรการวิจัย** คือ ผู้ป่วยอายุ 40-65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้รับการผ่าตัดตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง ประเภทผู้ป่วยนอก ที่หน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง เขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยอายุ 40-65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้รับการผ่าตัดตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง ประเภทผู้ป่วยนอก ที่หน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

#### กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและมีทวารเทียมทางหน้าท้อง
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
3. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นและการได้ยินหรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
4. ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

#### กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ (Exclusion criteria) ได้แก่

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า หรือญาติเชื่อว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกระทบกระเทือนทางจิตใจได้ง่าย
2. มีการเจ็บป่วยวิกฤตทำให้ไม่สามารถตอบคำถามได้

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$n = 10 k + 50$$

$n$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$k$  = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

จำนวนตัวแปรทั้งหมด 5 ตัว ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 100 คน เพื่อเป็นการป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจะใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มสถานที่การวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) คัดเลือกโรงพยาบาลรัฐบาล ระดับตติยภูมิขั้นสูงซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ประกอบด้วย โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (simple random sampling without replacement) ในอัตราส่วน 1:2 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

2. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยการแบ่งสัดส่วน (proportional to size) ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมที่เข้ามาใช้บริการในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (เดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2557) ตามคุณสมบัติที่กำหนดได้จากแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง จนครบ 110 คน โดยใช้สูตรของ ยูวดี ภาษาและคณะ (2543)

$$n_i = \frac{N_i n}{N}$$

เมื่อ  $n_i$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

$N_i$  = จำนวนผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในแต่ละโรงพยาบาล

$n$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี  
ทวารเทียมในการวิจัยครั้งนี้ (110 คน)

$N$  = จำนวนรวมผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม  
ทั้ง 3 โรงพยาบาล

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมที่เข้ามา  
รับบริการในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (เดือนสิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2557) พบว่า โรงพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีจำนวน 310 คน (สถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย,  
2559) โรงพยาบาลศิริราช มีจำนวน 150 คน (สถิติโรงพยาบาลศิริราช, 2559) และสถาบันมะเร็ง  
แห่งชาติ มีจำนวน 100 คน (สถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559)

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยจำนวน  
60 คน โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 30 คน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 110  
คน ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมที่เข้ามารับการ  
บริการในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาของแต่ละโรงพยาบาลและสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการ  
คำนวณ ( $n=110$  คน)

รายชื่อโรงพยาบาล	สถิติจำนวนผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ มีทวารเทียม (คน) (เดือนสิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2559)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้จากการคำนวณ (คน)
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	310	60
โรงพยาบาลศิริราช	150	30
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	100	20
รวม	560	110

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนก  
ผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาล ในวันเวลาที่ได้รับอนุญาตระหว่างวันที่ 25 กรกฎาคม 2559 ถึง 31  
ตุลาคม 2559 เริ่มต้นจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลศิริราช และสถาบัน

มะเร็งแห่งชาติ ตามลำดับ และเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมซึ่งได้รับการนัดหมายมาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

#### 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1.1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษา ความเพียงพอของรายได้ บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลท่าน ท่านมีบทบาทอย่างไรภายในครอบครัว และหลังจากออกจากโรงพยาบาลท่านมีกิจกรรมอะไรบ้าง ข้อมูลส่วนนี้ให้ผู้ป่วยเป็นผู้กรอกแบบบันทึกด้วยตนเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้

1.2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและการรักษาที่ได้รับ ประกอบด้วย การวินิจฉัย ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ชนิดของการรักษา ตำแหน่งของทวารเทียม ชนิดของทวารเทียม ระยะเวลาที่มีทวารเทียม ชนิดของยาเคมีบำบัด และลักษณะของทวารเทียมที่สามารถสังเกตได้ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเองจากเวชระเบียน

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) ของ วิลลาร์ดน์ เดชะ (2557) นำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จำนวน 110 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.82 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 ระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้น (Linear Analog Scale) โดยเริ่มจาก 0 ถึง 100 และมีข้อความกำกับไว้ตรงตำแหน่งที่ 0 และ 100 เพื่อบอกความรู้สึกของผู้ตอบ โดยที่ตำแหน่งต้นหรือจุด 0 จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด และตำแหน่งปลายหรือจุด 100 จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตสูง มี 6 องค์ประกอบ คือ

ความผาสุกด้านร่างกาย ได้แก่ข้อ 1, 3, 7, 11 และ 13

ความผาสุกด้านจิตใจ ได้แก่ข้อ 2, 9, 10, 14, 15 และ 18

ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ได้แก่ข้อ 5, 8, 19 และ 22

ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ได้แก่ข้อ 20, 21 และ 23

การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ได้แก่ข้อ 6, 16 และ 17

และแบ่งลักษณะข้อคำถามเป็นด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

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

ข้อความด้านลบมีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 5, 16, 17, 19, 21, 22 ใน การตอบคำถามผู้ตอบจะเลือกกากบาทในจุดที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ตอบ

**เกณฑ์การให้คะแนน** เนื่องจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 23 ข้อ คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 100 ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 2300 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหาร ด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** สำหรับข้อความด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนน คุณภาพชีวิตทั้งหมด คะแนนรวมที่ได้จะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-2300 คะแนนยิ่งมากแสดงว่าคุณภาพ ชีวิตยิ่งสูง หากค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนโดยใช้คะแนนรวมหารด้วย 23 คะแนนจะอยู่ ในช่วง 0-100 และพิจารณาระดับคะแนนคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ของ Meiqiong (1997) ที่ใช้แบ่ง ระดับคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับดังนี้

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

**3. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม** เป็นแบบ ประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์เครื่องมือแบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักและการรักษาของ อุษณีย์ ทับทอง (2552) ในส่วนขององค์ประกอบด้านความรู้เรื่องโรค และการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และแบบประเมินความรู้เรื่องทวารเทียมและอาการ ผิดปกติของทวารเทียมของ Pandey et al. (2010) ในส่วนขององค์ประกอบความรู้เรื่องทวารเทียม และอาการผิดปกติของทวารเทียมร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

3.1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่อง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แนวทางการรักษาโรค และความรู้เรื่องทวารเทียม

3.2. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาจากเอกสาร ตำราทางการแพทย์และพยาบาล งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสร้างข้อคำถามซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แบ่งองค์ประกอบ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-4

ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัด จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5-6

ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทวารเทียม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 7-12

**เกณฑ์การให้คะแนน** ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 12 คะแนน ข้อที่ตอบใช่ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12 และข้อที่ตอบไม่ใช่ ได้แก่ 3, 6

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** ตามเกณฑ์ของ สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และ อุษาวดี จันทรสนิ (2537) ดังนี้

มากกว่าร้อยละ 80	แปลว่ามีความรู้ระดับสูง
ระหว่างร้อยละ 50-80	แปลว่ามีความรู้ระดับปานกลาง
ต่ำกว่าร้อยละ 50	แปลว่ามีความรู้ระดับต่ำ

**4. แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม** ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) ใช้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายแสงรังสี นำมาหาค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ประกอบด้วยคำถาม ทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 4, 7, 8, 10 และข้อคำถามด้านลบ 4 ข้อ ได้แก่ 2, 5, 6, 9

**เกณฑ์การให้คะแนน** ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมระหว่าง 10-50 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ คะแนนสูงหมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สูง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 5 = มากที่สุด	หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่าน ร้อยละ 81-100
ระดับ 4 = มาก	หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่าน ร้อยละ 71-80
ระดับ 3 = ปานกลาง	หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่าน ร้อยละ 61-70
ระดับ 2 = น้อย	หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่าน ร้อยละ 51-60
ระดับ 1 = น้อยที่สุด	หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่าน น้อยกว่าร้อยละ 50

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** สำหรับข้อคำถามด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมด ผู้วิจัยหาค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยแต่ละคนโดยใช้คะแนนรวมหารด้วย 10 คะแนนจะอยู่ในช่วง 1-5 และพิจารณาระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ บุญชม ศรีสะอาด (2545) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูงที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำที่สุด

5. แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) เป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถาม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

5.1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ซึ่งอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ในส่วนของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Self-care requisit)

5.2. ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมดูแลตนเองขึ้นตามแนวคิดของ Orem (2001) โดยนำข้อมูลจากการศึกษาจากเอกสาร ตำราทางการแพทย์และพยาบาล งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม มาสร้างข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ เนื้อหาของแบบสอบถามประกอบด้วย การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง โดยแบ่งองค์ประกอบ ดังนี้

5.2.1. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-7 ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ดังนี้

- 1) คงไว้ซึ่งการได้รับอากาศอย่างเพียงพอ ข้อที่ 1
- 2) คงไว้ซึ่งการได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ข้อที่ 2
- 3) คงไว้ซึ่งการได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ข้อที่ 3
- 4) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ข้อที่ 4, 5, 6
- 5) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการใช้เวลาส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ข้อที่ 7

5.2.2. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สอดคล้องกับสถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8-12 ซึ่งครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

- 1) คงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตตามวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ข้อที่ 8-11
- 2) การจัดการเพื่อลดอารมณ์ ความเครียด ที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์การเจ็บป่วยในขณะนั้น ข้อที่ 12

5.2.3. ความต้องการการดูแลตนเองในภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการทำผ่าตัดทวารเทียม ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 13-32 ซึ่งครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

- 1) แสวงหาความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและการดูแลทวารเทียมจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ข้อที่ 13-14
- 2) ปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ข้อที่ 15-17
- 3) รับรู้และสนใจป้องกันความไม่สุขสบายจากทวารเทียมและสามารถป้องกันอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อมีทวารเทียม จากการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม และการรับประทานอาหารได้ ข้อที่ 18-22
- 4) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตรอยู่กับการมีทวารเทียม สามารถดูแลทวารเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อ 23-32

**เกณฑ์การให้คะแนน** ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมระหว่าง 32-160 คะแนน ประกอบด้วยผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- |                     |  |
|---------------------|--|
| ระดับ 5 = สม่าเสมอ  | หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นตลอด 7 วันต่อสัปดาห์ |
| ระดับ 4 = บ่อยๆ     | หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์   |
| ระดับ 3 = ปานกลาง   | หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์   |
| ระดับ 2 = นานๆครั้ง | หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์   |
| ระดับ 1 = ไม่เลย    | หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย            |

**เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน** รวมคะแนนการดูแลตนเองทั้งหมด คะแนนรวมที่ได้จะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 32-160 คะแนนยิ่งมากแสดงว่าการดูแลตนเองยิ่งสูง ผู้วิจัยหาค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละคนโดยใช้คะแนนรวมหารด้วย 32 คะแนนจะอยู่ในช่วง 1-5 และพิจารณาระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ บุญชม ศรีสะอาด (2545) ที่ใช้ ดังนี้

- |                     |                                      |
|---------------------|--------------------------------------|
| ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 | หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับสูงมาก  |
| ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 | หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับสูง     |
| ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 | หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับปานกลาง |
| ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 | หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับต่ำ     |
| ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 | หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับต่ำมาก  |



**6. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม** ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ วิลลาร์ดน์ เดชะ (2557) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ House (1985) นำมาดัดแปลงข้อคำถามให้มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านบวก จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 ข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 5, 22 ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

การสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ1-7

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8-12

การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน จำนวน 5 ข้อได้แก่ ข้อที่13-17

การสนับสนุนด้านประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม จำนวน 5ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 18-22

**เกณฑ์การให้คะแนน** ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมระหว่าง 22-110 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงรับรู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คะแนนสูงหมายถึงรับรู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับ 5 = มากที่สุด หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ร้อยละ 81-100

ระดับ 4 = มาก หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ร้อยละ 71-80

ระดับ 3 = ปานกลาง หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ร้อยละ 61-70

ระดับ 2 = น้อย หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ร้อยละ 51-60

ระดับ 1 = น้อยที่สุด หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยกว่าร้อยละ 50

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** สำหรับข้อคำถามด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมด หาค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยแต่ละคนโดยใช้คะแนนรวมหารด้วย 22 คะแนน จะอยู่ในช่วง 1-5 และพิจารณาระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ บุญชม ศรีสะอาด (2545) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำที่สุด

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำข้อคำถามของเครื่องมือทั้ง 5 ชุดนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบภาษา ไวยากรณ์ ความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมทั้งเนื้อหา และโครงสร้าง ประกอบด้วย

1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

2) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม

3) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

4) แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

1.2 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 5 ชุดไปปรับปรุงแก้ไขด้านภาษาไวยากรณ์ ความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมทั้งเนื้อหา และโครงสร้างแล้วจึงนำไปส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

1) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 2 ท่าน

2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน Ostomy and wound care จำนวน 3 ท่าน

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามหรือตามแนวคิดทฤษฎี โดยใช้เครื่องมือในการประเมินความสอดคล้องที่ครอบคลุมเนื้อหา 4 ประการ ดังนี้

1) ครอบคลุมกับเนื้อหา

2) สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

3) ความเหมาะสมของรูปแบบ

4) ภาษามีความเหมาะสม

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนความสอดคล้องแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง แบบสอบถามมีเพียงข้อเดียว
- 2 หมายถึง แบบสอบถามขาด 2 ข้อใน 4 ข้อ
- 3 หมายถึง แบบสอบถามขาดข้อใดข้อหนึ่ง
- 4 หมายถึง แบบสอบถามมีรายละเอียดครบทุกข้อ

การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนในระดับ 3 และ 4 ถือเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ในการนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหาต่อไป ส่วนข้อคำถามที่ได้คะแนนระดับ 1 และ 2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาตัดข้อคำถามออก หรือปรับปรุงแก้ไขภาษา และเนื้อหา ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อคำถามที่มีความตรงตามเนื้อหา กระชับ อ่านแล้วเข้าใจง่าย มีความสอดคล้อง เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อคำถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามที่ได้รับการตัดออก/แก้ไข
แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และหนักที่มีทวารเทียม	แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และหนักที่มีทวารเทียม	แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
1. ท่านรู้สึกว่ามีอาการแข็งแรงมากน้อยระดับใด	1. ท่านมีเวลานอนหลับเพียงพอตามที่ท่านต้องการในระดับใด	1. ท่านสามารถนอนหลับได้เพียงพอตามที่ท่านต้องการในระดับใด
3. ท่านรู้สึกว่าร่ากายมีอาการอ่อนเพลียระดับใด	2. ท่านอ่อนเพลียหรือไม่	2. ท่านรู้สึกว่าร่ากายมีอาการอ่อนเพลียระดับใด
9. ท่านมีความสุขในงานอดิเรก การพักผ่อน และการเข้าสังคมในระดับใด	3. ท่านมีความสุขในการทำงานอดิเรก การพักผ่อน และการเข้าสังคมในระดับใด	3. ท่านมีความสุขในงานอดิเรก การพักผ่อนและการเข้าสังคมในระดับใด

ตารางที่ 2 ข้อคำถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามที่ได้รับการตัดออก/ แก้ไข
12. ท่านรับประทานอาหารได้ปริมาณเพียงพอกับความ ต้องการระดับใด	5. ท่านรับประทานอาหาร เพียงพอกับความ ต้องการระดับใด	5. ท่านรับประทานอาหารได้ เพียงพอกับความ ต้องการระดับใด
13. ท่านรู้สึกว่าคุณเองมีประโยชน์มากน้อยระดับใด	6. ท่านรู้สึกว่าคุณเองมี ประโยชน์หรือมีคุณค่ามาก น้อยระดับใด	6. ท่านรู้สึกว่าคุณเองมี ประโยชน์มากน้อยระดับใด
16. ท่านมีอาการปวดรุนแรง ระดับใด	7. ท่านมีอาการปวดรุนแรงเท่าไร	7. ท่านมีอาการปวดรุนแรง ระดับใด
20. ท่านติดต่อและมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและคนในครอบครัวตามที่ท่าน ต้องการมากน้อยระดับใด	8. ท่านติดต่อเพื่อนและคนใน ครอบครัวเพียงพอที่ที่ท่าน ต้องการมากน้อยระดับใด	8. ท่านติดต่อและมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและคนในครอบครัวตามที่ท่านต้องการมากน้อย ระดับใด
23. ท่านมีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวเพียงพอกับความ ต้องการมากน้อยระดับใด	9. ท่านมีเวลาความเป็นส่วนตัว เพียงพอกับความ ต้องการใน ระดับใด	9. ท่านมีเวลาทำกิจกรรม ส่วนตัวเพียงพอกับความ ต้องการมากน้อยระดับใด
<b>แบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม</b>	<b>แบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม</b>	<b>แบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม</b>
1. สาเหตุหนึ่งของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	1. สาเหตุของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือการ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	1. สาเหตุหนึ่งของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือ การรับประทานอาหารที่มี ไขมันสูง

**ตารางที่ 2** ข้อคำถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามที่ได้รับการตัดออก/แก้ไข
2. อาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ นิสัยการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง ท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ปวดแน่นท้อง ซีด อ่อนเพลีย และน้ำหนักตัวลด	2.อาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ปวดแน่นท้อง ซีด อ่อนเพลีย และน้ำหนักตัวลด	2.อาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ นิสัยการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง ท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระมีเลือดปนปวดแน่นท้อง ซีด อ่อนเพลีย และน้ำหนักตัวลด
4. การผ่าตัดทวารเทียมคือการนำลำไส้ใหญ่/ลำไส้เล็ก มาเปิดไว้ทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายอุจจาระออก	3.การผ่าตัดทวารเทียมคือ การนำลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายอุจจาระออก	3.การผ่าตัดทวารเทียมคือ การนำลำไส้ใหญ่/ลำไส้เล็ก มาเปิดไว้ทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายอุจจาระออก
5. ลำไส้ส่วนที่เป็นทวารเทียมและโผล่ออกมาที่ผนังหน้าท้อง ปกติมีสีแดงชมพู มีความชุ่มชื้น	4.ลำไส้ส่วนที่โผล่ออกมาที่ผนังหน้าท้องปกติมีสีแดง มีความชุ่มชื้น	4.ลำไส้ส่วนที่เป็นทวารเทียมที่โผล่ออกมาที่ผนังหน้าท้อง ปกติมีสีแดงชมพู มีความชุ่มชื้น
6. ลำไส้ส่วนที่เป็นทวารเทียมและโผล่ออกมาที่ผนังหน้าท้อง รับความรู้สึกเจ็บปวดได้	5.ลำไส้ส่วนที่โผล่ออกมาที่ผนังหน้าท้องรับความรู้สึกเจ็บปวดได้	5.ลำไส้ส่วนที่เป็นทวารเทียมที่โผล่ออกมาที่ผนังหน้าท้อง รับความรู้สึกเจ็บปวดได้
7. ผิวหนังรอบช่องเปิดทวารเทียม ต้องไม่มีรอยแดง แผลเปื่อย หรืออาการคัน	6.ผิวหนังรอบช่องเปิดทวารเทียม ต้องไม่มีแผลถลอก หรืออาการคัน	6.ผิวหนังรอบช่องเปิดทวารเทียม ต้องไม่มีรอยแดง แผลเปื่อย หรืออาการคัน
8. ทวารเทียมมีสีคล้ำจากที่เคยเป็น หรือสีดำ เป็นอาการผิดปกติ	7.ทวารเทียมมีสีคล้ำ หรือสีดำ เป็นอาการผิดปกติ	7.ทวารเทียมมีสีคล้ำจากที่เคยเป็น หรือสีดำ เป็นอาการผิดปกติ

**ตารางที่ 2** ข้อคำถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามที่ได้รับการตัดออก/แก้ไข
9. ลำไส้ส่วนที่เป็นทวารเทียมและโผล่ออกมาจากช่องเปิดมากกว่า 2 นิ้วเป็นอาการผิดปกติ	8.ลำไส้ส่วนที่โผล่ออกมาจากช่องเปิดมากกว่า 2 นิ้วเป็นอาการผิดปกติ	8.ลำไส้ส่วนที่เป็นทวารเทียมที่โผล่ออกมาจากช่องเปิดมากกว่า 2 นิ้วเป็นอาการผิดปกติ
10. การมีเลือดออกบนลำไส้ที่เปิดเป็นทวารเทียม กดแล้วไม่หยุดนานกว่า 10 นาที เป็นอาการผิดปกติ	9.การมีเลือดออกบริเวณทวารเทียม มากกว่า 10 นาที เป็นอาการผิดปกติ	9.การมีเลือดออกบนลำไส้ที่เปิดเป็นทวารเทียมกดแล้วไม่หยุดนานกว่า 10 นาที เป็นอาการผิดปกติ
12. ถ้าปริมาณอุจจาระออกมากจนต้องเปลี่ยนถุงบ่อยๆ อุจจาระมีลักษณะเหลวเป็นน้ำ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ	10.ถ้าปริมาณอุจจาระออกมาเกิน1/3ของถุงรองรับ จนต้องเปลี่ยนถุงบ่อยๆ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ	10.ถ้าปริมาณอุจจาระออกมากจนต้องเปลี่ยนถุงบ่อยๆ อุจจาระมีลักษณะเหลวเป็นน้ำ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ
<b>แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม</b>	<b>แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม</b>	<b>แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม</b>
7. ถึงแม้มีทวารเทียมแต่ฉันก็ยังรู้สึกว่าคุณสามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่นได้	1.ถึงแม้มีทวารเทียม ฉันก็ยังรู้สึกว่าคุณยังมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	1.ถึงแม้มีทวารเทียมแต่ฉันก็ยังรู้สึกว่าคุณสามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่นได้
8.ฉันต้องการมีความภาคภูมิใจในตัวเองเพิ่มขึ้น	2.ฉันปรารถนาความภาคภูมิใจในตัวเองเพิ่มขึ้น	2.ฉันต้องการมีความภาคภูมิใจในตัวเองเพิ่มขึ้น
10. ฉันมีความคิดดีเกี่ยวกับตนเองถึงแม้มีทวารเทียม	3.ฉันมีความคิดบวกกับตนเองถึงแม้มีทวารเทียม	3.ฉันมีความคิดดีเกี่ยวกับตนเองถึงแม้มีทวารเทียม

ตารางที่ 2 ข้อคำถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามที่ได้รับการตัดออก/ แก้ไข
แบบสอบถามการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีทวารเทียม	แบบสอบถามการดูแล ตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีทวารเทียม 1. ท่านสามารถหายใจได้ด้วย ตนเอง 2. ท่านสามารถดื่มน้ำสะอาดได้ ได้วันละ 1,500-2,000 ซีซี 3. ท่านสามารถรับประทานอาหาร ครบ 5 หมู่ในแต่ละมื้อ เช่น ข้าว เนื้อ ไขมัน ผัก และ ผลไม้ 4. ขณะรับประทานอาหาร ท่านเคี้ยวอาหารได้ละเอียด	แบบสอบถามการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี ทวารเทียม ตัดออก 2. ท่านสามารถดื่มน้ำสะอาดได้ เพียงพอต่อความต้องการของ ร่างกายในปัจจุบัน 3. ท่านสามารถรับประทานอาหาร ได้เพียงพอตามความ ต้องการของร่างกายในปัจจุบัน ตัดออก 5. หลังผ่าตัด 7-10 วันหรือเมื่อ แผลหายแล้ว ท่านสามารถ อาบน้ำได้ตามปกติ 6. ท่านสามารถนอนหลับได้ เพียงพอตามความต้องการของ ร่างกายในปัจจุบัน (.....ชั่วโมง)
2. ท่านสามารถดื่มน้ำสะอาดได้ เพียงพอต่อความต้องการของ ร่างกายในปัจจุบัน	2. ท่านสามารถดื่มน้ำสะอาด ได้วันละ 1,500-2,000 ซีซี	2. ท่านสามารถดื่มน้ำสะอาดได้ เพียงพอต่อความต้องการของ ร่างกายในปัจจุบัน
3. ท่านสามารถรับประทานอาหาร ได้เพียงพอตามความ ต้องการของร่างกายใน ปัจจุบัน	3. ท่านสามารถรับประทานอาหาร ครบ 5 หมู่ในแต่ละมื้อ เช่น ข้าว เนื้อ ไขมัน ผัก และ ผลไม้ 4. ขณะรับประทานอาหาร ท่านเคี้ยวอาหารได้ละเอียด	3. ท่านสามารถรับประทานอาหาร ได้เพียงพอตามความ ต้องการของร่างกายในปัจจุบัน ตัดออก
4. หลังผ่าตัด 7-10 วันหรือ เมื่อแผลหายแล้ว ท่าน สามารถอาบน้ำได้ตามปกติ	5. ท่านสามารถอาบน้ำได้ ตามปกติ	5. หลังผ่าตัด 7-10 วันหรือเมื่อ แผลหายแล้ว ท่านสามารถ อาบน้ำได้ตามปกติ
5. ท่านสามารถนอนหลับได้ เพียงพอตามความต้องการ ของร่างกายในปัจจุบัน(..... ชั่วโมง)	6. ท่านสามารถนอนหลับได้วัน ละ 6-8 ชั่วโมง	6. ท่านสามารถนอนหลับได้ เพียงพอตามความต้องการของ ร่างกายในปัจจุบัน (.....ชั่วโมง)

ตารางที่ 2 ข้อคำถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามที่ได้รับการตัดออก/แก้ไข
6. ท่านสามารถออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดิน และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อได้เพียงพอตามความต้องการของร่างกายในปัจจุบัน	7. ท่านสามารถออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดิน และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ	7. ท่านสามารถออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อได้เพียงพอตามความต้องการของร่างกายในปัจจุบัน
7. ท่านสามารถแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ได้เพียงพอตามความต้องการของท่านในปัจจุบัน	8. ท่านสามารถหาเวลาว่างในการทำงานอดิเรก 9. ท่านสามารถหาเวลาในการพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น	ข้อ 8-9 รวมกัน แก้เป็น“ท่านสามารถแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัว และการมีปฏิสัมพันธ์ กับสมาชิกในครอบครัว ได้เพียงพอตามความต้องการของท่านในปัจจุบัน”
8. ท่านสามารถปฏิบัติตัวตามบทบาทหน้าที่ ภายในครอบครัว	10. ท่านสามารถปฏิบัติตัวตามบทบาทหน้าที่ 11. ท่านสามารถหารายได้ให้แก่ครอบครัว	10. ท่านสามารถปฏิบัติตัวตามบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว ตัดออก และเพิ่ม ข้อ คำถามให้สอดคล้องกับองค์ประกอบของการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ดังนี้
9. ท่านสามารถตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่างๆได้ตามความต้องการของท่านในปัจจุบัน		11. ท่านสามารถตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่างๆได้ตามความต้องการของท่านในปัจจุบัน



ตารางที่ 2 ข้อคำถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามที่ได้รับการตัดออก/แก้ไข
10. ท่านสามารถทำประโยชน์ต่อตนเองและต่อสังคมได้เท่าเทียมกับคนปกติ		12. ท่านสามารถทำประโยชน์ต่อตนเองและต่อสังคมได้เท่าเทียมกับคนปกติ
11. ท่านสามารถปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคม		13. ท่านสามารถปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคม
13. ท่านแสวงหาความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการดูแลทวารเทียม โดยการอ่านหนังสือ ใช้ อินเทอร์เน็ต	14. ท่านแสวงหาความรู้ในการดูแลทวารเทียมโดยการอ่านหนังสือ ใช้อินเทอร์เน็ต และการสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์	14. ท่านแสวงหาความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการดูแลทวารเทียม โดยการสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อนผู้ป่วยที่มีทวารเทียม
16. ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียม เช่น อาการระคายเคืองบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม รู ทวารเทียมตีบแคบ ทวารเทียมหลุดเข้าไปในช่องท้อง ทวารเทียมปลิ้นออกมายาวกว่าปกติ สีม่วงคล้ำของทวารเทียม และลักษณะอุจจาระที่ผิดปกติ	15. ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียม เช่น อาการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม รูปร่างของทวารเทียมผิดปกติ และปริมาณอุจจาระที่ผิดปกติ	15. ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียม เช่น อาการระคายเคืองบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม รู ทวารเทียมตีบแคบทวารเทียมหลุดเข้าไปในช่องท้อง ทวารเทียมปลิ้นออกมายาวกว่าปกติ สีม่วงคล้ำของทวารเทียม และลักษณะอุจจาระที่ผิดปกติ

ตารางที่ 2 ข้อคำถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามที่ได้รับการตัดออก/แก้ไข
24. ท่านสามารถใช้น้ำสะอาด/น้ำประปา ทำความสะอาด ทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม	16.ท่านสามารถใช้น้ำต้มสุกทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม	16.ท่านสามารถใช้น้ำสะอาด/น้ำประปา ทำความสะอาด ทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม
25. ท่านสามารถเทถูกรองรับ อุจจาระเมื่อมีอุจจาระมากกว่า 1/3 ถู	17.ท่านสามารถเทถูกรองรับ อุจจาระเมื่อมีอุจจาระมากกว่า ครึ่งถู	17. ท่านสามารถเทถูกรองรับ อุจจาระเมื่อมีอุจจาระมากกว่า 1/3 ถู
	18.ท่านสามารถเทถูกรองรับ อุจจาระภายหลังอาบน้ำเสร็จ	ตัดออก
28. ท่านสามารถตัดช่องเปิด แป้นสำหรับติดถูกรองรับ อุจจาระให้มีขนาดใหญ่กว่า ช่องเปิดทวารเทียมประมาณ 2 มิลลิเมตร	19.ท่านสามารถตัดช่องเปิด แป้นสำหรับติดถูกรองรับ อุจจาระให้มีขนาดใหญ่กว่าช่อง เปิดทวารเทียมประมาณ 2 เซนติเมตร	19. ท่านสามารถตัดช่องเปิด แป้นสำหรับติดถูกรองรับ อุจจาระให้มีขนาดใหญ่กว่า ช่องเปิดทวารเทียมประมาณ 2 มิลลิเมตร
32. เมื่อต้องเดินทางไปธุระ นอกบ้าน เช่น โรงพยาบาล ตลาด ธนาคาร ท่องเที่ยว ฯลฯ ท่านสามารถเตรียมอุปกรณ์ สำรองในการดูแลทวารเทียม	20.เมื่อ ต้อง เดินทาง มา โรงพยาบาลท่านสามารถเตรียม อุปกรณ์สำรองในการดูแล ทวารเทียม	20. เมื่อต้องเดินทางไปธุระ นอกบ้าน เช่น โรงพยาบาล ตลาด ธนาคาร ท่องเที่ยว ฯลฯ ท่านสามารถเตรียม อุปกรณ์สำรองในการดูแล ทวารเทียม

ตารางที่ 2 ข้อคำถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามที่ได้รับการตัดออก/แก้ไข
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม	แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม	แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
3. เมื่อท่านมีปัญหา ท่านสามารถปรับทุกข์ หรือระบายความคับข้องใจกับบุคคลในครอบครัว หรือคนใกล้ชิดได้	1.เมื่อท่านมีปัญหา ท่านสามารถปรับทุกข์หรือระบายความคับข้องใจกับบุคคลใกล้ชิดได้	1.เมื่อท่านมีปัญหา ท่านสามารถปรับทุกข์หรือระบายความคับข้องใจกับบุคคลในครอบครัว หรือคนใกล้ชิดได้
6. ท่านได้รับกำลังใจจากแพทย์และพยาบาล	2.ท่านได้รับการปลอบใจจากแพทย์และพยาบาล	2.ท่านได้รับกำลังใจจากแพทย์และพยาบาล
7. เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ท่านสามารถพูดระบายความรู้สึกกับแพทย์และพยาบาลได้	3.เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับตัวโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ท่านสามารถพูดระบายความรู้สึกกับแพทย์และพยาบาลได้	3.เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ท่านสามารถพูดระบายความรู้สึกกับแพทย์และพยาบาลได้
8. ท่านได้รับความรู้เรื่องโรคและการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากแพทย์	4.ท่านได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากแพทย์และพยาบาล5. ท่านได้รับข้อมูลเรื่องทวารเทียมจากแพทย์และพยาบาล	4.ท่านได้รับความรู้เรื่องโรคและการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากแพทย์
9. ท่านได้รับความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียม จากพยาบาล	6.ท่านได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในการดูแลทวารเทียม	รวมข้อ 5-6 และปรับเป็น “ท่านได้รับความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียมจากพยาบาล”

ตารางที่ 2 ข้อคำถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามที่ได้รับการตัดออก/แก้ไข
10. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่ซื้ออุปกรณ์ในการดูแลทวารเทียม จากทีมสุขภาพ และเพื่อนผู้ป่วยที่มีทวารเทียม	7.ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งซื้ออุปกรณ์ในการดูแลทวารเทียม	7.ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่ซื้ออุปกรณ์ในการดูแลทวารเทียมจากทีมสุขภาพ และเพื่อนผู้ป่วยที่มีทวารเทียม
11. ท่านได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการประสานงานเรื่องต่างๆ เช่น สิทธิการรักษา โรค/การรักษาต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาล และโรงพยาบาลต้นสังกัด จากทีมสุขภาพ	8.ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประสานงาน ระหว่างโรงพยาบาล และโรงพยาบาลต้นสังกัด	8.ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประสานงานเรื่องต่างๆ เช่น สิทธิการรักษา โรค/การรักษาต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล และโรงพยาบาลต้นสังกัด จากทีมสุขภาพ
17. ท่านมีบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดที่ช่วยให้ท่านสามารถพักผ่อนได้	9.ท่านมีคนใกล้ชิดที่ช่วยให้ท่านได้รับการพักผ่อน	9.ท่านมีบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดที่ช่วยให้ท่านสามารถการพักผ่อนได้
18. บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดช่วยเหลือท่านในการดูแลทวารเทียม	10.คนใกล้ชิดสนับสนุนท่านในการดูแลทวารเทียม	10.บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดช่วยเหลือท่านในการดูแลทวารเทียม
19. เมื่อท่านมีอาการหงุดหงิด บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดคอยปลอบโยนดูแลท่าน	11.เมื่อท่านมีอาการหงุดหงิดคนใกล้ชิดคอยเตือนสติท่าน	11.เมื่อท่านมีอาการหงุดหงิด บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดคอยปลอบโยนดูแลท่าน
21. บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดชื่นชมและพอใจในการปฏิบัติตัวของท่าน	12.คนใกล้ชิดชื่นชมและพอใจในการปฏิบัติตัวของท่าน	12.บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดชื่นชมและพอใจในการปฏิบัติตัวของท่าน

1.3 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ชุด และทำการปรับแก้ข้อคำถามแล้วมาพิจารณาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557) ผลการพิจารณาการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดังตารางที่ 3

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

ตารางที่ 3 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

แบบสอบถาม	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI)
1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม	1.0
2. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม	0.83
3. แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม	1.0
4. แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม	0.96
5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม	0.86

## 2. การหาความเที่ยง (Reliability)

2.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ทั้ง 4 ชุด ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี ทวารเทียม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมที่เข้ามา รับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และใช้เกณฑ์ที่ยอมรับ ได้ คือค่าที่อยู่ระหว่าง 0.70-0.80 (DeVillis, 2012) จากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็ง แห่งชาติ จำนวน 110 คน

2.2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ผู้วิจัย นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมที่เข้ามา รับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้คำนวณหา ค่าความเที่ยงโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) และใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือค่าที่อยู่ ระหว่าง 0.70-0.80 (DeVillis, 2012) จากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับ บริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 110 คน

**ตารางที่ 4** ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (n=30) และจากกลุ่มตัวอย่างจริง (n=110)

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค	
	ทดลองใช้ 30 คน	เก็บข้อมูลจริง 110 คน
1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม	0.92	0.93
2. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม (Kuder-Richardson)	0.78	0.76
3. แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม	0.88	0.86
4. แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม	0.95	0.93
5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม	0.84	0.84

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2559 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

### วิธีรวบรวมข้อมูล

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จำนวน 3 คน กำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัยคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องอย่างน้อย 3 ปี และปฏิบัติงานที่

โรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาดังกล่าว เพื่อสะดวกต่อการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย จากนั้นอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัย ก่อนที่ผู้ช่วยวิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างจริง

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.3 ผู้วิจัยนำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ภายหลังจากได้รับการอนุมัติการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยทำหนังสือขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและหนังสือขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาล

1.4 จากนั้นเมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

## 2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์พยาบาลประจำหน่วยตรวจโรค ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกผู้ป่วยนอก ของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2.2 ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมที่เข้ามารับการรักษาตามนัด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.3 ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าการวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามและตอบข้อสงสัยจนเข้าใจ จากนั้นให้เวลากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจโดยอิสระ พร้อมแสดงแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ์



และขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.4 ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ประกอบด้วย การวินิจฉัย ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ชนิดของการรักษา ตำแหน่งของทวารเทียม ชนิดของทวารเทียม ระยะเวลาที่มีทวารเทียม ชนิดของยาเคมีบำบัด และลักษณะของทวารเทียมที่สามารถสังเกตได้ โดยผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยบันทึกจากเวชระเบียน

2.5 ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามพร้อมทั้งวิธีตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำแบบสอบถามเสร็จ กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยอ่านข้อคำถามให้

2.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อคำถาม ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 110 คน ถ้าตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์ เช่น มีการไม่ตอบคำถามในบางประเด็น ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยมีการติดตามเป็นรายบุคคลอย่างเร่งด่วน แต่ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้หรือพิจารณาแล้วว่ามีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล และทำการเก็บข้อมูลเพิ่มจนครบตามจำนวน 110 คน

2.7 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลศิริราช หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการให้สอดคล้องกับหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถามผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดโดยมิต้องให้เหตุผลหรือ

คำอธิบายใดๆ ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและการรักษาจากแพทย์และพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยยุติการตอบแบบสอบถามทันทีและนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

**ตารางที่ 5** วันที่ส่ง วันที่ได้รับ วันหมดอายุ และหมายเลขหนังสืออนุมัติให้ทำการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	วันที่ส่ง	วันที่ได้รับ อนุมัติ	วันที่ หมดอายุ	หมายเลข IRB
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	14 มิ.ย.59	21 ก.ค.59	20ก.ค.60	318/59
โรงพยาบาลศิริราช	20 มิ.ย.59	29 ก.ย.59	28 ก.ย.60	542/2559 (EC1)
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	8 มิ.ย.59	30 ก.ย.59	29 ก.ย.60	032/2559

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 17.0 โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และใช้เกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของบุญชม ศรีสะอาด (2545) ดังนี้

ค่า r มีค่า > .90-1.00                      หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ค่า r มีค่า > .70-.90                        หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่า r มีค่า > .50-.70                        หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่า $r$ มีค่า $> .30-.50$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่า $r$ มีค่า $> 0-.30$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
ค่า $r = 0$	หมายความว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

เครื่องหมาย +,- หน้าตัวเลขสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จะบอกถึงทิศทางของความสัมพันธ์ โดยที่หาก

$r$ มีเครื่องหมาย +	หมายถึง การมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางเดียวกัน (ตัวแปรหนึ่งมีค่าสูง อีกตัวหนึ่งจะมีค่าสูงไปด้วย)
$r$ มีเครื่องหมาย -	หมายถึง การมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางตรงกันข้าม (ตัวแปรหนึ่งมีค่าสูง ตัวแปรอีกตัวหนึ่งจะมีค่าต่ำ)

ยกเว้นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางชนิดที่มีลักษณะ  $0 \leq r \leq 1$  ซึ่งจะบอกได้เพียงขนาดหรือระดับของความสัมพันธ์เท่านั้น ไม่สามารถบอกทิศทางของความสัมพันธ์ได้

3. การทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี ทวารเทียม จากความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อน (Stepwise Multiple Regression)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จากความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 3 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ตอนที่ 3 การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมจาก ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

**ตอนที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมโดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน**

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม จำนวน 110 คน

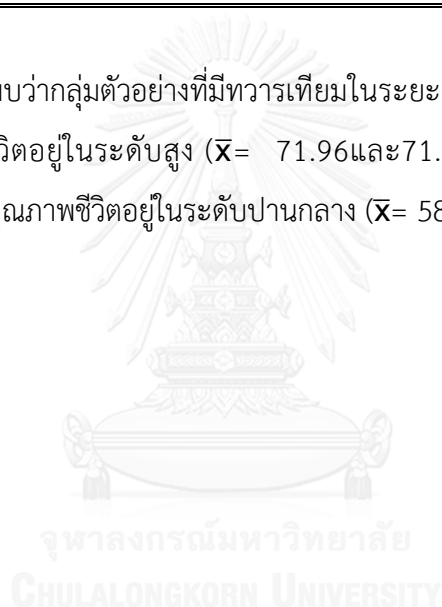
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความผาสุกด้านร่างกาย	69.74	16.63	สูง
ความผาสุกด้านจิตใจ	65.26	16.83	ปานกลาง
ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์	55.22	22.49	ปานกลาง
ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม	77.42	13.73	สูง
การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด	70.12	17.19	สูง
การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ	70.04	17.79	สูง
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	<b>67.1</b>	<b>14.56</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 6 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 67.1$ ) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 6 องค์ประกอบพบว่า ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ด้านการผ่าตัด ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ด้านความผาสุกด้านร่างกาย มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 77.42, 70.12, 70.04$  และ  $69.74$  ตามลำดับ) ส่วนความผาสุกด้านจิตใจ และด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 65.26$  และ  $55.22$  ตามลำดับ)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของคุณภาพชีวิตตามระยะเวลาที่มีทวารเทียมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 110 คน

ระยะเวลาที่มีทวารเทียม	คุณภาพชีวิต		ระดับ
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
1-6 เดือน	58.66	12.757	ปานกลาง
7-12 เดือน	71.64	12.758	สูง
มากกว่า 12 เดือน	71.96	14.563	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทวารเทียมในระยะมากกว่า 12 เดือน และระยะเวลา 7-12 เดือนมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}$  = 71.96 และ 71.64 ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาที่มีทวารเทียม 1-6 เดือน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$  = 58.66)



ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 110 คน

ตัวแปร	ความรู้	ความรู้สึกมี คุณค่าใน ตนเอง	การดูแล ตนเอง	การ สนับสนุน ทาง สังคม	คุณภาพ ชีวิต
ความรู้	1				
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0.301**	1			
การดูแลตนเอง	0.329**	0.650**	1		
การสนับสนุนทางสังคม	0.235**	0.417**	0.504**	1	
คุณภาพชีวิต	0.489**	0.772**	0.737**	0.460**	1

\*\* $p < .01$

จากตารางที่ 8 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.772$  และ  $0.737$  ตามลำดับ) ส่วนความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.489$  และ  $0.460$  ตามลำดับ)

ตอนที่ 3 การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จากความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 110 คน

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
Constant	-20.785	5.178		-4.014	0.000
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	11.903	1.707	0.466	6.972	0.000
การดูแลตนเอง	8.190	1.552	0.355	5.277	0.000
ความรู้	0.160	0.036	0.237	4.472	0.000

R= 0.858 R<sup>2</sup>= 0.737 Adjust R<sup>2</sup>=0.730 F=99.009

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้ร้อยละ 73.70

#### สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{คุณภาพชีวิต}} = .466 Z_{\text{ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง}^*} + .355 Z_{\text{การดูแลตนเอง}^*} + .237 Z_{\text{ความรู้}^*}$$



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม 3) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมจาก ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุระหว่าง 40-65 ปี เป็นผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง และได้รับการรักษาแบบประเภผู้ป่วยนอกที่หน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นและการได้ยินหรือประสาทสัมผัสอื่นๆ ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือทวารหนักหรือญาติเชื่อว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกระทบกระเทือนทางจิตใจได้ง่าย มีการเจ็บป่วยวิกฤตทำให้ไม่สามารถตอบคำถามได้

#### วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 25 กรกฎาคม 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2559 และดำเนินการสุ่มสถานที่การวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) คัดเลือกโรงพยาบาลรัฐบาล ระดับตติยภูมิขั้นสูงซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วย โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราชินี และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย

ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ในอัตราส่วน 1:2 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักและการรักษาที่ได้รับ ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เท่ากับ 0.92, 0.78, 0.88, 0.95, 0.84 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย พบว่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93, 0.76, 0.86, 0.93 และ 0.84 ตามลำดับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

### สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 67.1, SD = 14.56) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 6 องค์ประกอบพบว่า ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ( $\bar{X}$  = 77.42, SD = 13.73) ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด ( $\bar{X}$  = 70.12, SD = 17.19) ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ( $\bar{X}$  = 70.04, SD = 17.79) และด้านความผาสุกด้านร่างกาย ( $\bar{X}$  = 69.74,

SD =16.63) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ส่วนความผาสุกด้านจิตใจ ( $\bar{X}$ =65.26, SD=16.83) และด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ( $\bar{X}$ =55.22, SD=22.49) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r$ = 0.772 และ 0.737 ตามลำดับ) ส่วนความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r$ = 0.489 และ 0.460 ตามลำดับ)

3. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้ร้อยละ 73.70 ซึ่งสามารถสร้างสมการทำนายได้ดังนี้

$$Z_{\text{คุณภาพชีวิต}} = .466 Z_{\text{ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง}} + .355 Z_{\text{การดูแลตนเอง}} + .237 Z_{\text{ความรู้}}$$

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์เชิงทำนายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

#### วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 67.1, SD= 14.56) อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตาม สภาวะสุขภาพ ในแต่ละองค์ประกอบตามแนวคิดคุณภาพชีวิต สำหรับงานนี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) ซึ่งเมื่อพิจารณาผลแต่ละด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยระดับสูง ได้แก่ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ( $\bar{X}$ =77.42, SD=13.73) ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด ( $\bar{X}$ =70.12, SD=17.19) ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ( $\bar{X}$ =70.04, SD=17.79) และด้านความผาสุกด้านร่างกาย ( $\bar{X}$ =69.74, SD=16.63)

ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคมเป็นการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมที่แสดงถึงการรับรู้ถึงปฏิกริยาจากบุคคลในสังคมต่อตนเอง เช่น ความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการมีทวารเทียม การมีถุงรองรับอุจจาระติดอยู่บริเวณทางหน้าท้อง รวมทั้งปัญหาจากกลิ่นและลมไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยเกิดความอาย มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม และกลัวการถูกปฏิเสธจากสังคม เมื่อผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับการมีทวารเทียมได้ สามารถดูแลถุงรองรับอุจจาระและจัดการเรื่องกลิ่นและลมไม่พึงประสงค์ได้ดี ได้ติดต่อเพื่อนและคนในครอบครัวเพียงพอกับที่ผู้ป่วยต้องการ ไม่รู้สึกว่าการทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัวหรือคู่รัก มีเวลาความเป็นส่วนตัวเพียงพอกับความต้องการ ทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านนี้สูงขึ้น (Jennie Burch, 2007) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถดูแลถุงรองรับอุจจาระได้ดี สามารถกลับไปทำงานประจำและทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัวได้ดี รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลเอาใจใส่ในขณะที่อยู่บ้านหรือมาตรวจที่โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจึงไม่รู้สึกว่าถูกปฏิเสธจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลลาร์ดน์ เดเซ (2557) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคมอยู่ในระดับสูงที่สุด

ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัดเป็นการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมถึงผลของการผ่าตัด อาการปวดแผล และปัญหาทางเพศสัมพันธ์เป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด เมื่อเวลาผ่านไปร่างกายฟื้นฟูสภาพจากการผ่าตัดส่งผลให้อาการปวดลดลงหรือหายไป (Arndt et al., 2004) แต่การมีเพศสัมพันธ์ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามปกติ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำผ่าตัดมานานมากกว่า 7 เดือน สภาพร่างกายฟื้นฟูเข้าสู่ภาวะใกล้เคียงปกติ จึงไม่มีอาการปวดแผล แต่ในเรื่องปัญหาทางเพศสัมพันธ์ลดลง เนื่องจากการผ่าตัดไปกระทบอวัยวะบริเวณอุ้งเชิงกรานส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลง (Burch, 2008) จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการทางเพศในระดับปานกลาง และรับรู้ที่เกิดจากผลของการผ่าตัด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกพึงพอใจเมื่อได้รับการสัมผัสด้วยการกอดและการดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรส สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลลาร์ดน์ เดเซ (2557) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาอยู่ในระดับสูงเป็นลำดับ 2

ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ หมายถึงการรับรู้และเป็นการพึงพอใจของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการที่เปลี่ยนแปลง ผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงจากการเผาผลาญร่างกายที่เพิ่มมากขึ้น และมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัวเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และปัญหาการขับถ่าย ซึ่งภายหลังผ่าตัดเมื่อ

ผู้ป่วยกลับมารับประทานอาหารได้ตามปกติส่งผลให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการผ่าตัด และรู้สึกพึงพอใจกับน้ำหนักตัวในขณะนั้น รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างประกอบอาหารด้วยตนเอง และรับประทานอาหารได้อย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ เดชะ (2557) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูงเป็นลำดับ3

ความผาสุกด้านร่างกาย หมายถึงการรับรู้และเป็นความพึงพอใจของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมเกี่ยวกับทวารเทียม กล่าวคือการผ่าตัดทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงลดลง มีอาการอ่อนเพลีย และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ลดลง แต่จะดีขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่านไป (บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำผ่าตัดมานานมากกว่า 7 เดือน ระบุว่าตนเองแข็งแรงเพิ่มขึ้น มีอาการอ่อนเพลียลดลง สามารถทำงานบ้านหรือกิจกรรมต่างๆได้เอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ เดชะ (2557) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงเป็นลำดับ4

คุณภาพชีวิตที่มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลางได้แก่ ความผาสุกด้านจิตใจ ( $\bar{x}=65.26$ ,  $SD=16.83$ ) และด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ( $\bar{x}=55.22$ ,  $SD=22.49$ ) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดทวารเทียมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ มีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป การมีทวารเทียมที่หน้าท้องเปรียบเสมือนเป็นแผลเปิดซึ่งผู้ป่วยสังเกตเห็นได้ตลอดเวลาส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล มีความรู้สึกอาย และรู้สึกผิดปกติ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระทางทวารเทียม รวมทั้งไม่สามารถควบคุมกลิ่นและลมที่ไม่พึงประสงค์ได้ (Olga et al., 2008) จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกลิ่นและลมที่ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งกลัวการรั่วซึมของถุงรองรับอุจจาระ นอกจากนี้การมีทวารเทียมทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ส่งผลให้ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Borwell, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี ธีรทองดี (2557) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องมีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านจิตใจและด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับ นวพร ชิตมน (2549) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีทวารเทียมด้านความผาสุกทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=0.489$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ทั้งนี้ อภิปรายได้ว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม คือข้อมูลและประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงการจำและเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาการ การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัดและอาการผิดปกติของทวารเทียม หากผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและเรื่องทวารเทียมเพิ่มขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=74.4$ ,  $SD= 21.54$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม ( $\bar{x}=77.04$ ,  $SD= 25.14$ ) ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัด ( $\bar{x}=79.54$ ,  $SD= 29.75$ ) ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทวารเทียม ( $\bar{x}=71.36$ ,  $SD= 31.12$ ) อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่าข้อคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และลักษณะปกติของทวารเทียมเป็นข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด (คิดเป็นร้อยละ 80 และ 76.67) อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง อาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ผ่านมาก่อนการผ่าตัดในระดับปานกลาง และเมื่อได้รับการเปิดลำไส้บริเวณหน้าท้องซึ่งเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างสังเกตเห็นได้เอง มีประสบการณ์ตรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanan and El-Gamil (2003) พบว่า ความรู้เรื่องการมีทวารเทียมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีทวารเทียม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Liao and Qin (2014) ที่พบว่าความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ( $r=0.39$ )

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=0.772$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม อภิปรายได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นลักษณะที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์หรือสิ่งที่กำลังเผชิญ และมองว่าเหตุการณ์ด้านลบหรือภาวะเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิตส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Rosenberg, 1965) การรักษาด้วยการผ่าตัดทวารเทียมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ มีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปมีผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง เมื่อผู้ป่วยยอมรับและปรับตัวเข้ากับการมีทวารเทียมได้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (Kimura et al., 2013) จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.65$ ,  $SD= 0.57$ ) เมื่อพิจารณาข้อคำถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความรู้สึกด้านบวกกับตนเอง เชื่อมมั่นว่าตนเองมีคุณค่าและสามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่นได้ และพร้อมเผชิญกับปัญหาที่เข้ามากระทบ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยอมรับการมีทวารเทียมและมีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะทำกิจกรรมต่างๆได้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Salomé et al. (2014) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับ การศึกษาของ Kimura et al. (2013) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีทวารเทียม ( $r=.60$ )

3. การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=0.737$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.20$ ,  $SD= 0.63$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ( $\bar{x}=3.97$ ,  $SD= 0.60$ ) ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ( $\bar{x}=3.71$ ,  $SD= 0.74$ ) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ( $\bar{x}=3.96$ ,  $SD= 0.71$ ) ซึ่งอยู่ในระดับสูงทั้งหมด อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นวัยผู้ใหญ่ (อายุเฉลี่ย 54.4 ปี) มีความแข็งแรงของร่างกาย สามารถทำกิจกรรมประจำวันต่างๆได้เอง เมื่อพิจารณาถึงข้อคำถามพบว่า ในด้านความต้องการการดูแลตนเองทั่วไป กลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทไม่สะดวก ดื่มน้ำสะอาดและรับประทานอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย นอนหลับได้เพียงพอ

อาบน้ำได้พร้อมกับการมีทวารเทียม สามารถออกกำลังกายเบาๆ และสามารถแบ่งเวลาในการมีกิจกรรมส่วนตัวและปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวได้ตามความต้องการ ในด้านความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนา กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตัวตามบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว สามารถตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่างๆได้เอง รวมทั้งสามารถปรับตัวใช้ชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคมไปพร้อมกับการมีทวารเทียม รวมทั้งสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการมีทวารเทียมได้ ในองค์ประกอบด้านความต้องการการดูแลตนเองในภาวะสุขภาพเป็ยงเบน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะแสวงหาความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและการดูแลทวารเทียมจากบุคลากรทางการแพทย์ และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการดูแลทวารเทียมได้ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanan and El-Gamil (2003) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องทวารเทียมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ Liao and Qin (2014) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ( $r=0.51$ ) สอดคล้องกับแนวคิดของโอเรมที่ระบุว่า ยิ่งบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Padilla & Grant (1985) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ดีจะมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=0.460$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.01$ ,  $SD= 0.41$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ ( $\bar{x}=4.01$ ,  $SD= 0.47$ ) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ( $\bar{x}=4.01$ ,  $SD= 0.63$ ) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน ( $\bar{x}=4.01$ ,  $SD= 0.62$ ) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ( $\bar{x}=4.01$ ,  $SD= 0.52$ ) อยู่ในระดับสูงทั้งหมด อภิปรายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากบุคคลใกล้ชิดและสมาชิกในครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางบวก และช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่าข้อคำถามสมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจในสุขภาพของผู้ป่วยมีคะแนนสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 4.64) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรมสูงสุด นอกจากนั้นในด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของและแรงงาน จากข้อคำถามแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือจากทางสมาชิกครอบครัวมากกว่าได้รับจากทีมสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิด



ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง ช่วยให้สามารถยอมรับการมีทวารเทียมได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับ Stephenson, Bebb, Reimer et al. (2009) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ( $r=0.29$ ) สอดคล้องกับ วิมลรัตน์ เดชะ (2557) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับยาเคมีบำบัด ( $r=0.316$ )

### **วัตถุประสงค์ข้อที่ 3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จากความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม**

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเอง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้ร้อยละ 73.70 เมื่อพิจารณาถึงประสิทธิภาพในการทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้มากที่สุด รองลงมาคือ การดูแลตนเอง และความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (BETA) เท่ากับ 0.466, 0.355 และ 0.237 ตามลำดับ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม อภิปรายได้ว่า การมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเองที่ดี มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ หากผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความรู้เรื่องทวารเทียมปกติ และอาการผิดปกติของทวารเทียม มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทัศนคติที่ดีต่อตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถสังเกตอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้มากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อธิบายได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่า และเชื่อมั่นในตนเอง และเป็นทัศนคติที่มีต่อตนเอง (Rosenberg, 1965) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (วิลาสินี พิพัฒน์ผล, 2557) และจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยสามารถ

ยอมรับการมีทวารเทียมได้ (Ang et al., 2013) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมสนใจที่จะดูแลเอาใจใส่ตนเอง แสดงถึงการยอมรับต่อการมีทวารเทียมได้ดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทวารเทียม 7 เดือนขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่เพิ่มมากขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และพึงพอใจหรือยอมรับการมีทวารเทียมและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันได้ และรู้สึกพอใจในตนเอง เชื่อมั่นว่าตนเองมีคุณค่า และสามารถทำกิจกรรมได้เท่าเทียมคนปกติ อีกทั้งรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองสามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่นได้และมีความคิดบวกต่อตนเอง คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในระดับสูง เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สูงขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Salomé et al. (2014) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2015) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ( $R^2=0.27$ )

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตรองลงมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การดูแลตนเอง อธิบายได้ว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมหมายถึงการปฏิบัติหรือการกระทำด้วยตนเองอย่างมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งกระบวนการของชีวิต โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการ ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Orem, 2001) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายจึงสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้เอง สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั่วไป ผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทไม่สะดวก ดื่มน้ำสะอาดและรับประทานอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย นอนหลับได้เพียงพอ อาบน้ำได้พร้อมกับการมีทวารเทียม สามารถออกกำลังกายเบาๆ และสามารถแบ่งเวลาในการมีกิจกรรมส่วนตัวและปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวได้ตามความต้องการ ในองค์ประกอบด้านความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนา กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตัวตามบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว สามารถตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่างๆได้เอง สามารถปรับตัวใช้ชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคมไปพร้อมกับการมีทวารเทียม รวมทั้งสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการมีทวารเทียมได้ ในองค์ประกอบด้านความต้องการการดูแลตนเองในภาวะสุขภาพเปราะบาง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะแสวงหาความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการดูแลทวารเทียมจากบุคลากรทางการแพทย์ และปฏิบัติตามตัวตามคำแนะนำในการดูแลทวารเทียมได้ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทวารเทียมเป็นระยะเวลา 7 เดือนขึ้นไป ซึ่งระยะเวลาที่มีทวารเทียมนานส่งผลให้มีการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลทวารเทียมเพิ่มขึ้น (Saller et al., 2014) กลุ่มตัวอย่างสามารถสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียมได้ สามารถป้องกันอาการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม และตัดสินใจมาพบแพทย์

ก่อนนัดได้เมื่อพบความผิดปกติ รวมทั้งสามารถดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเอง จึงเป็นเหตุผลให้คะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Liao and Qin (2014) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ( $R^2=0.23$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี อีรทองดี (2557) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ( $R^2=0.24$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี หล่อนิล และคณะ (2552) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับโปรแกรมได้ร้อยละ 59.4 จากเหตุผลดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดของ Padilla and Grant (1985) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองที่ดีส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตเป็นลำดับที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม อธิบายได้ว่าความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียมเป็นข้อมูลและประสบการณ์ของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงการจำและเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาการ การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการผ่าตัดทวารเทียม ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ภายหลังผ่าตัด และเมื่อจำหน่ายก่อนกลับบ้าน ความรู้เรื่องโรคและการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยวางแผนและเตรียมพร้อมรับการรักษาที่จะเกิดขึ้น ซึ่งได้รับจากการอธิบายโดยทีมสุขภาพ หรือแหล่งข้อมูลอื่นๆ ส่วนความรู้เรื่องทวารเทียมจะมุ่งเน้นไปที่การจัดการกับทวารเทียมซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการสอนร่วมกับฝึกปฏิบัติการดูแลทวารเทียม เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สามารถวางแผนปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงขึ้น จากการศึกษาของ Liao and Qin (2014) พบว่า ความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านภาวะการทำหน้าที่ของทวารเทียม ( $R^2=0.234$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanan and El-Gamil (2003) พบว่า การให้ความรู้ที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม โดยเน้นเรื่องการดูแลทวารเทียมและการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ (Padilla & Grant, 1985) ที่พบว่าการพยาบาลที่ส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ เดชะ (2557) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับยาเคมีบำบัด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี อีรทองดี (2557) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้ (BETA=0.24) ทั้งนี้ในงานวิจัยของ เกศินี อีรทองดี (2557) แตกต่างจากการศึกษานี้ เพราะเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีสภาพ

ร่างกายที่เสื่อมถอย การคิดรู้ลดลง ต้องการการพึ่งพาเพิ่มขึ้น (ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2554) แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ที่ยังคงพึ่งพาตนเองได้ต้องการการสนับสนุนทางสังคมน้อยหรือไม่ต้องการการพึ่งพาจากญาติ จึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.01$ ,  $SD.= 0.41$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 93.6) และมีบุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลคือ บุตร (ร้อยละ 47.3) รองลงมาคือสามี/ภรรยา (ร้อยละ 46.4) ที่คอยช่วยเหลือในการดูแลทวารเทียมบางส่วน เช่น กลุ่มตัวอย่างบางรายมีตำแหน่งของทวารเทียมอยู่บนหน้าท้องส่วนล่างทำให้ตัวผู้ป่วยไม่สามารถวัดระดับของแป้งและติดถุงรองรับอุจจาระได้เอง จึงต้องพึ่งพาทันหรือสามี/ภรรยาให้ช่วยจัดการให้ บางรายได้รับความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการดูแลทวารเทียม นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพ ได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม และความช่วยเหลือในเรื่องของอุปกรณ์การดูแลทวารเทียม ตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาตลอดจนผู้ป่วยกลับมาตรวจเพื่อติดตามอาการ จึงเป็นสาเหตุให้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับสูง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่ได้ พบว่าบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ควรจัดโปรแกรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตซึ่งภายในโปรแกรมต้องประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมเพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเอง ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้ จึงควรนำผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการสร้างหรือพัฒนาโปรแกรม ซึ่งภายในโปรแกรมต้องประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป
2. จากผลการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้อาจเป็นเพราะแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม มีข้อคำถามที่ซ้ำซ้อน ทำให้ข้อมูลที่ได้มีค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นค่อนข้างสูงอาจส่งผลให้ไม่มีประสิทธิภาพในการทำนาย จึงควรมีการนำแบบสอบถามดังกล่าวไปพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- เกศินี ธีรทองดี. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล).
- ไพบูลย์ สุทธิวรรณ และ บรรจบ อินทรสุขศรี. (2542). ตำราศัลยศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- กชชุกร หว่างน่วม. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- กนกพร เทียนคำศรี. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). โครงสร้างกรมการแพทย์.[ออนไลน์]. สืบค้น 17 กุมภาพันธ์ 2559, จาก [http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb\\_v2\\_2/content/org/chart.php](http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2/content/org/chart.php)
- กฤติกาพร โยโนนตาด. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล).
- กาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (2552). ประสบการณ์ชีวิตของคนมีทวารเทียม: การขจัดความทุกข์หรือความทุกข์จากการขับถ่ายอุจจาระ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล).
- กึ่งกาญจน์ เพียรไพรงาม. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคเหนือตอนบน. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- จรินทร์ สมภู. (2539). การปรับบทบาทหน้าที่ของสตรีที่มีโคลอสโตมีชนิดถาวร. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล).

- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2535). พยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย. *สารสภากาการพยาบาล*, 7(3), 32-37.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2538). *การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรวดี สถิตย์เรืองศักดิ์ และ อรุณี เตชาพันธุ์กุล. (2557). ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 32(4), 259-270.
- จุฬาทรร ประสงค์สิต และ กาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (2556). *การพยาบาลออสโตมีและแผลในศตวรรษที่ 21* กรุงเทพฯ: พุ่มทอง.
- จุฬาทรรณ สยงกุล. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ดร.นรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์ และคณะ (2548). *โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และเรคตัม: แนวทางเวชปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- ทักษิณี สงกา และ ยุพิน อังสุโรจน์. (2550). *บทบาทผู้นำพยาบาลในคลินิก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการบริการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ทิฆัมพร อิทธิพงษ์วัฒน์. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนผิวหนัง ชนิดทางเดินปัสสาวะ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยทำทางเดินปัสสาวะใหม่ระยะยาว*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล).
- ธมลวรรณ ยอดกลกิจ. (2548). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).
- ธีรนุช บุญพิพัฒนางพงศ์ และ สมพร วรรณวงศ์. (2557). *มาตรฐานการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: วจนแห่งศิลป์*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นภาพร ชิตมน. (2549). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- นันทลักษณ์ ศันสยะวิชัย. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และบริโภคนิสัยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ แผนกศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาโภชนาการศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

- นาฏยา สุธีรภูมิ. (2544). *การศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล).
- นาคยา วงศ์เหล็กภัย. (2532). *ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาภาษาและวัฒนธรรมเพื่อการสื่อสารและพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล).
- นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2554). *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ทวารเทียม รูเปิดที่ผิดปกติระหว่างช่องอวัยวะในร่างกายกับผิวหนัง และกลิ่นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้*. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2534). *ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล).
- นุชรี ไล่พันธ์. (2542). *ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- บรรลือ เฉลยกิตติ. (2545). *ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ประไพ อริยประยูร. (2554). *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ทวารเทียม รูเปิดที่ผิดปกติ ระหว่างอวัยวะในร่างกายกับผิวหนังและกลิ่นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้*. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ: การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ปริญญา ทวีชัยการ. (2554). *ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ปานจิตร รังสีวงศ์. (2549). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง*. *วารสารการพยาบาลสวนดอก*, 15, 22-26.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล).



พจน์ชวิทย์ อภินิเวช, วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, ขจิตร์ พาชีรัตน์, โกวดีอ แซ่เซียว และ ดำเนิน วชิโรดม.

(2543). มะเร็งลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี. *ศรินครินทร์เวชสาร*, 15(4), 241-243.

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.

พรรณทิพย์ เกียรติสิน. (2553). การฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง: การสังเคราะห์

วรรณกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(2 เมษายน-มิถุนายน), 87-99.

พัฒนพงศ์ นาวิเจริญ. (2552). *ผ่าตัด(ผ่าน)แผลเล็ก*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อมรินทร์สุขภาพ.

วงเดือน เอี่ยมสกุล. (2548). *แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่*

*ผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์(ร.ส.พ.).

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สงขลา: บริษัท

ออเรนจ์ มีเดีย จำกัด.

วนิดา รัตนานนท์. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การ*

*สนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด*. (วิทยานิพนธ์

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย).

วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์. (2549). *กระบวนการเผชิญปัญหาการกลืนเป็นมะเร็งกลับซ้ำในผู้รอดชีวิตจาก*

*มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขา

พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

วัลภา สุนทรนนท์. (2532). *ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในคนไทย*.

(วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาระบาดวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล).

วิมลรัตน์ เดชะ. (2557). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวาร*

*เทียมและได้รับเคมีบำบัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ

พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

วิลาสินี พิพัฒน์ผล. (2557). *ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วย*

*มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*

*สภากาชาดไทย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชา

จิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

ศุภมาส มณีสินธุ์. (2553). *การศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพของผู้ป่วยทวารเทียมใน*

*โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนา

สุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2556*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พีทีเอส เพรส จำกัด.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด.
- สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2551). เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการเสริมสร้างแนวคิดและการปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร 30 เม.ย.-2 พ.ค.51.[ออนไลน์]. สืบค้น 20 กันยายน 2558, จาก [http://bsris.swu.ac.th/health/doc/knowledge/self\\_care.pdf](http://bsris.swu.ac.th/health/doc/knowledge/self_care.pdf)
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์, วิทยา วัฒนภาส และ สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2531). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร*. (รายงานการวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล).
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี. (2553). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด.
- สมพร ชินโนรส. (2543). *การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่ม 3*. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- สมพร วรรณวงศ์. (2553). *การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และ อุษาวดี จันทร์สนธิ. (2537). *การวัดและประเมินผลในชั้นเรียน: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ เอกสารการสอนชุดวิชา สถิติวิจัยและการประเมินผลการศึกษาหน่วยที่ 1-5*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สายสมร เฉลยกิตติ, ศิริพร พูนชัย, ศิริพร สว่างจิตร และ จุฑารัตน์ บันดาลสิน. (2556). *วิถีชีวิตทวารเทียม*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 31-38.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *เกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ*. [ออนไลน์]. สืบค้น 17 กุมภาพันธ์ 2559, จาก <http://www.thcc.or.th/download/GIS54.pdf>
- สิริพร ตียพันธ์. (2543). *ความรู้ ทัศนคติและสิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

- สุกัญญา ทรัพย์อุดมมั่งมี. (2540). *ปัจจัยเรื่องอาหารที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกโรคติดต่อ มหาวิทยาลัยมหิดล).
- สุชา จันทร์เอม. (2536). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชย์.
- สุชาติ โสมประยูร. (2533). *การดูแลสุขภาพของบุคคลวัยผู้ใหญ่และวัยกลางคน*. กรุงเทพฯ: บริษัทอักษรเจริญทัศน์จำกัด.
- สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ. (2558). *ตำราศัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: บริษัท ไพลินบุ๊กเน็ต.
- สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ. (2555). *พจนานุกรมศัพท์แพทย์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, พิเศษ พิเศษพงษา, ทยา กิตติยากร และ อองอาจ ไพรสมทรงราษฎร์. (2558). *มะเร็งลำไส้ใหญ่*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- สุภาพร แนวนบุตร. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551). *ความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล).
- อภรชา ลำดับวงศ์. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะข้อมูลที่ได้รับ และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล).
- อรุณศรี เตชสังข์. (2545). *ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์. ใน สุจินดา ริมศรีทอง, สุตาพรรณ ธัญจิรา และ อรุณศรี เตชสังข์ (บรรณาธิการ), พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ (2552). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- อำภพร พัววิล และ กัญญา นภาพงษ์. (2000). *คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 4(2), 218-233*.
- อุบล จวงพานิช. (2554). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

- อุษณีย์ ทับทอง. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- อุษาวดี อัครวิเศษ. (2553). สาระหลักทางการพยาบาลศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พัฒนาการพิมพ์.

### ภาษาอังกฤษ

- Abbey, A., Abramis, D. J., & Caplan, R. D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 6(2), 111-129.
- Ahmedin, J., Melissa, M., Carol, D., & et al. (2010). Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends.[online]. Retrieved November 10, 2016, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20647400>
- American Cancer Society (2016). Colorectal cancer.[online]. Retrieved November 24, 2016, from <http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/detailedguide/colorectal-cancer-what-is-colorectal-cancer>
- American Joint Committee on Cancer. (2016). Cancer staging references.[online]. Retrieved February 27, 2016, from <https://cancerstaging.org/references-tools/Pages/What-is-Cancer-Staging.aspx>
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2013). Colorectal Cancer - Stages. [online]. Retrieved November 10, 2016, from <http://www.cancer.net/cancer-types/colorectal-cancer/stages>
- Ang, S., Giap, M., Chen, H., & et al. (2013). Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: An integrated literature review. *Oncology nursing forum*, 40(6), 587-594.
- Aphinives, P., Bhudhisawasdi, V., Pacheerat, K., & et al. (2000). Colorectal cancer in patients under 40 years of age. *Srinagarind medical journal*, 15(4), 241-243.
- Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., & et al. (2004). Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general

- population: a population-based study. *Journal of clinical oncology*, 22(4), 4829-4836.
- Aronovitch, S., Sharp, R., & Morano, L. H. (2010). Quality of life for patients living with ostomy: influence of contact with an ostomy nurse. *Journal of wound ostomy and continence nursing*, 37(6), 649-653.
- Baldwin, C. M., Grant, M., Wendel, C., & et al. (2009). Gender differences in sleep disruption and fatigue on quality of life among persons with ostomies. *Journal of clinical sleep medicine*, 5(4), 335-342.
- Baxter, N. N., Novotny, P. J., Jacobson, T., Maidl, L. J., Sloan, J., & Young-Fadok, T. M. (2006). A Stoma Quality of Life Scale. *Disease of Colon Rectum*, 4(2), 205-212.
- Berg, D. T. (2011). *Contemporary issues in colorectal cancer: A nursing perspective*. London: Jones and Bartlett publishers.
- Berster, J. M., & Goke, B. (2008). Type 2 diabetes mellitus as risk factor for colorectal cancer. *Archives of physiology and biochemistry*, 114(1), 84-98.
- Bloom, B. S. (1956). Bloom's Taxonomy of Learning Domains.[online]. Retrieved February 10, 2015, from <http://www.nwlink.com/~donclark/hrd/bloom.html>
- Borwell, B. (2009). Rehabilitation and stoma care: addressing the psychological needs. *British journal of nursing*, 18(4), 20-25.
- Bosch, J. L., & Hunin, M. G. M. (2000). Comparison of the Health Utilities Index Mark 3 (HUI3) and the EuroQol EQ-5D in patients treated for intermittent claudication. *Quality of life research*, 9(Number 6), 591.
- Branden, N. (1981). *The Psychology of Self-Esteem*. New York: Bantam Book's Inc.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1987). A social support measure: PRQ 85 *Nursing research*, 36(5), 273-277.
- Breckman, B. (2005). *Stoma Care and Rehabilitation*. United Kingdom: Elsevier Limited.
- Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37(1), 53-72.
- Burch, J. (2007). Constipation and flatulence management for stoma patients. *British Journal of community nursing*, 12(10), 449-452.
- Burch, J. (2008). *Stoma Care*. Singapore: Markono Print Media Ptd Ltd.

- Burckhardt, C. S. (1985). The Impact of Arthritis on Quality of Life. *Nursing research*, 34(1), 11-18.
- Burton, A. B., Sautter, J. M., Tulsy, J. A., & et al. (2012). Burden and well-being among a diverse sample of cancer, congestive heart failure and chronic obstructive pulmonary disease caregiver. *Journal of pain and symptom management*, 44(3), 410-419.
- Calhoun, G. J., & Morse, W. C. (1977). Self Concept and Self-Esteem : Another Perspective. *Psychology in the school*, 14(July), 318-322.
- Callaghan, P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health a review. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 203-210.
- Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health New York. *Behavioral publication*.
- Céilleachair, A., Costello, L., Finn, C., Timmons, A., Fitzpatrick, P., Kapur, K., & et al. (2012). Inter-relationships between the economic and emotional consequences of colorectal cancer for patients and their families: a qualitative study. *Biomedcentral gastroenterology*, 12(1), 62.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: Concepts and definition. *Journal of pain and symptom management*, 9(3), 186-192.
- Centers for Disease Control and Prevention, C. (2011). Health-Related Quality of Life (HRQOL).[online]. Retrieved 25 November, 2015, from <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>
- Cheng, F., Meng, A., Yang, L., & et al. (2013). The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study. *Ostomy wound management*, 59(7), 35-38.
- Chun, L. C., Ling, C. M., Chang, C. T., & et al. (2015). Social support buffers the effect of self-esteem on quality of life of early-stage cervical cancer survivors in Taiwan. *European journal of oncology nursing*, 1-9.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.

- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Crina, V. F. (2001). Dietary choices of People with ostomies. *The wound ostomy and continence nursing society*, 1, 28-31.
- Dehghani, M., Hafezi, N., Vojdani, R., & et al. (2015). Hematologic Toxicities in Colorectal Cancer Patients who Received FOLFOX4. *Middle East journal of cancer*, 6(3), 171-177.
- Denyes, M. J. (1988). Orem's model used for health promotion: Directions from research. *Advanced nursing science*, 11(1), 13-21.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed (Extended version)*: W. W. Norton.
- Erwin-Toth, P., Thompson, S. J., & Davis, J. S. (2012). Factors impacting the quality of life of people with an ostomy in North America: results from the dialogue study. *Journal of wound ostomy and continence nursing*, 39(4), 417-422.
- Eton, D. T., Lepore, S. J., & Helgeson, V. S. (2001). Early quality of life in patients with localized prostate carcinoma. *Cancer*, 92(6), 1451-1459.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., & et al. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 136(5), 359-386.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in nursing & health*, 15(1), 29-38.
- Ferrell, B. R. (1998). Quality of life in breast cancer survivors: Implications for developing support services. *Oncology nursing forum*, 25(5), 887-895.
- Forsberg, C., & Cedermark, B. (1996). Well-being general health and coping ability: 1 year follow-up of patients treated for colorectal and gastric cancer. *European journal of cancer care*, 5, 209-216.
- Freier, L. J., Batista, J., Sousa, J., & et al. (2014). Quality of life, pain, anxiety and depression in patients surgically treated with cancer of rectum. *Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva*, 27(2), 96-100.
- Hanan, G., & El-Gamil, A. (2003). *A study to identify the level of knowledge and self care performance of the colostomy patients and its effects on their quality*

*of life*. Paper presented at the Lecturer in medical-surgical nursing department Alexandria university and medical-surgical nursing department Banha University.

- Hanucharunkul, S. (1988). *Social support, self care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. (Doctoral Dissertation of Nursing Graduate School), Wayne State University.
- Havighurst, R. (2016). Development in early & middle adulthood.[online]. Retrieved 6 December, 2016, from <https://www.cliffsnotes.com/study-guides/psychology/psychology/developmental-psychology-age-13-to-65/development-in-early--middle-adulthood>
- Healthcare Quality Improvement Partnership. (2015). National Bowel Cancer Audit Programme.[Online]. Retrieved December 11, 2016, from <http://www.hqip.org.uk/public/cms/253/625/19/416/National%20Bowel%20Cancer%20Audit%20Report%202015.pdf?realName=DbLzcb.pdf>
- Hegazy, S. M., & et al. (2014). Outcomes of educational guidelines on awareness and self – efficacy among patients with permanent colostomy. *New York science journal*, 7(3), 25-32.
- Heidarzadeh, M., Atashpeikar, S., & Jalilazar, T. (2010). Relationship between quality of life and self-care ability in patients receiving hemodialysis. *Iranian Journal of nursing and midwifery research*, 15(2), 71-76.
- Horsman, J., Furlong, W., Feeny, D., & Torrance, G. (2003). The Health Utilities Index (HUI®): concepts, measurement properties and applications. *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 54.
- House, J. S., Kahn, R. L., Mcleod, J. D., & Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support. In Cohen & S. Syme, L., (Eds.), *Social support and health*. Orlando: FL: Academic.
- Human development. (2016). Physical and cognitive development in middle adulthood.[online]. Retrieved December 6, 2016, from [http://highered.mheducation.com/sites/0073133809/student\\_view0/chapter15/index.html](http://highered.mheducation.com/sites/0073133809/student_view0/chapter15/index.html)



- Imsamram, W., Chaiwerawattana, A., Wiangnon, S., & et al. (2015). Cancer in Thailand Vol.VIII,2010-2012.[online]. Retrieved December 8, 2015, from <http://www.nci.go.th/en/index1.html>
- Intarasomchai, T. (2004). *Transition conditions related to quality of life among brain tumor patients in postoperative phase* Mahidol University, Bangkok.
- Jain, S., McGory, M. L., Ko, C. Y., & et al. (2007). Comorbidities play a larger role in predicting health-related quality of life compared to having an ostomy. *The American journal of surgery*, 194, 774-779.
- Jansen, L., Koch, L., Brenner, H., & Arndt, V. (2010). Quality of life among long-term (5 years) colorectal cancer survivors – Systematic review. *European Journal of Cancer*, 46(16), 2879-2888.
- Jia, L. B., Ying, Q. H., & Chun, Z., M. (2014). Correlation between social relational quality and hope among patients with permanent colostomies. *International Journal of nursing sciences*, 1(4), 405-409.
- Juul, K., & Prieto, L. (2008). Quality of life with an intestinal stoma. *Colon and Rectal Surgery*, 167-173.
- Kearney, B. Y., & Freischler, B. J. (1979). Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in nursing and health*, 2(2), 25-34.
- Khuhaprema, T., Attasara, P., Sriplung, H., Wiangnon, S., Sumitsawan, Y., & Sangrajrang, S. (2012). Cancer in Thailand Vol.VI,2004-2006.[online]. Retrieved December 1, 2015, from <http://www.nci.go.th/en/index1.html>
- Kimura, C. A., Kamada, I., Guilhem, D., & Monteiro, P. S. (2013). Quality of life analysis in ostomized colorectal cancer patients. *Journal of coloproctology (Rio de Janeiro)*, 33, 216-221.
- King, C. R. (2011). Quality of life issues for individual with colorctal cancer. In Berg, T.D. (Ed.), *Contemporary issues in colorectal cancer: A nursing perspective*. London: Jones and bartlett publishers.
- Kittscha, J. M. (2011). *Identifying needs of patients being discharged home from hospital with a newly formed ileostomy*. [online]. (Master of Nursing - Research University of Wollongong). Retrieved from <http://ro.uow.edu.au/theses/3488/>

- Kratochvil, V. (2015). Smoking linked to higher risk of death among colorectal cancer survivors.[online]. Retrieved August 27, 2015, from <http://medicalxpress.com/news/2015-02-linked-higher-death-colorectalcancer>.
- Krouse, R., Grant, M., Ferrell, B., & et al. (2007). Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *Journal of surgical research* 138, 79-87.
- Krouse, R. S., Herrinton, L. J., Grant, M., & et al. (2009). Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex. *Journal of clinical oncology*, 27(November 28-October 1), 4664-4670.
- Lawrence, D. (1973). *Improved reading through counselling*. London: Word Lock.
- Liao, C., & Qin, Y. (2014). Factors associated with stoma quality of life among stoma patients. *International journal of nursing sciences*, 1(2), 196-201.
- Marventano, S., Forjaz, M. J., Grosso, G., & et al. (2013). Health related quality of life in colorectal cancer patients: state of the art. *Biomedical surgery*, 13(2), 1-7.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*. New York Harper & Row Publishers.
- Meeberg, G. A. (1933). Quality of life: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 18(1), 32-38.
- Meiqiong, Y. (1997). *Social support and quality of life of Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients*. (Master's Thesis, Graduate school, Faculty of Nursing Science, Chiangmai University).
- Mosby's Medical Dictionary. (2009). middle adult.[online]. 8th edition. Retrieved December 11, 2016, from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/middle+adult>
- Myers, E. A., Feingold, D. L., Forde, K. A., & et al. (2013). Colorectal cancer in patients under 50 years of age: a retrospective analysis of two institutions' experience. *World journal of gastroenterol*, 19(34), 5651-5657.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Colorectal cancer: the diagnosis and management of colorectal cancer NICE guideline[CG131].[online]. Retrieved January 4, 2016, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg131>

- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing research*, 30(5), 264-269.
- Olga, Z., Arkadiusz, S., Dawid, M., Janusz, W., Paweł, F., & Karol, P. (2008). Quality of life assessment in patients with a stoma due to rectal cancer. *Report of practical oncology and radiotherapy*, 13(3), 130-134.
- Orem. (1995). *Nursing concepts of practice*. the United States of America: RR Donnelley & Sons Co.
- Orem. (2001). *Nursing concepts of practice*. United State of America: A Harcourt Health Sciences Company.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in nursing science*, 8(1), 45-60.
- Padilla, G. V., Presant, C., Grant, M. M., & et al. (1983). Quality of life index for patients with cancer. *Research in nursing and health*, 6, 117-126.
- Pandey, R. A., Baral, S., & Dhungana, G. (2010). Knowledge and practice of stoma care among ostomates at B.P.KOIRALA MEMORIAL CANCER HOSPITAL. *Journal of nobel medical college*, 4(7), 36-45.
- Pender. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Pereira, M. G., Figueiredo, A. P., & Fincham, F. D. (2012). Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *European journal of oncology nursing*, 16(3), 227-232.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social inoculation. *American journal of orthopsychiatry*, 52(1), 20.
- Pittman, J., Rawl, S. M., Schmidt, M. C., & et al. (2008). Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in Veterans with an ostomy. *Journal of wound ostomy continence nursing*, 35(5), 493-503.
- Popek, S., Grant, M., Gemmill, R., & et al. (2010). Overcoming challenges: life with an ostomy. *The American journal of surgery*, 200(5), 640-645.
- Ramsey, D. S., Andersen, M. R., Etzioni, R., & et al. (2000). Quality of life in survivors of colorectal carcinoma. *American cancer society*, 88, 1294-1303.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* New Jersey: Princeton University Press.
- Saif, M. W., Choma, A., Salamone, S. J., & Chu, E. (2009a). Pharmacokinetically guided dose adjustment of 5-fluorouracil: a rational approach to improving therapeutic outcomes. *Journal of the national cancer Institute*, *101*(22), 1543-1552.
- Saif, M. W., Choma, A., Salamone, S. J., & Chu, E. (2009b). Pharmacokinetically guided dose adjustment of 5-fluorouracil: a rational approach to improving therapeutic outcomes. *Journal of the national cancer institute*, *101*(22), 1543-1552.
- Salles, V. J. A., Becker, C. P. P., & Faria, G. M. R. (2014). The influence of time on the quality of life of patients with intestinal stoma. *Journal of coloproctology*, *34*(2), 73-75.
- Salomé, G. M., Aguinaldo, S., & Silveira, M. M. (2014). Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *Journal of coloproctology*, *34*(4), 231-239.
- Salomé, G. M., Almeida, S. A., Mendes, B., & et al. (2015). Assessment of subjective well-being and quality of life in patients with intestinal stoma. *Journal of coloproctology*, *35*(3), 168-174.
- Salome, G. M., & et al. (2014). Knowledge of undergraduate nursing course teachers on the prevention and care of peristomal skin. *Journal of coloproctology*, *34*(4), 224-230.
- Santin, O., Murray, L., Prue, G., & et al. (2015). Self-reported psychosocial needs and health-related quality of life of colorectal cancer survivors. *European journal of oncology nursing*, *19*, 336-342.
- Sasse, C. R. (1978). *Person to Person*. Peoria. Illinois: Benefit Publishing.
- Simmons, K. L., Smith, J. A., Bobb, K., & et al. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced nursing*, *60*(6), 627-635.
- Singh, K. E., Taylor, T. H., Pan, C. G., & et al. (2014). Colorectal Cancer Incidence Among Young Adults in California. *Journal of adolescent and young adult oncology*, *3*(4), 176-184.

- Sjostedt, L., Hellstrom, R., & Stomberg, M. W. (2011). Patients' need for information prior to colonic surgery. *Gastroenterology nursing, 34*(5), 390-397.
- Smith-Gagen, J., Cress, R. D., Drake, C. M., & et al. (2010). Quality-of-life and surgical treatments for rectal cancer: a longitudinal analysis using the California Cancer Registry. *Psychooncology, 19*, 870-878.
- Stephenson, E. L., Bebb, D. B., Reimer, R. A., & al., e. (2009). Physical activity and diet behaviour in colorectal cancer patients receiving chemotherapy: associations with quality of life. *Biomedical gastroenterology, 9*(60), 1-9.
- Tao, H., Songwathana, P., Isaramalai, S., & Wang, Q. (2014). Taking good care of myself: a qualitative study on self-care behavior among Chinese persons with a permanent colostomy. *Nursing and health sciences, 16*(4), 483-489.
- Tournigand, C., André, T., Achille, E., & et al. (2004). FOLFIRI Followed by FOLFOX6 or the Reverse Sequence in Advanced Colorectal Cancer: A Randomized GERCOR Study. *Journal of clinical oncology, 22*(2), 229-237.
- Tseng, H. C., Wang, H. H., Hsu, Y. Y., & Weng, W. C. (2004). Factors related to stress in outpatients with permanent colostomies. *The Kaohsiung journal of medical sciences, 20*(2), 70-77.
- Tsunoda, A., Nakao, K., Hiratsuka, K., & et al. (2005). Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients. *International journal of clinical oncology, 10*(6), 411-417.
- Vecchia, L. C., Negri, E., Decarli, A., & et al. (1997). Diabetes mellitus and colorectal cancer risk. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention, 6*(12), 1007-1010.
- Ware, J. E. J., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care, 30*(6), 473-483.
- World Health Organization, W. (1998). The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication.[online]. Retrieved 20 August, 2015, from <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/3.1.html>
- World Health Organization, W. (2012). Colorectal Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.[online]. Retrieved January 4, 2016, from [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)

- World Health Organization, W. (2016). Quality of life.[online]. Retrieved December 1, 2016, from: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf).
- Worster, B., & Holmes, S. (2008). The preoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer: a phenomenological study. *European journal of oncology nursing*, 12(5), 418-424.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issue. *Journal of advanced nursing*, 17(1), 795-800.



ภาคผนวก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/ สถานที่ทำงาน
1.รศ.ดร.ผ่องศรี ศรีมรกต	อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2.ผศ.ดร.ประภาพร จินันทุยา	อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. ผศ. ชัชนาฏ ณ นคร	อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลพื้นฐานและ บริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
4.นางสาวจันทิพย์ ติรณะ	หัวหน้าหอผู้ป่วย ตึกจงกลนี ชั้น 1 โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5.นางสาวนงลักษณ์ สรรสม	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

## ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย



ที่ ศช 0512.11/0๕๖3



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

10 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฐธรมย์ ชุติกาโม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่วัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 02-218-1156

นางสาวณัฐธรมย์ ชุติกาโม โทร. 08-0777-6996



ที่ ศธ 0512.11/0683

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

10 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางสาวณัฐธรมย์ ชุตติกาโม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันท์ญา อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชัชฌานา ฌ นคร อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)  
รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันท์ญา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชัชฌานา ฌ นคร

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 02-218-1156

ชื่อนิสิต

นางสาวณัฐธรมย์ ชุตติกาโม โทร. 08-0777-6996

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๖๕๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจันทิพย์ ตีระละ หัวหน้าหอผู้ป่วย ดึกจงกลณี ชั้น 1 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวจันทิพย์ ตีระละ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 02-218-1156

นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม โทร. 08-0777-6996

ที่ ศธ 0512.11/0683



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

10 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

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

เนื่องด้วย นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกามา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นารีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนงลักษณ์ สรรสม ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวนงลักษณ์ สรรสม

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นารีเจริญ โทร. 02-218-1156

นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกามา โทร. 08-0777-6996

ที่ ศร 0512.11/ 0828



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑๕ พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตเคราะหฺที่นินิตดําเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฐมย์ ชุตติกาโม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่วัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอขออนุญาตเคราะหฺที่นินิตดําเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยอายุ 40-59 ปี โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและได้รับการรักษาอันประกอบด้วยการผ่าตัดทวารเทียม หรือได้รับเคมีบำบัด ณ แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 70 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่วัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยผู้ใหญ่วัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยผู้ใหญ่วัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยผู้ใหญ่วัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ นางสาวณัฐมย์ ชุตติกาโม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวณัฐมย์ ชุตติกาโม โทร. 08-0777-6996

ที่ ศร 0512.11/08๑๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

25 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตโครงการที่ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฐมย์ ชุตติกาโม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตโครงการที่ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยอายุ 40-59 ปี โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและได้รับการรักษา อันประกอบด้วย การผ่าตัดทวารเทียม หรือได้รับเคมีบำบัด ณ แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 35 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตโครงการให้ นางสาวณัฐมย์ ชุตติกาโม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชชวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวณัฐมย์ ชุตติกาโม โทร. 08-0777-6996



ที่ ศธ 0512.11/08.28



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

25 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตเคราะหิให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

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

เนื่องด้วย นางสาวณัฐรมย์ ชุตติกาโม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตเคราะหิให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยอายุ 40-59 ปี โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและได้รับการรักษา อันประกอบด้วย การผ่าตัดทวารเทียม หรือได้รับเคมีบำบัด ณ แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 35 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตเคราะหิให้ นางสาวณัฐรมย์ ชุตติกาโม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกตพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่ผลิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวณัฐรมย์ ชุตติกาโม โทร. 08-0777-6996

## ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง





COA No. 527/2016

IRB No. 318/59

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

#### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวณัฐธรมย์ ชูติคาโม

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ version 1 วันที่ 2 มิถุนายน 2559
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2 วันที่ 6 กรกฎาคม 2559
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2 วันที่ 6 กรกฎาคม 2559
5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
6. ประวัติผู้วิจัย
7. GCP Training

ลงนาม .....

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สิบหลินวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรธรรม รัชตะปิติ)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 21 กรกฎาคม 2559

วันหมดอายุ : 20 กรกฎาคม 2560

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขตั้งที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 527/2016

IRB No. 318/59

## INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

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

## Certificate of Approval

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

**Study Title** : PREDICING FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN COLORECTAL CANCER ADULT PATIENTS WITH COLOSTOMY.

**Study Code** :-

**Principal Investigator** : Miss Natharom Chutikamo


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

**Review Method** : Expedited

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

**Document Reviewed** :

1. Protocol
2. Protocol Synopsis version 1 Dated 2 June 2016
3. Information sheet for research participant Version 2 Dated 6 July 2016
4. Informed Consent Version 2 Dated 6 July 2016
5. Tools used in research
6. Investigator's CV
7. GCP Training

Signature:  Signature:   
 (Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD) (Assistant Professor Prapapan Rajatapiti MD, PhD)

Chairperson

Member and Secretary

The Institutional Review Board

The Institutional Review Board

**Date of Approval** : July 21, 2016

**Approval Expire Date** : July 20, 2017

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

2 ถนนวิสุทธิมิ่ง บางกอกน้อย  
กรุงเทพฯ 10700



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

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 623/2016

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

รหัสโครงการ : 542/2559(EC1)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม / คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย
5. แบบบันทึกข้อมูลอาสาสมัคร
6. แบบสอบถาม
7. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 29 กันยายน 2559

วันหมดอายุ : 28 กันยายน 2560

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

ลงนาม .....  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

1-5 ต.ค. 2559

วันที่

ลงนาม .....  
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)  
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

6 ต.ค. 2559

วันที่

2 WANGLANG Rd. BANGKOKNOI  
BANGKOK 10700



Tel. +66 2419 2667-72  
Fax. +66 2411 0162

### Siriraj Institutional Review Board

#### Certificate of Approval

COA no. Si 623/2016

Protocol Title : Predicing factors of quality of life in colorectal cancer adult patients with colostomy

Protocol number : 542/2559(EC1)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Natharom Chutikamo / Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. SIRB submission form
2. Proposal
3. Participant information sheet
4. Informed consent form
5. Case record form
6. Questionnaire
7. Curriculum vitae

Approval date : September 29 2016

Expired date : September 28, 2017

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

(Prof. Chairat Shayakul, M.D.)  
Chairperson

- 5 OCT 2016

date

(Prof. Dr. Prasit Watanapa, M.D., Ph.D.)  
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

- 6 OCT 2016

date



ใบรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ชื่อโครงการ                      ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก  
ที่มีทวารเทียม

รหัสโครงการ                      154\_2016T\_OUT484

ชื่อหัวหน้าโครงการ              นางสาวณัฐรมย์ ชุตติกาโม

หน่วยงานที่สังกัด                  คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่รับรองโครงการ              30 กันยายน 2559

คณะกรรมการวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและมีมติรับรองโครงการวิจัยดังที่ระบุข้างต้น  
สามารถดำเนินการวิจัยได้

ลงนาม .....

(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)  
ประธานคณะกรรมการวิจัย  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ลงนาม .....

(นายวีระวุฒิ อิ่มสำราญ)  
ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



เอกสารรับรอง  
จาก  
คณะกรรมการทบทวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
เลขที่ 032/2559

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียม
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม
หน่วยงานที่สังกัด	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	154_2016T_OUT484
สถานที่ทำวิจัย	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
เอกสารที่รับรอง	1.แบบโครงร่างวิจัย ภาษาไทย 2.เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3.ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ 4.แบบสอบถาม
วันที่รับรอง	30 กันยายน 2559

คณะกรรมการทบทวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและมีมติ รับรอง  
เอกสาร ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงชื่อ.....  
(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการทบทวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ.....  
(นายวีรุฒิ อิมสำราญ)

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ





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

<b>Title of Project</b>	Predicting factors of quality of life in colorectal cancer adult patients with colostomy
<b>Project Number</b>	154_2016T_OUT484
<b>Principle Investigator</b>	Miss Natharom Chutikamo
<b>Affiliation</b>	Faculty of Nursing ,Chulalongkorn University
<b>Date of Approval</b>	September 30, 2016

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

Signature of Chairman

(Arkom Chaiwerawattana ,M.D.)

Signature of Director

(Weerawut Imsamran, M.D.)




*Certificate of Approval*  
 From  
*Ethics Committee of National Cancer Institute, Thailand*  
 EC COA 032/ 2016

<i>Protocol Title</i>	<i>Predicting factors of quality of life in colorectal cancer adult patients with colostomy</i>
<i>Protocol Number</i>	<i>154_2016T_OUT484</i>
<i>Principal Investigator</i>	<i>Miss Natharom Chutikamo</i>
<i>Affiliation</i>	<i>Faculty of Nursing, Chulalongkorn University</i>
<i>Research Site</i>	<i>National Cancer Institute</i>
<i>Document Approved</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Research Protocol</i></li> <li><i>2. Participant Information Sheet</i></li> <li><i>3. Informed Consent Form</i></li> <li><i>4. Questionnaire</i></li> </ol>
<i>Date of Approval</i>	<i>September 30, 2016</i>

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

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

.....  
 (Dr. Weerawut Imsamran)  
 Director, National Cancer Institute

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 1/7

**ชื่อโครงการวิจัย** ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

**ผู้สนับสนุนการวิจัย** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

**ผู้วิจัยหลัก**

ชื่อ น.ส.ณัฐธรมย์ ชูติกาโม  
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ อาคารบรมราชชนนีศรี  
 ศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4000 ต่อ 4386  
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 080-777-6996

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ  
 ที่อยู่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ อาคารบรมราชชนนีศรี  
 ศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-218-1156  
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 086-311-4791

**เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจาก “ท่านเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีทวารเทียม” ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

**เหตุผลความเป็นมา**


คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อมีทวารเทียมและ/หรือการให้เคมีบำบัดลดลงทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กล่าวคือ ด้านร่างกาย การผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียอวัยวะที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ สูญเสียภาพลักษณ์ มีอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ด้านจิตใจ ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า และด้านสังคม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยทำนาย

1

Version 2 วันที่ 6 กรกฎาคม 2559



INSITTUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	๑๑๘ ๕๑
Date of Approval	21 ก.ค. 2559

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 2/7

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) และศึกษาตัวแปรต้นด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาดังกล่าวเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของ ความรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยคือผู้ป่วยผู้ใหญโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม อันประกอบด้วย การผ่าตัดทวารเทียม และ/หรือได้รับเคมีบำบัด ทำการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิชั้นสูง ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีหน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และแพทย์เฉพาะทางด้านการรักษา และมีกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โดยทำการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ ได้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวนทั้งหมด 110 คน โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 3 โรงพยาบาลนี้จะใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 40 คน โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 35 คน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 35 คน

#### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย


ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ดังนี้ แบบสอบถามมี 1 ชุด ประกอบด้วย 6 ส่วน มีคำถามทั้งหมด 117 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 18 ข้อ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 23 ข้อ แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยผู้ใหญโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 12 ข้อ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยผู้ใหญโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยผู้ใหญโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 32 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยผู้ใหญโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 22 ข้อ ชนิดแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช้เวลาในการตอบ 30 – 45 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำเสร็จ และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อความให้

2

Version 2 วันที่ 6 กรกฎาคม 2559



INSITUATIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB NO. ๑๑๕ ๕๑	
Date of Approval 21 ก.ค. 2559	

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 3/7

#### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

#### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในงานวิจัยค่อนข้างมีความเสี่ยงเล็กน้อย เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามเท่านั้น แต่อาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดความรู้สึกเสียเวลาไม่สบายใจ อึดอัดใจ หรือเกิดความเครียดจากการตอบแบบสอบถามบางข้อหรือเสียเวลาในการให้ข้อมูลบ้างผู้วิจัยมีการป้องกันและแก้ไขกรณีดังกล่าว โดยผู้วิจัยสอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม และจัดหาสถานที่มืดซิดสำหรับกลุ่มตัวอย่างเพื่อความเป็นส่วนตัว โดยอยู่บริเวณใกล้กับห้องตรวจ เพื่อสามารถตอบแบบประเมินได้อย่างอิสระ ลดความไม่สบายใจ หรือลดความอึดอัดใจที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตอบแบบสอบถาม

#### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยตรง แต่เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ผลการศึกษาที่ได้จะสามารถเป็นข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

#### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

#### อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

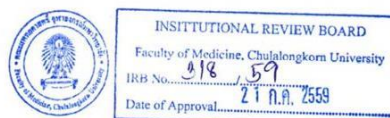
หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติต่างๆเกิดขึ้นจากโรคร่วม เช่น ปวดศีรษะ หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างได้พักเพื่อประเมินสัญญาณชีพ ถ้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้นและสมัครใจจึงเก็บข้อมูลต่อไป แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่ดีขึ้นจะยุติการตอบแบบสอบถามและผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลประจำแผนกทราบทันทีเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลรักษาต่อไป


#### คำตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี

3

Version 2 วันที่ 6 กรกฎาคม 2559



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 4/7

#### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงนามออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน

#### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่จะนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่เกิดการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

#### การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอมโดยส่งไปที่ นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก


#### สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอลงนามออกจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอลงนามออกจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่



INSSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. .... ๑18 59	
Date of Approval..... 21 ก.ค. 2559	

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 5/7

8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้


.....

5

Version 2 วันที่ 6 กรกฎาคม 2559



INSITTUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. ๕๑๘	๕๑
Date of Approval	21 ก.ค. 2559

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม  
วันที่ทำวิจัย.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก  
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม  
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย  
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก  
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามี  
เวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่  
ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้า  
ร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก  
ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและ  
ประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลง  
ที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

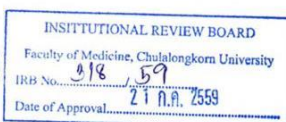
ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ  
ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน  
การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ


ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บ  
ข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อ  
วัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลง  
นามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....





	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(นางสาวณัฐรมย์ ชุดิกาโม) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....



INSITTUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. 018	59
Date of Approval	27 ก.ค. 2559

Version 2 วันที่ 6 กรกฎาคม 2559

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร  
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย บัณฑิตทำนวยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวณัฐรมย์ ชูติกาโม

สถานที่วิจัย หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2564386 โทรศัพท์มือถือ 080-777-6996

ผู้สนับสนุนวิจัย ไม่มี

การมีส่วนได้ส่วนเสียกับแหล่งทุน  ไม่มี  มี ระบุ.....

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี

ที่มาของโครงการวิจัย

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสำคัญของประชากรโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 4 ของมะเร็งทั้งหมด จากสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทยปี พ.ศ. 2553-2555 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากเป็นลำดับที่ 3 (ร้อยละ 14.4) ในเพศชาย และลำดับที่ 4 (ร้อยละ 11.2) ในเพศหญิง

การผ่าตัดถือ่าเป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยจะมีทวารเทียมทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายของอุจจาระแทนทางทวารหนัก แม้ว่าการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องจะเป็นการรักษามะเร็งที่มีประสิทธิภาพดี แต่การผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะอย่างถาวรแบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไป และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดจะมองเห็นลำไส้บนหน้าท้องของตนเอง มีช่องเปิดลำไส้ที่มีลักษณะเหมือนแผลเปิดตลอดเวลาซึ่งผู้อื่นสามารถมองเห็นการขับถ่ายได้ ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระที่ไม่เป็นเวลา เพราะขาดกล้ามเนื้อหูรูดในการควบคุมการขับถ่าย เกิดลมและกลิ่น ทำให้ผู้ป่วยกลัว เกิดความกังวลว่าจะมีบุคคลรอบข้าง รังเกียจ ซึมเศร้า เกิดความเครียด ท้อแท้ หดหู่ ในบางครั้งอุจจาระรั่วซึมออกมาออกถูกรองรับอุจจาระ ทำให้ผิวหนังรอบๆลำไส้เปิดเกิดการระคายเคือง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความมั่นใจในการเลือกรับประทานอาหาร เพราะกลัวว่าจะทำให้เกิดก๊าซ เกิดกลิ่น และอาจทำให้เกิดอาการท้องผูก ท้องเสียได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่รบกวนความรู้สึกผู้ป่วย มีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การทำงาน การดำเนินชีวิตและคุณภาพ

1

เอกสารหมายเลข 3ก วันที่ 18 สิงหาคม 2557

รับรอง  
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
510/2557

ชีวิตของผู้ป่วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในขณะที่เจ็บป่วยจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

คุณภาพชีวิตมีความสำคัญในการบ่งบอกผลลัพธ์ของภาวะสุขภาพ สภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ในสังคมที่ดี เป็นต้นซึ่งมีคุณภาพการดูแลที่ได้รับจากพยาบาล และเป็นข้อมูลในการประเมินความคุ้มค่าของการรักษา เป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้นไม่มีเป้าหมายสำคัญเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุด หากมีคุณภาพชีวิตไม่ดีพบว่ามีอัตราการรอดชีวิตลดลง นอกจากจะเป็นปัญหาต่อตัวผู้ป่วยเองแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมอีกด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมลดลง จึงจำเป็นต้องศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการวิจัยศึกษาถึงปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม พยาบาลในฐานะบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติมากกว่าบุคลากรอื่นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่มีลักษณะเฉพาะและมีความแตกต่างจากผู้ป่วยอื่นทั้งในแง่ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ชัดเจน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลเข้าใจ และตระหนักถึงปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และนำมาผลวิจัยมาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

**วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย** เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

**ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้** เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

**จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 110 คน** จากโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 35 คน

**หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ**

ภาวเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีภาระบังคับ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรื่อง "ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม" แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 6 ส่วน มีจำนวนคำถามทั้งหมด 117 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 19 ข้อ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 23 ข้อ แบบประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 12 ข้อ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 32 ข้อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 23 ข้อ ชนิดของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช้เวลาในการตอบ 30-45 นาที หรือ

จนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะสำเร็จ และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ท่านสะดวก ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อความให้

เนื่องจากแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามหลายส่วน จึงขอความกรุณาให้ท่านพิจารณาตอบตามความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำมาใช้ในภาวะวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้ โดยออกมาเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบหรือหน่วยงานของผู้ตอบ เนื่องจากไม่สามารถนำมาสืบค้นเจาะจงหาผู้ตอบได้ ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งหากท่านไม่สบายใจหรืออึดอัดที่จะตอบคำถามนั้นหรือไม่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเลยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาของคุณเอง ท่านมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

#### **ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย**

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในงานวิจัยค่อนข้างมีความเสี่ยงเล็กน้อย เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามเท่านั้น แต่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกเสียเวลาไม่สะดวกใจ อึดอัดใจ หรือเกิดความเครียดจากการตอบแบบสอบถามบางข้อหรือเสียเวลาในการให้ข้อมูลบ้าง ผู้วิจัยมีการป้องกันและแก้ไขกรณีดังกล่าว โดยผู้วิจัยสอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม และจัดหาสถานที่ที่มืดชิดสำหรับกลุ่มตัวอย่างเพื่อความเป็นส่วนตัว โดยอยู่บริเวณใกล้กับห้องตรวจ เพื่อสามารถตอบแบบประเมินได้อย่างอิสระ ลดความไม่สบายใจ หรือลดความอึดอัดใจที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตอบแบบสอบถาม

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานคือ ไม่มี

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับกรวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวณัฐรมย์ ชุติกาโม โทรศัพทมือถือ 080-7776996

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ ไม่มี

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยตรง แต่เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ผลการศึกษาที่ได้จะสามารถเป็นข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ไม่มี

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง ไม่มีค่าใช้จ่าย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม กรณีเป็นการวิจัยทางคลินิก ผลการวิจัยในภาพรวมนี้อาจดูได้จากเว็บไซต์( <http://www.ClinicalTrials.gov> / <http://www.ClinicalTrials.in.th>.) ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

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

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย  
(Consent Form)

เอกสารหมายเลข 3ข

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี  
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่  
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

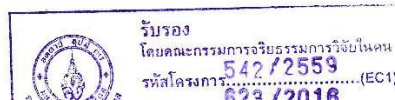
โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความ  
เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น  
ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่  
เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์  
จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาว ณัฐรรมย์ ชูติกาโม สถานที่ทำงาน  
หน่วย Pre-admission โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 0 2256-4000 ต่อ  
4386 โทรศัพท์มือถือ 08-0777-6996

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ต้องการ  
ปรึกษาปัญหา ข้อกังวล มีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411  
0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการ  
เข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุ  
เหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต  
และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็น  
รายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น



ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารที่แจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอม  
นี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....  
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....  
(นางสาวณัฐรรมย์ ชูติกาโม)

ในกรณีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร อ่านหนังสือไม่ออก มีพยานซึ่งไม่มีส่วนได้เสียอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาที่มีการให้  
ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พยานขอยืนยันว่าข้อมูล  
ในหนังสือแสดงเจตนายินยอมหรือข้อมูลที่ได้รับและเอกสารอื่นได้รับการอธิบายอย่างถูกต้อง และผู้ร่วมวิจัย/  
อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมแสดงว่าเข้าใจรายละเอียดต่างๆ พร้อมทั้งให้ความยินยอมโดยสมัครใจ จึงได้  
ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน/วันที่.....  
(.....)

**ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย     ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

ชื่อผู้วิจัย             นางสาว ณัฐรมย์ ชูติกาโม นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน     หน่วยงาน Pre-admission    แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
สภากาชาดไทย

โทรศัพท์ที่ทำงาน     02-2564000 ต่อ 4386

โทรศัพท์เคลื่อนที่     080-7776996 E-mail: natharom.c@chulahospital.org

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการวิจัยนี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม อันได้แก่ ความรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม
  3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
    - 3.1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
    - 3.2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
    - 3.3. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของ ความรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษา ได้แก่ การผ่าตัดทวารเทียม และ/หรือ ได้รับยาเคมีบำบัด มีอายุระหว่าง 40-60 ปี มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจภาษาไทย สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง หรือตอบคำถามได้จำนวนทั้งหมด 110 คน



5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
  - 5.1. เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างกล่าวแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที โดยตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความรู้ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการดูแลตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
  6. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ปวยที่เข้าร่วมการวิจัย
  7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ
  8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว
  9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม
  10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มงานวิจัย ชั้น 4 เลขที่ 268/1 อาคารดำรงนिरาดูร สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ถ.พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-354-7025 ต่อ 1414 โทรสาร 02-354-7025 ต่อ 1414 email: rthotong@hotmail.com

**ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
(Informed Consent Form)**

**ชื่อโครงการ** ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี  
ทวารเทียม

เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือฉบับนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจ  
จากผู้วิจัย ชื่อ น.ส. ณัฐธรมย์ ชุตติกาโม ที่อยู่ 1873 หอพักพยาบาลสตรีตย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
สภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์  
ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและมีสิทธิ์จะถอนตัวจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ตาม  
ความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใดๆแก่  
ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ และข้อมูลใดๆที่  
เกี่ยวข้องกัข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่ม  
ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบ  
ยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
(นางสาวณัฐธรมย์ ชุตติกาโม )  
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
ลงนามพยาน

**เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม  
และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย**

**เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน**

ด้วยดิฉัน นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม” วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จากความรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย 110 คน จำนวนสถาบันที่เข้าร่วมการวิจัย 3 แห่ง ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ เป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ในการนี้ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม” ชนิดของแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 6 ส่วน จำนวน 117 ข้อ สรุปลำคำถามในแบบสอบถามประกอบไปด้วยคำถามดังนี้ ความรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ใช้เวลาในการตอบ 30-45 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะสำเร็จ ผู้วิจัยจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยรับด้วยตนเอง

เนื่องจากแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามหลายส่วนจึงขอความกรุณาให้ท่านพิจารณาตอบตามความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษารั้งนี้ โดยออกมาเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบหรือหน่วยงานของผู้ตอบ เนื่องจากไม่สามารถนำมาสืบค้นเจาะจงหาผู้ตอบได้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง หากท่านไม่สบายใจหรืออึดอัดที่จะตอบคำถามนั้น หรือไม่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเลยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลใดๆของท่าน ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

หากผู้เข้าร่วมมีข้อสงสัยเกี่ยวข้องกับกรการวิจัย หรือแบบสอบถาม สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 080-7776996 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มงานวิจัย ชั้น 4 เลขที่ 268/1 อาคารดำรงนิจราตुर สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ถ.พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-354-7025 ต่อ 1414 โทรสาร 02-354-7025 ต่อ 1414 email: rthotong@hotmail.com

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อประธานกรรมการ หรือผู้แทนได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ขอขอบพระคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม  
ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและขอความอนุญาติใช้เครื่องมือวิจัย



## แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม  
คำชี้แจง แบบสอบถามการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็ง  
ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม มีทั้งหมด 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล  | จำนวน 11 ข้อ |
| 2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ<br>ทวารหนักและการรักษาที่ได้รับ | จำนวน 7 ข้อ  |

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่  
และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 23 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและ  
ทวารเทียม จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรค  
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่  
และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 32 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็ง  
ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 22 ข้อ

แบบสอบถามทั้ง 6 ส่วนนี้ ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้ตอบแบบสอบถาม กรุณาตอบตาม  
ความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่  
และทวารหนักที่มีทวารเทียม คำตอบในแบบสอบถามนี้จะไม่ส่งผลใดๆต่อท่านและผู้วิจัยจะเก็บข้อมูล  
ของท่านเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูง  
นางสาว ณิชฐรมย์ ชูติกาโม  
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** โปรดเติมคำในช่องว่างหรือเติมเครื่องหมาย (v) ลงในช่องว่างของข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

### 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

#### 1.1 เพศ

- ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

#### 1.2 อายุ.....ปี

#### 1.3 สถานภาพสมรส

- ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่  
( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่า  
( ) 5. แยกกันอยู่

#### 1.4 ระดับการศึกษา

- ( ) 1. ไม่ได้เรียน ( ) 2. ประถมศึกษา  
( ) 3. มัธยมศึกษา ( ) 4. ปริญญาตรี  
( ) 5. สูงกว่าปริญญาตรี ( ) 6. ปวช.  
( ) 7. ปวส. ( ) 8. อื่นๆ โปรดระบุ.....

#### 1.5 อาชีพ

- ( ) 1. รับราชการ ( ) 2. พนักงานรัฐวิสาหกิจ  
( ) 3. เจ้าของกิจการเอง ( ) 4. ค้าขาย  
( ) 5. รับจ้าง ( ) 6. เกษตรกร  
( ) 7. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 8. อื่นๆ โปรดระบุ.....

#### 1.6 รายได้ต่อเดือน

- ( ) 1. ต่ำกว่า 5,000 ( ) 2. 5,001-10,000  
( ) 3. 10,001-15,000 ( ) 4. 15,001-20,000  
( ) 5. 20,001-25,000 ( ) 6. 25,001-30,000  
( ) 7. มากกว่า 30,001 ( ) 8. อื่นๆ โปรดระบุ.....

#### 1.7 ความเพียงพอของรายได้

- ( ) 1. เพียงพอ ( ) 2. ไม่เพียงพอ

## 1.8 สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- ( ) 1. ชำระค่ารักษาพยาบาล
- ( ) 2. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ส่งตัวมาจาก.....
- ( ) 3. ประกันสังคม
- ( ) 4. ประกันชีวิต
- ( ) 5. รัฐวิสาหกิจ
- ( ) 6. ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง

## 1.9 บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดที่คอยดูแลท่านคือ

- ( ) 1. บิดา/มารดา
- ( ) 2. พี่/น้อง
- ( ) 3.สามี/ภรรยา
- ( ) 4. บุตร
- ( ) 5. เพื่อน
- ( ) 6. ผู้ดูแลที่จ้างมา
- ( ) 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....

## 1.10 ท่านมีบทบาทอย่างไรภายในครอบครัว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) 1. บิดา/มารดา
- ( ) 2. บุตร
- ( ) 3. สามี/ภรรยา
- ( ) 4. หัวหน้าครอบครัว
- ( ) 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....

## 1.11 หลังออกจากโรงพยาบาล ท่านมีกิจกรรมอะไรบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) 1. เล่นกีฬา ชนิดของกีฬา โปรดระบุ .....
- ( ) 2. เดินห้างสรรพสินค้า
- ( ) 3. จ่ายตลาด
- ( ) 4. ทำบุญที่วัด
- ( ) 5. เดินทางไปต่างจังหวัด
- ( ) 6. ท่องเที่ยว
- ( ) 7. ไปทำงานเดิมที่เคยทำ/เปลี่ยนงานใหม่
- ( ) 8. อื่นๆ โปรดระบุ.....

## 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและการรักษาที่ได้รับ (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

2.1 โรคที่ได้รับการวินิจฉัย.....

2.2 ระยะของโรคมะเร็ง.....

2.3 ชนิดของการรักษา

( ) 1. การผ่าตัด ระบุชนิดของการผ่าตัด.....

( ) 2. การผ่าตัด ร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด ระบุชนิดของยาเคมีบำบัด.....

2.4 ตำแหน่งของทวารเทียม.....

2.5 ชนิดของทวารเทียม.....

( ) 1. ชั่วคราว ( ) 2. ถาวร

2.6 ระยะเวลาที่มีทวารเทียม.....ปี.....เดือน

2.7 ลักษณะของทวารเทียมที่สามารถสังเกตได้

2.7.1 สีของทวารเทียม

( ) 1. สีชมพู/แดง ( ) 2. สีม่วง ( ) 3. สีดำ

2.7.2 ความชุ่มชื้นของทวารเทียม

( ) 1. ชุ่มชื้น ( ) 2. แห้ง

2.7.3 การยื่นของทวารเทียม

( ) 1. ใต้ผิวหนัง ( ) 2. ไม่ยื่น/ระดับผิวหนัง

( ) 3. ยื่นออกประมาณ 1 นิ้วครึ่ง

2.7.4 ลักษณะของรูทวารเทียม

( ) 1. มีลักษณะตีบแคบ ( ) 2. ไม่มีลักษณะตีบแคบ

2.7.5 ลักษณะอุจจาระที่ออกมาจากทวารเทียม (ณ ปัจจุบันเมื่อพบผู้วิจัย)

( ) 1. เป็นน้ำ ( ) 2. เป็นก้อนเหลว

( ) 3. เป็นก้อนนิ่ม ( ) 4. เป็นก้อนแข็ง

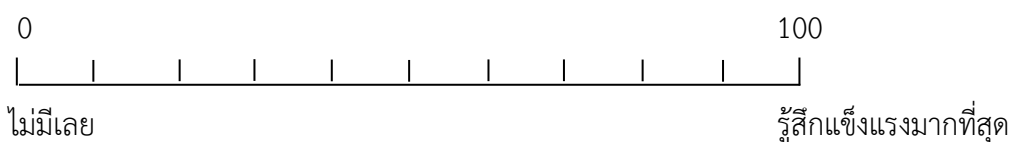
( ) 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....



ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี  
ทวารเทียม

**คำชี้แจง** แบบประเมินฉบับนี้มีจำนวน 23 ข้อ ข้อความแต่ละข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับ การรับรู้หรือ  
ความรู้สึกของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในช่วง 1 เดือนที่  
ผ่านมา และข้อความแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความ  
และทำเครื่องหมาย (X) ลงบนเส้นตรง ในตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. ท่านรู้สึกถึงความแข็งแรงมากน้อยระดับใด



2. ท่านมีเวลานอนหลับเพียงพอตามที่ท่านต้องการในระดับใด



.

.

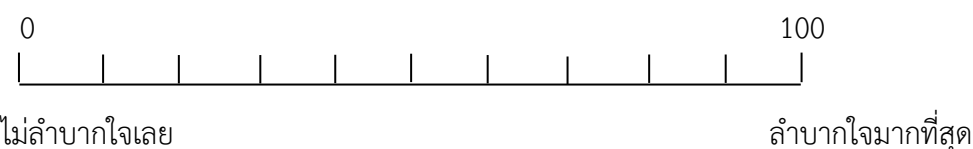
.

.

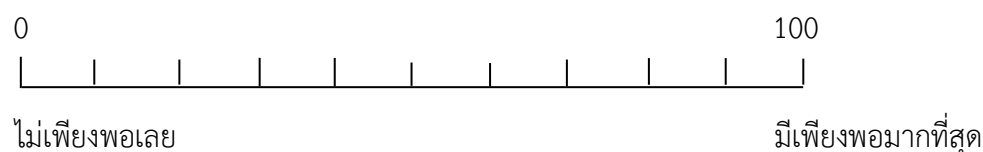
.

.

22. ท่านลำบากใจในการมองทวารเทียมมากน้อยระดับใด



23. ท่านมีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวเพียงพอกับความต้องการมากน้อยระดับใด



### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม

**คำชี้แจง** แบบประเมินฉบับนี้มีจำนวน 12 ข้อ ข้อความแต่ละข้อมีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถาม **ความรู้** เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม **ความรู้**เกี่ยวกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัด และ**ความรู้**เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทวารเทียม โดยให้ท่านเลือกว่าข้อความนั้นใช่หรือไม่ใช่ ขอให้ท่านเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
<b>ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม</b>		
1. สาเหตุหนึ่งของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง		
2. อาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ นิสัยการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง ท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ปวดแน่นท้อง ซีด อ่อนเพลีย และน้ำหนักตัวลด		
3.....		
4.....		
5.....		
6.....		
7.....		
8.....		
9.....		
11. ถ้าพบว่าไม่มีอุจจาระออกทางทวารเทียมภายใน 12 ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการแน่นท้อง ปวดท้อง เป็นอาการผิดปกติ		
12. ถ้าปริมาณอุจจาระออกมากจนต้องเปลี่ยนถุงบ่อยๆ อุจจาระมีลักษณะเหลวเป็นน้ำ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ		

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามฉบับนี้มีจำนวน 10 ข้อ ข้อความแต่ละข้อมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึก และทัศนคติต่อตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับมากน้อยเพียงใด และทำ เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยถือเกณฑ์ ดังนี้

- ระดับ 5 = มากที่สุด หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่าน ร้อยละ 81-100  
 ระดับ 4 = มาก หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่าน ร้อยละ 71-80  
 ระดับ 3 = ปานกลาง หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่าน ร้อยละ 61-70  
 ระดับ 2 = น้อย หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่าน ร้อยละ 51-60  
 ระดับ 1 = น้อยที่สุด หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่าน น้อยกว่าร้อยละ 50

ข้อคำถาม	ระดับความรู้สึกของท่าน				
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1. ถึงแม้มีทวารเทียมแต่ฉันรู้สึกพอใจในตนเอง					
2. เมื่อมีทวารเทียมทำให้ฉันคิดว่าตนเองไม่มีอะไรดีบ่อยๆ					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
10. ฉันมีความคิดดีเกี่ยวกับตนเอง ถึงแม้มีทวารเทียม					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามฉบับนี้มีจำนวน 32 ข้อ ข้อความแต่ละข้อเป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองที่ควรปฏิบัติในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่าในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการปฏิบัติตามข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยถือเกณฑ์ ดังนี้

- ระดับ 5 = เสมอ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นตลอด 7 วันต่อสัปดาห์  
 ระดับ 4 = บ่อยๆ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์  
 ระดับ 3 = ปานกลาง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์  
 ระดับ 2 = นานๆครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์  
 ระดับ 1 = ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติกิจกรรม				
	ไม่เลย (1)	นานๆ ครั้ง (2)	ปาน กลาง (3)	บ่อยๆ (4)	เสมอ (5)
ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป					
1. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทไม่สะดวก					
2. ท่านสามารถดื่มน้ำสะอาดได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในปัจจุบัน					
3. ....					
4. ....					
31 .....					
32.เมื่อต้องเดินทางไปชूरะนอกบ้าน เช่น โรงพยาบาล ตลาด ธนาคาร ห้องเที่ยว ฯลฯ ท่านสามารถเตรียมอุปกรณ์สำรองในการดูแลทวารเทียม					

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามฉบับนี้มีจำนวน 22 ข้อ ข้อความแต่ละข้อมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และด้านการประเมินเปรียบเทียบกับกลุ่มสมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์และพยาบาล รวมทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในยามที่เจ็บป่วย มากน้อยเพียงใด

ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่า ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย (v) ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยถือเกณฑ์ ดังนี้

ระดับ 5 = มากที่สุด	หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ร้อยละ 81-100
ระดับ 4 = มาก	หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ร้อยละ 71-80
ระดับ 3 = ปานกลาง	หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ร้อยละ 61-70
ระดับ 2 = น้อย	หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ร้อยละ 51-60
ระดับ 1 = น้อยที่สุด	หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่าน น้อยกว่าร้อยละ 50

ข้อความคำถาม	ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม				
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
<b>การสนับสนุนทางอารมณ์</b>					
1. ท่านได้รับการสัมผัสหรือการกอดที่แสดงถึงความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด					
2. เมื่อมีเรื่องเดือดร้อนหรือไม่สบายใจ ท่านไม่สามารถพึ่งพาผู้ใดได้					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
22.. บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของท่าน					

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	498
วันที่	8/ธ.ค.59
เวลา	14.46 น.
ผู้รับ	.....

เรื่อง ขอนั่งสิทธิ์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า ..... นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม ..... รหัสประจำตัว ..... 5777165736  
นิสิตสาขาวิชา ..... การพยาบาลผู้ใหญ่ ..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... 54/111 ..... ซอย ..... นวมินทร์ 70 แยก 11-3  
ถนน ..... นวมินทร์ ..... ตำบล/แขวง ..... คลองกุ่ม ..... อำเภอ/เขต ..... บึงกุ่ม  
จังหวัด ..... กรุงเทพฯ ..... รหัสไปรษณีย์ ..... 10240 ..... โทรศัพท์ ..... 08-0777-6996

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และได้รับเคมีบำบัด
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด +
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาว วิมลรัตน์ เตชะ
4. ปีของวิทยานิพนธ์ ..2557.

ลงนาม ..... ณัฐธรมย์ ชูติกาโม ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
(นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม)

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 20 ธ.ค. 59 ..... ลงนาม ..... ณัฐธรมย์ ชูติกาโม ..... (..... ณัฐธรมย์ ชูติกาโม .....)	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ..... ..... ลงนาม ..... ณัฐธรมย์ ชูติกาโม ..... (..... ณัฐธรมย์ ชูติกาโม .....)
--	---

อนุญาต  
.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
.....

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	457
วันที่	8/11/59
เวลา	14:45 น.
ผู้รับ	Clint

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า.....นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม.....รหัสประจำตัว .....5777165736  
นิสิตสาขาวิชา.....การพยาบาลผู้ใหญ่.....ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....54/111.....ซอย.....นวมินทร์ 70 แยก 11-3  
ถนน.....นวมินทร์.....ตำบล/แขวง.....คลองกุ่ม.....อำเภอ/เขต.....บึงกุ่ม  
จังหวัด.....กรุงเทพฯ.....รหัสไปรษณีย์.....10240.....โทรศัพท์.....08-0777-6996  
หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาว.วิมลรัตน์ เดชะ
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2557

ลงนาม .....นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม.....ผู้ยื่นคำร้อง  
(นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม)

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อ.ณัฐพงศ์ ..... ลงนาม .....นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม..... (.....นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม.....)	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ อ.ณัฐพงศ์ ..... ลงนาม .....นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม..... (.....นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม.....)
---	---

อนุญาต  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	409
วันที่	8/10/59
เวลา	14.47 น.
ผู้รับ	CP

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า.....นางสาวณัฐรมย์ ชูติกาโม.....รหัสประจำตัว.....5777165736  
นิสิตสาขาวิชา.....การพยาบาลผู้ใหญ่.....ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....54/111.....ซอย นวมินทร์ 70 แยก 11-3  
ถนน.....นวมินทร์.....ตำบล/แขวง.....คลองกุ่ม.....อำเภอ/เขต.....ปทุม  
จังหวัด.....กรุงเทพฯ.....รหัสไปรษณีย์.....10240.....โทรศัพท์.....08-0777-6996

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ.....แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ.....นางสาวอุษณีย์ ทับทอง
4. ปีของวิทยานิพนธ์.....2552

ลงนาม.....ณัฐรมย์ ชูติกาโม.....ผู้ยื่นคำร้อง  
(นางสาวณัฐรมย์ ชูติกาโม)

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ๑๐๑๒๓๔ 15/10/59 จาก คณะพยาบาลศาสตร์</p> <p>..... ..... ..... .....</p> <p>ลงนาม.....ณัฐรมย์ ชูติกาโม..... (.....) .....</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ อนุมัติ</p> <p>..... ..... ..... .....</p> <p>ลงนาม.....ณัฐรมย์ ชูติกาโม..... (.....) .....</p>
--	--

อนุญาต  
วิภาดา นิลประวีร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
.....





ที่ ศธ 0512.11/ 2760

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

4 ตุลาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ของรองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2536) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศา บุญทอง, รองศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และ ดร. วังนรินทร์ โรหิตตสุข เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156  
นางสาวณัฐธรมย์ ชูติกาโม โทร. 08-0777-6996

10/24/2016

MDCU &amp; KCMH Mail - Request for your permission to use your content to be instrument in my thesis



natharom chutikamo &lt;natharom.c@chulahospital.org&gt;

## Request for your permission to use your content to be instrument in my thesis

3 messages

**natharom chutikamo** <natharom.c@chulahospital.org>  
 To: geraldine.padilla@nursing.ucsf.edu  
 Cc: natharom chutikamo <natharom.c@chulahospital.org>

Wed, Sep 14, 2016 at 1:11 PM

Date September 14, 2016

Geraldine V. Padilla, Ph.D.  
 Address University of California, San Francisco.

Dear Geraldine V. Padilla, Ph.D.

My name is Ms. Natharom Chutikamo, a graduate student from Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Located in Bangkok, Thailand. I am now working on the thesis with the topic of "Predicting factors of quality of life in colorectal cancer adult patients with colostomy"

I am very interested in your article "Quality of life as a cancer nursing outcome variable" which was published earlier in Advances in Nursing Science, 8(1), 45-60 magazine.

As your article is related to my studies, I would like to request for your permission to use your questionnaires and to translate from English into Thai language.

Meanwhile, I would like to request for your full paper of "Quality of life as a cancer nursing outcome variable" and request for permission to appropriately modify into Thai cultural context.

Thank you very much and I look forward to your response.

Best regards,

Ms. Natharom Chutikamo

**Padilla, Geri** <Geri.Padilla@ucsf.edu>  
 To: natharom chutikamo <natharom.c@chulahospital.org>

Mon, Sep 19, 2016 at 11:12 PM

Dear Ms. Chutikamo,  
 You have my permission to use any of my publications or instruments. At pubmed you can download the articles as they are old.  
 Wish you much success with your project.  
 Geraldine Padilla, PhD

Sent from Geri Padilla's iPhone  
 [Quoted text hidden]

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=caae0da72f&view=pt&search=inbox&th=157275246dc46da7&siml=157275246dc46da7&siml=157433870469d6b3&si...> 1/2

ภาคผนวก จ  
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (เพิ่มเติม)



รายละเอียดตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 10-13

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	72	65.5
หญิง	38	34.5
<b>อายุ</b>		
36-40	4	3.6
41-45	4	3.6
46-50	17	15.5
51-55	18	16.4
56-60	67	60.9
$(\bar{x}= 54.77$ ปี, $SD=5.59$ , $min= 40$ ปี, $max= 60$ ปี)		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	2	1.8
คู่	103	93.6
หย่า	3	2.7
แยกกันอยู่	2	1.8
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	2	1.8
ประถมศึกษา	52	47.3
มัธยมศึกษา	12	10.9
ปริญญาตรี	32	29.1
สูงกว่าปริญญาตรี	7	6.4
ปวช.	4	3.6
ปวส.	1	0.9

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม  
จำแนกตาม อาชีพ รายได้ต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการ	28	25.5
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	6.4
เจ้าของกิจการเอง	4	3.6
ค้าขาย	19	17.3
รับจ้าง	17	15.5
เกษตรกร	16	14.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	14.5
อื่นๆ	3	2.7
<b>รายได้ต่อเดือน</b>		
ต่ำกว่า 5,000	12	10.9
5,001-10,000	16	14.5
10,001-15,000	15	14.5
15,001-20,000	24	21.3
20,001-25,000	15	13.6
25,001-30,000	17	15.5
มากกว่า 30,001	10	9.1
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
เพียงพอ	55	50
ไม่เพียงพอ	55	50

ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตามสิทธิ์ในการเบิกจ่ายค่ารักษา บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลผู้ป่วย และบทบาทของผู้ป่วยภายในครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>สิทธิ์ในการเบิกจ่ายค่ารักษา</b>		
ข้าราชการ	34	30.9
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	55	50.0
ประกันสังคม	7	6.4
ประกันชีวิต	3	2.7
รัฐวิสาหกิจ	4	3.6
ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง	7	6.4
<b>บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลผู้ป่วย</b>		
บิดา/มารดา	2	1.8
พี่/น้อง	2	1.8
สามี/ภรรยา	51	46.4
บุตร	52	47.3
เพื่อน	1	0.9
อื่นๆ	2	1.8
<b>บทบาทของผู้ป่วยภายในครอบครัว</b>		
บิดา/มารดา	68	38.6
บุตร	10	5.7
สามี/ภรรยา	66	37.5
หัวหน้าครอบครัว	32	18.2

ตารางที่ 13 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตาม กิจกรรมของผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>กิจกรรมของผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล</b>		
เดินห้างสรรพสินค้า	26	9.6
จ่ายตลาด	70	25.9
ทำบุญที่วัด	57	21.1
เดินทางไปต่างจังหวัด	44	16.3
ท่องเที่ยว	6	2.2
ไปทำงานเดิมที่เคยทำ/เปลี่ยนงานใหม่	17	6.3
อื่นๆ (เดินออกกำลังกาย)	49	18.1

จากตารางที่ 10-13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายโดยคิดเป็นร้อยละ 65.5 มีอายุ 56-60 ปี จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.77 ปี โดยมีสถานภาพสมรส จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 93.6 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 47.3 มีอาชีพรับราชการจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 มีรายได้ต่อเดือน 15,001-20,000 บาท จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 21.3 ความเพียงพอของรายได้ จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลผู้ป่วยคือ บุตร จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 47.3 รองลงมาคือสามี/ภรรยา จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4 ภายในครอบครัวผู้ป่วยมีบทบาทเป็นบิดา/มารดา จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 รองลงมาคือบทบาทสามี/ภรรยา จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และส่วนใหญ่มีกิจกรรมหลังออกจากโรงพยาบาลคือไปจ่ายตลาด จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 25.9 รองลงมาคือทำบุญที่วัด จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1

ตารางที่ 14 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตาม การวินิจฉัย ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ชนิดของการรักษา และ ประเภทของยาเคมีบำบัดที่ได้รับในขณะนั้น

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคที่ได้รับการวินิจฉัย</b>		
CA RECTUM	70	63.6
CA COLON	10	9.1
CA SIGMOID	17	15.5
CA COLORECTAL	1	0.9
CA RECTOSIGMOID	10	9.1
FAP	2	1.8
<b>ระยะของโรคมะเร็ง</b>		
ระยะที่ 2	15	13.6
ระยะที่ 3	58	52.7
ระยะที่ 4	37	33.6
<b>ชนิดของการรักษา</b>		
การผ่าตัด	15	13.6
การผ่าตัดร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด	95	86.4
<b>ประเภทของยาเคมีบำบัดที่ได้รับในขณะนั้น</b>		
ยาเคมีบำบัดชนิดรับประทาน	38	30.9
ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ	25	34.5
ได้รับยาครบตามแผนการรักษา	32	29.1
ไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัด	15	13.6



ตารางที่ 15 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตาม ประเภทของการผ่าตัด ตำแหน่งของทวารเทียม ประเภทของทวารเทียม และชนิดของ ทวารเทียม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประเภทของการผ่าตัด</b>		
LAR	57	51.8
AP/APR	20	18.2
Hartman maneuver	2	1.8
TEP	14	12.7
Colectomy/Hemicolectomy	9	8.2
Sigmoidectomy	5	4.5
อื่นๆ	3	2.7
<b>ตำแหน่งของทวารเทียม</b>		
Rt upper quadrant	32	29.1
Rt lower quadrant	50	45.5
Lt lower quadrant	28	25.5
<b>ประเภทของทวารเทียม</b>		
Colostomy	102	92.7
Ileostomy	8	7.3
<b>ชนิดของทวารเทียม</b>		
ชั่วคราว	82	74.5
ถาวร	28	25.5

ตารางที่ 16 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม  
จำแนกตาม ระยะเวลาที่มีทวารเทียม ลักษณะของทวารเทียมที่สามารถสังเกตได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาที่มีทวารเทียม</b>		
1-6 เดือน	39	35.5
7-12 เดือน	42	38.2
มากกว่า 12 เดือน	29	26.4
( $\bar{x}$ = 13.15 เดือน, SD=14.44, min= 1 เดือน, max= 108 เดือน)		
<b>ลักษณะของทวารเทียมที่สามารถสังเกตได้</b>		
<b>สีของทวารเทียม</b>		
สีชมพู/แดง	110	100
<b>ความชุ่มชื้นของทวารเทียม</b>		
ชุ่มชื้น	105	95.5
แห้ง	5	4.5
<b>การยื่นของทวารเทียม</b>		
ได้ผิวหนัง	1	0.9
ไม่ยื่น/ระดับผิวหนัง	16	14.5
ยื่นออกประมาณ 1 นิ้วครึ่ง	93	84.5
<b>ลักษณะของรูทวารเทียม</b>		
มีลักษณะตีบแคบ	3	2.7
ไม่มีลักษณะตีบแคบ	107	97.3

**ตารางที่ 16** จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตาม ระยะเวลาที่มีทวารเทียม ลักษณะของทวารเทียมที่สามารถสังเกตได้ (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ลักษณะอุจจาระใน</b>		
<b>ขณะนั้น</b>	6	5.5
เป็นน้ำ	13	11.8
เป็นก้อนเหลว	81	73.6
เป็นก้อนนิ่ม	10	9.1
เป็นก้อนแข็ง		

จากตารางที่ 14-16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งไส้ตรง จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 52.7 ชนิดของการรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 86.4 โดยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด LAR จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 51.8 ส่วนชนิดของยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในขณะนั้นส่วนใหญ่เป็นยาเคมีบำบัดชนิดรับประทาน จำนวน 38 คน คิดเป็น ร้อยละ 30.9 ตำแหน่งของทวารเทียมอยู่บริเวณหน้าท้องด้านขวาข้าง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 ประเภทของทวารเทียม ส่วนใหญ่เป็นโคลอสโตมีย์ จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 92.7 และเป็นทวารเทียมแบบชั่วคราวมากที่สุด จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 75.5 ระยะเวลาที่มีทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 7-12 เดือน จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 38.2 และลักษณะของทวารเทียมที่สามารถสังเกตได้ในขณะนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสีของทวารเทียมสีชมพู/แดง จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ทวารเทียมชุ่มชื้น จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 95.5 ทวารเทียมมีลักษณะยื่นออกมาประมาณ 1 นิ้วครึ่ง จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 84.5 รูทวารเทียมไม่ตีบแคบจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 และอุจจาระที่ออกจากทวารเทียมส่วนใหญ่เป็นก้อนนิ่ม จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 73.6

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารเทียม จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม จำนวน 110 คน

องค์ประกอบของความรู้	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม	77.04	25.14	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัด	79.54	29.75	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทวารเทียม	71.36	31.12	ปานกลาง
ความรู้โดยรวม	74.4	21.54	ปานกลาง

จากตารางที่ 17 พบว่าความรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$  = 74.4) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทวารเทียมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$  = 79.54, 77.04 และ 71.36ตามลำดับ)

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 110 คน

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	3.65	0.57	สูง

จากตารางที่ 18 พบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}$  = 3.65)

**ตารางที่ 19** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 110 คน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

องค์ประกอบของการดูแลตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน ระดับ	
		มาตรฐาน	
ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป	4.20	0.60	สูง
ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ	3.71	0.74	สูง
การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ	3.96	0.71	สูง
<b>การดูแลตนเองตนเองโดยรวม</b>	<b>3.97</b>	<b>0.63</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 19 พบว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.97$ ) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของการดูแลตนเองทั้ง 3 องค์ประกอบ พบว่าความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.20, 3.96$  และ  $3.71$  ตามลำดับ)

**ตารางที่ 20** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ตามระยะเวลาที่มีทวารเทียม จำนวน 110 คน

ระยะเวลาที่มีทวารเทียม	การดูแลตนเอง		ระดับ
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	
1-6 เดือน	3.738	0.713	สูง
7-12 เดือน	4.077	0.611	สูง
มากกว่า 12 เดือน	4.161	0.426	สูง

จากตารางที่ 20 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทวารเทียมเป็นระยะเวลามากกว่า 12 เดือน ระยะเวลาที่มีทวารเทียม 7-12 เดือน และระยะเวลาที่มีทวารเทียม 1-6 เดือน มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}$  = 4.161, 4.077 และ 3.738 ตามลำดับ)

**ตารางที่ 21** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 110 คน

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
การสนับสนุนทางอารมณ์	4.04	0.47	สูง
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	3.88	0.63	สูง
การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน	3.82	0.62	สูง
การสนับสนุนด้านการประเมิน เปรียบเทียบพฤติกรรม	4.27	0.52	สูง
<b>การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม</b>	<b>4.01</b>	<b>0.41</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 21 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}$  = 4.01) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงานอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}$  = 4.27, 4.04, 3.88 และ 3.82 ตามลำดับ)

คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม  
วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่  
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตามรายชื่อ (n = 110)

คุณภาพชีวิตรายชื่อ	Mean	SD	ระดับ
1. ท่านรู้สึกว่ามีพลังมากน้อยระดับใด	67.45	17.237	สูง
2. ท่านมีเวลานอนหลับเพียงพอตามที่ท่านต้องการในระดับใด	75.36	18.005	สูง
3. ท่านรู้สึกว่าร่างกายมีอาการอ่อนเพลียระดับใด	71.68	20.310	สูง
4. ปัจจุบันน้ำหนักตัวของท่านทำให้เกิดปัญหา	72.31	25.387	สูง
5. ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียมของท่านมากน้อยระดับใด	45.05	28.272	ปานกลาง
6. ท่านมีเพศสัมพันธ์เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด	41.18	29.233	ปานกลาง
7. สุขภาพของท่านขณะนี้เป็นอย่างไร	68.55	22.841	สูง
8. ท่านปรับตัวกับการมีทวารเทียมของท่านได้ในระดับใด	67.68	22.316	สูง
9. ท่านมีความสุขในงานอดิเรก การพักผ่อน และการเข้าสังคมในระดับใด	60.27	19.941	ปานกลาง
10. ท่านมีความพึงพอใจในการรับประทานอาหารในระดับใด	64.54	21.549	ปานกลาง
11. ท่านสามารถทำงานบ้านหรืองานประจำได้ในระดับใด	70.41	25.469	สูง
12. ท่านรับประทานอาหารได้ปริมาณเพียงพอกับความต้องการระดับใด	67.77	20.639	สูง
13. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์มากน้อยระดับใด	70.59	18.717	สูง
14. ท่านรู้สึกมีความสุขในระดับใด	63.18	19.731	ปานกลาง
15. ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตของท่านขณะนี้มากน้อยระดับใด	63.82	21.147	ปานกลาง
16. ท่านมีอาการปวดรุนแรงระดับใด	84.73	19.952	สูง
17. ท่านมีอาการปวดบ่อยมากน้อยระดับใด	84.45	22.981	สูง
18. คุณภาพชีวิตของท่านในขณะนี้เป็นอย่างไร	64.41	19.439	ปานกลาง
19. ท่านรู้สึกกลัวกลิ่นหรือการรั่วซึมของอุจจาระจากทวารเทียม	44.50	30.447	ปานกลาง
20. ท่านติดต่อและมีสัมพันธภาพกับเพื่อนและคนในครอบครัว	77.14	19.809	สูง
21. ท่านรู้สึกถูกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัวหรือคู่รักมากน้อยระดับใด	85.05	21.826	สูง
22. ท่านลำบากใจในการมองทวารเทียมมากน้อยระดับใด	63.64	29.553	ปานกลาง
23. ท่านมีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวเพียงพอกับความต้องการมากน้อยระดับใด	70.09	16.39	สูง

จากตารางที่ 22 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โดยจำแนกตามรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับ แรก ได้แก่ ข้อที่ 21 “ท่านรู้สึกถูกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัวหรือคู่รักมากน้อยระดับใด” มีคะแนนเฉลี่ย สูงสุดเท่ากับ 85.05 รองลงมาคือ ข้อที่ 16 ท่านมีอาการปวดรุนแรงระดับใด มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 84.73 และข้อที่ 17 และท่านมีอาการปวดบ่อยมากน้อยระดับใด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 84.45 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 6 “ท่านมีเพศสัมพันธ์เพียงพอกับ ความต้องการของท่านในระดับใด” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.18 รองลงมาคือ ข้อที่ 19 “ท่านรู้สึก กลัวกลืนหรือการรั่วซึมของอุจจาระจากทวารเทียม” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.50 และข้อที่ 5 “ท่าน รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียมของท่านมากน้อยระดับใด” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 45.05 ตามลำดับ

**ตารางที่ 23** ร้อยละของความรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี ทวารเทียม จำแนกตามรายข้อ (n = 110)

ข้อคำถาม	ร้อยละของ คำตอบที่ถูกต้อง (N=110)
1.สาเหตุหนึ่งของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	76.66
2.อาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ นิสัยการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง ท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ปวดแน่นท้อง ซีด อ่อนเพลีย และน้ำหนักตัวลด	80
3.การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือการผ่าตัดอย่างเดียว	60
4.การผ่าตัดทวารเทียมคือ การนำลำไส้ใหญ่/ลำไส้เล็ก มาเปิดไว้ทางหน้าท้องเพื่อเป็นทาง ระบายอุจจาระออก	73.33
5.ลำไส้ส่วนที่เป็นทวารเทียมและโผล่ออกมาที่ผนังหน้าท้อง ปกติมีสีแดงชมพู มีความชุ่มชื้น	76.7
6.ลำไส้ส่วนที่เป็นทวารเทียมและโผล่ออกมาที่ผนังหน้าท้อง รับความรู้สึกเจ็บปวดได้	70
7.ผิวหนังรอบช่องเปิดทวารเทียม ต้องไม่มีรอยแดง แผลเปื่อย หรืออาการคัน	73.33
8.ทวารเทียมมีสีคล้ำจากที่เคยเป็น หรือสีดำ เป็นอาการผิดปกติ	70
9.ลำไส้ส่วนที่เป็นทวารเทียมและโผล่ออกมาจากช่องเปิดมากกว่า 2 นิ้วเป็นอาการผิดปกติ	60
10.การมีเลือดออกบนลำไส้ที่เปิดเป็นทวารเทียม กดแล้วไม่หยุดนานกว่า 10 นาที เป็น อาการผิดปกติ	66.7
11.ถ้าพบว่าไม่มีอุจจาระออกทางทวารเทียมภายใน 12 ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการแน่นท้อง ปวดท้อง เป็นอาการผิดปกติ	63.3
12.ถ้าปริมาณอุจจาระออกมากจนต้องเปลี่ยนถุงบ่อยๆ อุจจาระมีลักษณะเหลวเป็นน้ำ ควร แจ้งให้แพทย์ทราบ	70



จากตารางที่ 23 เมื่อพิจารณาร้อยละของจำนวนผู้ที่ตอบคำถามความรู้ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โดยจำแนกตามรายชื่อพบว่า ข้อที่มีจำนวนผู้ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 2 “อาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ นิสัยการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง ท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ปวดแน่นท้อง ซีด อ่อนเพลีย และน้ำหนักตัวลด” คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาคือ ข้อที่ 5 “ลำไส้ส่วนที่เป็นทวารเทียมและโผล่ออกมาที่ผนังหน้าท้อง ปกติมีสีแดงชมพู มีความชุ่มชื้น” คิดเป็นร้อยละ 76.67 และข้อที่ 1 “สาเหตุหนึ่งของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง” คิดเป็นร้อยละ 7.66 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 3 “การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือการผ่าตัดอย่างเดียว” คิดเป็นร้อยละ 60 และข้อที่ 9 “ลำไส้ส่วนที่เป็นทวารเทียมและโผล่ออกมาจากช่องเปิดมากกว่า 2 นิ้วเป็นอาการผิดปกติ” คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา ได้แก่ ข้อที่ 11 “ถ้าพบว่าไม่มีอุจจาระออกทางทวารเทียมภายใน 12 ชั่วโมงร่วมกับมีอาการแน่นท้อง ปวดท้อง เป็นอาการผิดปกติ” คิดเป็นร้อยละ 63.3

**ตารางที่ 24** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำแนกตามรายชื่อ (n = 110)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	Mean	SD	ระดับ
1.ถึงแม้มีทวารเทียมแต่ฉันรู้สึกพอใจในตนเอง	3.16	.944	ปานกลาง
2.เมื่อมีทวารเทียมทำให้ฉันคิดว่าตนเองไม่มีอะไรดีบ่อยๆ	3.65	.934	สูง
3.ถึงแม้มีทวารเทียมแต่ฉันก็ยังรู้สึกมีสิ่งที่ดีต่อตนเองอยู่หลายประการ	3.52	.787	สูง
4.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันมีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆได้ดีเท่าเทียมกับคนปกติ	3.58	.794	สูง
5.เมื่อมีทวารเทียมทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง	3.85	.930	สูง
6.เมื่อมีทวารเทียมทำให้ฉันรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าเสมอ	4.35	.759	สูง
7.ถึงแม้มีทวารเทียมแต่ฉันก็ยังรู้สึกว่าตนเองสามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่นได้	3.67	.756	สูง
8.ฉันต้องการมีความภาคภูมิใจในตัวเองเพิ่มขึ้น	3.11	.758	ปานกลาง
9.โดยรวมแล้ว เมื่อมีทวารเทียมทำให้ฉันรู้สึกว่าตนเองทำอะไรไม่ความสำเร็จ	3.88	.775	สูง
10.ฉันมีความคิดดีเกี่ยวกับตนเอง ถึงแม้มีทวารเทียม	3.70	.954	สูง

จากตารางที่ 24 เมื่อพิจารณาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โดยจำแนกตามรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 6 “เมื่อมีทวารเทียมทำให้ฉันรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไร้ค่าเสมอ” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 รองลงมา ได้แก่ ข้อที่ 9 “โดยรวมแล้ว เมื่อมีทวารเทียมทำให้ฉันรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองทำอะไรไม่ประสบความสำเร็จ” มีคะแนนเฉลี่ย สูงสุดเท่ากับ 3.88 และ ข้อที่ 5 “เมื่อมีทวารเทียมทำให้ฉันรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไม่มีคุณภาพภูมิใจในตนเอง” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 8 “ฉันต้องการมีความภาคภูมิใจในตัวเองเพิ่มขึ้น” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 รองลงมาคือ ข้อที่ 1 “ถึงแม้มีทวารเทียมแต่ฉันรู้สึกพอใจในตนเอง” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 และ ข้อที่ 3 “ถึงแม้มีทวารเทียมแต่ฉันก็ยังรู้สึกมีสิ่งที่ดีต่อตนเองอยู่หลายประการ” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ตามลำดับ

**ตารางที่ 25** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม (n = 110) จำแนกตามรายข้อ

การดูแลตนเอง	Mean	SD	ระดับ
1. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทไม่สะดวก	3.94	.781	สูง
2. ท่านสามารถดื่มน้ำสะอาดได้เพียงพอ	4.69	.571	สูงที่สุด
3. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอ	4.11	.971	สูง
4. ท่านสามารถอาบน้ำได้ตามปกติ	4.27	1.100	สูง
5. ท่านสามารถนอนหลับได้เพียงพอ	4.16	.982	สูง
6. ท่านสามารถออกกำลังกายเบาๆ	4.22	.850	สูง
7. ท่านสามารถแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัว	4.07	.809	สูง
8. ท่านสามารถปฏิบัติตัวตามบทบาทหน้าที่	4.07	1.029	สูง
9. ท่านสามารถตัดสินใจ	4.00	.867	สูง
10. ท่านสามารถทำประโยชน์ต่อตนเอง	3.65	.915	สูง
11. ท่านสามารถปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวัน	3.65	.933	สูง
12. ท่านสามารถจัดการกับความเครียด	3.18	1.119	ปานกลาง
13. ท่านแสวงหาความรู้โดยการอ่าน	2.36	1.325	ต่ำ
14. ท่านแสวงหาความรู้โดยการสอบถาม	3.58	.892	สูง
15. ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ	4.27	.789	สูง
16. ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียม	3.89	1.144	สูง

**ตารางที่ 25** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม (n = 110) จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

การดูแลตนเอง	Mean	SD	ระดับ
17.ท่านสามารถตัดสินใจมาพบแพทย์ก่อนวันนัด	3.23	1.469	ปานกลาง
18.ท่านสามารถป้องกันการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม	3.95	6.809	สูง
19.ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสีย	4.06	.931	สูง
20.ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น	4.14	.840	สูง
25.ท่านสามารถเลือกรองรับอุจจาระเมื่อมีอุจจาระมากกว่า 1/3 ถู	4.57	1.071	สูงที่สุด
26.ท่านสามารถเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระทุกครั้งเมื่อพบว่ามีการรั่วซึม	3.99	1.511	สูง
27.ท่านสามารถเลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับขนาดของทวารเทียม	3.95	1.529	สูง
28.ท่านสามารถตัดช่องเปิดแป้น	3.60	1.649	สูง
29.ท่านสามารถติดแป้นสำหรับติดถุง	3.68	1.724	สูง
30.ท่านสามารถพับปลายถุงรองรับ	4.51	1.155	สูงที่สุด
31.ท่านสามารถเลือกเสื้อผ้าสวมใส่แบบตัวหลวม	4.65	.841	สูงที่สุด
32.เมื่อต้องเดินทางไปธุระนอกบ้านท่านเตรียมอุปกรณ์สำรอง	3.58	1.468	สูง

จากตารางที่ 25 เมื่อพิจารณาการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โดยจำแนกตามรายชื่อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 2 “ท่านสามารถดื่มน้ำสะอาดได้เพียงพอ” มีคะแนนเฉลี่ย สูงสุดเท่ากับ 4.69 และ ข้อที่ 23 “ท่านล้างมือก่อนและหลังทำความสะอาดทวารเทียม” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 และ ข้อที่ 25 “ท่านสามารถเลือกรองรับอุจจาระเมื่อมีอุจจาระมากกว่า 1/3 ถู” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 ส่วน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 13 “ท่านแสวงหาความรู้โดยการอ่าน”มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 รองลงมา ได้แก่ ข้อที่ 12 “ท่านสามารถจัดการกับความเครียด” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 และ ข้อที่ 17 “ท่านสามารถตัดสินใจมาพบแพทย์ก่อนวันนัด” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 ตามลำดับ

**ตารางที่ 26** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม (n = 110) จำแนกตามรายชื่อ

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	ระดับ
1. ท่านได้รับการสัมผัสหรือการกอดที่แสดงถึงความห่วงใย	3.67	.968	สูง
2. เมื่อมีเรื่องเดือดร้อนหรือไม่สบายใจ ท่านไม่สามารถพึ่งพาผู้ใดได้	4.35	.806	สูง
3. เมื่อท่านมีปัญหา ท่านสามารถปรับทุกข์	3.98	.938	สูง
4. บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดพูดคุยเป็นเพื่อนท่าน	4.35	.685	สูง
5. สมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดไม่สนใจเมื่อท่านเจ็บป่วย	4.64	.617	สูงที่สุด
6. ท่านได้รับกำลังใจจากแพทย์และพยาบาล	3.73	.834	สูง
7. ท่านสามารถพูดระบายความรู้สึกกับแพทย์และพยาบาลได้	3.60	.859	สูง
8. ท่านได้รับความรู้เรื่องโรคและการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากแพทย์	4.05	.709	สูง
9. ท่านได้รับความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียม จากพยาบาล	4.39	.665	สูง
10. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่ซื้ออุปกรณ์ในการดูแลทวารเทียม	3.82	.988	สูง
11. ท่านได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการประสานงานเรื่องต่างๆ	3.85	.956	สูง
12. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยอื่นๆ	3.29	1.152	ปานกลาง
13. ปัญหาเกี่ยวกับการเงินบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดสามารถให้ความช่วยเหลือท่านได้	3.77	1.029	สูง
14. กรณีที่ท่านไม่สามารถไปรับการรักษาจากแพทย์ด้วยตนเอง	3.74	1.123	สูง
15. ท่านมีคนในครอบครัวแบ่งเบาภาระงานบ้าน	4.18	.792	สูง
16. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการดูแลทวารเทียม	3.35	1.331	ปานกลาง
17. ท่านมีบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดที่ช่วยให้ท่านสามารถพักผ่อนได้	4.05	.675	สูง
18. บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดช่วยเหลือท่านในการดูแลทวารเทียม	4.42	.828	สูง
21. บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดชื่นชมและพอใจในการปฏิบัติตัว	4.06	.667	สูง
22. บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของท่าน	4.63	.588	สูงที่สุด

จากตารางที่ 26 เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โดยจำแนกตามรายชื่อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 5 “สมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดไม่สนใจเมื่อท่านเจ็บป่วย” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.64 รองลงมา ได้แก่ ข้อที่ 22 “บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดไม่สนใจในการดูแล

สุขภาพของท่าน” มีคะแนนเฉลี่ย สูงสุดเท่ากับ 4.63 และ ข้อที่ 18 “บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดช่วยเหลือท่านในการดูแลทวารเทียม” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 12 “ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยอื่นๆ” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 รองลงมาคือ ข้อที่ 16 “ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการดูแลทวารเทียม” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 และข้อที่ 7 “ท่านสามารถพูดระบายความรู้สึกกับแพทย์และพยาบาลได้” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 ตามลำดับ



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว ณัฐธรมย์ ชูติกาโม เกิดวันที่ 31 สิงหาคม 2524 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2545 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก หน่วย Pre-admission unit โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

