

## บทความวิจัย

# ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียม

อนุชตรา วรรณเสวก<sup>1</sup>วีรบุช เจียมบุญศรี<sup>2</sup>พลอยแก้ว ดวงแก้ว<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ที่มารับบริการที่งานพยาบาลออสโตมีและแผล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 จำนวน 96 ราย คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant แบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.93, 0.88, 0.94 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=54.34$ , S.D.=15.77) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ( $\bar{x}=76.82$ , S.D.=11.26) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ( $\bar{x}=44.63$ , S.D.=8.21) ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้มากที่สุด คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ( $\beta=0.69$ ,  $p<0.001$ ) รองลงมาคือ ภาวะโรคร่วม ( $\beta=-0.33$ ,  $p=0.010$ ) อายุ ( $\beta=0.21$ ,  $p=0.014$ ) และความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ( $\beta=0.18$ ,  $p=0.025$ ) ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้งหมดรวมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 77.5 ( $R^2=0.600$ ,  $p<0.05$ )

ข้อเสนอแนะสำหรับการดูแลผู้ป่วยควรมีการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การจัดการภาวะโรคร่วม การปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับช่วงวัย และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และการดูแลทวารเทียม นอกจากนี้ ควรเน้นการพัฒนาแนวทางโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด

**คำสำคัญ:** ปัจจัยทำนาย/ คุณภาพชีวิต/ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก/ ทวารเทียม

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานพยาบาลออสโตมีและแผล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ จังหวัดอุบลราชธานี

<sup>2-3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานพยาบาลออสโตมีและแผล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ จังหวัดอุบลราชธานี

Corresponding Author, Email: ostomyipd@gmail.com

วันที่รับ 8 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 20 มีนาคม 2568 วันที่ตอบรับ 8 เมษายน 2568

## Research article

# Predicting factors of quality of life in colorectal cancer with colostomy

*Anuttra Wunnasaweg<sup>1</sup>**Weeranoot Jeamboonsri<sup>2</sup> Ploykaew Dounkaew<sup>3</sup>***Abstract**

This predictive research aims to study the quality of life and factors predicting quality of life in colorectal cancer (CRC) patients with colostomy who received services at the ostomy and wound nursing care clinic, Ubon Ratchathani Cancer Hospital between October 2022 and September 2023 resulting. The study included 96 participants selected through simple random sampling. The research instruments comprised patients' demographic data, the quality of life index of Padilla and Grant, CRC with colostomy knowledge assessment and self-care assessment scale of CRC patients with colostomy and reliability was tested by using cronbach's alpha coefficient obtained at 0.93, 0.88, 0.94 and 0.86 respectively. Descriptive quantitative statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results present as following of CRC with colostomy had moderate level of quality of life ( $\bar{x}$ =54.34, S.D.=15.77 The highest mean score was in the self-image perception ( $\bar{x}$ =76.82, S.D.=11.26), while the lowest mean score was in the response to diagnosis and nutritional treatment ( $\bar{x}$ =44.63, S.D.=8.21). Significant factors predicting QOL were self-care ( $\beta$ =0.69,  $p$ <0.001), followed by comorbidities ( $\beta$ =-0.33,  $p$ =0.010), age ( $\beta$ =0.21,  $p$ =0.014), and knowledge about CRC with colostomy ( $\beta$ =0.18,  $p$ =0.025). All variables together predicted 77.5% of quality of life ( $R^2$ =0.600,  $p$ <.05).

The recommendations for patient care should include promoting self-care abilities, managing comorbid conditions, adjusting care plans to suit different age groups, and providing education about the disease and colostomy care. Additionally, emphasis should be placed on developing appropriate nutritional guidelines for this patient group, as this factor significantly impacts their quality of life

**Keywords:** predictive factors/ quality of life (QOL)/ colorectal cancer (CRC) patients/ colostomy

---

<sup>1</sup> Senior Professional Level, Head of the Department of Ostomy and Wound Care Clinic, Ubon Ratchathani Cancer Hospital, Department of Medical Services, Ubon Ratchathani Province

<sup>2-3</sup> Professional Nurse, Ostomy and Wound Care Clinic, Ubon Ratchathani Cancer Hospital, Department of Medical Services, Ubon Ratchathani Province. Corresponding Author, Email: ostomyipd@gmail.com

## บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม ในปี ค.ศ. 2020 มีรายงานจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกสูงถึง 1.93 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิต 900,000 ราย องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2045 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาคของโลก<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยจากรายงานสถิติโรคมะเร็ง พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 2 โดยมีอัตรา 15.71 ต่อประชากรแสนคน<sup>2</sup> และจากรายงานสถิติโรคมะเร็ง ในเขตสุขภาพที่ 10 มะเร็งชนิดนี้พบได้ร้อยละ 12.31 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด รองจากมะเร็งเต้านม<sup>3</sup> และจากรายงานสถิติโรคของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักร้อยละ 12.37 ซึ่งเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม<sup>4</sup> โดยสาเหตุของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารตะวันตกที่มีไขมันสูง เนื้อแดง และเนื้อแปรรูป การรับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ การออกกำลังกายไม่เพียงพอ ภาวะอ้วน ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ กลุ่มอาการพันธุกรรม FAP และ Lynch syndrome โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง ตึงเนื้ออกในลำไส้ เบาหวาน อายุที่เพิ่มขึ้น การสัมผัสสารก่อมะเร็ง และการได้รับรังสี รวมถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในสังคมไทย ส่งผลให้อัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>5</sup>

การรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีทวารเทียมทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายของอุจจาระแทนทางทวารหนัก การเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายนี้ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์และวิถีชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่องการแต่งกาย การเดินทาง ปัญหาเสี่ยงจากการผายลม กลิ่นไม่พึงประสงค์ และความยากลำบากในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง รวมถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับการยอมรับทางสังคม สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>5</sup> พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงขึ้นตามอายุ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยในช่วงอายุ 50-70 ปี และร้อยละ 86 ของผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป<sup>6</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการรายงานผู้ป่วยที่ต้องใช้ทวารเทียมใหม่มากถึง 1,000,000 คนในปี พ.ศ. 2563<sup>7</sup> แม้ว่าในประเทศไทยยังไม่มีรายงานผู้ป่วยที่มีทวารเทียมที่ชัดเจน แต่ในเขตสุขภาพที่ 10 จากสถิติย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2561-2564 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเฉลี่ยปีละ 180 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 15 ต่อปี<sup>3</sup> นอกจากนี้ จากสถิติผู้รับบริการงานพยาบาลออสโตมีและแผล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมารับบริการ ในปี พ.ศ. 2563-2565 ร้อยละ 26.53, 29.79 และ 33.58 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.15 และมีภาวะแทรกซ้อนจากทวารเทียมถึงร้อยละ 35 เช่น ผิวน้ำระคายเคือง การรั่วซึม และการอักเสบติดเชื้อ ซึ่งส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล มีภาวะทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต<sup>4</sup>

คุณภาพชีวิตเป็นประเด็นสำคัญในวงการสุขภาพและการแพทย์ โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยมะเร็ง องค์การอนามัยโลก<sup>8</sup> ให้ความสำคัญหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนและความหลากหลายของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม การประเมินและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต พบว่าแนวคิดของ Padilla and Grant<sup>9</sup> มีความเหมาะสมกับการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากแนวคิดนี้มุ่งเน้นการประเมินคุณภาพชีวิตในหลายมิติที่สอดคล้องกับผลกระทบจากโรคและการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากทวารเทียมและความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัญหาทางจิตใจจากการปรับตัวต่อภาพลักษณ์และความรู้สึกมั่นใจในตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งรวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน แนวคิดดังกล่าวยังเน้นความเชื่อมโยงระหว่างสภาวะสุขภาพกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยการนำแนวคิดนี้มาใช้จึงช่วยให้สามารถประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวและความพึงพอใจในชีวิตได้อย่างครอบคลุม และนำไปสู่การพัฒนาการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้

ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุด

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีในการเป็นสถาบันเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง และตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคมะเร็ง ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งอย่างครอบคลุมและยั่งยืน<sup>18</sup>

### วัตถุประสงค์

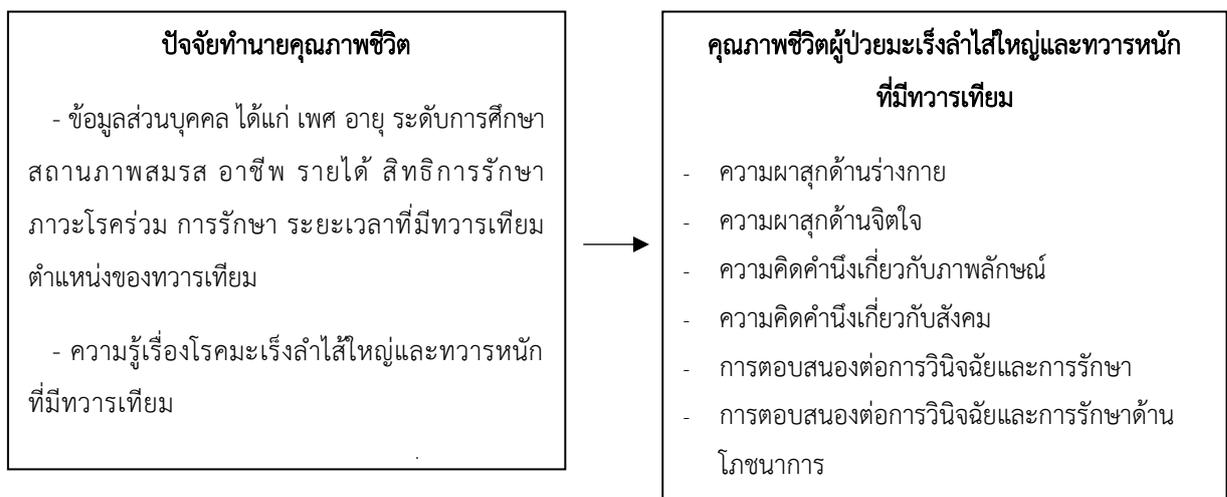
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant<sup>9</sup> ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม แนวคิดนี้มีความเหมาะสมเนื่องจากครอบคลุมมิติต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับผลกระทบจากโรคและการรักษา ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา และการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ประสบกับการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ผู้ป่วยการเผชิญกับ

ภาวะแทรกซ้อนจากทวารเทียมและความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวต่ออาการที่เปลี่ยนไปและความมั่นใจในตนเอง ด้านสังคม การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงได้กำหนดปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จากการทบทวนวรรณกรรม

ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษา ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ ภาวะโรคร่วม วิธีการรักษา ระยะเวลาที่มีทวารเทียม และตำแหน่งของทวารเทียม และปัจจัยด้านความรู้และทักษะ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่มีทวารเทียม และความสามารถในการดูแลทวารเทียม สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ที่มารับบริการที่งานพยาบาลออสโตมีและแผล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี อำเภอมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ที่มารับบริการที่งาน

พยาบาลออสโตมีและแผล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี อำเภอมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ระหว่างเดือนตุลาคม 2565-กันยายน 2566 จำนวน 96 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ระยะที่ 2-4 2) อายุ 50-70 ปี 3) ไม่มีปัญหาในการมองเห็นและอ่านออกเขียนได้ 4) สติสัมปชัญญะดี สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ 5) สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณ และการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ

(power of analysis) ของ Polit และ Beck<sup>19</sup> กำหนดขนาด effect size เท่ากับ 0.15 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (medium effect size) ใช้สูตรการคำนวณ  $N=(\lambda/f^2)+u+1$  กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ( $\alpha = .05$ ), power of test=0.8,  $\lambda=12.3$ ,  $f^2=0.15$  ตัวแปรทำนาย 13 ตัว ( $u=13$ ) เมื่อคำนวณตามสูตรดังกล่าว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 96 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ระยะเวลาการที่มี ทวารเทียม และตำแหน่งของทวารเทียม

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต quality of life index ของ Padilla and Grant (1985)<sup>9</sup> ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย วิมลรัตน์ เตชะ และรุ้งระวี นาวีเจริญ<sup>14</sup> ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.82 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 มีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก มีจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20 และ 23 ข้อความ ด้านลบ มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 4, 5, 16, 17, 19, 21 และ 22 ระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้น (linear analog scale) โดยเริ่มจาก 0 ถึง 100 เพื่อบอกความรู้สึกของผู้ตอบโดยที่ ตำแหน่งต้นหรือจุด 0 จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิต

ต่ำที่สุด และตำแหน่งปลายหรือจุด 100 จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตสูงที่สุด ในการตอบคำถามผู้ตอบจะเลือกกากบาทในจุดที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ตอบ มี 6 องค์ประกอบคือ

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

สำหรับข้อความด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมด คะแนนรวมที่ได้ จะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-2300 คะแนนยิ่งมากแสดงว่าคุณภาพชีวิตยิ่งสูง หากค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนโดยใช้คะแนนรวมหารด้วย 23 คะแนน จะอยู่ในช่วง 0-100 พิจารณาระดับคะแนนคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ของ Meiqiong<sup>20</sup> ที่ใช้แบ่งดังนี้ คะแนน 0-33.33 หมายถึง มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับต่ำ คะแนน 33.34-66.67 หมายถึง มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คะแนน 66.68-100.00 หมายถึง มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับสูง

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยประยุกต์เครื่องมือของ สุรพร ธนศิลป์ และอุษณีย์ ทับทอง<sup>21</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียม ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่อมีทวารเทียม และความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทวารเทียมและการจัดการเบื้องต้น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน และพิจารณาแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของสมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และอุษาวดี จันทรสนธิ<sup>22</sup> ดังนี้ มากกว่าร้อยละ 80 แปลว่ามีระดับความรู้สูง ร้อยละ 50-80 แปลว่ามีระดับความรู้ปานกลาง และต่ำกว่าร้อยละ 50 แปลว่ามีระดับความรู้ต่ำ

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินความสามารถในดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก "The Appraisal of Self-Care Agency Scale"<sup>23</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ข้อคำถามมีความหมายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เพื่อประเมินความสามารถในดูแลตนเอง มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเองไม่ได้ต้องมีคนช่วยทำให้ตลอดเวลา ปฏิบัติได้และต้องมีคนช่วยหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเป็นบางครั้ง และปฏิบัติได้เอง ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Best<sup>24</sup> ได้ดังนี้ คะแนน 0-10 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ คะแนน 11-20 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองปานกลาง คะแนน 21-30 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองสูง

### การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ

Padilla and Grant 3) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรค และ 4) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.67, 0.82, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ หลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้มีการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามในส่วนที่จำเป็น และนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ราย เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93, 0.88, 0.94 และ 0.86 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เลขที่ EC 012/2022 วันที่ 26 กรกฎาคม 2565 โดยอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้ จะได้รับการอธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการเข้าร่วมโครงการ รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการ ประโยชน์ที่จะได้รับและความไม่สบายหรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้จากกรรมวิธีการวิจัยและวิธีการป้องกันแก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ และให้อาสาสมัครลายมือชื่อในใบ consent form หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น ซึ่งอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียใด ๆ

เกิดขึ้น มีการรักษาความลับของข้อมูลการวิจัยและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยนี้ได้ทำการเผยแพร่

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียดตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบประเมินวิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ แล้วกลุ่มตัวอย่างลงนามยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องความครบถ้วนของข้อคำถาม หากพบว่าไม่ครบถ้วนก็ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยรายใหม่ ให้ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์

4. นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ SPSS version 22 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

### ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 96 ราย ระยะเวลารวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2565-กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 71.88 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 79.06 อายุเฉลี่ย 62 ปี (S.D.=4.95) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 84.38 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 82.29 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.0 รายได้เฉลี่ย 5,541 บาท/เดือน (S.D.=8873.73) ใช้สิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 86.46 การรักษาที่ได้รับปัจจุบันเป็นการรักษาแบบรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ร้อยละ 63.54 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีทวารเทียมเฉลี่ย 6 เดือน (S.D.=6.17) และตำแหน่งของการเปิดทวารเทียมอยู่ตำแหน่งด้านล่างซ้ายของหน้าท้องเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.54 และในด้านระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.63 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 8.33 และความรู้ระดับสูง ร้อยละ 1.04 ตามลำดับ สำหรับระดับความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.46 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 12.50 และระดับสูง ร้อยละ 1.04 ตามลำดับ โดยมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=54.34$ , S.D.=15.77) ซึ่งด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ( $\bar{x}=76.82$ , S.D.=11.26) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านการตอบสนอง

ต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ( $\bar{x}=44.63$ , S.D.= 8.21) ดังแสดงตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและในแต่ละองค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม (n = 96)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
ความผาสุกด้านร่างกาย	57.16	7.74	ปานกลาง
ความผาสุกด้านจิตใจ	59.72	14.47	ปานกลาง
ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์	76.82	11.51	สูง
ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม	51.73	8.64	ปานกลาง
การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา	60.83	11.51	ปานกลาง
การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ	44.63	8.21	ปานกลาง
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	<b>54.34</b>	<b>15.77</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) พบว่ามีเพียง 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัยนี้สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 77.5 ( $R=0.775$ ,  $R^2=0.600$ ,  $p<0.005$ ) โดยความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงที่สุด ( $\beta=0.69$ ,  $p<0.001$ ) รองลงมาคือ

ภาวะโรคร่วม ( $\beta=-0.33$ ,  $p=0.010$ ) อายุ ( $\beta=0.21$ ,  $p=0.014$ ) และความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ( $\beta=0.18$ ,  $p=0.025$ ) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2 และสามารถนำมาสร้างเป็นสมการได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม =  $23.73+21.97$  (ความสามารถในการดูแลตนเอง) -  $7.39$  (โรคประจำตัว) +  $0.33$ (อายุ)+ $11.67$ (ความรู้)

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม (n=96)

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	$\beta$	t	p-value
อายุ	.33	0.13	0.21	2.50	0.014
ภาวะโรคร่วม	-7.39	2.78	-0.33	-2.66	0.010
ความรู้	11.67	5.11	0.18	2.28	0.025
ความสามารถในดูแลตนเอง	21.97	2.48	0.69	8.85	0.000

Constant=23.73, R=0.775, R<sup>2</sup>=0.600, Adjust R<sup>2</sup>=0.531, F=86.86, p<0.005

### อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม อภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$ =54.3, S.D.=15.77) สอดคล้องกับการศึกษาของชลยา อรรถานันท์ และพีรพันธ์ ลีอนุวัชชัย (2560)<sup>10</sup> และเกศินี ธีระทองดี (2557)<sup>17</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเช่นกัน อธิบายได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จากการได้รับการรักษาที่อาจรวมถึงการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา รวมทั้งการมีทวารเทียมซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ในด้านร่างกาย ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับการสูญเสียความสามารถในการควบคุม

การขับถ่าย อาจเกิดความรู้สึกไม่สบายและสูญเสียความมั่นใจในตนเอง อีกทั้งยังต้องเรียนรู้การดูแลทวารเทียม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนจัดการกับปัญหาการรั่วซึม กลิ่น และเสียงที่อาจเกิดขึ้น ในด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจเผชิญกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง สำหรับด้านสังคม ผู้ป่วยบางรายอาจพบข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การเข้าสังคม และความกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่โดยรวม การที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งสามารถเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ตลอดจนการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ดีที่สุดคือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ( $\beta$ =0.69, p=<0.001) รองลงมาคือ ภาวะโรคร่วม ( $\beta$ =-0.33, p=0.010)

อายุ ( $\beta=0.21$ ,  $p=0.014$ ) และความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ( $\beta=0.18$ ,  $p=0.025$ ) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้ร้อยละ 77.5 ( $R^2=0.600$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมสามารถอภิปรายและเชื่อมโยงกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1. ปัจจัยด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ( $\beta=0.69$ ,  $p<0.001$ ) จากการศึกษา พบว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับหลายการศึกษาของชอลยา อัดถาณินท์ (2560)<sup>10</sup> พบว่า การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองและการสนับสนุนอย่างเป็นระบบช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการศึกษาของ Liao C and Qin Y (2014)<sup>11</sup> และ ฌันฐรมย์ ชุตติกาโม และคณะ (2560)<sup>15</sup> ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu Zhang และคณะ (2017)<sup>12</sup> ที่ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง ทั้งการดูแลทวารเทียม การสังเกตอาการผิดปกติ การจัดการผลข้างเคียงจากการรักษา และการตัดสินใจเมื่อต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ การพัฒนาทักษะเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพผ่านการฝึกอบรม

และการให้คำแนะนำอย่างเป็นระบบ การสนับสนุนทักษะการดูแลตนเองอาจรวมถึงการสอนวิธีการดูแลทวารเทียม การรับรู้และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การปรับปรุงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาหารและการออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างเหมาะสม การเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การเพิ่มพูนความรู้และทักษะจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมสุขภาพของตนเองมากขึ้น สามารถจัดการกับโรคและการรักษาของตนได้ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น

2.2 ปัจจัยด้านภาวะโรคร่วมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ( $\beta=-0.33$ ,  $p=0.010$ ) จากการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างโรคร่วมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับการศึกษา Diana Sarfat และคณะ (2016)<sup>13</sup> พบว่า โรคร่วมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเพิ่มความรุนแรงของอาการและลดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิลสัน เตซ และ รุ่งระวี นาวิเจริญ (2559)<sup>14</sup> ที่ พบว่า การไม่มีโรคร่วมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการรักษาและการดูแลทวารเทียมได้ดีกว่า อธิบายได้ว่าการมีโรคร่วมหลายโรค เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น ทำให้การจัดการดูแลมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากต้องปรับการรักษาให้เหมาะสมกับแต่ละโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดความเหนื่อยล้า เรื้อรัง และมีความเสี่ยงจากการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.3 ปัจจัยด้านอายุ ( $\beta=0.21$ ,  $p=0.014$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.06) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มีอายุเฉลี่ย 62 ปี (S.D.= 4.95)

มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลรัตน์ เตชะ และ รุ่งระวี นาวีเจริญ (2559)<sup>14</sup> ที่พบว่า ผู้สูงอายุช่วง 60-69 ปี มีแนวโน้มปรับตัวและยอมรับการมี ทวารเทียมได้ดีกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์ชีวิต และวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่สูงกว่า สามารถจัดการ ความเครียดและความไม่สุขสบายได้ดี ยังพบว่า ผู้สูงอายุในช่วงอายุนี้อาจยังสามารถดูแลตนเองได้ดี มีความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ของร่างกาย และสามารถจัดการกับสภาพปัญหา สุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มอายุที่มากกว่า อีกทั้งยังมีเวลา และความใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้นเนื่องจาก ส่วนใหญ่เกษียณจากการทำงาน ส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามคำแนะนำของ ทีมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลเชิงบวก ต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุช่วง 60-69 ปี มีประสบการณ์ชีวิตและพัฒนาทักษะ การดูแลตนเองมากกว่าจึงสามารถจัดการกับ สภาพปัญหาและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากการมีทวารเทียมได้ดีกว่า ความสามารถในการปรับตัวและยอมรับต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ อาจมี ประสิทธิภาพมากขึ้นเนื่องจากประสบการณ์ชีวิต ที่มากกว่า ซึ่งรวมถึงการเรียนรู้และพัฒนาทักษะใน การจัดการกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ผู้ป่วยที่อายุ มากจะได้รับประโยชน์จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ในชีวิต ทำให้สามารถหาวิธีการในการจัดการกับ ความท้าทายทางจิตใจและร่างกายที่ตามมา หลังจากการผ่าตัดได้ดีกว่า การมีทัศนคติที่ดีและ มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวกับสถานการณ์ใหม่ ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.4 ปัจจัยด้านความรู้เรื่อง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ( $\beta=0.18, p=0.025$ ) โดยพบระดับความรู้เรื่อง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.63 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธรมย์ ชุตติกาโม และคณะ (2560)<sup>15</sup> ที่พบว่า ระดับความรู้ของ กลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับปานกลาง และการให้ความรู้ และการศึกษาเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษา ของ Hanan G และ El-Gamil (2008)<sup>16</sup> ที่พบว่า การให้ความรู้ที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการดูแลและการจัดการภาวะแทรกซ้อน ของทวารเทียม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อธิบาย ได้ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาความรู้และ ความเข้าใจในเรื่องของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก รวมถึงการรักษาที่ตนเองได้รับความรู้นี้ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนและเตรียมตัวรับมือ กับการรักษาที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมช่วยให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ด้านการพัฒนาบริการพยาบาล ควรมีพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถใน การดูแลตนเอง ที่ครอบคลุมทั้งการฝึกทักษะ การดูแลทวารเทียมและการจัดการภาวะแทรกซ้อน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่าง มีประสิทธิภาพ โดยเน้นระบบที่มีการดูแลแบบ บูรณาการสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เป็นการประสาน

ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด มุ่งเน้น การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม เนื่องจากโภชนาการ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มากที่สุด

## 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 มีการพัฒนาและทดสอบ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ และ ทักษะในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้ การวิจัยเชิงทดลอง (experimental research)

2.2 ควรศึกษาปัจจัยที่ทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีโรคร่วม เป็นต้น เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับ แต่ละกลุ่ม มีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยที่มีอายุ 60-69 ปี กับผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป เพื่อวิเคราะห์ข้อจำกัดและความต้องการ ที่แตกต่างกันของแต่ละช่วงวัย

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Cancer today Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2020 [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://www.gco.iarc.fr/today/home>
2. Rojanamatin J, Ukranun W, Supaattagorn P, Chiawiriyabunya I, Wongsena M, Chaiwerawattana A. et al. Cancer in Thailand Volume X 2016-2018 [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 13]. Available from: [https://www.nci.go.th/e\\_book/cit\\_x/index.html](https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html). (in Thai)
3. National Cancer Institute (Thailand), Ministry of Public Health. Definition of Indicators of Service Plan Cancer Field 2561-2565 [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 13]. Available from: <http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=inquiryCancerPopulation>. (in Thai)
4. Ubon Ratchathani Cancer Hospital, Cancer Registry Unit. Cancer statistics, Ubon Ratchathani Cancer Hospital (hospital-based cancer registry) 2022. Ubon Ratchathani: Siritham Offset Printing; 2022. (in Thai)
5. Thai Society of Gastrointestinal Surgeons. Clinical practice guideline for the management of colorectal cancer, revised edition 2022. Bangkok: Royal College of Surgeons of Thailand; 2022. (in Thai)
6. Prasangsit C, Rungsangchan K. Nursing care for patients with intestinal and abdominal stoma: experiences from experts. 2nd ed. Bangkok: P.A. Living Co., Ltd.; 2019. (in Thai)
7. United Ostomy Associations of America: UOAA. Living with an ostomy [Internet]. [cited 2022 May 1]. Available from: [www.ostomy.org/living-with-an-ostomy](http://www.ostomy.org/living-with-an-ostomy)
8. World Health Organization. Quality of life assessment: International perspectives. Geneva: WHO; 1993.
9. Padilla GV, Grant MM. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. ANS Adv Nurs Sci. 1985;8(1):45-60.

10. Attaphinan C, Lueboonthavatchai P. Quality of life and related factors among colorectal cancer patients with stoma at King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red Cross Society. *J Contemp Med.* 2017;61(3):386-400. (in Thai)
11. Liao C, Qin Y. Factors associated with stoma quality of life among stoma patients. *CA: a cancer journal for clinicians.* 2014;1(2):196-201. doi:10.1016/j.ijnss.2014.05.007
12. Zhang Y, Xian H, Yang Y, Zhang X, Wang X. Relationship between psychosocial adaptation and health-related quality of life of patients with stoma: A descriptive, cross-sectional study. *Journal of clinical nursing.* 2017;28(15-16):2880-8.
13. Sarfati D, Koczwara B, Jackson C. The impact of comorbidity on cancer and its treatment. *CA Cancer J Clin.* 2016;66(4):337-50. doi:10.3322/caac.21342
14. Techa W, Naweecharoen R. Predictive factors of quality of life in colorectal cancer patients with stoma receiving chemotherapy. *Kuakarun J Nurs.* 2016;23(1):133-46. (in Thai)
15. Chutikamol N, Naweecharoen R, Losiriwat R. Predictive factors of quality of life in adult colorectal cancer patients with stoma. *Royal Thai Navy Med J.* 2017;44(3):103-16. (in Thai)
16. Hanan G, El-Gamil A. Study to identify the level of knowledge and self care performance of the colostomy patients and its effects on their quality of life. *J Med.* 2008;38(5):63-73.
17. Teerathongdee K, Ronritwivai C. Predictive factors of quality of life among elderly colorectal cancer patients with colostomy [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2014. doi:10.14457/MU.the.2014.108. (in Thai)
18. Ministry of Public Health. Service plan for cancer 2022–2027. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
19. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
20. Yu M. Social support and quality of life of Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1997. (in Thai)
21. Thanasin S, Thapthong U. Effect of a self-efficacy promotion program on quality of life among colorectal cancer patients receiving chemotherapy. *Chulalongkorn Univ Nurs J.* 2010;22 (Spec No):54-66. (in Thai)
22. Pithiyauwat S, Chantasonthi U. Measurement and evaluation in the classroom: from theory to practice. In: *Statistics, research, and educational evaluation units 1–5.* Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University; 1994. (in Thai)
23. Evers GCM. Appraisal of self-care agency ASA-scale: reliability and validity testing of Dutch version of the ASA-scale measuring Orem's concept self-ca. Assen/ Maastricht: Van Gorcum and Comp BV; 1989.
24. Best JW. *Research in Education.* 3rd ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1977.