

ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก  
ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2557  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression  
in Colorectal Cancer Colostomy Patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Miss Wilasinee Piputphon



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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และ  
ซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวาร  
เทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
สภากาชาดไทย  
โดย นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล  
สาขาวิชา สุขภาพจิต  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก แพทย์หญิงโสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(แพทย์หญิงโสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(แพทย์หญิงมุกิตา พนาสถิตย์)

วิลาสินี พิพัฒนผล : ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression in Colorectal Cancer Colostomy Patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital.) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัฐโชคโรจน์, 131 หน้า.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ.จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก (Prevalence) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม ตึก ภปร.ชั้น 6 จำนวน 80 ราย ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม จนถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ด้วยตนเอง ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านการรักษา 2) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 4) แบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Thai-HADS การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Chi-Square test สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) และใช้สถิติ Multivariate Logistic Regression analysis เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีความชุกของภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 35 และความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10 และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่มีทวารเทียม ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยหรือกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในเรื่อง การเข้าสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม และมีปัจจัยที่ทำนายภาวะวิตกกังวล ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ( $OR=5.07$ ;  $95\%CI=1.57-16.42$ ) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน ( $OR=5.19$ ;  $95\%CI=1.14-23.64$ ) และระยะเวลาที่มีทวารเทียมน้อยกว่า 3 เดือน ( $OR=4.96$ ,  $95\%CI=1.58-15.58$ ) แต่ไม่สามารถหาปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าได้เนื่องจากไม่ตรงตามเงื่อนไขที่มีผู้ป่วยแค่ 8 case เท่านั้น

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ดังนั้นการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม อาจจะช่วยลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องได้

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ .....  
ลายมือชื่อนิสิต .....  
สาขาวิชา สุขภาพจิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ปีการศึกษา 2557

# # 5674075230 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: DEPRESSION / ANXIETY / COLORECTAL CANCER COLOSTOMY PATIENTS

WILASINEE PIPUTPHON: Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression in Colorectal Cancer Colostomy Patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital.  
ADVISOR: SOLAPHAT HEMRUNGROJN, M.D., 131 pp.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to estimate the prevalence and associated factors of anxiety and depression in colorectal cancer patients after colostomy surgery at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Data were collected from 80 patients with colorectal cancer after colostomy surgery at Out-Patient Department of Surgery, King Chulalongkorn Memorial Hospital from May to October 2014. Self-report included: 1) Demographic data and medical history; 2) Self-esteem questionnaire; 3) The Personal Resource Questionnaire; 4) Thai Hospital anxiety and depression scale (Thai-HADS) All these were completed by the patients. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, Chi-Square test, Pearson's correlation and multivariate logistic regression analysis to predict associated factors with anxiety and depression in colorectal cancer colostomy patients. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

The results showed that the prevalence of anxiety in colorectal cancer colostomy patients were 35 percent and the prevalence of depression in colorectal cancer colostomy patients were 10 percent. The statistically significant factors associated with anxiety were age, duration of illness, duration of colostomy surgery, socialization, self-esteem and social support. Self-esteem and social support were significantly associated with depression. In multivariate regression analysis, statistically significant factors associated with anxiety were aged 60 years or more (OR=5.07; 95%CI=1.57-16.42), duration of illness less than 6 months (OR=5.19; 95%CI=1.14-23.64) and duration of colostomy surgery less than 3 months (OR=4.96, 95%CI=1.58-15.58), but can't do regression analysis to find factors associated with depression because limited assumption of study was found 8 patients with depression.

Self-esteem and social support were associated with anxiety and depression in colorectal cancer colostomy patients. Self-esteem should be respected and social support given for post colostomy surgery colorectal cancer patients in order to decrease anxiety and depression.

Department: Psychiatry

Student's Signature .....

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2014

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีจากความอนุเคราะห์ของแพทย์หญิงโสฬสพัทธ์ เหมรัฐชูโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำปรึกษา และความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการทำวิจัย อีกทั้งยังเสียสละเวลาในการแก้ไขข้อบกพร่อง และให้คำแนะนำในการที่จะให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงเป็นไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์.ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ผู้คอยให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาการวิเคราะห์ทางสถิติ ทั้งยังช่วยแก้ไขและตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และแพทย์หญิงมุกิตา พนาสถิตย์ ที่ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพื่อแก้ไขให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ของเนื้อหาและรายละเอียด

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ตึก ภปร.ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการวิจัยและขอกราบขอบพระคุณแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ณ.ตึก ภปร.ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเพื่อทำวิจัยครั้งนี้ อีกทั้งผู้ช่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องทุกท่านที่ยินดี และยินยอมในการให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา หัวหน้าหอผู้ป่วยจงกลนี้ชั้น 1 ที่ส่งเสริมและสนับสนุนผู้วิจัยให้ได้รับการศึกษาที่ดีและขอขอบคุณทุกคนที่ศึกษาชั้นปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต เพื่อนสนิททุกคนของข้าพเจ้าที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจอันดี และอยู่เคียงข้างผู้วิจัยเสมอมา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ธุรการภาค ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่ให้การแนะนำและให้ความช่วยเหลือ ทั้งในด้านการศึกษาและการศึกษาและการทำการวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างยิ่ง

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญรูปภาพ .....	16
บทที่ 1.....	17
บทนำ .....	17
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	17
คำถามการวิจัย .....	19
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	19
ขอบเขตของการวิจัย .....	20
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	20
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	21
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย.....	21
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย .....	22
อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข .....	22
ปัญหาทางจริยธรรม .....	22
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	23
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	24
1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องทางหน้าท้อง .....	24
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก .....	24
ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก .....	25

พยาธิวิทยา (Pathogenesis).....	26
การดำเนินโรค อาการและอาการแสดง.....	27
การวินิจฉัยโรค.....	28
การพยากรณ์โรค.....	28
การรักษาโรค.....	29
การรักษาโดยการผ่าตัด.....	31
การผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy).....	33
ข้อบ่งชี้ในการทำทวารเทียมทางหน้าท้อง.....	33
ชนิดของทวารเทียมทางหน้าท้อง.....	34
การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคมของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเปิดทวาร เทียมทางหน้าท้อง.....	34
ด้านร่างกาย.....	34
ด้านจิตใจ.....	36
ด้านจิตสังคม.....	37
กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภายหลังจากได้รับผ่าตัดเปิด ทวารเทียมทางหน้าท้อง.....	38
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem).....	45
ความหมาย.....	45
พัฒนาการของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง.....	46
กระบวนการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง.....	47
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง.....	48
ลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง.....	49
3. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support).....	52
ความหมาย.....	52



แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม .....	52
องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม.....	53
ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม .....	53
ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ .....	54
4. ภาวะวิตกกังวล (Anxiety).....	55
ความหมาย.....	55
สาเหตุของภาวะวิตกกังวล.....	56
สาเหตุของภาวะวิตกกังวลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้า ท้อง.....	57
ระดับของภาวะวิตกกังวล.....	58
ชนิดของภาวะวิตกกังวล.....	59
ประเภทของภาวะวิตกกังวล.....	59
ปัจจัยที่อิทธิพลต่อภาวะวิตกกังวล.....	60
อาการและอาการแสดงของภาวะวิตกกังวล .....	60
เกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มอาการวิตกกังวล .....	61
ผลของภาวะวิตกกังวล .....	62
การประเมินภาวะวิตกกังวล .....	62
5. ภาวะซึมเศร้า (Depression).....	63
ความหมาย.....	63
สาเหตุของภาวะซึมเศร้า.....	65
สาเหตุของภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ...	66
ระดับของภาวะซึมเศร้า.....	67
ชนิดของภาวะซึมเศร้า.....	67

ประเภทของภาวะซีมีเศร่า.....	68
ปัจจัยที่อิทธิพลต่อภาวะซีมีเศร่า.....	69
อาการและอาการแสดงของภาวะซีมีเศร่า.....	70
เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซีมีเศร่า.....	71
ผลของภาวะซีมีเศร่า.....	72
การประเมินภาวะซีมีเศร่า.....	72
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	73
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	77
รูปแบบการวิจัย.....	77
ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology).....	77
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	77
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	79
เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร.....	79
การรวบรวมข้อมูล (Data Collection).....	81
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis).....	82
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
ส่วนที่ 1 ผลจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ การผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง.....	83
ส่วนที่ 1 ผลจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ การรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง.....	85
1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล.....	85
1.2 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา.....	88
1.3 ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ.....	93
1.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง.....	94

1.5 การสนับสนุนทางสังคม .....	94
ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง .....	95
ส่วนที่ 3 ผลของการความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยสถิติ Chi-square.....	96
3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า..	96
3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษากับภาวะวิตกกังวลแล ภาวะซึมเศร้า .....	103
3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจกับภาวะวิตกกังวล และภาวะ ซึมเศร้า .....	113
3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับภาวะวิตกกังวลและภาวะ ซึมเศร้า .....	115
3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า .....	116
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency) .....	117
ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องด้วย Multivariate Logistic Regression analysis .....	119
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	121
สรุปผลการวิจัย.....	121
อภิปรายผลการวิจัย.....	124
ข้อจำกัดในการทำวิจัย .....	129
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้ .....	130
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	130

รายการอ้างอิง..... 131

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 15



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน และความเพียงพอของรายได้.....	85
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด และ โรคประจำตัว.....	87
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตาม สาเหตุของการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม ชนิดของ ทวารเทียม ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่มีทวารเทียม การได้รับรู้ว่าจะต้องมีทวารเทียม ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และการได้รับคำแนะนำในการดูแลทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด .....	88
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามการดูแลทวารเทียม.....	90
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนจากการเปิดทวารเทียมทางหน้า ท้อง .....	91
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามสิทธิในการรักษาพยาบาล เมื่อมีปัญหาผู้ให้ความ ช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในครอบครัว .....	93
ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละ ของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย.....	94
ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละ ของการสนับสนุนทางสังคม .....	94
ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทาง หน้าท้องที่มีภาวะวิตกกังวล.....	95
ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทาง หน้าท้องที่มีภาวะซึมเศร้า.....	95
ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับตัวแปรส่วนบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square.....	96
ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรส่วนบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square.....	97
ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรเกี่ยวกับโรคในผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square.....	98



ตารางที่ 27 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square.....	112
ตารางที่ 28 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square .....	113
ตารางที่ 29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square.....	114
ตารางที่ 30 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square.....	115
ตารางที่ 31 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square.....	115
ตารางที่ 32 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square.....	116
ตารางที่ 33 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square.....	116
ตารางที่ 34 การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) .....	117
ตารางที่ 35 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องด้วย Multivariate Logistic Regression analysis .....	119

## สารบัญรูปภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	23
ภาพที่ 2 แสดงวัสดุและอุปกรณ์รองรับสิ่งขั้บถ่าย .....	38
ภาพที่ 3 แสดงลักษณะผิวหนังรอบทวารเทียมแยกออกจากกัน .....	41
ภาพที่ 4 แสดงลักษณะช่องทางเปิดทวารเทียมตีบแคบลง .....	41
ภาพที่ 5 แสดงลักษณะลำไส้ยื่นยาว .....	42
ภาพที่ 6 แสดงลักษณะข้อเปิดลำไส้หดรั้ง .....	42
ภาพที่ 7 แสดงลักษณะการเกิดไส้เลื่อนบริเวณข้อเปิดของลำไส้.....	43
ภาพที่ 8 แสดงลักษณะการอักเสบตามรูขุมขนรอบช่องทางเปิดทวารเทียม .....	43
ภาพที่ 9 แสดงลักษณะการเกิดผื่นแดงของผิวหนังรอบช่องทางเปิดทวารเทียม .....	44
ภาพที่ 10 แสดงลักษณะแผลถลอกของผิวหนังรอบช่องทางเปิดทวารเทียม .....	44



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2555<sup>(1)</sup> พบว่าประชากรโลกเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งถึง 8.2 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2559 และเพิ่มเป็น 11.4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 ทำให้โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรโลก โดยพบว่าโรคมะเร็งที่พบในเพศชาย คือ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งตับ และในเพศหญิง คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ตามลำดับ

และพบว่าอัตราประชากรชาย 10.9 คนต่อประชากร 100,000 คน และผู้หญิงมีอัตราส่วนอยู่ที่ 7.3 คนต่อประชากร 100,000 คน ทั่วโลก พบผู้ป่วยรายใหม่ในโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ประมาณ 1 ล้านคนต่อปี และจะมีผู้เสียชีวิตสาเหตุจากโรคนี้นี้ประมาณ 0.5 ล้านคนต่อปี ในช่วงปี 2544-2546 พบโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนที่อยู่ในช่องท้องในเพศหญิง 5.2 ราย และในส่วนลำไส้ตรง 2.6 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คนและในเพศชายพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ในช่องท้อง 7.4 รายและในส่วนลำไส้ตรง 3.7 รายต่อประชากรชาย 100,000 คน<sup>(2)</sup>

นอกจากนี้พบว่าสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2552 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ ทั้งหมด 136,717 รายและเป็นเพศชาย 70,223 ราย และเพศหญิง 66,494 ราย และพบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด 51,848 รายเป็นเพศชาย 26,806 ราย และเพศหญิง 25,042 ราย<sup>(2)</sup>

จากข้อมูลสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี 2555<sup>(3)</sup> มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของประชากรในประเทศไทย โดยพบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นมะเร็งที่พบได้มากในระบบทางเดินอาหาร และเป็นมะเร็งอันดับที่ 1 ในเพศชาย (ร้อยละ 16.2) อันดับที่ 3 ในเพศหญิง (ร้อยละ 9.6) เป็นปัญหาสุขภาพที่นับวันมีความสำคัญมากขึ้น ตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมและพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป

และสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในปี พ.ศ. 2552 - 2555 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักถึงปีละ 1,402 -1,810 คนต่อปี และได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องถึงปีละ 194-264 คนต่อปี (12.52-17.04 %) และพบว่าจะมีจำนวนสูงขึ้นทุกปี

เนื่องด้วยการรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือ การผ่าตัด โดยต้องพยายามตัดส่วนที่เป็นมะเร็งออกให้หมด รวมถึงการป้องกันการกระจายของมะเร็ง<sup>(4)</sup> จึงจำเป็นต้องมีการทำทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy) เพื่อเป็นทางขับถ่ายของอุจจาระแทนทวารหนัก<sup>(5)</sup> การผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับเป็นซ้ำของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้ป่วยบางรายหลังผ่าตัดต้องได้รับการรักษาพร้อมหลายวิธี ได้แก่ การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด<sup>(6)</sup> เป็นต้น

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ทั้งที่เป็นชนิดชั่วคราวหรือชนิดถาวร มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ในการทำงานขับถ่ายอุจจาระ การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการที่เดิมขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนักเป็นทวารเทียมหน้าท้องแทน เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางการขับถ่ายอุจจาระ ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยทันที รวมทั้งมีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต<sup>(7)</sup> ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ การไม่สามารถควบคุมการไหลของอุจจาระได้ จำเป็นต้องมีถุงรองรับอุจจาระตลอดเวลา ซึ่งถุงที่ภายในบรรจุสิ่งขับถ่าย เป็นสิ่งที่ไม่น่าดู ทั้งลักษณะ สี กลิ่น และแก๊สที่ออกมายังรบกวน สร้างความน่ารังเกียจแก่ผู้ที่มีทวารเทียมเอง และผู้ที่อยู่ใกล้เคียง<sup>(8)</sup> โดยหลังผ่าตัดระยะแรกผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของแผลผ่าตัด และอาจต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาสลบจากการผ่าตัด เมื่ออาการโดยทั่วไปดีขึ้นแล้วผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยมักจะอายู้สึกว่าตนเองแตกต่างไปจากบุคคลอื่น เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม เป็นผลให้ผู้ป่วยแยกตัวไม่กล้าเข้าสังคม<sup>(9)</sup> และการที่ต้องมีทวารเทียมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ทั้งหน้าที่การงาน การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การพักผ่อน การเดินทาง การเข้าสังคม ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ทำให้ผู้ป่วยมีความคับข้องใจ รู้สึกอาย ขาดความมั่นใจ กลัวคนอื่นจะรังเกียจ และไม่สามารถจัดระเบียบการดำเนินชีวิตใหม่ และอาจเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย สิ้นหวังและขาดความสุขในการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายจนทำให้สูญเสียการทำกิจวัตรประจำวัน และนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หรือ Self-esteem อันประกอบด้วยความตระหนักรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Self-respect) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) จนกลายเป็นภาพแห่งตน (Self-image) เกิดเป็นความเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า มีความหมาย มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับคนอื่น และการปรับตัวให้เข้าสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป โดยผู้ป่วยอาจต้องช่วยเหลือตนเอง และพึ่งพาผู้อื่น ทำให้มองเห็นครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมาก ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจเกิดขึ้น และถ้าหากไม่สามารถที่จะใช้กลไกทางจิตที่ดี หรือมีการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดีก็จะกระทบ

ต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก และส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวล (Anxiety)<sup>(10)</sup> กลัว ผลร้ายที่จะเกิดกับตนทั้งอาการข้างเคียงจากการรักษา การกลับมาเป็นซ้ำของโรค เป็นต้น

นอกจากนี้การมีทวารเทียมที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย ผู้ป่วยยังต้องดูแลการใช้ถุงรองรับอุจจาระ เผชิญกับกลิ่นและแก๊ส การเปราะเปื้อนของอุจจาระ การระคายเคืองของผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ และความไม่สุขสบายต่างๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ อึดอัดใจ ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ปรับตัวได้ยากเพราะอุจจาระเกี่ยวข้องกับจิตใจ ผู้ป่วยซึ่งคิดว่าน่าละอาย ทำให้ต้องเปิดเผยเหมือนเด็ก ปฏิกริยาของผู้ป่วยจะแตกต่างกัน ตั้งแต่ยอมรับได้ง่ายจนถึงแยกตัว ผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดนั้น ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล (Anxiety) กลัว<sup>(10)</sup> จนอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ได้

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะซึมเศร้า (Depression) จัดได้ว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อย แต่มักถูกละเลยไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องจัดเป็นผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ผลร้ายแรงที่สุด คือ การฆ่าตัวตาย

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ในมิติของการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น ร่วมทั้งวางแผนการดูแลเมื่อเกิดต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ความชุกของภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุก (Prevalence) ของภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมี

### ตัวแปรที่ศึกษา

**ตัวแปรอิสระ (Independent variable) คือ**

ปัจจัยส่วนบุคคล : เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา : ประวัติโรคประจำตัว และประวัติการใช้สารเสพติด ชนิดของทวารเทียม สาเหตุของการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่มีทวารเทียม การได้รับรู้ว่าต้องมีทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด การได้รับคำแนะนำในการดูแลทวารเทียม ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด การดูแลทวารเทียม ผู้ที่ช่วยดูแลเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ ผลกระทบต่อผู้ดูแล การล้างมือหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม แหล่งความรู้ที่ได้รับในการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม และภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ

ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ : สิทธิการรักษาพยาบาล เมื่อมีปัญหาผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม

**ตัวแปรตาม (Dependent variable) คือ** คะแนนของภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า โดยรวม ที่ได้จากแบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai-HADS)

### ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษานี้จะศึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

## ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเท่านั้น อาจไม่สามารถสรุปผลการวิจัยนี้ว่าเป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมของโรงพยาบาลอื่นๆ หรือไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทั้งหมดได้

## การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย

**ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)** หมายถึง ความเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า มีความหมาย มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมผู้อื่น มีโอกาสที่จะสำเร็จ ได้รับสิ่งที่มุ่งหมาย มีสุขได้ เช่นเดียวกับก่อนการเจ็บป่วย ก่อนการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

**การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)** หมายถึง การสนับสนุนทางด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านอารมณ์ เน้นที่บุคคลในครอบครัว พ่อแม่ ญาติพี่น้อง และคู่สมรส ที่มีส่วนสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

**ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)** หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ กระวนกระวายใจ หวาดกลัวของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง หรือกลัวเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเป็นอันตรายต่อตนเอง เป็นสิ่งที่ไม่ดี เป็นผลต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ร่างกาย และพฤติกรรม

**ภาวะซึมเศร้า (Depression)** หมายถึง เป็นภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ร่วมกับความเปราะบางด้านความคิด การรับรู้ ความเปราะบางทางด้านร่างกายและพฤติกรรม มีอาการและอาการแสดงออก โดยเกิดความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความคิดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง เนื่องจากไม่ยอมรับและปรับตัวในการมีทวารเทียม

โดยใช้แบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Thai hospital anxiety and depression scale (Thai-HADS) ของ Zigmond และ Snaite (1983)<sup>(11)</sup> ฉบับภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2539)<sup>(12)</sup> โดยคิดคะแนนแบ่งเป็นภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในแต่ละข้อคำถามแบ่งออกจากกัน และแปลผลแบ่งออกเป็น 0 – 7 คะแนน คือผู้ป่วยไม่มีภาวะวิตกกังวลหรือ ภาวะซึมเศร้า 8 คะแนนขึ้นไป คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลหรือ ภาวะซึมเศร้า

**ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง (ileostomy, colostomy) ทั้งชนิดชั่วคราวและชนิดถาวร

### ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางใน การให้คำแนะนำ คำปรึกษา การวางแผน การรักษาดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม เพื่อลดการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

### อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย อาจเป็นอุปสรรคในเรื่องการเก็บข้อมูล โดยการมาตรวจรักษานั้น ผู้วิจัยไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูลได้ชัดเจน ดังนั้นต้องรอเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้กลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด

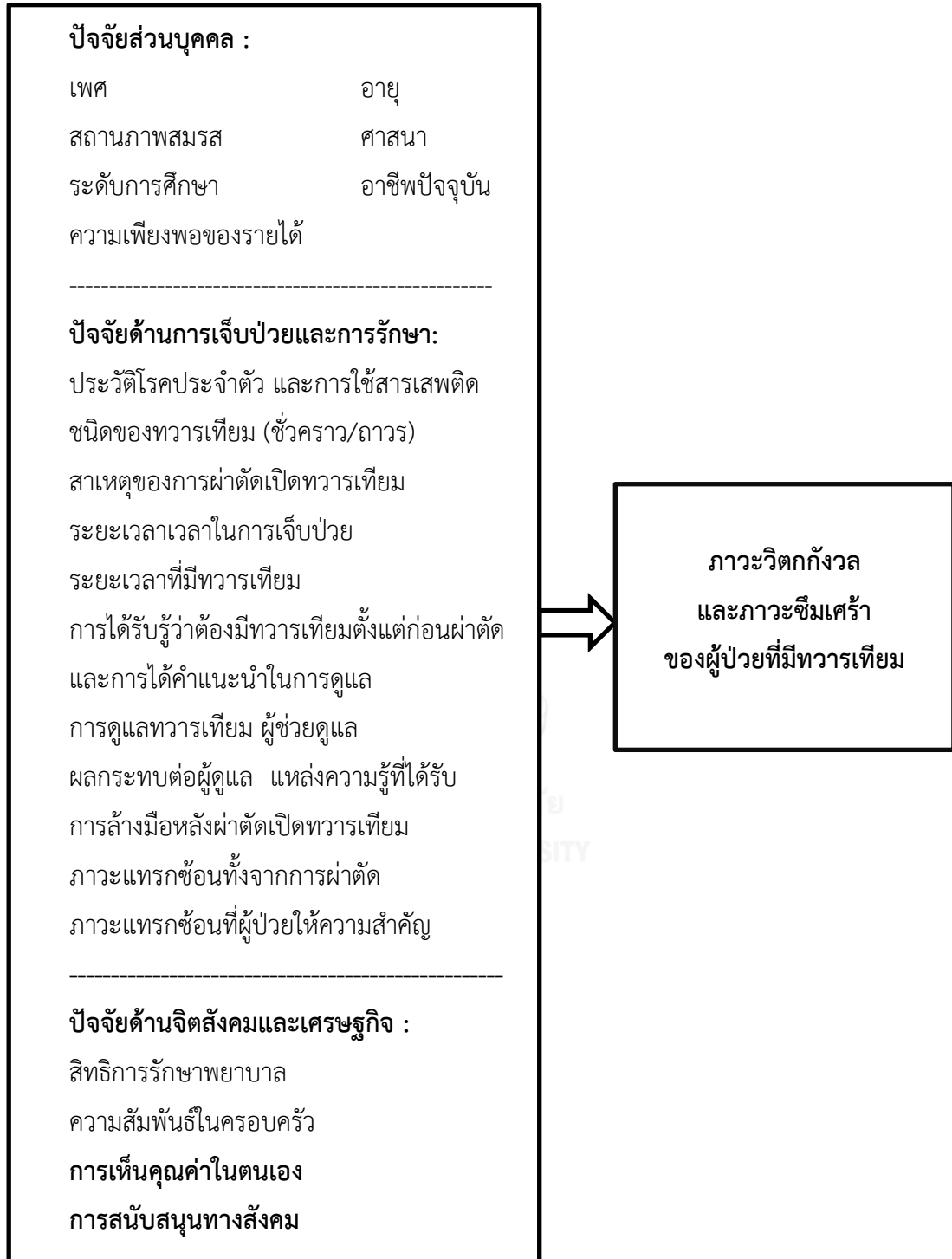
### ปัญหาทางจริยธรรม

การทำวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วย อาจมีส่วนให้ผู้ป่วยกังวลว่าจะเกิดผลเสียแก่ตนเองหากไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นการประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และไม่เกิดอคติอย่างแท้จริง รวมถึงการลดความกังวลเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อมูลการรักษา โดยผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของผู้ป่วยเป็นความลับ และจะมีผู้เข้าถึงข้อมูลได้แค่ผู้ป่วยและผู้ทำการวิจัยเท่านั้น

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ตัวแปรอิสระ

### ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุม หัวข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)
3. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
4. ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)
5. ภาวะซึมเศร้า (Depression)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องทางหน้าท้อง มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโรคปี พ.ศ. 2555<sup>(1)</sup> พบว่าประชากรโลกเสียชีวิตด้วยมะเร็งถึง 8.2 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2559 และเพิ่มเป็น 11.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 ทำให้มะเร็งที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของทั้งประชากรโลกและพบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (CA colorectal) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย รองจากมะเร็งปอด (CA lung) และมะเร็งต่อมลูกหมาก(CA prostate) และเป็นอันดับ 2 เพศหญิงรองจากมะเร็งเต้านม (CA breast)<sup>(1)</sup>

ถึงแม้ว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะมีอุบัติการณ์ต่ำกว่ามะเร็งอีกหลายชนิดเช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปอดก็ตาม แต่กลับมีอัตราการตายสูงกว่า ทำให้มีการศึกษาประเมินว่าการตรวจคัดกรองโรคนี้น่าจะยังไม่ได้ผลดีทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่ออาการของโรคดำเนินไปมากแล้ว ในปี 2004 มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกถึง 1,023,152 คน และเป็นสาเหตุการตายของประชากร 528,978 คน พบว่าอุบัติการณ์สูงสุดของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่พบในผู้ชายคือที่เมืองนางาซากิ ประเทศญี่ปุ่น และในเพศหญิง คือที่ประเทศนิวซีแลนด์ ส่วนมะเร็งทวารหนักนั้น พบว่าผู้ชายที่มีอุบัติการณ์สูงสุดอยู่ที่เมืองฮิโรชิมา ประเทศญี่ปุ่น ส่วนผู้หญิงนั้นคือ กลุ่มผู้หญิงจนในสิงคโปร์<sup>(13)</sup> และจากรายงานประจำปี



ของ American Cancer Society ในปี 2005 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักถึง 145,290 ราย และเสียชีวิตจากโรคนี้อีก 56,290 ราย จึงได้จัดเป็นความชุกอันดับสองรองลงมาจากมะเร็งเต้านมในผู้หญิง อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปีและประมาณว่า มีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 1.6 ต่อปี โดยมี 5 year survival rate เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 61 แต่ก็เปลี่ยนแปลงไปตามระยะของโรค และมีการศึกษาที่เรียกว่า EUROCHIP<sup>(14)</sup> แสดงให้เห็นว่า incidence และ survival ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้การเข้าถึงการรักษาพยาบาลแตกต่างกันไป

### ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็น Multifactorial disease ที่พยาธิสภาพเกิดจาก inherited predisposition และ environment factors มีหลักฐานทางระบาดวิทยาชัดเจนว่า diet และ lifestyle เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อุบัติการณ์แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ หรือแต่ละประเทศ เช่น ในยุโรปและสหรัฐอเมริกา อาจพบโรคนี้อันได้ถึงร้อยละ 5 ในประชากรที่อายุ 75 ปี<sup>(14)</sup> โดยพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีอุบัติการณ์สูงสุดที่อายุ 70 ปี ทั้งนี้ร้อยละ 90 ตรวจพบเจอโรคเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี และพบอุบัติการณ์ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี เพียงร้อยละ 5

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเป็น sporadic disease ไม่พบหลักฐานว่าผู้ป่วยมีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ และผู้ป่วยนั้นก็เลยไม่ carry สิ่งที่เป็น high risk mutation ไปสู่ลูกหลาน ซึ่งมีจำนวนร้อยละ 85 ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด ขณะที่มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เป็น hereditary disease และกลุ่มที่มี family history พบรวมกันเพียงร้อยละ 15

มีหลักฐานสนับสนุนอย่างแน่ชัดว่าการบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูง หรือมี animal fat จำนวนมาก เช่น ในกลุ่ม red meat โดยมาการศึกษาทดลองในสัตว์ทดลองพบว่า ไขมันเหล่านี้เป็นพิษต่อเยื่อลำไส้ใหญ่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อลำไส้ใหญ่และอาจกลายเป็นมะเร็งในที่สุด ร่วมกับการมีผักและผลไม้ที่มีสูงในปริมาณน้อย จะทำให้อุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มสูงขึ้น แต่ในขณะที่การรับประทาน น้ำมันมะกอก และน้ำมันเมล็ดฝ้ายไม่เพิ่มปัจจัยเสี่ยง

การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า โรคเบาหวาน และการมีน้ำหนักตัวมากกว่าค่ามาตรฐาน ทำให้อุบัติการณ์ของการเกิด polyp สูงขึ้นและลำไส้อักเสบชนิด inflammatory bowel disease จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักมากกว่าคนปกติ 4.8 เท่า แต่จะเสี่ยงเพิ่มขึ้น 8.6-20 เท่าหากป่วยเป็นโรคลำไส้อักเสบก่อนอายุ 30-40 ปี<sup>(15)</sup> ทั้งนี้ไม่มีความแตกต่างในความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างโรค ulcerative colitis และ Crohn's Disease<sup>(16)</sup>

ในทางตรงกันข้ามกับ high fiber diet จะมีผลป้องกันโรคนี้อีกได้ การใช้ยาในกลุ่ม NSAID หรือ Aspirin เป็นเวลานาน ถูกพบโดยบังเอิญว่าทำให้เกิดอุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ลดลง นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับสารอาหาร แร่ธาตุ วิตามิน จำนวนมากมีช่วยเพิ่ม หรือ ลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้<sup>(2)</sup>

### พยาธิวิทยา (Pathogenesis)

มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมากเป็น Adenocarcinoma พบบริเวณใกล้ทวารหนัก และเป็นชนิดอื่น แคร่ร้อยละ 5 เช่น Squamous cell carcinoma, Cloacogenic หรือ Transitional cell carcinoma หรือ Melanocarcinoma ซึ่งพบบริเวณใกล้ทวารหนัก บริเวณอื่นอาจเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองระยะเริ่มต้น และ Carcinoid

ลักษณะที่มองเห็นด้วยตาเปล่าของมะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างกันตามตำแหน่งก้อนมะเร็ง ถ้าตำแหน่งของก้อนมะเร็งที่ Cecum มักมีลักษณะเป็นก้อนขนาดใหญ่ จนเลือดไม่สามารถมาเลี้ยงได้พอ จนทำให้เกิดการตายเฉพาะส่วน (Necrosis) ได้ง่าย ทำให้มีเลือดออก ลักษณะของก้อนมะเร็งจะพบได้เกือบทุกตำแหน่งของลำไส้ทั้งซีกซ้ายและซีกขวา โดยมะเร็งจะขยายตัวตามแนวขวางเป็นวงรอบ หรือเกือบรอบทำให้ลำไส้บริเวณนั้นแคบลงและที่ผิวอาจเป็นแผลได้ด้วย ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ได้ง่าย

มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักจะเริ่มจาก Intramucosal epithelial lesion ของ Adenomatous polyps หรือที่ Glands ของเยื่อบุลำไส้ เมื่อขยายตัวใหญ่ขึ้นจะมีการลุกลามผ่าน Muscularis mucosae และลุกลามเข้าสู่หลอดเลือด หรือทางเดินน้ำเหลือง ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองเฉพาะ บริเวณ regional lymphnodes อวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ติดกับลำไส้และอวัยวะที่อยู่ห่างออกไปได้ตามลำดับ และพบในส่วนน้อยที่มีการแพร่กระจายโดยไม่ผ่าน Muscularis mucosae ตำแหน่งของมะเร็งมีความสำคัญต่อการแพร่กระจาย เช่น บริเวณลำไส้ตรง เป็นอวัยวะที่ถูกตรึงอยู่กับที่และไม่มี serosa มะเร็งจึงลุกลามผนังออกมาสู่เนื้อเยื่อรอบๆ ได้ง่าย ไปสู่กระเพาะปัสสาวะ ช่องคลอด หรือเส้นประสาทในอุ้งเชิงกราน มะเร็งที่อยู่ในระหว่างหนึ่งในสามของส่วนล่างของลำไส้ จะแพร่กระจาย 2 ทางคือผ่าน Superior hemorrhoidal vein ไปยังเส้นเลือดดำไปตับหรือผ่าน Middle hemorrhoidal vein เข้า Inferior vena cava ไปสู่ปอด หรือถ้ามะเร็งอยู่บริเวณสองในสามส่วนบนของลำไส้ตรง จะผ่านทางหลอดเลือดดำในช่องเชิงกรานทั้งหมดทำให้อาจลุกลามไปยังส่วนเอวและอกได้ สำหรับมะเร็งที่อยู่บริเวณเหนือลำไส้ตรง จะมะเร็งแพร่กระจายโดยผ่านต่อมน้ำเหลือง และแพร่กระจายไปทางต่อมน้ำเหลือง ตามหลอดเลือดดำไปสู่ตับและปอดต่อไป<sup>(2)</sup>

## การดำเนินโรค อาการและอาการแสดง

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เกิดขึ้นจากเซลล์ในชั้นเยื่อบุลำไส้ใหญ่ (mucosa) จึงเป็นชนิด Adenocarcinoma จากนั้นเซลล์มะเร็งจะลุกลามไปสู่ผนังลำไส้ใหญ่ ต่อมน้ำเหลืองรอบข้าง อวัยวะข้างเคียง และลุกลามไปสู่อวัยวะอื่นที่ไกลออกไป โดยการดำเนินมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเหมือนกัน แตกต่างกันว่าทวารหนักเป็นอวัยวะที่อยู่ในอุ้งเชิงกราน จึงมีอาการและอาการแสดงของโรครวมทั้งข้อพิจารณาในการรักษาต่างไปจากมะเร็งลำไส้ใหญ่

อาจตรวจพบจากการคัดกรองโรคโดยผู้ป่วยไม่มีอาการ และอาการที่จะมาพบแพทย์มากที่สุดคือการมีเลือดออกทางทวารหนัก โดยเป็นเลือดสีแดงสด สีคล้ำ เลือดปนกับอุจจาระเหลว หรือแยกจากอุจจาระแข็ง ออกก่อน ออกพร้อมกัน หรือออกตามหลังการถ่ายอุจจาระอาจมีมูกปน การเปลี่ยนแปลงระบบการขับถ่าย ถ่ายอุจจาระลำบาก ผู้ป่วยมักต้องรับประทานยาระบายหรือใช้ยาสวนทางทวารหนักเพื่อให้อุจจาระง่ายขึ้น อุจจาระก้อนเล็กลงเหมือนขี้แพะ มีความรู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่หมด หรือมีท้องผูกสลับกับท้องเสีย เนื่องจากก้อนมะเร็งในลำไส้อุดกั้นทำให้อุจจาระก้อนใหญ่ออกไม่ได้ ผู้ป่วยมักเข้าใจผิดว่าเป็นโรคริดสีดวงทวาร มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นสาเหตุสำคัญของการอุดตันของลำไส้ใหญ่ ถ้าเป็นลำไส้ใหญ่อุดตันมักนึกถึงมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ 15% ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะมาด้วยลำไส้ใหญ่อุดตัน โดยมีอาการไม่ผายลม ไม่ถ่าย ปวดท้องแบบบีบและคลาย

นอกจากนี้อาจมีอาการร่วมอื่น เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวลดลง ปัสสาวะลำบาก มีเลือดออกจากร่วม หรือมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด รวมทั้งอาจพบอาการปวดลิ้นในอุ้งเชิงกรานและร้าวลงไปที่ขา กรณีที่ก้อนมะเร็งลุกลามไปในอวัยวะข้างเคียง

ส่วนมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้นบางรายอาจพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย ซีดลง อุจจาระสีดำหรือคล้ำได้ก้อนในบริเวณช่องท้อง และปวดท้องซึ่งอาการจะขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด ขอบเขตของก้อน อาการนำหนักลดมักแสดงถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมักกระจายไปบริเวณตับและปอด แต่ในระยะแรกมักไม่แสดงอาการ ในระยะท้ายสุด ผู้ป่วยจะมีอาการเหลือง ท้องโต ไอแห้ง หรือหายใจได้ไม่เต็มอิ่ม

ตรวจสภาพร่างกายโดยทั่วไป ความแข็งแรงของผู้ป่วย อาการซีด เหลือง การทำงานของระบบหายใจ หัวใจและหลอดเลือด การตรวจช่องท้องเพื่อประเมินว่ามีอุจจาระคั่งในลำไส้มากหรือไม่ มีตับโต คลำได้ก้อนภายในช่องท้องหรือไม่ บางรายหากมีการกระจายไปที่เยื่อภายในช่องท้อง (carcinomatosis peritoneal) อาจตรวจพบมีน้ำในช่องท้อง (ascites) หรือก้อนที่สีดือ (Sister Mary Joseph nodule) รวมถึงการคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้า และขาหนีบทั้ง 2 ข้าง



ใหญ่ มักเกิดภายใน 4 ปี หลังผ่าตัด เพราะฉะนั้นหากโรคไม่กำเริบภายใน 5 ปี อาจถือว่าผู้ป่วยหายจากโรคแล้ว

— ลักษณะทางพยาธิสภาพ ลักษณะที่สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ได้แก่ Poorly differentiated, Mucinous Scirrhous signet-ring, Lymphatic venous and perineural invasion และลักษณะที่สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ดี ได้แก่ Well differentiated และ Inflammatory response and Lymphocytic infiltration

— ปัจจัยทางคลินิก อายุของผู้ป่วยที่ต่ำกว่า 30 ปี ส่วนใหญ่ลักษณะของโรคมืดความรุนแรง ตำแหน่งของมะเร็ง มะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย (Transverse colon, Descending colon and Sigmoid colon) การพยากรณ์โรคดีกว่าที่ลำไส้ซีกขวา (Cecum and Ascending colon) ดีกว่าที่บริเวณไส้ตรงและลำไส้ส่วนโค้ง และบริเวณไส้ตรง ตามลำดับ

— ระดับของ Serum carcino-embryonic antigen (CEA) ก่อนผ่าตัด เฉพาะผู้ป่วยใน Dukes' class A และ B ถ้าระดับ CEA สูง การพยากรณ์โรคจะไม่มีเท่าที่ควร

## การรักษาโรค

การรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่ จะแบ่งตามระยะของโรค<sup>(17)</sup> ดังนี้

**ระยะที่ 0 (TisN0M0)** คือ ตังเนื้อเยื่อลำไส้ใหญ่ที่เซลล์มีการเปลี่ยนแปลง (carcinoma in situ, high grade dysplasia) ซึ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะนี้ไม่มีความเสี่ยงต่อการกระจายของเซลล์มะเร็งไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง ดังนั้นสามารถรักษาโดยการตัดตังเนื้อเยื่อเหล่านี้ออก ด้วยวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (endoscopy) ด้วยการตัดออกเพียงครั้งเดียว เพื่อให้ได้ขอบเขตที่ชัดเจนและปราศจากเซลล์มะเร็ง จากนั้นติดตามการรักษาด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นระยะ เพื่อตรวจการกลับเป็นซ้ำบริเวณดังกล่าว

**ระยะที่ I (T1N0M0) หรือที่เรียกว่า malignant polyp** ซึ่งโดยส่วนใหญ่ มักทราบว่าเป็นมะเร็งหลังจากตัดตังเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (polypectomy) อนึ่ง การรักษา malignant polyp ขึ้นกับความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำและการกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง โดยต้องติดตามอาการเช่นเดียวกับระยะที่ 0 แต่หากพบข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ให้ผ่าตัดลำไส้ใหญ่เช่นเดียวกับระยะที่ 2-3 ได้แก่ พบเซลล์มะเร็งที่ก้านหรือฐานของตังเนื้อยื่นชนิดฐานแคบ (pedunculated polyp) ระยะห่างจากเซลล์มะเร็งจากขอบที่ตัดไม่เกิน 1 มิลลิเมตร มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปสู่หลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง (lymphovascular invasion) ลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็นชนิด poorly differentiated หรือเป็นตังเนื้อยื่นชนิดฐานกว้าง (sessile polyp) ที่มีเซลล์มะเร็งลุกลามถึงชั้น submucosa

ระยะที่ I (T2N0M0) และระยะที่ IIA (T3N0M0) รักษาโดยการตัดลำไส้ใหญ่พร้อมหลอดน้ำเหลืองและหลอดเลือดบริเวณข้างเคียงออกและต่อลำไส้ใหญ่เข้าหากัน จากนั้นติดตามอาการอย่างไรก็ตามระยะ IIA ที่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปสู่หลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลืองลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็นชนิด poorly differentiated จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่เลาะได้ต่ำกว่า 12 ต่อมลำไส้คู่กันจากก้อนมะเร็งหรือลำไส้แตก ต้องได้รับการรักษาโดยด้วยยาเคมีบำบัด (adjuvant chemotherapy) ภายหลังการผ่าตัดเสริม

ระยะที่ IIB-IIC (T4a-T4bN0M0) และระยะที่ III (anyT, N1-2, M0) ระยะนี้รักษาด้วยการตัดลำไส้ใหญ่พร้อมหลอดน้ำเหลืองและหลอดเลือดบริเวณข้างเคียงออกและต่อลำไส้ใหญ่เข้าหากัน และให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัดเสริม

ระยะที่ IV (anyT, anyN, M1) กรณีที่มีการกระจายของโรคไปสู่อวัยวะอื่น เช่น ปอด ตับ หรืออวัยวะอื่นมีข้อพิจารณาดังนี้

— หากก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่และมะเร็งที่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นสามารถผ่าตัดได้ รวมทั้งสภาพร่างกายของผู้ป่วยพร้อมสำหรับการผ่าตัดใหญ่ให้ผ่าตัดก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ออกพร้อมกับมะเร็งที่กระจาย และให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเสริม

— หากก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่และมะเร็งที่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นสามารถผ่าตัดได้ แต่สภาพร่างกายผู้ป่วยไม่พร้อมสำหรับการผ่าตัดใหญ่ สามารถเลือกได้ 2 วิธีคือ

1). ผ่าตัดก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ จากนั้นให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจรวมกับการรักษาแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) ประมาณ 2-3 เดือน และพิจารณาผ่าตัดมะเร็งที่กระจาย ร่วมกับการให้เคมีบำบัดหลังผ่าตัด

2). ให้ยาเคมีบำบัดเป็น neoadjuvant chemotherapy ซึ่งอาจรวมกับการรักษาแบบมุ่งเป้า ประมาณ 2-3 เดือน เพื่อดูการตอบสนองของโรค จากนั้นพิจารณาผ่าตัดมะเร็งที่ลำไส้และมะเร็งที่กระจาย โดยอาจผ่าตัดพร้อม หรือไม่พร้อมกันขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย

— หากมีการกระจายไปสู่อวัยวะอื่น แต่ไม่สามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งที่กระจายออกได้หมด มีแนวทางการรักษาดังนี้

1). ให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจรวมกับการรักษาแบบมุ่งเป้าและดูการตอบสนองต่อยาทุก 2 เดือน หากสามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่และมะเร็งที่กระจายได้ให้พิจารณาผ่าตัด โดยอาจผ่าตัดพร้อม หรือไม่พร้อมกันขึ้นกับสภาพผู้ป่วย

2). หากก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ทำให้เกิดลำไส้คู่กัน หรือเลือดออกในปริมาณมาก จะพิจารณาให้ผ่าตัดก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ออกจากนั้นให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจรวมกับการรักษาแบบ

มุ่งเป้า และดูการตอบสนองต่อยาทุก 2 เดือน พิจารณาผ่าตัดมะเร็งที่กระจายหากอยู่ในบริเวณที่สามารถตัดออกหมดได้

### การรักษาโดยการผ่าตัด

มีรายละเอียดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนมะเร็ง<sup>(17)</sup> ดังนี้

1. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วน cecum หรือ ascending colon ผ่าตัด right hemicolectomy คือ การผ่าตัดลำไส้ตั้งแต่ลำไส้เล็กส่วนปลาย (terminal ileum) 10 เซนติเมตร ไล่ตั้ง ลำไส้ใหญ่ส่วน cecum, ascending colon, hepatic flexure of colon และ transverse colon ส่วนที่อยู่ต้นต่อ หลอดเลือดแดง middle colic ตัดหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ ileocolic, right colic และ right branch of middle colic จากนั้นต่อลำไส้เล็กส่วน ileum เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วน transverse colon

2. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วน hepatic flexure of colon หรือ transverse colon ผ่าตัด extended right hemicolectomy คือ การผ่าตัดลำไส้ตั้งแต่ลำไส้เล็กส่วนปลาย (terminal ileum) 10 เซนติเมตร ไล่ตั้ง ลำไส้ใหญ่ส่วน cecum, ascending colon, hepatic flexure of colon และ transverse colon ส่วนที่อยู่ปลายต่อหลอดเลือดแดง middle colic จนพังก้อนมะเร็ง ตัดหลอดเลือดแดงและหลอดเลือด ileocolic, right colon, middle colic และ left branch of middle colic จากนั้นต่อลำไส้เล็ก ส่วน ileum เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วน transverse colon

3. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วน splenic Flexure of colon หรือ descending colon ผ่าตัด left hemicolectomy คือ การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ส่วน transverse colon, splenic flexure of colon, descending colon และ sigmoid colon ส่วนต้น ตัดหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ middle colic ,left colic และ first branch of sigmoid จากนั้นต่อลำไส้ใหญ่ส่วน transverse colon เข้ากับลำไส้ส่วน sigmoid colon

4. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วน sigmoid colon ผ่าตัด sigmoidectomy ให้ตัดลำไส้ตั้งแต่ส่วน descending colon ส่วนปลาย และ sigmoid colon ตัดหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ inferior mesenteric และ sigmoid จากนั้นต่อลำไส้ใหญ่ส่วน descending colon เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนบน (upper rectum) หรือที่เรียกว่า anterior resection

5. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วน rectosigmoid colon และมะเร็งลำไส้ส่วนต้นผ่าตัด anterior resection โดยทำ partial mesorectal excision (PME) หรือ adequate mesorectal excision (AME) ตัดลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ส่วน descending colon ส่วนปลาย sigmoid colon และลำไส้ส่วนต้น และส่วนกลาง (middle rectum) ตัดหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ inferior mesenteric และ sigmoid จากนั้นต่อลำไส้ส่วน descending colon เข้ากับลำไส้ส่วนกลาง โดยมีขอบเขตของลำไส้ที่

ปกติห่างจากขอบล่างสุดของก้อนมะเร็ง 5 เซนติเมตร ซึ่งรอยต่อลำไส้จะอยู่เหนือ anterior peritoneal reflection นั้นหมายถึง รอยต่อลำไส้อยู่ในช่องท้อง

6. มะเร็งลำไส้ส่วนกลาง ผ่าตัด low anterior resection โดยทำ total mesorectal excision (TME) ตัดลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ส่วนปลาย descending colon หรือ sigmoid colon ส่วนต้น ขึ้นกับปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ใหญ่หลังการตัดหลอดเลือดแดง inferior mesenteric ที่ขั้ว (high ligation of IMA) นั่นคือบริเวณที่แตกแขนงออกจากหลอดเลือดแดง aorta ส่วนต้นต่อหลอดเลือดแดง left colic แตกแขนงออก รวมกับการตัดลำไส้ส่วนต้น กลางและส่วนปลาย (lower rectum) โดยต้องเลาะลำไส้ทั้งหมดออกอุ้มเชิงกราน จากนั้นต่อลำไส้ใหญ่ส่วน descending หรือ sigmoid colon เข้ากับลำไส้เล็กส่วนปลาย โดยมีขอบเขตของลำไส้ที่ปกติห่างจากขอบล่างสุดของก้อนมะเร็ง 2 เซนติเมตร ทั้งนี้จะต้องเลาะลำไส้ใหญ่ส่วน splenic flexure และ/หรือตัดหลอดเลือดดำ inferior mesenteric ในตำแหน่งขอบล่างของตับอ่อน เพื่อสามารถดึงลำไส้ใหญ่ด้านบนลงไปต่อกับลำไส้เล็กส่วนปลายโดยไม่มีภาวะดึงที่รอยต่อลำไส้ รอยต่อลำไส้หลังการผ่าตัดชนิดนี้จะอยู่ต่ำกว่า anterior peritoneal reflection

7. มะเร็งลำไส้เล็กส่วนปลาย ผ่าตัด ultralow anterior resection หรือ extended low anterior resection ซึ่งการผ่าตัดเช่นเดียวกับ low anterior resection แต่เป็นการต่อลำไส้ใหญ่ส่วน descending หรือ sigmoid colon เข้ากับทวารหนัก (anus) ที่บริเวณขอบบนของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (anorectal ring) หรือที่เรียกว่า coloanal anastomosis เป็นการผ่าตัดที่พยายามไม่ตัดกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักออก และให้ขอบเขตของลำไส้เล็กที่ปกติห่างจากขอบล่างสุดของก้อนมะเร็ง 2 เซนติเมตร หากทำการผ่าตัดแบบ TME โดยการทำให้ coloanal anastomosis นั้น หากเป็นการตัดต่อลำไส้เข้าหากันด้วยเครื่องมือตัดต่อลำไส้ รอยต่อลำไส้จะอยู่บริเวณขอบบนของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก ซึ่งลำไส้ใหญ่ส่วนต้นที่นำมาต่ออาจต่อเข้าแบบตรง (Straight anastomosis) หรือพับลำไส้ใหญ่ส่วนต้นเข้าหากัน (J-pouch anastomosis) เพื่อลดอาการถ่ายเหลวในระยะ 1 ปีแรกหลังการผ่าตัด แต่หากก้อนเนื้ออกอยู่ใกล้ขอบบนของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักมาก จำเป็นต้องผ่าตัดด้วย handsewn coloanal anastomosis นั่นคือการเลาะเย็บหูรูดทวารหนัก (mucosectomy) ตั้งแต่บริเวณ dentate line ขึ้นไปที่ขอบบนของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก จากนั้นต่อลำไส้ด้วยการเย็บด้วยไหมเย็บบริเวณ dentate line และในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักแข็งแรงมาก อาจตัดกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักขึ้นไปพร้อมกับเย็บหูรูดทวารหนัก โดยการทำให้ coloanal anastomosis จำเป็นต้องเลาะลำไส้ใหญ่ส่วน splenic flexure ตัดหลอดเลือดดำ inferior mesenteric ในตำแหน่งขอบล่างของตับอ่อน และตัดหลอดเลือดแดง inferior mesenteric ที่ขั้วเสมอ เพื่อสามารถดึงลำไส้ใหญ่ด้านบนลงไปต่อกับทวารหนักโดยไม่มีภาวะดึงที่รอยต่อลำไส้



ทั้งนี้การผ่าตัด low anterior resection และ ultralow anterior resection มีโอกาสเกิดรอยต่อลำไส้รั่วสูง จึงแนะนำให้ผ่าตัดยกลำไส้เล็กส่วนปลายขึ้นเป็น protective (diverting) ileostomy เพื่อไม่ให้อุจจาระตกลงไปสู่รอยต่อลำไส้ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานรุนแรง เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

8. มะเร็งลำไส้เล็กส่วนปลายที่ไม่สามารถผ่าตัด ultralow anterior resection with coloanal anastomosis ได้ เนื่องจากก้อนมะเร็งลุกลามถึงกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก ให้ผ่าตัด Abdominoperineal resection (APR) ซึ่งเป็นการผ่าตัด ultralow anterior resection ร่วมกับการตัดกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักและผิวหนังรอบทวารหนักออก จากนั้นนำลำไส้ใหญ่ส่วน descending หรือ sigmoid colon เปิดออกเป็นทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy) ที่ผนังหน้าท้องด้านซ้ายล่าง<sup>(17)</sup>

### การผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy)

Colostomy หมายถึง ลำไส้ใหญ่ที่นำออกมาเปิดไว้หน้าท้องให้อุจจาระออก อาจทำได้ชั่วคราวหรือตลอดไปก็ได้ การเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้เช่นนี้ทำได้หลายลักษณะ เช่น ดึงออกมาเป็น loop (เรียกว่า loop Colostomy) หรือนำปลายบนมาเปิดไว้ (end หรือ terminal colostomy) หลังจากตัดปลายล่างออกทั้งหมด หรือเย็บปิดปลายล่างออกทั้งหมด หรือเย็บปิดปลายล่างหรือนำทั้งสองปลายมาเปิดไว้ด้วยกัน (double barreled colostomy) นอกจากนี้ยังมีทวารเทียมทางหน้าท้องที่นำลำไส้เล็กมาเปิด (ileostomy)

### ข้อบ่งชี้ในการทำทวารเทียมทางหน้าท้อง

1. เพื่อลดแรงดันในลำไส้และระบายอุจจาระเหนือบริเวณที่ colon อุดตัน
2. เพื่อมิให้อุจจาระผ่านรอยต่อลำไส้ซึ่งอาจรั่วหรือมิให้ผ่านบริเวณที่เป็น รุทะลุ เช่น การทะลุระหว่างลำไส้และช่องคลอด
3. เพื่อทำหน้าที่แทน anus ในผู้ที่ทำ Abdominoperineal (AP) resection หรือในกรณีที่ยังไม่สามารถต่อลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดได้<sup>(18)</sup>
4. ลำไส้มีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด (congenital anomalies) เช่น ไม่มีรูทวารหนัก (imperforated anus) หรือมีการตีบแคบของรูทวารหนัก (Constrictive anus)
5. ลำไส้ใหญ่มีการทะลุ หรือมีการติดเชื้อ เช่น ulcerative colitis, crohn's disease หรือ diverticulitis
6. มะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักบริเวณไส้ตรง ca rectum หรือ ca sigmoid colon มักจะทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน

7. ลำไส้ใหญ่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เช่น ถูกรถชน ถูกแทง หรืออุทจารหนักได้รับบาดเจ็บมีแผลทะลุ<sup>(19)</sup>

**ชนิดของทวารเทียมทางหน้าท้อง** การแบ่งชนิดของทวารเทียมทางหน้าท้อง สามารถแบ่งได้หลายลักษณะดังนี้<sup>(20)</sup>

1. แบ่งตามชนิดของการผ่าตัด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

— ทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดถาวร (permanent colostomy) เป็นทวารเทียมทางหน้าท้องที่เกิดจากการผ่าตัดที่ไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาขับถ่ายอุจจาระในช่องทางปกติเหมือนเดิมได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทวารเทียมทางหน้าท้องติดตัวไปตลอดชีวิต

— ทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดชั่วคราว (temporary colostomy) เป็นการผ่าตัดลำไส้และทางเปิดหรือทางเบี่ยงชั่วคราว ซึ่งแพทย์มักทำเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในผู้ป่วยที่จำเป็น ซึ่งภายหลังแพทย์จะทำการผ่าตัดปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง และผู้ป่วยก็สามารถกลับไปขับถ่ายในช่องทางปกติได้อีก

2. แบ่งตามส่วนของลำไส้ที่นำมาทำทวารเทียมทางหน้าท้อง ซึ่งลำไส้ที่นำมาเปิดเป็นทวารเทียมทางหน้าท้องนั้นจะมีตำแหน่งต่างๆ กัน ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคและวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดเช่น Ascending Colostomy, transverse colostomy (Loop Colostomy) ,sigmoid colostomy, ileostomy เป็นต้น

3. แบ่งตามลักษณะทางกายภาพ เช่น end colostomy ,loop colostomy เป็นต้น

**การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคมของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง**

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ต่อชีวิต ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม เพื่อให้สามารถเผชิญและยอมรับสถานการณ์ และโรคที่กำลังเผชิญอยู่ โดยการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังนี้

### **ด้านร่างกาย**

จากโครงสร้างและหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดภาวะต่างๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาได้ดังนี้

— ภาวะขาดสมดุลเกลือแร่และวิตามิน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการตัดลำไส้ตรงและลำไส้ใหญ่บางส่วน ทำให้การดูดซึมกลับของน้ำและเกลือแร่ เช่น โซเดียม โปแตสเซียม สูญเสียไป เนื่องจากลำไส้ใหญ่มีทำหน้าที่ดูดกลับน้ำและเกลือแร่ถูกตัดออกไป

ทำให้ลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหลือดูดกลับน้ำและเกลือแร่ได้น้อยลง ดังนั้นสิ่งขับถ่ายที่ออกมาจะมีลักษณะเหลวและมีเกลือแร่ ถูกขับออกมาด้วย

— การเกิดก๊าซ กลิ่น และอาการท้องผูก อาการท้องเสีย ส่งผลให้เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง เช่น

การเกิดก๊าซ สามารถลดได้โดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ ได้แก่ หัวหอม กะหล่ำปลี ถั่ว น้ำอัดลม นอกจากนี้การเกิดก๊าซอาจเกิดจากการกลืนอากาศเข้าไป ดังนั้นควรเคี้ยวอาหารช้าๆ พร้อมกับการปิดปากขณะเคี้ยวอาหาร เพื่อลดจำนวนก๊าซที่กลืนลงไป

การเกิดกลิ่นส่วนใหญ่ถ้าเป็น Colostomy ชนิดที่นำลำไส้ใหญ่มาเปิดสิ่งขับถ่ายจะมีกลิ่น ดังนั้นสามารถลดกลิ่นที่เกิดขึ้นได้โดยการหลีกเลี่ยง หรือลดการรับประทานอาหารที่มีกลิ่น ได้แก่ ปลา ไข่ หัวหอม เนยแข็ง ผักบางชนิด เช่น กระเทียม สะตอ ชะอม การรับประทานโยเกิร์ตช่วยลดกลิ่นของสิ่งขับถ่ายได้

อาการท้องผูก สาเหตุอาจเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยและดื่มน้ำน้อย ทำให้สิ่งขับถ่ายที่ออกมาแข็ง การอุดตันของสิ่งขับถ่ายนานๆจะส่งผลให้เกิดการอักเสบของลำไส้ได้ จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ร่วมด้วยจึงควรมาพบแพทย์

อาการท้องเสียอาจเกิดจากการรับประทานอาหารจำพวกผักสด ผลไม้บางชนิด ถ้าท้องเสียเกิน 2 วันควรมาพบแพทย์

ปัญหาต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการรับประทานอาหาร ในช่วงแรกของการปรับตัว ผู้ป่วยจะขาดความมั่นใจในการรับประทานอาหาร ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายได้

— การไม่สามารถควบคุมสิ่งขับถ่ายที่ออกมาทาง Colostomy ได้ เนื่องจากช่องทางเปิด (Stoma) ไม่มีกล้ามเนื้อหูรูดในการควบคุมการไหลของสิ่งขับถ่ายได้ตามต้องการ ประกอบสิ่งขับถ่ายที่ออกมามีหลายลักษณะ จึงขับถ่ายออกมาไม่เป็นเวลา อาจส่งผลต่อการปิดอุปกรณ์ที่รองรับสิ่งขับถ่าย

— การระคายเคืองของผิวหนังรอบๆช่องทางเปิด (Stoma) เนื่องจากลักษณะของสิ่งขับถ่ายมีลักษณะที่แตกต่างกันตามการผ่าตัดและตำแหน่งที่ช่องทางมาเปิด โดยเฉพาะ Ileostomy ซึ่งเป็นการนำลำไส้เล็กมาเปิดเป็นทวารเทียมทางหน้าท้องทำให้สิ่งขับถ่ายที่ออกมาเป็นลักษณะเหลวและมีเกลือแร่ขับออกมาได้ ส่งผลสิ่งขับถ่ายที่เป็นต่างสูงสัมผัสกับผิวหนังรอบๆ Stoma ทำให้เกิดการระคายเคืองและอาจเกิดการอักเสบของผิวหนังที่มีลักษณะแดง เปื่อยๆผู้ป่วยจะรู้สึกปวดแสบปวดร้อน คัน ระคายเคือง ดังนั้นควรทำความสะอาดด้วยสบู่อ่อนๆ และถ้าเป็นรุนแรงมากถึงการอักเสบติดเชื้อ ต้องควรให้ยาลดการอักเสบติดเชื้อประกอบกับเลือกอุปกรณ์ที่รองรับสิ่งขับถ่ายที่เหมาะสม

— การออกกำลังกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ถ้าใส่ยูปบวม และร่างกายพร้อมแข็งแรงปกติ 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ หรือทำงานได้เช่นเดียวกับคนปกติแต่ควรหลีกเลี่ยงในการยกของหนักเกิน 2 กิโลกรัมใน 3 เดือนแรกหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะลำไส้ยื่นยาว (prolapse) และการออกกำลังกายเมื่อร่างกายแข็งแรงและพร้อมสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติแต่ไม่ควรหักโหมจนเกินไป หลีกเลี่ยงกีฬาที่เกิดการกระแทกแรง เช่น เทนนิส ฟุตบอล เป็นต้น

— การมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน สุขภาพแข็งแรงดี สำหรับผู้ป่วยที่มีครอบครัวหรือคู่สมรสก็สามารถกลับไปมีเพศสัมพันธ์ได้ใน 6-8 สัปดาห์ ในขณะที่แผลผ่าตัดหายดีแล้ว แต่ส่วนมากผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องจะมีเพศสัมพันธ์ลดลงที่เกิดสภาพจิตใจของผู้ป่วยและคู่สมรสที่กังวลแต่กลัวคู่สมรสรังเกียจ และเกิดจากความวิตกกังวลและกลัวการรั่วซึมของสิ่งขับถ่าย ส่งผลต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งสตรีที่ตั้งครรภ์ควรพบแพทย์เพื่อได้รับคำแนะนำก่อนการตั้งครรภ์ ปกติแพทย์จะแนะนำให้ตั้งครรภ์ได้ภายหลังการผ่าตัด 1 ปี ถ้าตัวผู้ป่วยไม่มีพยาธิสภาพหรือโรคที่เป็นปัญหาในการตั้งครรภ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในด้านโครงสร้างและหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระจากการผ่าตัดลำไส้ออกบางส่วน และทำการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยคือ ความผิดปกติของการดูดซึม ความสามารถในการควบคุมการไหลของสิ่งขับถ่าย การระคายเคืองของผิวหนังรอบๆช่องทางเปิดของทวารเทียม การออกกำลังกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์ สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

### ด้านจิตใจ

ผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องเป็นปัญหาจำเพาะ คือ การสูญเสียภาพลักษณ์ และหน้าที่การทำงานที่เปลี่ยนไปของระบบขับถ่าย ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกเหมือนกลับเป็นเด็กที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เมื่อมีการขับถ่าย การเรียนรู้ที่จะจัดการกับการดูแลการขับถ่ายเป็นภาระที่ยุ่งยาก การปรับตัวปรับใจให้เกิดการยอมรับต้องใช้เวลา แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยกระบวนการยอมรับหรือการแก้ปัญหาต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยไว้ 4 ระยะ<sup>(21)</sup> คือ

**ระยะเกิดผลกระทบ** เป็นระยะที่เกิดความรู้สึกสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย ชีวิตความเป็นอยู่ รวมทั้งเพศสัมพันธ์ สูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งผู้ป่วยย่อมรู้สึกแตกต่างกันไปเล็กน้อยในแต่ละส่วนไม่เหมือนกัน และพฤติกรรมที่แสดงออกมาก็ไม่เหมือนกัน ในช่วงก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยอาจ

ปฏิบัติที่จะรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดและมีทวารเทียมทางหน้าท้อง บางรายปฏิเสธที่จะดูแลทวารเทียมทางหน้าท้องด้วยตนเอง

**ระยะหลบหนีความจริง** ส่วนใหญ่เกิดหลังผ่าตัด เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกพ้นอันตรายจากการตายด้วยโรคร้าย แต่ต้องมาเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ซึ่งผู้ป่วยยังจดจำและรับรู้ถึงภาพลักษณ์เดิม ทำให้ผู้ป่วยอยากที่จะหลบหนีจากความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะแสดงออกด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว โกรธเคืองต่อผู้ที่ใกล้ชิด ได้แก่ แพทย์พยาบาล ครอบครัว สมาชิกหรือภรรยา ใครก็ตามที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าปลอดภัยที่จะแสดงออกได้ โดยความเป็นจริงคือ ความโกรธที่มีต่อสถานการณ์ไม่ใช่บุคคล แต่การแสดงออกเช่นนี้ย่อมดีกว่าที่ผู้ป่วยเก็บเอาไว้ เพราะจะช่วยให้ร่วมกันหาทางแก้ปัญหาได้ง่ายขึ้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่ควรต่อต้านและหลบเลี่ยงผู้ป่วย

**ระยะยอมรับความจริง** เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มทำใจให้ยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ และความโกรธจะลดลง แต่ความเครียดยังอยู่ ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความจริงในการดำเนินชีวิตประจำวัน การแสดงออกของผู้ป่วยแต่ละคนจะต่างกัน และถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ป่วยเข้าใจและคอยให้ความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและพร้อมที่จะยอมรับการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

**ระยะฟื้นตัว** เป็นระยะที่ผู้ป่วยปรับตัวปรับใจในการยอมรับทวารเทียมทางหน้าท้องได้มากขึ้น แม้ไม่ทั้งหมด แต่ไม่ได้หมายความว่า จะไม่มีการต่อต้านหรือยังคงรู้สึกไม่คุ้นเคยกับทวารเทียมทางหน้าท้องบ้าง ในรายที่ปรับตัวได้ดี และสามารถดูแลทวารเทียมทางหน้าท้องได้ด้วยตนเองจะเริ่มรู้สึกถึงความภาคภูมิใจในการพึ่งพาตนเองได้ ไม่ต้องเป็นภาระของผู้อื่น แต่ยังเป็นระยะที่ก้ำกึ่งของความรู้สึกระหว่างการพึ่งพาและการพึ่งพาตนเองได้

### ด้านจิตสังคม

จากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทำให้เป็นอุปสรรคในการที่จะเปิดเผยตนเองต่อสังคมหรือชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอาย กลัวว่าสังคมจะรังเกียจ กังวลว่าตนเองจะไม่สามารถเป็นไปตามค่านิยมและความคาดหวังของสังคมและการพบกับบุคคลอื่น กลัวว่าตนเองจะเป็นที่รังเกียจจากการที่มีถุงรองรับสิ่งขับถ่ายอยู่บริเวณหน้าท้องที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้และนอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าจะมีการรั่วของถุงรองรับการขับถ่าย กังวลว่าจะรั่วในที่ชุมชน และจะทำให้คนที่พบเจอรังเกียจ กลัวการรังเกียจในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ร่วมกับบุคคลในสังคม เช่น การใช้ห้องน้ำร่วมกัน การรับประทานอาหารร่วมกัน การทำงานร่วมกัน และการสังสรรค์ร่วมกัน เป็นเหตุให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมสังคมกับบุคคลอื่นและมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติงาน

## กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภายหลังจากได้รับผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

1. การทำความสะอาดช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Stoma) และผิวหนังรอบๆ ขั้นตอนการทำความสะอาดทวารเทียมทางหน้าท้อง แบ่งเป็น 3 ระยะ<sup>(17)</sup> ดังนี้

— ระยะแรกหลังผ่าตัด 4-5 วันหลังผ่าตัดทำความสะอาดแบบการทำแผลด้วยเทคนิคของการปราศจากเชื้อเพื่อ การติดเชื้อที่จะเกิดกับแผลผ่าตัด

— หลังผ่าตัด 7-10 วันหลังผ่าตัด เมื่อแผลผ่าตัดเริ่มติดดีแล้วและเริ่มมีอุจจาระออกทางทวารเทียมทางหน้าท้อง สามารถใช้สาลีและน้ำสะอาดทำความสะอาดทวารเทียมทางหน้าท้อง

— หลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ ช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Stoma) ยุบวมและมีขนาดคงที่สามารถอาบน้ำได้ และทำความสะอาดเหมือนการล้างทวารเทียมทางหน้าท้องตามธรรมดา

2. การเลือกอุปกรณ์หรือวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย เลือกใช้วัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายที่มีแผ่นแป้นปกป้องผิวหนังจากการระคายเคืองสิ่งขับถ่าย ซึ่งมีทั้งชนิดขึ้นเดียวและสองชั้น ที่สามารถแกะออกจากรันเพื่อทำความสะอาดทวารเทียมทางหน้าท้องได้ ดังภาพที่ 2 แสดงด้านล่าง



ภาพที่ 2 แสดงวัสดุและอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย

3. การระบายสิ่งขับถ่ายและเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย เมื่อสิ่งขับถ่ายมีปริมาณ 1 ใน 3 ของถุงรองรับ ให้ระบายสิ่งขับถ่ายออก เพราะถ้าไม่ระบายจะทำให้แป้นและถุงหรือวัสดุรองรับอาจจะหลุดหรือมีการรั่วซึมได้ ส่วนใหญ่ในการประเมินแป้นและถุงว่าจำเป็นต้องเปลี่ยนส่วนใหญ่ในช่วงหลังผ่าตัด 3 เดือนแรกควรเปลี่ยนแป้นทุก 3-5 วันเพื่อประเมินลักษณะของทวารเทียมทางหน้าท้อง และผิวหนังรอบๆ หรืออาจจำเป็นต้องเปลี่ยนก่อนถ้ามีการรั่วซึม ถ้าเป็นวัสดุขึ้นเดียวให้เปลี่ยนโดยการแกะออก และทำความสะอาดรอบทวารเทียมทางหน้าท้องด้วยสาลีชุบน้ำสะอาด โดยควรทำด้วยความเบามือไม่ควรขัด หรือถูเพราะจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังรอบๆ ทวารเทียมหน้าท้อง

ได้ ในกรณีที่เป็นวัดสองขึ้นสามารถแกะแป้นออกจากถุรอรองรับสิ่งขับถ่ายและเช็ดทำความสะอาดได้ รวมทั้งประเมินลักษณะของแป้นว่ามีารเปลี่ยนแปลงจากสีเดิมเป็นสีขาวขุ่น หรือมีการรั่วซึม ต้องเปลี่ยนแป้นและถุรอรองรับสิ่งขับถ่าย

4. การรับประทานอาหารที่เหมาะสมหลังผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง<sup>(22),(23)</sup> เช่นหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด หรืออาหารหมักดอง เนื่องจากทำให้ถ่ายเหลวหรือท้องเสียได้ ดื่มน้ำและน้ำผลไม้ วันละ 6-8 แก้ว ผัก ผลไม้ที่เส้นใยน้อยในระยะ 6 เดือนแรกหลังผ่าตัด รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ และเป็นเวลา

5. การควบคุมกลิ่นและก๊าซ เลี่ยงการใช้หลอดดูดน้ำ การพูดคุยระหว่างรับประทานอาหาร การเคี้ยวหมากฝรั่ง และการสูบบุหรี่ เคี้ยวอาหารช้าๆและปิดปากให้สนิทขณะเคี้ยวอาหาร ไม่รับประทานอาหารที่เกิดกลิ่นและก๊าซเวลาเข้าสังคม และรักษาความสะอาด

6. การเลือกเสื้อผ้า ผู้ป่วยสามารถใส่เสื้อผ้าที่เคยใช้ก่อนผ่าตัดได้โดยไม่มีใครสังเกตเห็นว่ามีทวารเทียมทางหน้าท้อง การเลือกเสื้อผ้าควรพิจารณาให้เหมาะสมกับบุคลิกภาพและสมัยนิยม ระวังไม่ให้รัดแน่นบริเวณช่องเปิดของทวารเทียม (Stoma) สามารถใส่กางเกงขึ้นในได้ตามปกติ

7. การเดินทาง สามารถเดินทางได้มีข้อจำกัดเพียงการจัดการเวลา และความสะดวกสำหรับการดูแลเปลี่ยนแป้นและถุรอรองรับสิ่งขับถ่าย การเดินทางไกลหรือเดินทางด้วยเครื่องบินไม่มีปัญหาแต่อย่างใด แต่ผู้ป่วยควรเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ทุกอย่าง ได้แก่ แป้น ถุรอรองรับสิ่งขับถ่าย สำลีสะอาด กรรไกร ถูพลาสติกสำหรับใส่สิ่งขับถ่าย ใส่กระเป๋าเล็กๆสำหรับเดินทาง

8. การออกกำลังกาย เช่น การบริหารแขน ขาและลำตัว เป็นต้น ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและยกของหนัก สามารถใส่เข็มขัด (ostomy belt หรือ ostomy appliance belt) เพื่อช่วยเพิ่มความกระชับ และมั่นใจในการออกกำลังกายได้

9. การมีเพศสัมพันธ์ ในเพศชายอาจมีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของอวัยวะเพศและการหลั่งอสุจิ เนื่องจากการผ่าตัดอาจกระทบต่อเส้นประสาทและโครงสร้างอื่นที่จำเป็นต่อการร่วมเพศ แต่ในเพศหญิงการเปลี่ยนแปลงอาจจะสังเกตได้น้อยเนื่องจากเส้นประสาทที่ไปยัง clitoris ไม่ถูกรบกวน รับรู้ความรู้สึกได้เหมือนเดิมแต่หากตัดช่องคลอดบางส่วนทำให้มีการหลังเมือกลดลง เกิดอาการเจ็บเวลาร่วมเพศ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะอาจทำให้ผู้ป่วยกลัวคู่สมรสรังเกียจส่งผลถึงเพศสัมพันธ์ ความสามารถและความต้องการ การให้ความสุขกับคู่สมรสกลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวกลิ่นและการรั่วของสิ่งขับถ่าย หรือกลัวเจ็บขณะร่วมเพศ ดังนั้นควรแนะนำให้เลือกวัสดุที่ไม่เกิดเสียงดัง เก็บกลิ่นได้ดี ออบน้ำชำระร่างกายให้สะอาดและเปลี่ยนแป้นและถุรใหม่ สร้างบรรยากาศภายในห้องและทำให้คู่สมรสเกิดความประทับใจ

## 10. การป้องกันและดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

### ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมทางหน้าท้อง

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จะพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดทางหน้าท้อง แบ่งได้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทันทีทันใด หลังผ่าตัด 24 ชม. ส่วนใหญ่เกิดจากเทคนิคการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น 1-7 วันหลังผ่าตัด (early complication) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาภายหลัง (late complication) ในระยะแรกต้องได้รับการประเมินความผิดปกติ การตรวจพบได้เร็ว และรีบรักษารวมทั้งป้องกัน จะช่วยให้ภาวะแทรกซ้อนไม่ดำเนินต่อไป<sup>(19)</sup>

### ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทันทีทันใด หลังผ่าตัด 24 ชม.

**ทวารเทียมมีเลือดออกหลังผ่าตัด** (stomal bleeding) เกิดได้จากผลของการอักเสบสภาพร่างกายเดิมของตัวผู้ป่วยเอง เช่น inflammatory bowel disease, polyp, diverticulitis หรือเกิดจากการบาดเจ็บต่อลำไส้ขณะเปลี่ยนอุปกรณ์ ซึ่งส่วนใหญ่เลือดมักหยุดเองได้ เว้นแต่ผู้ป่วยมีปัญหาเลือดแข็งตัวช้าและเกิดจากการผูกไหมเย็บไม่แน่นพอ ถ้ามีเลือดออกมากผิดปกติ หรือมีเลือดออกไม่หยุด ต้องรีบการรักษาแบบเฉพาะเจาะจง เช่น การเย็บไหมใหม่ และการให้พลาสมา เพื่อช่วยให้เลือดหยุด เป็นต้น

**ทวารเทียมตายจากการขาดเลือด** (stoma necrosis) อาจเกิดจากการเปิดช่องที่ผนังหน้าท้องแคบเกินไป เย็บลำไส้แน่นตึงเกินไป หรือมีการหักพับของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ ลักษณะทวารเทียมมีสีซีด คล้ำ และต่อมาจะเปลี่ยนเป็นสีดำ สามารถเห็นได้ทันทีหลังผ่าตัด และภายใน 12-24 ชม.แรกหลังผ่าตัด ทวารเทียมสีซีดอาจพบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน สามารถแก้ไขโดยให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย แต่ถ้าทวารเทียมยังคงมีสีซีดลงหรือคล้ำลง ต้องรีบแจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาผ่าตัดแก้ไข หากการขาดเลือดนั้นลึกไปถึงชั้น mucosa

### ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น 1-7 วันหลังผ่าตัด (early complication)

**ลำไส้กับผิวหนังรอบลำไส้แยกออกจากกัน** (mucocutaneous suture line separation) ดังภาพที่ 3 มักเกิดในผู้ป่วยที่ขาดสารอาหาร ได้รับยาสเตียรอยด์ ผิวหนังเคยได้รับการฉายรังสี หรือเกิดจากการเย็บ mucosa กับผนังหน้าท้องที่ตึงเกินไป ภาวะนี้ถ้าเป็นไม่มากไม่จำเป็นต้องแก้ไขทางศัลยกรรม แต่ต้องใช้เทคนิคการปิดอุปกรณ์แบบพิเศษแทนได้





ภาพที่ 3 แสดงลักษณะผิวหนังรอบทวารเทียมแยกออกจากกัน

#### ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาภายหลัง (late complication)

เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ภายหลังจำหน่าย บางครั้งอาจพบเมื่อผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง โดยที่ภาวะแทรกซ้อนนั้นได้กำวหน้ารุนแรงไปมาก ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องจึงควรได้รับการส่ต่อให้ได้รับดูแลการรักษา

**การตีบแคบของช่องเปิดทวารเทียม (stenosis-stricture)** ดังภาพที่ 4 มักเกิดจากการเปิดช่องหน้าท้องแคบเกินไปร่วมกับลำไส้ไม่ถูกยกขึ้นสูงมากพอเหนือผนังหน้าท้อง โดยทั่วไปทวารเทียมทางหน้าท้องควรยกสูงจากพื้นท้องประมาณ 2-2.5 ซม. หรือเกิดภายหลังจากส่วนที่เป็นลำไส้ของทวารเทียมขาดเลือดรุนแรงจนเน่าตาย เกิดแผลโดยรอบช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องเป็นๆหายๆ จนเกิดพังผืด ทำให้ช่องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องค่อยๆตีบแคบลง



ภาพที่ 4 แสดงลักษณะช่องทางเปิดทวารเทียมตีบแคบลง

**ลำไส้ยื่นยาว (prolapse)** ดังภาพที่ 5 มักเกิดจากเปิดช่องลำไส้ไว้นอกขอบเขตของมัดกล้ามเนื้อหน้าท้อง (rectus abdominal muscle) มีแรงดันในช่องท้องเพิ่มสูง เช่น ไอ จาม หรือก้มยกของหนักบ่อย เป็นต้น มักพบเวลาผู้ป่วยเบ่ง ลำไส้สามารถหดกลับเองได้หรือใช้นิ้วดันกลับเข้าในช่องทวารเทียมได้ ยกเว้นในรายที่ยื่นออกมามาก ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดแก้ไขแต่สามารถใช้อุปกรณ์เพื่อพยุงหน้าท้องได้



ภาพที่ 5 แสดงลักษณะลำไส้ยื่นยาว

**ช่องเปิดลำไส้หดรั้ง (retraction)** ดังภาพที่ 6 เกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การผ่าตัดที่มีการยกลำไส้ขึ้นมาสั้นเกินไป มีพังผืดดึงรั้งส่วนของลำไส้ที่อยู่ในช่องท้อง ทำให้เกิดการยุบตัวของลำไส้ต่ำกว่าระดับผิวหนัง และเกิดจากผู้ป่วยอ้วนขึ้น ทำให้ทวารเทียมทางหน้าท้อง ทำให้ทวารเทียมเข้าไปอยู่ในตำแหน่งของรอยพับของหน้าท้อง



ภาพที่ 6 แสดงลักษณะช่องเปิดลำไส้หดรั้ง

**การเกิดไส้เลื่อนบริเวณรอบช่องเปิดของลำไส้ (parastomal hernia)** ดังภาพที่ 7 มองเห็นลักษณะเป็นก้อนตุ่มอยู่ใต้ผิวหนังรอบทวารเทียมทางหน้าท้อง เกิดเนื่องจากทวารเทียมถูกเปิดตรงตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม คือ ไม่ได้อยู่ในบริเวณกล้ามเนื้อ rectus muscle หรือเกิดจากการเจาะช่องหน้าท้องไว้ใหญ่เกินไป หรือเกิดจากเทคนิคการทำผ่าตัด loop colostomy ที่ไม่เย็บด้าน distal stoma ซึ่งต่อมาเกิดลำไส้เลื่อน ถ้าพบวก้อนไม่ใหญ่มากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดแก้ไข แต่บริเวณหน้าท้องที่ยื่นเป็นก้อนตุ่ม พื้นผิวหนังหน้าท้องไม่เรียบเป็นลอนทำให้อาจติดอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายลำบาก เกิดการรั่วซึมบ่อย



ภาพที่ 7 แสดงลักษณะการเกิดใส่เลื้อนบริเวณช่องเปิดของลำไส้

**ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมที่มาเปิดทางหน้าท้อง**

ภาวะแทรกซ้อนมักเกิดจากการดูแลและเลือกอุปกรณ์ไม่ถูกวิธี เช่น

**การอักเสบตามรูขุมขน (folliculitis)** ดังภาพที่ 8 มักเกิดในผู้ป่วยที่มีขนหน้าท้องยาวและ การดูแลผิวหนังไม่สะอาดเพียงพอ แนะนำการดูแลผิวหนังรอบทวารเทียมให้สะอาดโดยใช้น้ำสบู่อ่อน และตามด้วยน้ำสะอาดทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนอุปกรณ์ ตัดเล็มขนให้สั้นด้วยกรรไกร ไม่ใช่มีดโกน เพราะเสี่ยงต่อการบาดเจ็บสูง



ภาพที่ 8 แสดงลักษณะการอักเสบตามรูขุมขนรอบช่องทางเปิดทวารเทียม

**ผิวหนังอักเสบมีลักษณะเป็นผื่นแดง (contact dermatitis)** ดังภาพที่ 9 เกิดจากการแพ้ผลิตภัณฑ์ โดยส่วนมากผู้ป่วยมักมีประวัติเป็นโรคภูมิแพ้ร่วมด้วย ทำให้มีโอกาสที่จะแพ้ผลิตภัณฑ์ได้ง่าย ดังนั้นควรเปลี่ยนอุปกรณ์ชนิดใหม่ทันที



ภาพที่ 9 แสดงลักษณะการเกิดผื่นแดงของผิวหนังรอบช่องทางเปิดทวารเทียม

ผิวหนังเกิดเป็นแผลถลอกจากการดึงลอกอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายแรงหรือบ่อยเกินไป (mechanical damage) ดังภาพที่ 10 สามารถลดและป้องกันได้โดยการดึงอุปกรณ์ที่ต้องการเปลี่ยนด้วยความนิ่มนวล หลีกเลี่ยงอุปกรณ์ที่ต้องใช้การดึงลอกบ่อยครั้ง ไม่ใช้อุปกรณ์ที่เป็นกระดาษทวาร โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีรักษา หรือได้รับเคมีบำบัด



ภาพที่ 10 แสดงลักษณะแผลถลอกของผิวหนังรอบช่องทางเปิดทวารเทียม

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง มีผลให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระ ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล (Anxiety) กลัว<sup>(10)</sup> จนอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ได้

## 2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

### ความหมาย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในการปรับตัว หรือการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นขอบเขตที่บุคคลยอมรับหรือให้คุณค่าแก่ตน โดยบางทีใช้คำว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง หรือการประเมินค่าตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้มากมาย ดังนี้

โรเซินเบิร์ก (Rosemberg) <sup>(24)</sup> กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่ยอมรับและนับถือว่าตนเองและคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีความหมาย เป็นมุมมอง แนวคิด และทัศนคติของบุคคลในการมองตนเอง

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith) <sup>(25)</sup> กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลพิจารณาประเมินตนเองแล้ว แสดงออกในแง่ของการยอมรับ หรือไม่ยอมรับตนเอง แสดงให้เห็นถึงขอบเขตของความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีพลังอำนาจของตนซึ่งบุคคลอื่นจะสามารถรับรู้ได้จากคำพูด และท่าทีที่บุคคลนั้นแสดงออกไป

ปรารธนา ช้อนแก้ว <sup>(26)</sup> กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การประเมินคุณค่าในตนเอง ตามความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อตนในเรื่องความสำเร็จ ความล้มเหลวและการยอมรับจากบุคคลอื่น ซึ่งการประเมินนี้จะนำไปสู่ การยอมรับตนเอง

อุมาพร ตรังคสมบัติ <sup>(27)</sup> กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความภาคภูมิใจ การยอมรับ ความเชื่อมั่น และการเห็นค่าของตน

**ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** มีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ด้าน (Barry) ประกอบด้วย

1. ความรู้สึกต่อร่างกายตนเอง หมายถึง บุคคลคิดและรู้สึกต่อรูปร่างและหน้าที่ของร่างกาย ตลอดจนความสามารถพื้นฐานของร่างกาย
2. ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น การเป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่บุคคลคิดและรู้สึกเกี่ยวกับวิธีที่เขามีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นคนที่สนิทสนมคุ้นเคย บุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลที่พบกันโดยบังเอิญ
3. ความสำเร็จของตนเอง หมายถึง สิ่งที่บุคคลคิด ละรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของเขาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตครอบครัว การทำงาน และสิ่งแวดล้อม
4. ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง เป็นความรู้สึกทางนามธรรมและพฤติกรรมที่บุคคลแสดง ความสนใจทางศีลธรรมละจิตวิญญาณ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง เป็นความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ของบุคคล โดยอัตมโนทัศน์ของบุคคลประกอบขึ้นจาก 3 ส่วน ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นจากการพัฒนาจากการมองของตนเอง 3 ด้าน<sup>(28)</sup> คือ

1. ส่วนที่เป็นตัวตนอันแท้จริง (Self-Image) หรือที่ตอบคำถามว่า “ฉันคือใคร”
2. ส่วนที่เป็นตัวตนจากความคาดหวัง (Ideal Self) หรือที่ตอบคำถามว่า “ฉันอยากเป็นอะไร”
3. ส่วนที่เป็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) ซึ่งเป็นส่วนกลางระหว่างตัวตนที่แท้จริงและตัวตนที่คาดหวังอยากจะเป็น

สรุปได้ว่า **ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)** หมายถึง การพิจารณา การมองตนเองของบุคคลที่มีต่อความสำเร็จ ความสำคัญ ความภาคภูมิใจ การยอมรับ ความเชื่อมั่น การเห็นคุณค่าจากบุคคลอื่นในสังคม และความสามารถของตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ของแต่ละบุคคล การมองตนเองของแต่ละบุคคล

#### พัฒนาการของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลนั้นเริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยรุ่น กล่าวคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเริ่มตั้งแต่การร้องไห้ของเด็กทารก เมื่อต้องการการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ การที่มารดาหรือผู้ดูแลตอบสนองต่อความต้องการของทารก ทารกจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีอิทธิพลเหนือมารดา มีอำนาจเหนือสิ่งแวดล้อม รวบรวมและควบคุมสิ่งแวดล้อมได้

เมื่อทารกเจริญเติบโตจนเข้าสู่ช่วงวัยเด็ก จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วันเด็กเป็นวัยแห่งการเข้าสู่สังคมภายนอก และออกมาจากครอบครัว การเข้าสู่สังคมภายนอกของเด็ก ได้แก่ การเข้าโรงเรียน เด็กจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองจากสิ่งที่เพื่อนปฏิสัมพันธ์กับเขา พร้อมกันนั้นเขาก็จะเริ่มมีการพัฒนาทักษะทางสังคม ความเป็นเอกลักษณ์แห่งตน และความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งกิจกรรมทางโรงเรียนที่ส่งเสริมให้เด็กมีการแสดงความสามารถ ก็เป็นอีกทางหนึ่งที่ทำให้เด็กเห็นศักยภาพของตนเอง

เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่เกิดความเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การปรับตัวถือว่าเป็นปัจจัยหลักที่จะทำให้วัยรุ่นสามารถก้าวผ่านช่วงเวลานี้ไปได้ ด้วยดี ความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตนเองเป็นสิ่งสำคัญสำหรับความสามารถในการปรับตัว วัยรุ่นที่ประสบความสำเร็จในสิ่งที่เขาทำ หรือรู้ว่าตนเองมีทักษะความฉลาด ถนัด เชี่ยวชาญ ด้านใดก็จะยิ่งเพิ่มความรู้สึกตนเองมีคุณค่า และเกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเอง ดังนั้นพ่อแม่ ผู้ปกครองหรือ

ผู้ใหญ่ควรเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความสามารถ ความคิดเห็นของตน และอย่าปิดกั้นหรือความหวัง ในวัยรุ่นจนมากเกินไป อีกทั้งควรให้ความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ ตามแต่สมควรและเหมาะสม

การพัฒนาการของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ขึ้นอยู่กับการ ประสบความสำเร็จของตน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเป็นส่วนหนึ่งของ สังคม การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ความสำเร็จจากบทบาทหน้าที่ที่ตนได้รับ ซึ่งในวัยนี้ ประสบการณ์ วุฒิภาวะ จะยิ่งทำให้บุคคลสามารถมองตัวตนแห่งตนได้อย่างชัดเจน

วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการ เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ซึ่งล้วนแต่เป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงลบ ส่งผลให้ความรู้สึกมี คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมักลดระดับลงจากการที่ผู้สูงอายุมีความต้องการพึ่งพา หรือรอคอยความ ช่วยเหลือจากบุคคลอื่นบ่อยครั้งทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า อีกทั้งยังสามารถสร้าง คุณประโยชน์ให้แก่คนรุ่นหลัง และมีความตระหนักถึงคุณค่าของตนเองในอดีต ช่วยเพิ่มความรู้สึก ยอมรับตนเอง ภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้นครอบครัว และสังคม ควรให้ความสำคัญ ยก ย่องส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในสังคมให้มากขึ้น

ตามทฤษฎีของ Maslow นั้นการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในช่วงขั้นที่ 4 กล่าวคือ การเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจของบุคคลนั้นเกิดจากการยอมรับในตนเอง และ การยอมรับที่ได้จากบุคคลอื่น การยอมรับของตนเองคือการที่ประเมินตนเองจากทัศนคติที่มีต่อ ประสบความสำเร็จ ความล้มเหลว ความพึงพอใจต่อความสามารถของตนเอง หากการประเมินส่วน ใหญ่ออกมาในเชิงบวก บุคคลนั้นก็เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ เชื่อมัน เอกลักษณะของตนเอง แต่หากการประเมินออกมาในด้านลบ ก็จะนำไปสู่ความรู้สึกว่ามีปมด้อย เมื่อ เปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสำคัญหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ความรู้สึกมี คุณค่าในตนเองน้อยหรือต่ำ

### กระบวนการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เป็นการที่บุคคลจะรับรู้ว่ามีคุณค่า มีกระบวนการอยู่ 2 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินเจตคติและสังคมที่มีต่อตนเอง กระบวนการนี้มีรากฐานมาจากแนวคิด การ มองตนเองกล่าวคือ บุคคลสามารถรับรู้จักตนเองได้โดยอาศัยกระจกมองตนเป็นการรับรู้คุณค่าของ ตนเองที่มีรากฐานมาจากการประเมินและการยอมรับของผู้อื่น เป็นความรู้สึกที่ได้รับจากภายนอกต่อ คุณค่าของตน

2. ความรู้สึกของบุคคลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อม และผลที่ตน ได้รับกระบวนการนี้เป็นความรู้สึกที่เกิดจากภายในต่อคุณค่าของตนเอง เป็นความสัมพันธ์ที่แท้จริง ของบุคคลในสังคม และผลกระทบของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม นั่นคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ขึ้นอยู่กับภาระการกระทำ การควบคุม และอำนาจที่มี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากจะเปลี่ยนแปลงตามวัย วุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อมแล้ว ยังเปลี่ยนแปลงไปตามสถานที่เกิดขึ้นในชีวิต กล่าวคือ ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตของคุณใดดำเนินไปในด้านดี ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนกระทำ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะเพิ่มขึ้น แต่ถ้าในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองหมดความสามารถ ไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คูเปอร์ สมิธ<sup>(25)</sup> แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองออกเป็น 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ดังนี้

#### 1. ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย

— ลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ ความสวยงามของรูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ ความแข็งแรง สมบูรณ์ของร่างกาย บุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ดีหรือมีความพึงพอใจต่อศักยภาพด้านร่างกายของตนก็จะส่งผลไปยังความภาคภูมิใจในตนเอง โดยขึ้นอยู่กับค่านิยมและความชื่นชอบของสังคมที่อยู่

— สภาวะทางอารมณ์และสภาพจิตใจ บุคคลที่มีสภาวะทางอารมณ์ในด้านบวกมากกว่าด้านลบจะประเมินตนเองในด้านที่ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น ความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ชื่นชม รู้สึกดีต่อตนเอง ยอมรับในข้อเสียของตนเองและพร้อมรับการแก้ไข ขณะเดียวกันบุคคลที่มีสภาวะทางอารมณ์ในด้านลบ จะมองว่าตนเองไร้ประสิทธิภาพ มีปมด้อย รู้สึกไม่พอใจในตนเอง ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า คุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ

— ประสบการณ์ในชีวิต บุคคลที่มีประสบการณ์ในการประสบความสำเร็จมากกว่าความล้มเหลว หรือมีมุมมองเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนในด้านดี จะมีความรู้สึกมั่นคงในตนเอง กล้าที่จะตัดสินใจ กล้าที่จะลงมือทำ และกล้าที่จะตั้งความปรารถนาแห่งตน มองตนเอง ในแง่บวกที่ดีมากกว่าผู้ที่ประสบความสำเร็จน้อย หรือมุมมองประสบการณ์ที่มีในเชิงลบ

— ค่านิยมส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงของค่านิยม หรือการให้คุณค่าต่อสิ่งนั้นๆ มีผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

— ระดับความคาดหวัง บุคคลที่มีความคาดหวังในตนเองที่เกินกำลัง ความสามารถของตนเอง หรือมีความคาดหวังในตนเองต่ำเกินไป จะทำให้บุคคลไม่สามารถเห็นศักยภาพของตนเอง และมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า



## 2. ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย

— สัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ การแสดงออกของความรัก ความอบอุ่น การให้เกียรติ การปรึกษาปัญหา การรับฟังปัญหา และการปฏิสัมพันธ์ทุกรูปแบบอื่นๆ ในครอบครัว เป็นสิ่งที่เป็นองค์ประกอบและปัจจัยที่สำคัญในการที่บุคคลจะพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง

— สถานภาพทางสังคม และกลุ่มเพื่อน เนื่องมาจากสถานภาพทางสังคม เป็นตัวบ่งบอกถึงความสำเร็จ ถือเป็นหน้าที่เป็นตาของบุคคล เป็นความภาคภูมิใจ บุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมที่ดี หรืออยู่ในระดับสูง จึงมีความรู้สึกว่าเป็นคนมีคุณค่า เป็นที่เชิดชู ยกย่องของบุคคลอื่น อีกทั้งการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ก็เป็นการแสดงให้เห็นว่าตนเองเป็นคนที่มีความสำคัญ มีผู้อื่นชื่นชอบ และประทับใจในตนเอง

— การมีส่วนร่วมในสังคม เป็นการบ่งบอกว่าตนมีความสำคัญ และได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น เป็นการเปิดโอกาสให้แสดงศักยภาพของตนเอง และหากสามารถทำได้ดี หรือประสบผลสำเร็จ ก็เป็นการเพิ่มความภาคภูมิใจของตนเอง

### ลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

แบ่งตามลักษณะของการแสดงออกของพฤติกรรม <sup>(29)</sup>

#### ลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

1. ไม่ประสบความสำเร็จในด้านการเรียน การทำงาน หรือการทำหน้าที่ของตนเนื่องจากบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. มักพบปัญหาทางจิตใจ เนื่องจากการมองไม่เห็นศักยภาพของตนเอง ไม่มีความภาคภูมิใจ ปัญหาที่มักพบบ่อยคือ วิตกกังวล นอนไม่หลับ เป็นทุกข์ ความผิดปกติของร่างกาย
3. มักปฏิเสธหากมีผู้อื่นมาชื่นชม ยกย่อง เนื่องจากไม่เห็นข้อดีของตนเอง อีกทั้งชอบดูถูกคนอื่น มักซ้ำเติมหากบุคคลอื่นผิดพลาด เนื่องจากจะช่วยส่งเสริมให้ตนเองรู้สึกดี
4. ต้องการการยอมรับจากบุคคลอื่นมาก ไม่สนใจใคร สนใจแต่ความคิดของตน มักเสียใจมากหากถูกบอกปฏิเสธ

#### ลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

1. มีบุคลิกภาพ การเคลื่อนไหวที่เต็มไปด้วยชีวิตชีวา แสดงออกถึงความสุขในชีวิต
2. ยอมรับและสามารถพูดถึงความล้มเหลว หรือการประสบความสำเร็จของตนเองได้อย่างจริงจัง ตรงไปตรงมา
3. อยู่ในฐานะของผู้ให้ และผู้รับความรัก สามารถแสดงออกถึงความชื่นชม ยกย่อง หรือความรู้สึกถึงซึ่งที่มีต่อผู้อื่น และเป็นผู้รับที่ดีในคราวเดียวกัน

4. คำพูดและการแสดงท่าทางเป็นไปตามธรรมชาติ
5. มีมุมมองที่กว้างไกล เปิดรับแนวความคิดใหม่ๆ เปิดประสบการณ์ให้กับชีวิต
6. มีความสิ้นไหว หรือความสอดคล้องของน้ำเสียง การพูด ท่าทาง การแสดงออก
7. ยอมรับต่อคำตำหนิของผู้อื่น
8. มีความยืดหยุ่นต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมที่แตกต่าง
9. เป็นตัวของตัวเอง แม้จะไม่อยู่ในสถานการณ์ที่มีความกดดันแนวทางการสร้างเสริม

### ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้ได้ สามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ จากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ นักจิตวิทยาได้เสนอแนวทางในการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังต่อไปนี้

คูเปอร์ สมิธ<sup>(25)</sup> กล่าวว่าบุคคลสามารถพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ด้วยวิธีการ ดังนี้

1. ได้รับการนับถือ การยอมรับ การได้รับการปฏิบัติตอบจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง ได้รับการสนใจใส่ใจจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต
2. ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งจะทำให้เป็นที่รู้จักและมีผลต่อสถานภาพและตำแหน่งในสังคม โดยมีปัจจัยที่จะทำให้บุคคลรู้สึกตนประสบความสำเร็จ คือ การมีอำนาจ คุณงามความดี น่าเชื่อถือศรัทธา และมีความสามารถ
3. มีการกระทำที่ได้รับการยอมรับว่าสอดคล้องกับค่านิยม และความปรารถนาของตนเอง
4. ลักษณะการตอบสนองเมื่อได้รับการประเมิน คือ การไม่ใส่ใจในสิ่งที่ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลลดลง เช่น การไม่ใส่ใจต่อข้อวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น

บรูโน<sup>(30)</sup> กล่าวถึงวิธีการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ ดังนี้

1. ไม่ประเมินค่าตนเอง หรือเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เนื่องจากบุคคลนั้นมีค่าในตนเองอยู่แล้วไม่จำเป็นต้องประเมินค่าของตนอีก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมากขึ้น หากบุคคลเลิกตัดสินค่าของตนเอง
2. ตั้งเป้าหมายในสิ่งที่สามารถเป็นไปได้ ลดความคาดหวังลงให้เหมาะสม การที่บุคคลสามารถลดความต้องการของตนเองลง แต่ยังคงที่ปรารถนาเอาไว้ เมื่อไม่เป็นไปตามความคาดหวังระดับความรู้สึกสูญเสีย ความเศร้าโศกก็จะลดน้อยลง
3. สร้างความสำเร็จให้กับตนเอง ความภาคภูมิใจจากความสำเร็จ การชื่นชมจากคนรอบข้าง ส่งเสริมการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลให้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามนอกจากความสำเร็จแล้ว บุคคลต้องมีความสุขในการดำเนินชีวิตควบคู่กันไป

4. รับฟังข้อเสนอแนะ หรือแนวความคิด มุมมองใหม่ๆจากผู้อื่น หรือเป็นการแนะนำจากตนเองเพื่อให้เกิดกำลังใจ หรือการเปลี่ยนมุมมองและแนวความคิดในทางที่ดี หรือเป็นประโยชน์แก่ตนเอง

เจอร์ดาโน และอีเวอร์รี่<sup>(31)</sup> ได้เสนอวิธีการ 3 ประการในการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างได้ผล ดังนี้

1. การใช้ภาษาเชิงบวก หมายถึง กระบวนการที่บุคคลให้การเสริมแรงภาพลักษณ์ของตนเอง (Self-Image) โดยชี้ให้เห็นถึงลักษณะทางบวกของตนเอง เช่น ลักษณะบุคลิกภาพที่เป็นลักษณะเด่นหรือบุคลิกภาพที่น่าภาคภูมิใจ

2. การยอมรับคำยกย่องชมเชย คือ เมื่อมีบุคคลโดยยกย่องชมเชยก็แสดงการยอมรับโดยปราศจากท่าทีหรือคำตอบที่แสดงการถ่อมตน แต่ควรใช้ประโยคแสดงความยินดีแทน วิธีนี้จะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมอันจะทำให้บุคคลประทับใจและมองตนเองในทางบวกมากขึ้น

3. การฝึกพฤติกรรมการกล้าแสดงออก เป็นวิธีที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเชิงบวก

สรุปได้ว่า **ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** เป็นระดับของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เป็นปัจจัยภายในซึ่งหมายถึงวิจารณ์ญาณของบุคคลคนหนึ่งเกี่ยวกับความมีคุณค่าของตนเอง เป็นโครงสร้างของสังคมจิตวิทยาในความเข้าใจตนเองของแต่ละบุคคล ที่ถูกหล่อหลอมมาจากตั้งแต่ในวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองพัฒนาจากภายในตนเองส่งผ่านไปยังบุคคลอื่น การพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เกิดจากการได้รับความรักและการยอมรับจากบุคคลอื่น และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความคิดของตนเองที่มีความละเอียดอ่อนในเรื่องของความต้องการโครงสร้างภาพลักษณ์ที่มีเป้าหมายและมีคุณค่า เป็นรูปแบบแนวคิดของแต่ละบุคคลที่มองดูตนเอง มีความสัมพันธ์กับประวัติในวัยเด็ก ในวัยเด็กถ้าหากมีประวัติการแยกทางของบิดามารดามีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภายหลังได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง พบว่าการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความผิดปกติของหน้าท่อด้านเพศสัมพันธ์ และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบขยับถ่ายที่ผิดไปจากเดิม ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ต่ำ มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวด้านร่างกาย มีผลต่อสภาพจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยอาจหลีกเลี่ยงสังคมได้

### 3. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

#### ความหมาย

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในการปรับตัว หรือการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมีนักวิชาการให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

คอบบ์ (Cobb) <sup>(32)</sup> กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn, 1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหนึ่งไปอีกรบุคคลหนึ่งอย่างมีจุดมุ่งหมาย ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการช่วยเหลือกันทางด้านวัตถุประสงค์ของ ยอมรับพฤติกรรมซึ่งกันและกัน

นอร์เบค (Norbeck, 1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ สามารถรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง ช่วยป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพที่ดี

ทอยท์ (Thoit, 1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เป็นระดับของความต้องการพื้นฐานที่จะได้รับการตอบสนองโดยการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งความต้องการพื้นฐานนั้น ได้แก่ การต้องการความรัก การยอมรับ ยกย่อง การเห็นคุณค่าของการเป็นเจ้าของ การมีชื่อเสียง และความปลอดภัย

คาเพน (Caplan) <sup>(33)</sup> การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ การสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู

**แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม** จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆได้ 2 ประเภท คือ

แหล่งปฐม มีการเกี่ยวข้องกันทางเครือญาติ เป็นกลุ่มที่มีความผูกพันกันมาก มีปฏิสัมพันธ์กันหลายชนิดและสม่ำเสมอ อยู่ร่วมกันและมีการติดต่อสัมพันธ์กัน ได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส

แหล่งทุติยภูมิ เป็นกลุ่มที่ไม่ใช่เครือญาติ เป็นกลุ่มบุคคลเลือกติดต่อกัน มีความสนใจเหมือนกัน เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือ หรือส่งเสริมให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ได้แก่ ผู้ให้บริการทาง

สุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และเป็นกลุ่มคนที่มีความสนใจคล้ายคลึงกัน มีความสนใจเหมือนกัน

**องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม** หลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม<sup>(34)</sup>

ประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามี ความเอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงจัง ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม และข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือ ด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

**ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม** House<sup>(35)</sup> อ้างใน Babara A. Israel<sup>(36)</sup>

ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย
2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูล ป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น
3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ
4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลาและอุปกรณ์ต่างที่จำเป็น และความต้องการของบุคคล เป็นต้น

เวสส์ (Weiss)<sup>(37)</sup> ได้กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของความสัมพันธ์กับผู้อื่น

ประกอบด้วย

1. ความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) เป็นสัมพันธ์ภาพที่เกิดจากความเกี่ยวข้องหรือ ความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว
2. การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (Worth) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองจากการที่ สังคมให้การยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3. การได้รับความช่วยเหลือ (Assistance/Guidance) เป็นลักษณะการช่วยเหลือแบ่งปัน ด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านอารมณ์ แลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูล ข่าวสาร

4. การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้บุคคลได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น

5. การได้มีโอกาสอบรมเลี้ยงดูช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity of nurturance) เป็นการทำให้บุคคลเล็กรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่น และผู้อื่นพึงพิงได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่จะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย

คอบบ์ (Cobb)<sup>(32)</sup> ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก ความจริงใจ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ และความสนใจ ซึ่งมักจะได้จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับ และเห็นคุณค่านั้นด้วย

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

**ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ** การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคงและจะส่งผลต่อระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน (neuroendocrine and immune system) ทำงานได้ดีขึ้นและมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยส่งเสริมในการต่อสู้กับปัญหาจากการเจ็บป่วยและช่วยลดความรุนแรงของปัญหาด้วย

2. การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะวิกฤติของชีวิต โดยจะช่วยลดความเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่ภาวะวิกฤติ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียด และมีการปรับตัวได้เหมาะสมนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตเนื่องจากภายหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โครงสร้างการขับถ่ายอุจจาระ มีผลต่อความสะอาดด้านการดูแล และการได้รับการช่วยเหลือที่มีคุณภาพ ในด้านการความต้องการข้อมูลในการดูแลเมื่อมีทวารเทียมทางหน้าท้อง เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ทักษะที่จำเป็นในการดูแลทวารเทียมทางหน้าท้อง การมีชีวิตอยู่ร่วมกับทวารเทียมทางหน้าท้องและการจัดการเกี่ยวกับ

กิจกรรม การดำเนินชีวิตประจำวัน อาหาร รวมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็น การดูแลความสะอาด รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ โดยการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ในมิติของบุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง สามีภรรยา เป็นผลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

#### 4. ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)

##### ความหมาย

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของภาวะวิตกกังวลไว้ ดังนี้

มอนท์โกเมอรี และ เมอร์ริส (Montgomery and Morris)<sup>(38)</sup> กล่าวว่า ภาวะวิตกกังวล หมายถึง สภาวะที่มีความไม่สบายใจ ที่ประกอบด้วย ความรู้สึกในด้านลบ เช่น ความรู้สึกกลัว หงุดหงิด กระวนกระวายใจ ความเศร้าโศก เสียใจ เป็นภาวะที่คุกคามทั้งภายในและนอกตัวบุคคล ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า และไม่สามารถควบคุมได้ทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้น

สตูอาร์ท และ ลาเรีย (Stuart and Laraia)<sup>(39)</sup> กล่าวว่า ภาวะวิตกกังวล หมายถึง อารมณ์และประสบการณ์ที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลเป็นพลังงานที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่ปราศจากสิ่งเฉพาะเจาะจง โดยจะถูกกระตุ้นโดยประสบการณ์ใหม่ที่ไม่เคยได้รับมาก่อน เช่น การเข้าเรียนใหม่ การเริ่มต้นทำงานใหม่ หรือการให้กำเนิดบุตรคนแรก เป็นต้น

วาร์คาโรลิส (Varcarolis)<sup>(40)</sup> กล่าวว่า ภาวะวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกกลัว ไม่สุขสบาย ไม่แน่นอน คลางแคลง หรือหวาดกลัวจากสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือคิดขึ้นจากสิ่งที่ไม่รู้ (unknown and unrecognized) หรือไม่รู้จัก

แบร์รี่ (Barry)<sup>(41)</sup> กล่าวว่า ภาวะวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกคลุมเครือ กังวาม ไม่สุขสบาย ซึ่งมีผลต่อร่างกายตั้งแต่ระบบประสาทตึงเครียด สิ้น หัวใจเต้นแรง แน่นท้อง กระสับกระส่าย ทำให้รู้สึกกลัว ควบคุมไม่ได้ รู้สึกอันตราย เต็มได้ด้วยความทุกข์

ซอลดา พันธุเสนา<sup>(42)</sup> กล่าวว่า ภาวะวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม เสี่ยงภัย ตกอยู่ในอันตราย หรืออยู่ในภาวะของความไม่มั่นคง ปลอดภัย ความไม่แน่นอน ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่น เครียด กระวนกระวายใจ ไม่สบายใจ และมีการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ

สรุปได้ว่า **ภาวะวิตกกังวล** หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจ กระวนกระวายใจ หวาดกลัว อันเกิดจากเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าจะ

เกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง หรือกลัวว่าจะเป็นอันตรายต่อตนเอง เป็นสิ่งที่ไม่ดี ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ร่างกาย และพฤติกรรม

### สาเหตุของภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ด้านชีววิทยา จิตสังคม และสังคม สามารถอธิบายได้ ดังนี้

1. ด้านชีววิทยา (biological factors) ให้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ระดับฮอร์โมน สารสื่อประสาท และปัจจัยด้านโภชนาการ ได้แก่

— พันธุกรรม พบว่า ภาวะวิตกกังวลถูกควบคุมโดยยีน และมักพบภาวะวิตกกังวล ในกลุ่มพ่อแม่ แม่ ลูก และญาติของผู้ที่วิตกกังวลมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติภาวะวิตกกังวล

— ระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) เมื่อระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นทำให้เกิดอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อ ทางเดินอาหาร และระบบหายใจ อาจแสดงอาการท้องเสีย ความดันโลหิตสูง หน้ามืด ใจสั่น กระสับกระส่าย เป็นต้น บุคคลที่มีภาวะวิตกกังวลจะทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ sympathetic tone เพิ่มขึ้น ทำให้การปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ เป็นไปอย่างเชื่องช้า และมีการตอบสนองอย่างมากมายต่อสิ่งกระตุ้นปานกลาง

— สารสื่อประสาท (neurotransmitters) พบว่า สารเคมีที่สร้างจากปลายเซลล์ประสาท หรือตัวเซลล์ประสาท หลังออกจากปลายประสาทเพื่อเป็นตัวนำสัญญาณประสาทอาจทำให้เกิดอาการต่างๆ ได้ ได้แก่

สาร GABA (gamma-aminobutyric acid) ถ้ามี GABA น้อยเกินไปจะมีอาการกระวนกระวายวิตกกังวล

สาร norepinephrine ถ้ามีสาร norepinephrine มากเกินไปจะทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล กลัว โหม่งง่าย ถ้า norepinephrine ต่ำเกินไปจะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

สาร Serotonin เป็นสารที่ทำให้คนเกิดความรู้สึกอารมณ์ดี คิดว่าตนเองมีคุณค่า ทำให้นอนหลับง่าย และเมื่อร่างกายขาดสารนี้จะทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความโกรธเกรี้ยว ซึมเศร้า นอนไม่หลับ รู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย วิงเวียน

สารสื่อประสาทอื่นๆ สารเคมี สารบางชนิด เช่น คาเฟอีน จะเพิ่มการทำงานของสมอง ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น สาร Dopamine อาจเกี่ยวกับความวิตกกังวล

2. ด้านจิตวิทยา (psychological factors)

— แนวคิดด้านจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) มีนักจิตวิทยาได้ให้แนวคิดไว้ ดังนี้



ฟรอยด์ (Freud) ให้ความเห็นว่า ภาวะวิตกกังวลเป็นสัญญาณเตือนอัตตา (ego) ว่าแรงขับ (id) อันไม่เป็นที่ยอมรับกำลังจะออกมาสู่จิตสำนึกให้อัตตาใช้รูปแบบการเผชิญปัญหา คือ การระงับจิตใจ (repression) เมื่อไม่สำเร็จจึงใช้การเผชิญปัญหาอื่นมาช่วย ได้แก่ การแทนที่ (displacement) การปลดปล่อย (undoing) หรือการแยกตัว (isolation) ทำให้เกิดโรคตามมา ได้แก่ โรคกลัวอย่างรุนแรง (phobia) และย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder) ฟรอยด์ได้แบ่ง ความวิตกกังวลออกเป็น วิตกกังวลตามความจริง (reality) เป็นความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับโลกภายนอกตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น วิตกกังวลแบบโรคประสาท (neurotic) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากแรงขับ ที่คุกคามอัตตาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการถูกลงโทษ วิตกกังวลจากมโนธรรม (moral) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากความขัดข้องใจของอภิปัตตา (superego)

— แนวคิดด้านพฤติกรรม (behavior หรือ learning theories) มีนักจิตวิทยาได้ให้แนวคิดไว้ ดังนี้ พาฟลอฟ (Ivan Pavlov) ใช้ classical conditioning model อธิบายภาวะวิตกกังวลว่า เป็นการตอบสนองอย่างมีเงื่อนไขต่อสิ่งสิ่งที่มากระตุ้น เช่น บุคคลที่ไม่เคยแพ้อาหาร แล้วมาแพ้กุ้ง ต่อไปเมื่อเขาเจอกุ้งจะรู้สึกวิตกกังวลและป่วยขึ้นมาทันที และอาจขยายวงกว้างออกไปเป็นไม่กล้ารับประทานอาหารที่ไม่ได้ปรุงเอง แบนดูลา (Bandura) อธิบายภาวะวิตกกังวลด้วย social learning theory ว่าเป็นการเป็นการเลียนแบบการตอบสนองแบบภาวะวิตกกังวลจากบิดามารดาของตน

— แนวคิดด้านอัตถิภาวนิยม (existential theories) มีนักจิตวิทยาได้ให้แนวคิดไว้ ดังนี้ เคริกการ์ด (Kierkegaard) ให้ความเห็นว่า ภาวะวิตกกังวลเกิดจากการรับรู้ชีวิตที่อ้างว้าง ไม่มีอะไร (nothingness) ทำให้บุคคลมีความทุกข์มากกว่าการยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อการปราศจาก ซึ่งความหมายของการมีชีวิตอยู่ต่อไป

3. ด้านสังคม (social factors) อธิบายว่า ประสบการณ์ในชีวิต เช่น ความตายในครอบครัว การหย่าร้าง ภาวะปัญหาทางการเงิน การเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุ มีผลต่อทัศนคติและการตอบสนองของบุคคล ส่วนบุคคลที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับความยากจน ความรุนแรง การทำร้ายร่างกายหรือจิตใจเป็นระยะเวลาอันยาวนานมีโอกาสเกิดโรควิตกกังวลขั้นรุนแรง

### สาเหตุของภาวะวิตกกังวลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง เกิดจาก

1. การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะจากการมีทวารเทียมบริเวณหน้าท้อง เพื่อเป็นทางออกของอุจจาระและมีถุงอุจจาระห้อยติดอยู่ที่หน้าท้องตลอดเวลา
2. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ ซึ่งเป็นผลมาจากลำไส้ใหญ่ถูกตัดออกไปเป็นส่วนมากทำให้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ลดลงกว่าปกติ และจากการที่ช่องทางเปิดของทวารเทียมทางหน้าท้องไม่มีหูรูดจึงทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ และอาจเกิดกลิ่นและแก๊สที่ไม่พึงประสงค์

3. รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการทำงาน การออกกำลังกาย การเล่นเกม การพักผ่อน การเดินทาง การเข้าสังคม ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส

4. การดูแลทวารเทียมทางหน้าท้อง การทำความสะอาดและการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ รวมทั้งการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมทางหน้าท้อง เช่น การระคายเคืองของผิวหนังรอบๆทวารเทียมทางหน้าท้อง การบวมของทวารเทียมทางหน้าท้อง การอุดตันของลำไส้ และการเกิดภาวะไส้เลื่อน เป็นต้น

ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง การมีทวารเทียมทางหน้าท้องจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวล เนื่องจากในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่เพียงแต่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดแผลจากการผ่าตัด ผู้ป่วยยังต้องพบการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง มีความวุ่นวาย สับสน เนื่องจากอยู่ในภาวะที่ไม่รู้ว่าจะดูแลตนเองอย่างไร การไม่มีความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียมทางหน้าท้อง จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลสูงขึ้น<sup>(43)</sup> และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ได้แก่ ระยะเวลาของการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องต้องการเวลาในการปรับตัว เพื่อที่จะยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ต้องมีทวารเทียมทางหน้าท้อง พยายามเรียนรู้ปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหา ชนิดของทวารเทียมทางหน้าท้อง ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดถาวร จึงมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดชั่วคราว เพราะผู้ป่วยจะต้องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องตลอดชีวิต<sup>(8)</sup>

### ระดับของภาวะวิตกกังวล

ระดับของภาวะวิตกกังวลโดยทั่วไปแบ่งตาม DSM IV TR (2000)<sup>(44)</sup> ตามลักษณะของอาการวิตกกังวล ออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. ภาวะวิตกกังวลระดับต่ำ (mild anxiety) เป็นภาวะวิตกกังวลระดับน้อยๆ เป็นปกติในบุคคลทั่วไป ถ้าเกิดขึ้นเป็นสิ่งดี เพราะจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลแก้ปัญหา และทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น และกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัวในการแก้ปัญหาการเจ็บป่วย หรือทำให้บุคคลพยายามทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จ

2. ภาวะวิตกกังวลระดับกลาง (moderate anxiety) ในระดับนี้ บุคคลจะเกิดการรับรู้เรื่องต่างๆ แคลง บุคคลจะสนใจเฉพาะปัญหาที่จะทำให้ตนไม่สบายใจ พยายามควบคุมตนเองมากขึ้น พยายามแก้ปัญหาสูงขึ้น

3. ภาวะวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety) บุคคลจะมีความวิตกกังวลสูง การรับรู้แคลงสมาธิในการรับฟังปัญหาและข้อมูลต่างๆ ลดลงเพราะครุ่นคิดหมกมุ่นในรายละเอียดมากไป จนไม่

สามารถติดตามเนื้อหาของเรื่องราวอย่างกว้างขวาง มีอาการมึนงง กระสับกระส่าย ไม่อยู่กับที่ไม่สนใจ  
สิ่งแวดล้อม

4. ภาวะวิตกกังวลระดับสูงสุด (panic anxiety) บุคคลมีความวิตกกังวลสูงสุดจนทำให้การ  
รับรู้ลดลง บุคคลจะอยู่ในภาวะตื่นตระหนก สับสน วุ่นวาย หวาดกลัวสุดขีด มึนงง ควบคุมตนเองไม่ได้  
ไม่มีแรง อาจมีอาการประสาทหลอน แขนขาขยับไม่ได้ เป็นลม รับประทานอาหารไม่ได้ มีภาวะ  
ซีมเศร้า

### ชนิดของภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวลแบ่งได้ออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. สภาวะวิตกกังวล (state anxiety) เป็นความกระวนกระวาย ความหวาดหวั่น ความกังวล  
ที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

2. ลักษณะนิสัยวิตกกังวล (trait anxiety) เป็นบุคลิกลักษณะอันยาวนาน (long-term  
personality) หรือนิสัย (temperament) ที่จะเกิดภาวะวิตกกังวล เมื่อถูกยั่วยุโดยสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิด  
ความเครียด ความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้น อาจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะนิสัย (trait) ของคนๆ  
นั้น บางครั้งเรียกว่า ภาวะวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะหรือพื้นฐาน (characteristic หรือ basic  
anxiety) ซึ่งแสดงออกมาให้เห็นตั้งแต่ในวัยเด็กฉะนั้น จึงเห็นได้ว่าบางคนมีแนวโน้มที่จะเกิดความ  
วิตกกังวลได้ง่าย และบ่อยมากกว่าคนอื่น ทั้งๆที่เผชิญกับความขัดแย้ง หรือปัญหาแบบเดียวกัน

### ประเภทของภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 3 ประเภท<sup>(44)</sup> คือ

1. ภาวะวิตกกังวลแบบปกติ (normal หรือ reality anxiety) เป็นภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้น  
สมเหตุสมผลกับสิ่งที่มีมากระตุ้นและเกิดขึ้นไม่นาน เมื่อตัวกระตุ้นลดความวิตกกังวลจะลดลงด้วย

2. ภาวะวิตกกังวลแบบโรคประสาท (neurotic anxiety) เป็นภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นไม่  
สมเหตุสมผลกับสิ่งที่มีมากระตุ้น มักเกิดมาจากความขัดแย้งในจิตไร้สำนึก (unconscious conflicts)  
ไม่มีสิ่งคุกคามจากภายนอกที่เห็นได้ชัด หรือถ้ามีความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นไม่สมส่วน นอกจากนั้น  
คนส่วนมากมักไม่ทราบต้นตอ หรือสาเหตุของภาวะวิตกกังวลแบบโรคประสาท

3. ภาวะวิตกกังวลแบบมีพยาธิสภาพ (pathogenic anxiety) เป็นภาวะวิตกกังวลระดับ  
รุนแรงและมีลักษณะเรื้อรัง มักเกิดจากการเก็บกด หรือข้อขัดแย้งที่ตนเองไม่ยอมรับ

## ปัจจัยที่อิทธิพลต่อภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวลไม่สามารถระบุปัจจัยในแต่ละบุคคลได้อย่างชัดเจน โดยคนส่วนใหญ่มักมีประสบการณ์ในการเกิดภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับพันธุกรรม เป็นปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะในบุคคลที่มีพ่อแม่เป็นคนที่มีความบุคลิกภาพที่มีภาวะวิตกกังวลสูง หรือมีอาการวิตกกังวลในครอบครัว มีโอกาสสูงมากกว่าบุคคลที่ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นผู้ที่มีภาวะวิตกกังวล เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่มีผลต่อบุคคลที่เป็นประสบการณ์ใหม่ หรือเป็นสิ่งที่ไม่เคยเกิดขึ้น มีผลร้ายแรงหรือผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลเกิดภาวะวิตกกังวลเกิดขึ้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพเดิมของแต่ละบุคคล การรับรู้สถานการณ์ การประเมินความสามารถตนเองของบุคคล ความภาคภูมิใจในตนเอง ความไม่สอดคล้องของความคิด หรืออยู่ในช่วงอารมณ์เชิงลบ ความซับซ้อนใจภายใน ความขัดแย้งภายในจิตสำนึก หรืออยู่ในภาวะวิกฤตในแต่ละระยะพัฒนาการ จะเป็นตัวที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดภาวะวิตกกังวล นอกจากนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตที่เคยเกิดขึ้นของแต่ละบุคคล เช่น ความตายของบุคคลในครอบครัว การหย่าร้าง ภาวะตกงาน อุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วยรุนแรง การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่ส่งผลต่อทัศนคติและการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆในชีวิต ประสบการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน เช่น ความยากจน ความรุนแรง เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลที่ผิดปกติได้ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาของการมีทวารเทียม เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องต้องการเวลาในการปรับตัว เพื่อที่จะยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย<sup>(45)</sup>

## อาการและอาการแสดงของภาวะวิตกกังวล

เนื่องจากภาวะวิตกกังวลเป็นการตอบสนองที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ (fight or flight response) ซึ่งมีสาเหตุจากหลายปัจจัย จึงมักมีอาการแสดงทั้งทางร่างกาย และทางจิตสังคม คือ

1. การแสดงออกด้านการเคลื่อนไหว (motoric manifestation) เป็นการปลดปล่อยพลังงานของร่างกายออกมาโดยตรง เช่น กระวนกระวาย อาการสั่น เป็นต้น
2. การแสดงออกด้านร่างกาย (somatic manifestation) จะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆของร่างกาย
  - ระบบหัวใจและการไหลเวียนของโลหิต คือหัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น อัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มขึ้น เส้นเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น หน้าร้อนแดง เหงื่อออก มือเท้าเย็น
  - ระบบทางเดินหายใจ คือ การหายใจเร็ว แน่นหน้าอก หายใจลำบาก อาจมีอาการหอบ

— ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก คือ กล้ามเนื้อเกร็ง และตึงตัว ปวดเข่าและข้อ มือสั่น กระตุก งุ่มง่ามปวดกล้ามเนื้อ คอตีบตัน

— ระบบทางเดินอาหาร คือ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำย่อย และการเผาผลาญอาหาร น้ำตาลถูกขับออกมาจากตับมากขึ้นรู้สึกหิวๆ คล้ายจะเป็นลม แน่นท้อง ปวดท้อง ท้องเสีย

— ระบบขับถ่าย คือ ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออกตามฝ่ามือฝ่าเท้าและตามตัว ท้องผูก

— ระบบอื่นๆ คือ ปากแห้ง ผิวหนังซีด ม่านตาขยาย ควบคุมการทรงตัวและการเคลื่อนไหวไม่ได้ เดินเร็ว พุดเร็ว อยู่นิ่งไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงของรอบเดือน สมรรถภาพทางเพศลดลง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย รู้สึกร้อนๆ หนาวๆ

3. การแสดงออกด้านอารมณ์ (affective manifestation) จะมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ หงุดหงิด โกรธง่าย กระสับกระส่าย หวาดหวั่น หวาดกลัว

4. การแสดงออกด้านความคิด (ideation) ได้แก่ การใช้ความคิด ความรู้สึก การรับรู้ และการแสดงออกทางสังคม ดังนี้

— ความคิด มีความหวาดระแวง สงสัย คิดซ้ำ ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผลลดลง คิดอะไรไม่ออก ขาดความคิดริเริ่ม มองโลกในแง่ร้าย ความสามารถแก้ปัญหาลดลง การตัดสินใจไม่ดี หมกมุ่นกับความวิตกกังวล สับสน

— ความรู้สึก มีการรับรู้ซ้ำและผิดพลาด ไม่สนใจสภาพแวดล้อม

— การแสดงออกทางสังคม มีการแยกตัว ก้าวร้าว ต่ำหนิติเตียน เจ้ากี้เจ้าการ เรียกร้องพึ่งพา ฉ้อฉล ความสามารถในการทำงาน ความรับผิดชอบในหน้าที่การงานลดลง มีการใช้สารเสพติด

### เกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มอาการวิตกกังวล

การวินิจฉัยกลุ่มอาการวิตกกังวลผิดปกติ<sup>(44)</sup> ประกอบด้วย

1. มีความวิตกกังวลมากกว่าเหตุ (apprehensive expectation) ต่อหลายๆ เรื่อง
2. รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมความกังวลนี้ได้
3. มีอาการทางกายต่างๆ ดังต่อไปนี้ (อย่างน้อย 3 ใน 6 ข้อ หรือในเด็กมีเพียง 1 ใน 6 ข้อ)
  - กระสับกระส่าย
  - อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย
  - มีปัญหาด้านสมาธิ ความจำ
  - หงุดหงิด
  - ปวดเมื่อย ตึงตามกล้ามเนื้อ

— มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน

4. อาการทั้งหมดเป็นอยู่บ่อยๆ นานกว่า 6 เดือน

### ผลของภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม<sup>(46)</sup> ดังนี้

ด้านร่างกาย (physiological change) มีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายขึ้นอยู่กับระดับของภาวะวิตกกังวล ถ้าเป็นระดับ mild และ moderate จะเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย ถ้ามีสูงเกินไปในระดับ severe และ panic จะทำให้ร่างกายต่างๆ หยุดการทำงาน โดยเกิดหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น หายใจหอบ เหงื่อออก ตัวเย็น ผิวหนังซีด ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิดง่าย ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง คลื่นไส้ ท้องอืด ม่านตาขยายใหญ่ ตัวสั่น มีเหงื่อออกมาก กล้ามเนื้อเกร็งโดยเฉพาะที่คอ ปวดเมื่อย

ด้านจิตใจ (psychological or cognition change) ในบุคคลที่อยู่ในภาวะวิตกกังวลระดับ mild moderate จะมีสมาธิดี ความจำดี การรับรู้สามารถเก็บรายละเอียดได้มากกว่าปกติ ตื่นตัวมากขึ้น เพิ่มการเรียนรู้ และการสังเกต และในระดับ severe และ panic สมาธิจะลดลง จะกระสับกระส่ายไม่หยุดนิ่ง ความสามารถในการรับรู้แคบลง ขอบเขตความสนใจจะแคบลง การรับรู้และการสังเกตมีปัญหา ไม่สามารถรับรู้หรือการตัดสินใจอาจผิดพลาด

การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ (emotional change) หงุดหงิด โมโหง่าย และโกรธ การบ่น จู้จี้ไม่อดทน สนใจตนเองมากขึ้น กระสับกระส่าย และอาจแสดงออกมาอย่างไม่เปิดเผย

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (social change) ภาวะวิตกกังวลในระดับ mild และ moderate จะทำให้บุคคลหาวิธีที่จะใช้ในขจัดหรือลดภาวะวิตกกังวล เรียนรู้ในการแก้ไขภาวะวิตกกังวลที่จะเผชิญกับสิ่งแวดล้อม หรือเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต

### การประเมินภาวะวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีภาวะวิตกกังวลเกิดขึ้นจะมีปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกมาให้เห็นในรูปแบบการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งการประเมินภาวะวิตกกังวลได้ 3 วิธี คือ

1. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เนื่องจากการหลั่งของสารสื่อประสาท เช่น มีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มความดันโลหิต เพิ่มอัตราการหายใจ มีการขยายของรูม่านตา มีอาการเจ็บหน้าอก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด ท้องอืด คลื่นไส้ มีเหงื่อออกมาก กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดเมื่อย เป็นต้น

2. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก การสังเกตในการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสาร โดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันในการทำงานของร่างกาย กับการรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ หรือซับซ้อน เนื่องจากเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายในใจ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น มีอาการกระสับกระส่าย ลูกลึกลูกน มือสั่น ถอนหายใจ พูดเร็วเร็ว หรือร้องไห้ เป็นต้น

3. การวัดโดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ โดยใช้แบบสอบถามให้บุคคลตอบตามความรู้สึกของตนเอง แล้วจึงนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล ได้แก่ The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) เป็นต้น

## 5. ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ความหมาย

พจนานุกรมหลายฉบับรวมทั้งลองแมนและเวบสเตอร์<sup>(47)</sup> ให้ความหมายคำว่า ภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกเศร้า (feeling of sadness) และสูญเสียความหวังในอนาคต (no hope for the future)

กลุ่มที่ 2 ภาวะซึมเศร้า หมายถึงพฤติกรรมหรือการกระทำ (act) ที่แสดงออกถึงความสามารถหรือประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรมประจำลดลง

กลุ่มที่ 3 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ (emotion) ประกอบด้วยอารมณ์ หดหู่ ไร้ความสุข และความกังวล

ระบบการวินิจฉัยโรค (The Diagnostic System) ของประเทศสหรัฐอเมริกาตามที่เรียกโดยทั่วไปว่า Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition (DSM-IV) ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกาได้แบ่งนิยามของภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) อารมณ์เศร้าที่สัมพันธ์กับอาการอื่นๆ 2) กลุ่มอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งและ 3) กลุ่มอาการซึมเศร้าที่ส่งผลให้เกิดภาวะคุกคามด้านอารมณ์และการทำหน้าที่ (functional impairment)

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะอารมณ์แปรปรวน โดยอาการบ่งชี้ที่แสดงออกมา เช่น มีอารมณ์หดหู่ เศร้าโศก ไม่สนใจหรือยินดีในสิ่งต่างๆ รอบตัวหมดซึ่งเรี่ยวแรง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า พฤติกรรมการกิน การนอนผิดปกติไป อาการของภาวะซึมเศร้ามักมาพร้อมกับภาวะวิตกกังวล ซึ่งนำมาซึ่งความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน และเลวร้ายที่สุดคือ การฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของ สายฝน

เอกรางกูร<sup>(48)</sup> ที่ได้ให้นิยามของคำว่า “ภาวะซึมเศร้า” ที่สอดคล้องกับอาการแสดง (symptom) ทางด้านอารมณ์ ร่างกาย ความคิด และพฤติกรรม ดังนี้

1. ความหมายของภาวะซึมเศร้าที่เน้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ (emotion) กลุ่มนี้ระบุความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง อารมณ์เศร้า เหงา โดดเดี่ยว สิ้นหวัง ไร้คุณค่า ขาดความหมายในชีวิต ไม่มีความสุข โกรธตนเอง รู้สึกผิด ละอายใจ และจมอยู่กับความล้มเหลวในอดีต โดยไม่สนใจตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต

2. ความหมายของภาวะซึมเศร้าที่เน้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (physical) หมายถึง ภาวะหมดพลัง (low energy) อ่อนล้า (fatigue) กระวนกระวาย (agitation) นอนไม่หลับ หรือหลับมากกว่าปกติ (insomnia/hypersomnia) ความยากอาหารและน้ำหนักเปลี่ยนแปลง อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง ความสนใจเรื่องเพศลดลง อาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ท้องผูก ท้องเสีย หรือเกิดอาการของโรคกระเพาะ

3. ความหมายของภาวะซึมเศร้าที่เน้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด (cognitive) หมายถึง การมีสมาธิลดลง หมดหวัง หมดหนทางแก้ไขปัญหา หมดคุณค่าในตนเอง โทษตนเอง กลัวการถูกปฏิเสธหรือล้มเหลวในชีวิต มองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบ

4. ความหมายของภาวะซึมเศร้าที่เน้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม (behavioral) หมายถึง การไม่สนใจปฏิบัติกิจกรรมประจำวันเหมือนปกติ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ไม่สนใจเพื่อน แยกตัว ร้องไห้ โทษตัวเอง การเรียนแย่งลง ประสิทธิภาพการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง อาจใช้สารเสพติดร่วมด้วย

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้คล้ายคลึงกัน ดังนี้

เบรค (Beck)<sup>(49)</sup> กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะอารมณ์แปรปรวน เศร้าโศก โดดเดี่ยว เชื่องช้า ขาดความกระตือรือร้น ไร้อารมณ์ มองตัวเองในแง่ลบ ต่ำหนิตัวเอง มักจะหลีกเลี่ยงปัญหา และมีความรู้สึกอยากตาย รวมถึงอาการกินไม่ได้ นอนไม่หลับ และความต้องการทางเพศลดลงด้วย

บีเบียร์ (Beeber)<sup>(50)</sup> กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง เป็นลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่ง แสดงออกในลักษณะของอาการท้อแท้ หมดหวัง เศร้าโศก เสียใจ รู้สึกโดดเดี่ยว

ซาตอคและซาตอค (Sadock and Sadock)<sup>(51)</sup> กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางความคิด พฤติกรรมการพูด และอาการทางกาย โดยบุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกไร้ซึ่งเรี่ยวแรง ไม่สนใจสิ่งต่างๆรอบตัว ไม่ค่อยมีสมาธิ มีความรู้สึกผิด เบื่ออาหาร นอนน้อยลง หมดอารมณ์ทางเพศ มักมีความคิดเกี่ยวกับเรื่องความตายและการฆ่าตัวตาย ซึ่งส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างและหน้าที่การงาน



เพอร์ซาร์ด (Persaud)<sup>(52)</sup> กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ และสามารถรักษาได้ แต่บุคคลที่เผชิญกับภาวะซึมเศร้านักจะหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึง เนื่องจากมองว่าเป็นภาวะบ่งชี้ถึงความอ่อนแอ น่าอับอาย ซึ่งภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากการที่ต้องเผชิญกับความยุ่งเหยิงในชีวิต ความผิดหวัง การสูญเสียของหรือบุคคลอันเป็นที่รัก บุคคลที่เผชิญกับภาวะซึมเศร้านักจะอารมณ์เสื่อง่าย รู้สึกหมดพลัง เบื่อหน่าย วิตกกังวล รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า ความอยากอาหารลดลง นอนน้อยลงและมักตื่นเช้ากว่าปกติ และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

ดวงใจ กสานติกุล<sup>(53)</sup> กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติ โดยจะแสดง ความผิดปกติทั้งทางด้านคำพูด ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมี อาการเบื่อหน่าย เชื่องซึม เชื่องช้า เหม่อลอย คิดช้า พูดช้า หมดอารมณ์สนุกสนาน รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเพลียเพลียแรง ความต้องการทางเพศลดลง ย้ำคิดย้ำทำ บางบุคคลรุนแรง จะมีความรู้สึกท้อแท้ หมดอาลัย ตายอยาก มองโลกในแง่ลบ หมดหวัง หาทางออกไม่ได้ จนในที่สุดทำให้คิดฆ่าตัวตาย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย<sup>(54)</sup> กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาจากการสูญเสีย ทำให้ รู้สึกมีดมน เบื่อหน่าย หดหู่ จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกล้าหาญ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเอง

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ร่วมกับความเปราะบางด้านความคิด การรับรู้ ความเปราะบางทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของเรา ได้ตั้งแต่ระดับปกติซึ่งอาจมีอาการเล็กน้อย เริ่มจากรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ เสียใจ แต่สามารถอยู่ในสภาพปกติได้ และจะมีความรุนแรงมากขึ้น รู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า มีความคิดในทางลบ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมถอยหนี จนกระทั่ง มีอาการรุนแรง ถึงขั้นฆ่าตัวตายได้

### สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

บุคคลอาจมีอาการซึมเศร้าจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีได้ดังต่อไปนี้<sup>(44)</sup>

1. ด้านชีววิทยา ได้แก่ พันธุกรรม ปัจจัยด้านชีวเคมี การเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน
  - พันธุกรรม พบว่าโรคซึมเศร้า bipolar disorder มักจะเป็นในครอบครัวและต้องมีสิ่งกระตุ้น เช่น ความเครียด
  - มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือสารเคมีในสมองการเปลี่ยนแปลงของสมดุลของสารเคมีซึ่งเป็น สารสื่อประสาทในสมอง มีผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าของคน (โดยเฉพาะสาร serotonin norepinephrine และ dopamine)

— โรคทางกายก็สามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น โรคหัวใจ อัมพาต ทำให้ผู้ป่วยมาสนใจดูแลตัวเองจะหายช้า การเกิดเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น โรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ โรคหัวใจ ปวดหลังและมะเร็ง การได้รับบาดเจ็บบริเวณต่อม pituitary หรือ การรักษาอาการบางอย่างที่ทำให้เกิดบาดเจ็บบริเวณศีรษะ

— การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในเลือด เช่น วัยทอง หรือหลังคลอด ก็สามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

## 2. ด้านจิตวิทยา มีทฤษฎีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

— สลิแกน (Seligman) กล่าวถึง การเรียนรู้ว่าไม่มีอะไรจะช่วยให้ (learned helplessness) ซึ่งอธิบายว่า การที่พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งรอบตัวที่ไม่ดีหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ อาจทำให้ขาดแรงจูงใจ เฉยชา และซึมเศร้าได้

— ผู้ที่เก็บกดไม่สามารถแสดงอารมณ์ออกมา เช่น ตีใจ เสียใจหรืออารมณ์โกรธ กลไกการเกิดปัญหาทางจิตใจอื่นที่มีการศึกษา พบว่าเกี่ยวข้องกับอาการภาวะซึมเศร้าในเด็ก ได้แก่ ความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีค่า ไร้ความสามารถ และไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน

— การตอบสนองด้านความเครียดมากเกินไป

3. ด้านปัญญา ซึ่ง Back ได้อธิบายด้วย cognitive triad ได้แก่ การมองตนเองด้านลบ เช่น ด้อยค่า การมองโลกในแง่ร้าย การมองไม่เห็นอนาคต

4. บางครั้งการเกิดภาวะซึมเศร้าก็ไม่มีสาเหตุที่ชัดเจนแต่สาเหตุที่สามารถระบุได้ที่เกิดผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกและมักเป็นต้นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า

## สาเหตุของภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเพราะสภาวะการเจ็บป่วยของร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย มีไข้ น้ำหนักลด คลื่นไส้ และหายใจเหนื่อย ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งมักมีการเจ็บปวดจากตัวโรค หรือเกิดจากการที่ได้รับการรักษาด้วย การผ่าตัด การได้รับเคมีบำบัดและการฉายรังสี เมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคทางกายแล้ว ร่างกายจะเปลี่ยนแปลง เช่น ฮอร์โมนผิดปกติ การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง และสารสื่อประสาทเปลี่ยนไป ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น หรืออาจเกิดจากผู้ป่วยมีปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบสนองต่อการที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ในการทำงานขับถ่ายอุจจาระ การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการที่เดิมขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนักเป็นทางทวารเทียมหน้าท้องแทน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยทันที รวมทั้งมีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต<sup>(7)</sup> ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ การไม่สามารถควบคุมการไหลของอุจจาระได้ จำเป็นต้องมีถุง

รองรับอุจจาระตลอดเวลา ซึ่งถูกที่ภายในบรรจุสิ่งขับถ่าย เป็นสิ่งที่ไม่น่าดู ทั้งลักษณะ สี กลิ่น และแก๊สที่ออกมายังรบกวน สร้างความน่ารังเกียจแก่ผู้ที่มีทวารเทียมเอง และผู้ที่อยู่ใกล้เคียง<sup>(8)</sup> ผู้ป่วยมักจะอายรูสึกว่าตนเองแตกต่างไปจากบุคคลอื่น เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม เป็นผลให้ผู้ป่วยแยกตัวไม่กล้าเข้าสังคม<sup>(9)</sup> และ การที่ต้องมีทวารเทียมทางหน้าท้องที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ทั้งหน้าที่การงาน การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การพักผ่อน การเดินทาง การเข้าสังคม ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ทำให้ผู้ป่วยมีความคับข้องใจ รูสึกอาย ขาดความมั่นใจ กลัวคนอื่นจะรังเกียจ และไม่สามารถจัดระเบียบการดำเนินชีวิตใหม่ และอาจเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย สิ้นหวังและขาดความสุขในการดำเนินชีวิต จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

### ระดับของภาวะซึมเศร้า

สามารถแบ่งภาวะซึมเศร้า ตามความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ คือ

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม เศร้าบางครั้งมีสาเหตุ แต่บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุ ร้องไห้และมีความคิดฆ่าตัวตาย บางครั้งอาการที่แสดงให้เห็น ได้แก่ วิตกกังวล ปวดศีรษะ กลัวโดยไม่มีสาเหตุ (phobia) นอนไม่หลับ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) มีผลกระทบต่อครอบครัว การงาน สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่ไม่สมบูรณ์ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์น้อย ร้องไห้ไม่มีสาเหตุ รูสึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยได้ รูสึกเจ็บปวดในจิตใจ พุดลำบาก คิดซ้ำ มีอาการย้ำคิดย้ำทำ (obsessive and compulsive symptom) มีความคิดในด้านลบ 3 อย่าง (cognitive triad) ไม่มีความต้องการทางเพศเป็นเวลานาน เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาในคู่สมรส หรือปัญหาทางเพศเกิดขึ้น
3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) มีความเศร้าลึกมากขึ้น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง วิตกกังวลมาก นอนไม่หลับ ความเศร้ามาจากภายในตัวบุคคลนั้น (endogenous) ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆไม่ได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน (delusion and hallucination)

### ชนิดของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ชนิด<sup>(44)</sup> คือ

1. อารมณ์เศร้า หรือทุกข์ใจ (sadness) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้บ่อย อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ด้านลบ เมื่อเผชิญกับการสูญเสีย ซึ่งเป็นอารมณ์ปกติ เช่น การตงงาน สูญเสียคนรัก การถูกปฏิเสธ การพลาดในสิ่งที่หวัง มักเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกอึดอัดทรมานสามารถเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว

กับคนทั่วไปทุกเพศทุกวัย ความรู้สึกนี้จะหายไปเมื่อผ่านช่วงเวลาปัญหานั้นไประยะหนึ่ง หรือเมื่อได้รับสิ่งดีๆ เข้ามาแทนที่ในชีวิต

2. ภาวะหรืออาการซึมเศร้า (depressive symptom) เป็นความผิดปกติด้านอารมณ์ หรือความรู้สึกเศร้าที่ยังคงเป็นอยู่นานอย่างไม่มีเหตุผลให้ต้องเศร้ารุนแรงหรือนานขนาดนั้น (เป็นนานเกิน 2 สัปดาห์) หรือแม้มีสิ่งดีๆ เกิดขึ้นแล้วแต่กลับไม่สามารถช่วยให้หลุดพ้นจากความเศร้ามาสนุกสนานเหมือนเดิมได้ บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้ในระยะแรกอาจจะรู้สึกเศร้า เหนงาหงอยและรู้สึกว่าชีวิตที่ผ่านมาไปในแต่ละวันมีแต่ความน่าเบื่อไม่มีความสุข หากอาการแย่ลงจะสูญเสียแรงจูงใจหรือไม่มีกำลังใจ จนไม่ยอมทำอะไร ไม่อยากพูดคุยกับใคร บางครั้งอาจรบกวนการดำเนินชีวิตทำให้ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจพื้นฐานในแต่ละวันได้

ภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกไม่มีความสุขเป็นสิ่งที่ทุกคนรู้สึกเป็นบางครั้งบางคราว โดยปกติเกิดจากสาเหตุที่เฉพาะ บุคคลที่มีอาการซึมเศร้าจะรู้สึกถึงอารมณ์ตึงเครียด เช่น มีความวิตกกังวล หมดหวัง มองโลกในแง่ลบ และความรู้สึกนี้จะเป็นอย่างยาวนาน ซึ่งอาการซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ โดยพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไป 20 เท่า และ 3% ของผู้ที่ฆ่าตัวตายจะฆ่าผู้อื่นร่วมด้วย

ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนและทุกช่วงอายุ เป็นภาวะโรคอันดับ 4 รองจากโรคเอดส์ เส้นเลือดในสมองตีบและเบาหวาน ภาวะซึมเศร้าอาจเป็นอาการของคนในครอบครัว โดยปกติเริ่มมีอาการระหว่างอายุ 15-30 ปี อาการดังกล่าวมักเกิดกับผู้หญิงบ่อยกว่าผู้ชาย โดยพบว่าตลอดช่วงชีวิตคนเรา 1 ใน 4 ของเพศหญิง และ 1 ใน 10 ของเพศชายเคยมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเพศหญิงอาจเกิดอาการ postpartum depression หลังคลอดบุตร บางคนมีภาวะซึมเศร้าตามฤดูกาลโดยเฉพาะในฤดูหนาว

3. โรคซึมเศร้า (depressive disorder) เป็นอาการซึมเศร้าต่อเนื่องและมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ขาดสมาธิ รู้สึกผิด จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิตพบว่า โรคซึมเศร้าในประเทศไทยมีความชุกประมาณ 5%<sup>(44)</sup> ภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด 2 ข้อ ครั้งหนึ่งของผู้ที่ มีภาวะซึมเศร้ามีอาการเพียงครั้งเดียวส่วนอีกครึ่งหนึ่งจะมีอาการซ้ำอีก ระยะเวลาของการหายจากภาวะซึมเศร้าประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี

### ประเภทของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. ภาวะซึมเศร้าในลักษณะที่เป็นโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder) เป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (lost in sense of control) ประกอบด้วย โรคซึมเศร้า (major

depression/depressive disorder/depressive illness) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และโรคประสาทซึมเศร้าหรือเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder)

2. ภาวะซึมเศร้าซึ่งตอบสนองต่อสถานการณ์หรือประสบการณ์ในชีวิต (response to experience) ประกอบด้วย ภาวะการปรับตัวผิดปกติร่วมกับการมีอารมณ์เศร้า (adjustment disorder with depressed mood) เป็นปฏิกิริยาซึมเศร้าของบุคคลที่มีสาเหตุชัดเจนจากภาวะกดดันจากการเผชิญสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressor) โดยไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมจนเกิดอาการทางคลินิกตามมาได้แก่ เครียด บกพร่องในหน้าที่การงาน การเรียน การเข้าสังคม เป็นต้น อาการและอาการแสดงดังกล่าวไม่ครบที่จะกำหนดในการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า (major depression) หรือโรคประสาทซึมเศร้า (dysthymia) ภาวะซึมเศร้ามักเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 3 เดือน และสามารถแก้ไขได้ภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังจากจัดการกับความเครียดความกดดันได้สำเร็จ และความเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย (grief and bereavement) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นโดยมีสาเหตุหลักมาจากการสูญเสีย (loss) บุคคลหรือวัตถุสิ่งของที่รัก มีความหมาย และมีความสำคัญต่อชีวิตโดยไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขของการเกิดโรคซึมเศร้า (major depression)

### ปัจจัยที่อิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อย โดยคนส่วนใหญ่ก็มีประสบการณ์ในการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง ซึ่งไม่จำเป็นต้องทำการรักษาแต่อย่างใด แต่เมื่อภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นอย่างรุนแรง เป็นระยะเวลานาน และมีผลกระทบต่อการทำงาน หรือเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ก็มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือ การเกิดภาวะซึมเศร้าของแต่ละบุคคลนั้นจะเกิดมากน้อยในแต่ละบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยหลายๆด้าน ได้แก่ **เพศ** พบว่าเพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า **อายุ** ก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าพบว่าคนที่อายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนที่อายุต่ำกว่า รวมทั้งอาจมีภาวะซึมเศร้าในระยะเวลาที่ยาวนาน และเป็นอย่างชนิดเรื้อรังมากกว่าอีกด้วย **ระดับทางสังคมและเศรษฐกิจ** กับภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์ในทางที่กลับกัน คือ บุคคลที่มีเศรษฐกิจต่ำจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง นอกจากนี้มีหลายรายงานขัดแย้งกันในเรื่องสถานภาพสมรสกับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะคนที่แยกกันอยู่หรือหย่ากับสมรส ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (high risk) ได้แก่ ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วมีเศรษฐกิจต่ำ งานที่ทำอยู่ในระดับต่ำ (low status job) เป็นแม่บ้าน ต้องดูแลเด็กเล็ก การแต่งงานที่ไม่มีความสุข เป็นต้น แต่ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ จำนวนบุตร ระดับของการติดต่อกันในสังคม (degree of social interchange) และการรับรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ก็สามารถเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ภาวะซึมเศร่าลดน้อยลงได้เช่นกัน ภาวะซึมเศร่าจึงไม่ได้เกิดจากของภาวะบุคคลที่เปลี่ยนแปลงเพียงอย่าง

เดียว ความคิด บุคลิกภาพ กลไกการป้องกันทางจิต หรือการมีโรคทางกาย ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมก็ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากหรือน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ได้แก่ รูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว การใช้สารเสพติด การเติบโตในสังคมที่กดดันและแข่งขัน เป็นต้น

### อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของอาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

ดวงใจ กษานติกุล<sup>(55)</sup> กล่าวว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการแสดงในด้านต่างๆ ดังนี้

1. อาการทางกาย เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เพลียแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์ทางเพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย เป็นต้น
2. การเคลื่อนไหวที่เกี่ยวกับระบบประสาท ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเซื่องซึม เชื่องช้า เหม่อลอย คิดช้า พุดช้า เคลื่อนไหวช้า พุดเสียงเบาและแยกตัว ไม่อยากพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร
3. ความคิดกังวล เช่น การคิดเรื่องร้ายๆ มองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจ รู้สึกท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่าหมดหวัง หนทางตัน ไม่เห็นทางออกในการแก้ไขปัญหา

มาโนช หล่อตระกูล<sup>(56)</sup> กล่าวว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการแสดง ดังนี้

1. อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปที่พบบ่อย คือ จะกลายเป็นคนซึมเศร้า หดหู่ สะเทือนใจร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้าแต่จะบอกว่าเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม มีอารมณ์หงุดหงิดรู้สึกทนเสียงดังหรือมีคนรบกวนไม่ได้ มักอยากอยู่เงียบๆคนเดียว
2. ความคิดเปลี่ยนไป ไม่มั่นใจในตัวเอง มองโลกภายนอก มองชีวิตของตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าชีวิตของตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อใคร บางคนมีความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตำหนิตนเองต่อสิ่งที่ได้กระทำลงไป แม้เป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย ในช่วงแรกผู้ป่วยอาจแค่รู้สึกเบื่อชีวิต ไม่ทราบจะมีชีวิตอยู่ต่อไปทำไม เมื่ออาการเป็นมากขึ้นจะรู้สึกอยากตาย อยากวิ่งให้รถชนต่อมาจะคิดถึงการฆ่าตัวตาย เริ่มมีการคิดถึงวิธีการ มีการวางแผน จนถึงการกระทำการฆ่าตัวตายในที่สุด
3. สมาธิของผู้ป่วยเสื่อมลงจากเดิม เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชื่องช้าลง ลังเลในการตัดสินใจ

4. มีอาการทางร่างกายต่างๆ ร่วมด้วย ที่พบบ่อย คือ อาการเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ปวดเรื้อรังตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน เคลื่อนไหวเชื่องช้า เฉื่อยชาลง พุดน้อย อยู่เฉยๆ ได้นานๆ

บางคนอาจมีอาการกระสับกระส่าย อยู่เฉยไม่ได้ นั่งได้สักครู่ ก็ต้องลุกเดินไปมา นอกจากนี้ยังอาจ มีอาการท้องผูก อึดแน่นท้อง ปากคอแห้ง มักจะนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากกว่าปกติ

สมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association)<sup>(57)</sup> กล่าวว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแสดงออกทางอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า อายากร้องไห้ เบื่อหน่ายท้อแท้ ขาดความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมทุกชนิด ทางความคิด เช่น รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่าง ไม่เหมาะสม คิดอะไรไม่ออก สมาธิลดลง ลังเลใจ คิดเรื่องการตาย มีความคิดอยากตาย พยายามฆ่าตัวตายหรือวางแผนฆ่าตัวตาย ทางพฤติกรรม เช่น อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรงไม่สนใจตนเองมีการแยกตัว มีอาการก้าวร้าว เคลื่อนไหวช้า พูดน้อยลง บางคนอาจมีการเคลื่อนไหวมากหรือกระสับกระส่าย การสื่อสารออกมาในรูปแบบของการเกลียดชังตัวเอง คิดทวนอยู่กับตนเองและลดการติดต่อกับคนอื่น มีการเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหารและน้ำ หนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 1 เดือน นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ

### เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

คำว่า โรคซึมเศร้า ในประเทศไทยมัก หมายถึง Depression disorders ซึ่งจะต้องใช้เกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัย ซึ่งปัจจุบันใช้อยู่ 2 เกณฑ์ คือ ICD (International classification of Diseases and health-related problem) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders)<sup>(58)</sup> ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันโดยโรคซึมเศร้าที่จิตแพทย์และแพทย์จะให้การวินิจฉัยผู้ป่วยจะมีลักษณะอาการดังต่อไปนี้

1. มีอารมณ์ซึมเศร้า โดยอารมณ์ซึมเศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลาทั้งวันและเป็นทุกวัน บางวันอาจเป็นมาก บางวันอาจเป็นน้อย
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำแบบทั้งหมดลดลงอย่างมาก
3. เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลงหรือบางรายอาจมีความอยากเพิ่มขึ้น กินมากจนน้ำหนักเพิ่ม (เช่น 2-3 กก.ต่อเดือน)
4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากแทบทุกวัน ส่วนใหญ่จะนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หลับตึกแต่จะตื่นเช้า 1-2 ชั่วโมงก่อนเวลาปกติที่เคยตื่นและไม่สดชื่น
5. ทำกิจกรรมต่างๆ ช้า พูดช้า เดินเหิน เคลื่อนไหวช้าลง แต่มีบางรายมีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย ทำอะไรเหมือนรีบเร่ง
6. อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรง ทั้งวันและแทบทุกวัน
7. รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป หลายรายที่มองตน มองโลก มองอนาคตในด้านลบไปหมด เช่น ตนไม่ดี ไม่สวย ไม่หล่อ ไม่เก่ง โลกสังคมก็แย่ เสื่อมโทรม ทุกอย่างแก้ไขไม่ได้แล้ว อนาคตยิ่งทุกข์ยาก ลำบาก มีเดมน

8. สมาธิหรือความคิดอ่านช้าลง

9. คิดอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ บางรายพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนฆ่าตัวตาย

ในบางรายที่อาการรุนแรงมากจะมีอาการประสาทหลอน หูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดคำหยาบคาย หรือหลงผิดว่าทุกคนรอบข้างมองตนเองไม่ดี แกล้งทำให้ตนล้มเหลว

ถ้ามีอาการข้างต้น อย่างน้อย 5 อาการ อยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีอารมณ์เศร้า (ข้อ 1) หรือเบื่อหน่ายไม่มีความสุข (ข้อ 2) ก็จะเรียกได้ว่าป่วยเป็น “โรคซึมเศร้า” แล้ว และต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อไป

### ผลของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนี้

ด้านร่างกาย (physiological change) มีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียไม่มีเหตุผล นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมาก รับประทานอาหารได้น้อยหรือมากเกินไป ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เคลื่อนไหวช้า ท้องผูก ประจำเดือนมาผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลง ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง

ด้านจิตใจ (psychological or cognition change) มีสมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า คิดช้า มีความคิดแปลกๆ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ มีความลึกลับสูง คิดซ้ำซากในเรื่องเดียวกัน หมดหวัง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ (emotional change) มีความวิตกกังวล โกรธ สับสน หมดหวัง มีความรู้สึกขาดบางอย่าง (inadequate) หงุดหงิด อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (social change) สนใจสิ่งแวดลอมน้อยลง ชอบอยู่คนเดียว ไม่ชอบเข้าสังคม แยกตัว

### การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินสภาพ (assessment) และการคัดกรอง (screening) ภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ<sup>(48)</sup> คือ การคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับบุคคลทั่วไป และ การประเมินสภาพสำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น “โรคซึมเศร้า”

1. การคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับบุคคลทั่วไป เป็นการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) เพื่อประเมินอาการและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) การประเมินโดยให้บุคคลประเมินเป็นผู้ให้คะแนนแต่ละข้อคำถามตามการรับรู้ของตนเอง (self-report) มักเป็นแบบสอบถาม หรือแบบประเมินที่มีข้อคำถามบ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าของ



บุคคลครอบคลุมอาการและอาการแสดง ประกอบด้วย ด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม แต่ละข้อความอาจเป็นลักษณะให้เลือกตอบ (check list) ว่าใช่หรือไม่ใช่ มีหรือไม่มี หรือมีลักษณะให้ประเมินเป็นระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าตามข้อที่กำหนด (likert scale) จากนั้นคิดค่าคะแนนและแปลผลเป็นระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง เป็นต้น เครื่องมือที่ได้รับความนิยมในการประเมินภาวะซึมเศร้าแบบให้บุคคลรายงานตนเองในปัจจุบัน เช่น Beck Depression Inventory (BDI), Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CEs-D), Children's Depression Inventory (CDI) เป็นต้น

2) การประเมินโดยผู้ดูแลที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ที่ได้รับการฝึกฝนในการใช้แบบประเมินมาก่อน (professional-report) เครื่องมือที่ได้รับความนิยมในการประเมินภาวะซึมเศร้าในลักษณะดังกล่าว ได้แก่ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) ,Cronholm-Ottosson Depression (CODS) เป็นต้น

2. การประเมินสภาพสำหรับผู้ที่มึลักษณะก้ำกึ่ง (borderline case) หรือได้รับวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิต (psychiatric disorder) ต้องอาศัยการประเมินภาวะสุขภาพจิต (mental health assessment) เพื่อตรวจหาความผิดปกติทางจิตรวมทั้งคัดกรองทางจิตเวช

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุวรรณ และคณะ<sup>(59)</sup> ได้ศึกษาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีทวารหนักเทียมจำนวน 9 คน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 9 คนเป็น ชาย 4 คน หญิง 5 คน อายุเฉลี่ย 41.33 ปี ระยะเวลาที่มีทวารเทียม 14 วันถึง 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก เกี่ยวการมีทวารหนักเทียมทางหน้าท้อง และพบว่า มีภาวะซึมเศร้าด้วยสาเหตุทางด้านร่างกายที่ต้องมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ร้อยละ 44.44 และ 3 ใน 9 มีความคิดฆ่าตัวตาย

Wade B.E.<sup>(10)</sup> ได้ศึกษาการปรับตัวทางด้านสังคมของผู้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง จำนวน 215 ราย หลังผ่าตัด 10 สัปดาห์ พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6 มีอาการซึมเศร้าระดับวิกฤต และร้อยละ 5 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย หลังผ่าตัด 1 ปี ร้อยละ 9 มีอาการวิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

Follick M.J. และคณะ<sup>(60)</sup> ได้ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง พบว่า ร้อยละ 30 มีกิจกรรมทางสังคมลดลง ร้อยละ 10 ประสบปัญหาการปรับตัวในการทำงาน

Bratha I. และคณะ<sup>(7)</sup> พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินอุจจาระมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยรุนแรงก่อนผ่าตัด ร้อยละ 40 เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตอบสนองจากสังคม ร้อยละ 65 ของผู้ป่วย ลดการออกสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 60 ต้องกลับเข้า

โรงพยาบาลใหม่กับสาเหตุมีอัตราการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 35 เปิดเผยว่ามีปัญหาเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 8 ถูกครอบครัวรังเกียจ ร้อยละ 80 สมาชิกในครอบครัวแสดงความเห็นอกเห็นใจ

Nilsoon LO และคณะ<sup>(61)</sup> ได้ศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยที่มี ileostomy ต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังทำผ่าตัด ileostomy พบว่า ร้อยละ 98 มีความรู้สึกอายน่าสนใจ หรือละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ที่เคยปฏิบัติ มีเพียงร้อยละ 24 ที่มีปฏิภริยาตรงกันข้าม ร้อยละ 80 พบว่าการมี ileostomy มีผลกระทบต่อการใช้เพศสัมพันธ์เนื่องจากการรั่วซึมของอุจจาระ มีกลิ่นของอุจจาระหรือมีเสียงของอุจจาระรับอุจจาระในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ในเพศชาย ร้อยละ 31 และเพศหญิง ร้อยละ 52 และพบว่า ร้อยละ 85 จำนวนครั้งในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงหรือไม่มีเลย

Makela & Niskasaari (2006) พบว่า ร้อยละ 30 ผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนของ stoma ในเรื่องของ parastomal hernia นอกจากนี้ ยังพบว่า การมีทวารเทียมใหม่ทางหน้าท้อง บางรายไม่สามารถยอมรับกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ส่งผลต่อการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การเล่นกีฬา การดำเนินชีวิตในสังคม และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ซึ่งประสบการณ์ที่ย่างยากเหล่านี้พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ<sup>(62)</sup>

Richbourg และคณะ<sup>(63)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความยุ่งยากของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมใหม่ทางหน้าท้อง หลังออกจากโรงพยาบาล พบว่า มีประสบการณ์ความยุ่งยาก คือ peristomal skin irritation ร้อยละ 76 pouch leakage ร้อยละ 62 odor ร้อยละ 59 การต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 54 มีภาวะซึมเศร้า/วิตกกังวล ร้อยละ 53 และพบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเหล่านี้ไม่แสวงหาความช่วยเหลือใดๆ

Pittman และคณะ<sup>(62)</sup> ได้ศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม พบว่าภาวะแทรกซ้อน เช่น skin irritation, leakage, difficulty adjusting มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะทาง demographic clinical และคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมที่รุนแรงยังสามารถทำนายคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ด้วย

Persson, Hellstrom and Anna-Lena<sup>(64)</sup> ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมใหม่ โดยเน้นเกี่ยวกับเรื่องภาพลักษณ์ในช่วง 6-12 สัปดาห์หลังการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมใหม่ พบว่า มี 7 ประเด็นที่ค้นพบ คือ มีความรู้สึกที่ผิดแปลกไปของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์การมี stoma มีอิทธิพลต่อเพศสัมพันธ์ ต่อการดำเนินชีวิตในสังคม เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน มีอิทธิพลต่อการเล่นกีฬา การมีกิจกรรม และมีปัญหาด้านร่างกาย

Dylan และคณะ<sup>(65)</sup> ได้ทำการศึกษาโดยการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกรังเกียจ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกเป็นตราบาป พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความรู้สึกรังเกียจทวารเทียมใหม่ และความพึงพอใจในชีวิต และมีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้สึกรังเกียจทวารเทียมใหม่กับความรู้สึกเป็นตราบาปจากการมี colostomy

Makela, M.N.<sup>(66)</sup> ได้ศึกษาโดยสอบถามเกี่ยวกับปัญหาทาง clinical และการดูแล stoma ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของ stoma, อาการของผู้ป่วย, ปัญหาเกี่ยวกับการดูแล stoma และการปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ปัญหาด้านสังคม พบว่า ร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนของ stoma ได้แก่ parastomal hernia และพบว่าผู้ป่วยที่มี ileostomy มีความยุ่งยากในการดูแล stoma มากกว่าผู้ป่วยที่มี colostomy

Ratliff, CR.and Donovan,AM<sup>(67)</sup> ได้ศึกษาโดยการประเมิน peristomal skin ในผู้ป่วยที่มี ทวารเทียมใหม่ ที่กลับมาตรวจหลังผ่าตัด 2 เดือน พบว่า ร้อยละ 6 มีปัญหา peristomal complications และพบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิด ileal conduits ร้อยละ 15 ileostomy ร้อยละ 9 และมีเพียง 1 ใน 81 คนที่พบในผู้ป่วยที่มี colostomy

Krouse R. และคณะ<sup>(68)</sup> ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมี พบว่า ปัญหาคุณภาพชีวิตที่พบบ่อยได้แก่ ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ การมีลมในถุงรองรับอุจจาระ ปัญหาท้องผูก ปัญหาในการเดินทาง และความไม่พึงพอใจในการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ โดยผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีมีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จรินทร์ สมภู<sup>(45)</sup> ได้ศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีที่มีโคลอสโตมีชนิดถาวร พบว่า ความสามารถในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่โดยรวม และบทบาทย่อยของสตรีที่มีโคลอสโตมีชนิดถาวร อยู่ในระดับค่อนข้างดี และจำนวนบทบาทหน้าที่ การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ เป็นปัจจัยทำนายของการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ 22.13 อย่างนัยสำคัญ สำคัญทางสถิติ

จุฬาร ประสงค์<sup>(69)</sup> ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดถาวรในวัยทำงาน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ

นวพร ชิตมน<sup>(8)</sup> ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดถาวร พบว่า ร้อยละ 76.84 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับอยู่ในระดับปานกลาง และภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญได้แก่ การรั่วซึมของอุจจาระ การมีผื่นคันรอบๆทวารเทียมทางหน้าท้อง การเข้าสังคม และพบว่าภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 24.2 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.8

ทิฆัมพร อธิพงษ์วัฒน์<sup>(70)</sup> ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนผิวหนัง ชนิดทางเดินปัสสาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำทางเดินปัสสาวะใหม่ระยะยาว พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยทางเดินปัสสาวะใหม่ระยะยาวอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง แรง

สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ส่วนความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนผิวหนังและชนิดทางเดินปัสสาวะไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

เกศินี ธีรทองดี<sup>(71)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องอยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 75.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ดีที่สุด คือ ความวิตกกังวล รองลงมาคือภาวะพึ่งพิง ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ตามลำดับ

ศุภมาส มณีสินธุ์<sup>(72)</sup> ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพของผู้ป่วยทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลางและ ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทวารเทียมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส สิทธิในการรักษาพยาบาล เศรษฐฐานะ สภาพผิวหนังรอบทวารเทียม และการมีโรคประจำตัว

ทิพวรรณ คุณพันธ์<sup>(73)</sup> ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ภายหลังได้รับข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

นิตยา จรัสแสง<sup>(74)</sup> ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 42.05 มีภาวะซึมเศร้า (มากกว่า 1 ใน 3) กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 44.70 และผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 43.3

นันท์วิษ สิริธีรภัช<sup>(75)</sup> ได้ศึกษา ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 17.03 และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดโรคซึมเศร้า คือ การเป็นมะเร็งเต้านม การเคยได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน และการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและฉายแสง

อารดา หายักวงษ์<sup>(76)</sup> ได้ศึกษา ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ผู้ป่วยโรควัณโรคปอด ร้อยละ 20.4 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการรักษา และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ( Descriptive Research Design) โดยศึกษา ณ. จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง (Cross-Sectional study) เพื่อศึกษาความชุก (Prevalence) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

#### ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

**ตัวแปรหลัก (Dependent variable) :** ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

**ตัวแปรอิสระ (Independent variable) :**

ปัจจัยส่วนบุคคล : เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา : ประวัติโรคประจำตัว และประวัติการใช้สารเสพติด ชนิดของทวารเทียม สาเหตุของการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่มีทวารเทียม การได้รับรู้ว่าต้องมีทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด การได้รับคำแนะนำในการดูแลทวารเทียม ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด การดูแลทวารเทียม ผู้ที่ช่วยดูแลเปลี่ยนแปลงและถูกรองรับ อัจฉริยะ ผลกระทบต่อผู้ดูแล การล้างมือหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม แหล่งความรู้ที่ได้รับในการเปลี่ยนแปลงและถูกรองรับ อัจฉริยะ ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม และภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ

ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ : สิทธิการรักษาพยาบาล เมื่อมีปัญหาผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร (Population)** คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

**ประชากรเป้าหมาย (Target Population)** คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม ตึก ภปร. ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่านหนังสือออก และสามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอาการหนักที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชขั้นรุนแรง
3. ผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าและอยู่ในระยะกำเริบอาการของโรคทั้งในช่วงก่อนการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง และในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูล
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบวัด TMSE ในการคัดออก

**ประชากรที่จะทำการศึกษา (Sample)** คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่มาขอรับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

### ขนาดตัวอย่าง (Simple Size)

#### คำนวณจากสูตรต่อไปนี้

$$n = \frac{z^2 \alpha p (1-p)}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

z = ค่าวิกฤตที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางแจกแจงค่าปกติมีค่าเท่ากับ 1.96

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

p = ความชุกของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง = 0.25<sup>8</sup>

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

เพื่อป้องกัน drop out ผู้วิจัยจึงจะเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกประมาณ 10 % = 72 + 8  
 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เท่ากับ 80 คน

## การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

โดยเก็บในผู้ป่วยทุกรายที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และยินยอมให้ความร่วมมือกับการทำวิจัยโดยสมัครใจ และเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมของการวิจัยแล้ว และเก็บรวบรวมข้อมูลจนกว่าจะครบตามจำนวน ที่กำหนดจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง

**เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร** เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 2 เป็นข้อมูลด้านการรักษา จำนวน 16 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาอาชีพปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล เมื่อมีปัญหาผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด สาเหตุของการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ชนิดของทวารเทียม ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่มีทวารเทียม การได้รับรู้ว่าต้องมีทวารเทียมตั้งแต่อ่อนผ่าตัด การได้รับคำแนะนำในการดูแลทวารเทียมตั้งแต่อ่อนผ่าตัด การดูแลทวารเทียม ผู้ที่ช่วยดูแล เปลี่ยนแป้งและถุงรองรับอุจจาระ ผลกระทบต่อผู้ดูแล การล้างมือหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม แหล่งความรู้ที่ได้รับในการเปลี่ยนแป้งและถุงรองรับอุจจาระ ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม และภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Rosenberg ค.ศ. 1965<sup>(24)</sup> โดยผ่องศรี ศรีมรกต<sup>(77)</sup> ได้แปลเป็นภาษาไทย ใช้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีนำมาหาค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 6 ข้อ (1, 2, 4, 6, 7, 10) และคำถามด้านลบ 4 ข้อ (3, 5, 8, 9) มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีคะแนนระหว่าง 10-40 คะแนน และแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ คือ คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $< \bar{X} - SD$ )

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง คือ คะแนนอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามลบกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\bar{X} - SD$  ถึง  $\bar{X} + SD$ )

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง คือ คะแนนมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามรวมกับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $>\bar{X}+SD$ )

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire, PRQ 85 Part II) ของ Weinert C.**<sup>(78)</sup> ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย จิรภา หงส์ตระกูล<sup>(79)</sup> ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 100 ราย นำมาหาค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90 โดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมชุดนี้ประกอบด้วย 25 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิร์ต 7 อันดับ โดยระดับคะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 7 อันดับ โดยแบบสอบถามชุดนี้ ประเมินใน 5 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านความรักและความผูกพัน (intimacy) ข้อ 1, 10, 11, 19, 20 2. ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) ข้อ 6, 8, 9, 16, 18 3. ด้านการมีโอกาสนี้ประโยชน์ต่อผู้อื่น (opportunity for nurturance) ข้อ 7, 12, 17, 21, 24 4. ด้านความมีคุณค่าในตนเอง (self-worth) ข้อ 2, 3, 5, 13, 23 5. ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ (assistance and guidance) ข้อ 4, 14, 15, 22, 25 การให้คะแนนแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยแบ่งเป็น

ข้อคำถามเชิงบวก คือ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 และข้อ 25 ให้คะแนน ดังนี้ 1= ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2= ไม่เห็นด้วยมาก 3=ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย 4=ไม่แน่ใจ 5=เห็นด้วยเล็กน้อย 6=เห็นด้วยมาก 7=เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อคำถามเชิงลบ คือ ข้อ 4, 7, 10, 16, 24 ให้คะแนนกลับกัน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-175 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

การสนับสนุนทางสังคมต่ำ คือ คะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามลบส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $<\bar{X}-SD$ )

การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คือ คะแนนอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามลบกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\bar{X}-SD$  ถึง  $\bar{X}+SD$ )

การสนับสนุนทางสังคมสูง คือ คะแนนมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม รวมกับส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $>\bar{X}+SD$ )

**ส่วนที่ 4 แบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) โดย Zigmond และ Snaitte**<sup>(80)</sup> พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1983 แปลเป็น ภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ<sup>(81)</sup> ในปี 2539 Thai Hospital anxiety and depression scale (Thai-HADS) ซึ่งได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล รามาธิบดี ของภาควิชาศัลยศาสตร์และภาคสูตินารีเวช จำนวน 60 คน เพื่อใช้คัดกรองอาการวิตก



กังวล และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย เนื้อหาของคำถามเน้นประเมินอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย ด้านอาการผิดปกติทางจิตเวช โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 14 ข้อ การให้คะแนนคิดแบบ Likert scale มีคะแนนรวม 21 คะแนน โดยมีคะแนนข้อละ 0-3 คะแนน การหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมในการคัดกรอง ความผิดปกติทางจิตเวช ทำโดยใช้ Receiver operating characteristic (R.O.C.) Curve analysis ได้มากกว่า 11 คะแนน นอกจากนี้ยังสามารถบ่งถึงระดับความรุนแรงของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8551 สำหรับ Anxiety sub-scale และ 0.8259 สำหรับ Depression sub-scale การคิดคะแนนโดยรวมคะแนนเลขคู่ เป็นคะแนนภาวะซึมเศร้า รวมคะแนนเลขคี่เป็นภาวะวิตกกังวลและนำคะแนนแต่ละส่วนมาแบ่งระดับคะแนนดังนี้ อาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อคี่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน อาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมกัน และแปลผล ดังนี้

0 – 7 คะแนน คือ ผู้ป่วยไม่มีภาวะวิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้า

8 คะแนนขึ้นไป คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้า

#### การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลเอกสาร (Documentary Research) เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และศึกษาจากบทความ ตำรา หนังสือ วิทยานิพนธ์ และเอกสารอิเล็กทรอนิกส์
2. ประสานงานขอความร่วมมือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงหน่วยงานที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล อันได้แก่ คลินิกศัลยกรรม แขนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยเสนอเรื่องขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งนัดหมายวัน และเวลาเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรม แขนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. จัดทำหนังสือเพื่อขอการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมของการวิจัย เพื่อทำวิจัยในมนุษย์ ประกอบด้วย ใบยินยอมในการทำวิจัยในมนุษย์ และข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

6. ขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และอธิบายวิธีการสัมภาษณ์การตอบแบบสอบถามจนผู้ป่วยเข้าใจ รวมถึงการลงนามยินยอมเข้าร่วมศึกษาวิจัยในใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์จากผู้ป่วยและญาติก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในระหว่างที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์ โดยที่ไม่มีผลต่อคิวในการพบแพทย์ของผู้ป่วยและขั้นตอนในการตรวจการรักษา

7. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล และทำหนังสือตอบขอบคุณหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือ

8. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติผ่านโปรแกรม SPSS for Windows version 17.0 (Statistical Package for Social Science)

### การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูล และใช้แสดงความชุกของภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยและการรักษา ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม โดยใช้สถิติ Chi-Square test และสมการสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 และใช้สถิติ Multivariate Logistic Regression analysis เข้าสมการด้วยวิธี Forward likelihood ratio เพื่อหาปัจจัยทำนายของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก (Prevalence) และ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม ตึก ภปร. ชั้น 6 จำนวน 80 ราย ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมจนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ซึ่งผู้วิจัยได้สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตรงตามจำนวนที่กำหนดไว้

ผลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยจำแนกตามลำดับดังนี้

**ส่วนที่ 1** ผลจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง แบ่งเป็น

- 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
- 1.2 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา
- 1.3 ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ
- 1.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- 1.5 การสนับสนุนทางสังคม

**ส่วนที่ 2** ความชุกของภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

**ส่วนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยสถิติ  $\chi^2$ -test (Chi-square)

- 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย กับภาวะวิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้า
- 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา กับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า
- 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจกับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้า

**ส่วนที่ 4** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

**ส่วนที่ 5** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องด้วย Multivariate Logistic Regression analysis



ส่วนที่ 1 ผลจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง แบ่งเป็น

### 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน และความเพียงพอของรายได้

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	44	55.0
	หญิง	36	45.0
<b>อายุ</b>			
	น้อยกว่า 40 ปี	4	5.0
	41-59 ปี	41	51.3
	ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	35	43.7
(Mean± SD= 57.96±11.70, min = 31, max= 83)			
<b>สถานภาพสมรส</b>			
	โสด	8	10.0
	คู่	63	78.8
	หม้าย หย่า แยก	9	11.2
<b>ศาสนา</b>			
	พุทธ	74	92.4
	อิสลาม	3	3.8
	คริสต์	3	3.8
<b>ระดับการศึกษา</b>			
	ไม่ได้เรียน	2	2.5
	ประถมศึกษา	30	37.5
	มัธยมศึกษา	28	35.0
	ประกาศนียบัตร	2	2.5
	ปริญญาตรี	14	17.5
	ปริญญาโท หรือสูงกว่า	4	5.0

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>		
ไม่ประกอบอาชีพ	26	32.5
รับจ้าง	11	13.8
ค้าขาย	10	12.5
ทำนา ทำสวน ทำไร่	3	3.8
ข้าราชการ	9	11.2
รัฐวิสาหกิจ	1	1.3
ทำงานบ้าน	5	6.2
เกษียณอายุ	10	12.5
ธุรกิจส่วนตัว	5	6.2
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
เพียงพอ	71	88.7
ไม่เพียงพอ	9	11.3

จากตารางที่ 1 แสดงลักษณะของข้อมูลทั่วไป ส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55 เพศหญิง ร้อยละ 45 มีอายุอยู่ระหว่าง 41- 59 ปี ร้อยละ 51.3 รองลงมาอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.7 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.96 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 11.70

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 78.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.4 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 37.5 รองลงมามีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพที่มีรายได้ ร้อยละ 32.5 และความเพียงพอของรายได้เพียงพอ ร้อยละ 88.7

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด และโรคประจำตัว

ประวัติโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด และโรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช</b>		
ไม่มี	80	100
มี	0	0
<b>ประวัติการใช้สารเสพติด</b>		
ไม่มี	70	87.5
มี	10	12.5
<b>มีประวัติการใช้สารเสพติด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) n=10</b>		
บุหรี่	9	11.3
ยาบ้า ยาฆ่า ยาอี	1	1.3
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	6	7.5
<b>โรคประจำตัวอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
ไม่มี	39	48.8
มี (มีได้มากกว่า 1 โรค) n=41	41	51.2
เบาหวาน	17	21.3
ความดันโลหิตสูง	27	33.8
หัวใจ	5	6.3
ไขมันในเลือดสูง	14	17.5
อื่นๆ	9	11.2

จากตารางที่ 2 แสดงลักษณะของข้อมูลทั่วไป ส่วนของข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีประวัติการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 87.5 มีประวัติใช้สารเสพติด ร้อยละ 12.5 ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ ร้อยละ 11.3 และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 7.5

กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 48.8 มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 51.2 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.8 และโรคเบาหวาน 21.3

## 1.2 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตาม สาเหตุของการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม ชนิดของ ทวารเทียม ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่มีทวารเทียม การได้รับรู้ว่าต้องมีทวารเทียม ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และการได้รับคำแนะนำในการดูแลทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด

ปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>สาเหตุของการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม</b>		
มะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA Colon)	13	16.3
มะเร็งทวารหนัก (CA Rectum)	64	80.0
มะเร็งรูทวาร (CA Anal)	3	3.7
<b>ชนิดของทวารเทียม</b>		
<b>แบ่งตามชนิดของการผ่าตัด</b>		
ชั่วคราว	65	81.3
ถาวร	15	18.7
<b>แบ่งตามชนิดของลำไส้ที่มาเปิด</b>		
Colostomy	60	75.0
Ileostomy	20	25.0
<b>ระยะเวลาในการเจ็บป่วย</b>		
น้อยกว่า 6 เดือน	30	37.5
6 - 12 เดือน	29	36.2
มากกว่า 12 เดือน	21	26.3
Mean $\pm$ SD = 9.31 $\pm$ 10.84, Median (IQR)= 7(9), min=1, max= 72 (เดือน)		



ปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาที่มีทวารเทียม</b>		
น้อยกว่า 3 เดือน	31	38.8
3 - 6 เดือน	23	28.8
มากกว่า 6 เดือน	26	32.4
Mean $\pm$ SD = 4.79 $\pm$ 3.52, Median (IQR)= 4(6.75), min=0.25, max= 12 (เดือน)		
<b>การได้รับรู้ว่าต้องมีทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด</b>		
รู้ก่อนผ่าตัด	64	80.0
ไม่รู้ก่อนผ่าตัด	16	20.0
<b>การได้รับคำแนะนำในการดูแลทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด</b>		
ได้รับ	63	78.8
ไม่ได้รับ	17	21.2

จากตารางที่ 3 แสดงลักษณะของข้อมูลทั่วไป ส่วนของปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยและการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ที่เปิดทวารเทียมทางหน้าท้องที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทวารหนัก (CA rectum) ร้อยละ 80 รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 16.3

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง แบบชั่วคราว ร้อยละ 81.3 และเป็น Colostomy ร้อยละ 75 ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 37.5 รองลงมา คือ 6-12 เดือน ร้อยละ 36.2 และมากกว่า 12 เดือน ร้อยละ 26.3 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เกิดทวารเทียมส่วนใหญ่ น้อยกว่า 3 เดือนร้อยละ 38.8 รองลงมาคือ ระยะเวลา มากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 32.4 และระยะเวลา 3-6 เดือน ร้อยละ 28.8 ตามลำดับ

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับรู้ว่าต้องมีทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัดร้อยละ 80 รวมทั้งมีการเตรียมโดยให้คำแนะนำการดูแลทวารเทียมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ร้อยละ 78.8

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามการดูแลทวารเทียม

ปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>การดูแลทวารเทียม</b>		
ดูแลเปลี่ยนแปลงแป้นและถุงรองรับอุจจาระด้วยตนเอง	28	35.0
มีผู้อื่นดูแลเปลี่ยนแปลงแป้นและถุงรองรับอุจจาระให้	52	65.0
<b>ผู้ที่ช่วยดูแลเปลี่ยนแปลงแป้นและถุงรองรับอุจจาระ (n=52)</b>		
พี่ / น้อง	4	7.7
สามี / ภรรยา	13	25.0
ลูก	35	67.3
<b>ผลกระทบต่อผู้ดูแล</b>		
ไม่มี	34	42.5
มี	46	57.5
<b>การล้างมือหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม</b>		
ล้างมือเป็นปกติ	60	75.0
ล้างมือบ่อยแต่ไม่ผิดปกติ	19	23.7
ล้างมือบ่อยจนรู้สึกผิดปกติ	1	1.3
( โดยให้กลุ่มตัวอย่างวัดจากความรู้สึกของตนเอง เป็น perception ของกลุ่มตัวอย่าง)		
<b>แหล่งความรู้ที่ได้รับในการเปลี่ยนแปลงแป้นและถุงรองรับอุจจาระ</b>		
พยาบาล	80	100
<b>เรื่องที่ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมจากพยาบาล</b> (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การดูแลเปลี่ยนแปลงแป้นและถุงรองรับอุจจาระ	64	80.0
การดูแลเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน	63	78.8
การดูแลทางด้านร่างกายและสุขภาพ	18	22.5
การดูแลด้านจิตใจ	8	10.0
การรับประทานอาหารเมื่อกลับไปอยู่บ้านหลังผ่าตัด	6	7.5

จากตารางที่ 4 แสดงลักษณะของข้อมูลทั่วไป ส่วนของปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยและการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีผู้อื่นดูแลเปลี่ยนแปลงและถูกรองรับอุจจาระให้ ร้อยละ 65 และผู้ดูแลจะเป็นคนในครอบครัว คือ ลูก ร้อยละ 67.3 โดยมีผลกระทบต่อผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.5 และไม่กระทบต่อผู้ดูแล ร้อยละ 42.5

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หลังทำการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง มีการล้างมือเป็นปกติ ร้อยละ 75 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับแหล่งความรู้ในการเปลี่ยนแปลงและถูกรองรับอุจจาระ คือ พยาบาล ร้อยละ 100 รวมทั้งต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมในเรื่อง การดูแลเปลี่ยนแปลงและถูกรองรับอุจจาระ ร้อยละ 80 และเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 78.8

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนจากการเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

ปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดทวารเทียม</b>		
ไม่มี	64	80.0
มี	16	20.0
ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal prolapse)	5	6.3
Entercutaneous fistula /RV fistula	3	3.7
ภาวะไส้เลื่อน (Peristomal hernia)	2	2.5
ภาวะช่องเปิดลำไส้ถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง (Stomal retraction)	1	1.3
ภาวะรอยต่อของลำไส้มีรอยรั่ว (Anastomosis leakage)	2	2.5
ภาวะลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยง (Bowel ischemia)	1	1.3
ภาวะลำไส้อุดตัน (Gut Obstruction)	1	1.3
ภาวะติดเชื้อในช่องเชิงกราน (Pelvic collection)	1	1.3

ปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
มีผื่นคันรอบๆทวารเทียม		
ไม่มี	21	26.3
มี	59	73.7
มีการรั่วซึมของอุจจาระออกจากถุงรองรับอุจจาระ		
ไม่มี	47	58.8
มี	33	41.2
การมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระ		
ไม่มี	69	86.2
มี	11	13.8
ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์		
ไม่มี	76	95.0
มี	4	5.0
การเข้าสังคม (การลด หรืองดออกสังคม)		
ไม่มี	49	61.3
มี	31	31.0

จากตารางที่ 5 แสดงลักษณะของข้อมูลทั่วไป ส่วนของปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยและการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม ร้อยละ 80 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ร้อยละ 20 โดยส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนคือ ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal prolapse) ร้อยละ 6.3 และภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดคือ การมีผื่นคันรอบๆทวารเทียม ร้อยละ 73.7 รองลงมาคือ การมีการรั่วซึมของอุจจาระออกจากถุงรองรับอุจจาระ ร้อยละ 41.2 และการเข้าสังคม ร้อยละ 31 ตามลำดับ

### 1.3 ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามสิทธิในการรักษาพยาบาล เมื่อมีปัญหาผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในครอบครัว

ปัจจัยทางด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>สิทธิในการรักษาพยาบาล</b>		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	39	48.8
ราชการ	21	26.2
ประกันสังคม	9	11.3
เสียค่าใช้จ่ายเอง (เงินสด)	7	8.7
รัฐวิสาหกิจ	3	3.7
ครอบครัวเจ้าหน้าที่สถานกาชาดไทย	1	1.3
<b>เมื่อมีปัญหาผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย</b>		
พี่ / น้อง	11	13.8
พ่อ / แม่	5	6.2
สามี / ภรรยา	26	32.5
ลูก	38	47.5
<b>ความสัมพันธ์ในครอบครัว</b>		
สนิทและเข้ากันได้ดี	78	97.4
สนิทเป็นบางครั้ง	1	1.3
ไม่สนิทสนมกัน	1	1.3

จากตารางที่ 6 แสดงลักษณะของข้อมูลทั่วไป ส่วนของปัจจัยทางด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเบิกการรักษาได้ โดยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ร้อยละ 48.8 และสิทธิข้าราชการ ร้อยละ 26.2 สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 11.3 ตามลำดับ

เมื่อมีปัญหาผู้ให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา ส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว คือ ลูก ร้อยละ 47.5 และ สามี/ภรรยา ร้อยละ 32.5 รวมทั้งมีความสัมพันธ์ในครอบครัว สนิทและเข้ากันได้ดี ร้อยละ 97.4

#### 1.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละ ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</b>		
ต่ำ (< X-SD) <25.05 คะแนน	10	12.5
ปานกลาง (X-SD ถึง X+SD) 25.05-32.13 คะแนน	57	71.2
สูง (>X+SD) >32.13 คะแนน	13	16.3
Mean $\pm$ SD = 28.59 $\pm$ 3.54, min = 21 , max = 40		

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง ร้อยละ 71.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ร้อยละ 16.3 และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ร้อยละ 12.5

#### 1.5 การสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละ ของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>การสนับสนุนทางสังคม</b>		
ต่ำ (< X-SD) <120.97 คะแนน	13	16.3
ปานกลาง (X-SD ถึง X+SD) 120.97-151.41 คะแนน	54	67.4
สูง (>X+SD) >153.83 คะแนน	13	16.3
Mean $\pm$ SD = 136.19 $\pm$ 15.22, min = 89 , max = 175		

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 68.7 การสนับสนุนทางสังคมต่ำ ร้อยละ 16.3 และการสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 15.0

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องที่มีภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะวิตกกังวล		
ไม่มีภาวะวิตกกังวล (คะแนน Thai-HADs 0-7)	52	65.0
มีภาวะวิตกกังวล (คะแนน Thai-HADs $\geq$ 8)	28	35.0
Mean $\pm$ SD = 6.15 $\pm$ 3.82, min = 0, max = 18		

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 65 และมีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 35 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 6.15 และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เท่ากับ 3.82

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องที่มีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน Thai-HADs 0-7)		
มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน Thai-HADs $\geq$ 8)	72	90.0
Mean $\pm$ SD = 3.84 $\pm$ 3.32, min = 0, max = 20	8	10.0

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 90 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.84 และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เท่ากับ 3.32

ส่วนที่ 3 ผลของการความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยสถิติ Chi-square

### 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับตัวแปรส่วนบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนบุคคล (n=80)	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=52)		มี (n=28)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>						
ชาย	28	63.6	16	36.4	0.080	0.777
หญิง	24	66.7	12	33.3		
<b>อายุ</b>						
น้อยกว่า 60 ปี	34	75.6	11	24.4	5.038	0.025*
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	18	51.4	17	48.6		
<b>สถานภาพสมรส</b>						
คู่	41	65.1	22	34.9	0.001	0.977
โสด หม้าย หย่า แยก	11	64.7	6	35.3		

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



ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรส่วนบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนบุคคล (n=80)	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=52)		มี (n=28)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	49	66.2	25	33.8	-	0.417 <sup>b</sup>
อื่นๆ	3	50.0	3	50.0		
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	36	60.0	24	40.0	2.637	0.104
มัธยมศึกษาขึ้นไป	16	80.0	4	20.0		
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>						
อาชีพที่เกิดรายได้	24	61.5	15	38.5	0.401	0.527
อาชีพที่ไม่เกิดรายได้	28	68.3	13	31.7		
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
เพียงพอ	45	63.4	26	36.6	-	0.483 <sup>b</sup>
ไม่เพียงพอ	7	77.8	2	22.2		

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

จากตารางที่ 11 และตารางที่ 12 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรส่วนบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ ไม่มี ความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรเกี่ยวกับโรคในผู้ป่วยมะเร็ง  
ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนบุคคล (n=80)	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=52)		มี (n=28)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ประวัติการใช้สารเสพติด</b>						
ไม่มีใช้สารเสพติด	47	67.1	23	32.9	-	0.308 <sup>b</sup>
มีการใช้สารเสพติด	5	50.0	5	50.0		
<b>ประวัติการสูบบุหรี่</b>						
ไม่สูบบุหรี่	47	66.2	24	33.8	-	0.712 <sup>b</sup>
สูบบุหรี่	5	55.6	4	44.4		
<b>ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์</b>						
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	48	64.9	26	35.1	-	1.000 <sup>b</sup>
ดื่มแอลกอฮอล์	4	66.7	2	33.3		
<b>ประวัติการใช้ยาบ้า, ยาม้า, ยาอี</b>						
ไม่ใช้	52	65.8	27	34.2	-	0.350 <sup>b</sup>
ใช้	0	0	1	100		

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

ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรเกี่ยวกับโรคในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนบุคคล (n=80)	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=52)		มี (n=28)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>โรคประจำตัว</b>						
ไม่มีโรคประจำตัว	29	74.4	10	25.6	2.930	0.087
มีโรคประจำตัว	23	56.1	18	43.9		
<b>โรคเบาหวาน</b>						
ไม่มีโรคเบาหวาน	42	66.7	21	33.3	0.362	0.547
มีโรคเบาหวาน	10	58.8	7	41.2		
<b>โรคความดันโลหิตสูง</b>						
ไม่มีโรคความดันโลหิตสูง	38	71.7	15	28.3	3.097	0.078
มีโรคความดันโลหิตสูง	14	51.9	13	48.1		
<b>โรคหัวใจ</b>						
ไม่มีโรคหัวใจ	48	64.0	27	36.0	-	0.653 <sup>b</sup>
มีโรคหัวใจ	4	80.0	1	20.0		
<b>โรคไขมันในเลือดสูง</b>						
ไม่มีโรคไขมันในเลือดสูง	45	68.2	21	31.8	-	0.226 <sup>b</sup>
มีโรคไขมันในเลือดสูง	7	50.0	7	50.0		

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

จากตารางที่ 13 และตารางที่ 14 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรเกี่ยวกับโรคในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการใช้ยาบ้า ยาม้า ยาอี และในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ และไขมันในเลือดสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรส่วนบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนบุคคล (n=80)	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=72)		มี (n=8)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>						
ชาย	40	90.9	4	9.1	-	1.000 <sup>b</sup>
หญิง	32	88.9	4	11.1		
<b>อายุ</b>						
น้อยกว่า 60 ปี	40	88.9	5	11.1	-	1.000 <sup>b</sup>
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	32	91.4	3	8.6		
<b>สถานภาพสมรส</b>						
คู่	59	93.7	4	6.3	-	0.058 <sup>b</sup>
โสด หม้าย หย่า แยก	13	76.5	4	23.5		
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	67	90.5	7	9.5	-	0.480 <sup>b</sup>
อื่นๆ	5	83.3	1	16.7		
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	53	88.3	7	11.7	-	0.672 <sup>b</sup>
มัธยมศึกษาขึ้นไป	19	95.0	1	5.0		
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>						
อาชีพที่เกิดรายได้	37	94.9	2	5.1	-	0.265 <sup>b</sup>
อาชีพที่ไม่เกิดรายได้	35	85.5	6	14.6		
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
เพียงพอ	65	91.5	6	8.5	-	0.220 <sup>b</sup>
ไม่เพียงพอ	7	77.8	2	22.2		

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

จากตารางที่ 15 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับตัวแปรส่วนบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับตัวแปรเกี่ยวกับโรคในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนบุคคล (n=80)	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=72)		มี (n=8)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ประวัติการใช้สารเสพติด</b>						
ไม่มีใช้สารเสพติด	64	91.4	6	8.6	-	0.261 <sup>b</sup>
มีการใช้สารเสพติด	8	80.0	2	20.0		
<b>ประวัติการสูบบุหรี่</b>						
ไม่สูบบุหรี่	64	90.1	7	9.9	-	1.000 <sup>b</sup>
สูบบุหรี่	8	88.9	1	11.1		
<b>ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์</b>						
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	67	90.5	7	9.5	-	0.480 <sup>b</sup>
ดื่มแอลกอฮอล์	5	83.3	1	16.7		
<b>ประวัติการใช้ยาบ้า, ยาม้า, ยาอี</b>						
ไม่ใช้	72	91.1	7	8.9	-	0.100 <sup>b</sup>
ใช้	0	0	1	100		

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

ตารางที่ 17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้ากับตัวแปรเกี่ยวกับโรคในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนบุคคล (n=80)	ภาวะซีมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=72)		มี (n=8)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>โรคประจำตัว</b>						
ไม่มีโรคประจำตัว	36	92.3	3	7.7	-	0.713 <sup>b</sup>
มีโรคประจำตัว	36	87.8	5	12.2		
<b>โรคเบาหวาน</b>						
ไม่มีโรคเบาหวาน	58	92.1	5	7.9	-	0.357 <sup>b</sup>
มีโรคเบาหวาน	14	82.4	3	17.6		
<b>โรคความดันโลหิตสูง</b>						
ไม่มีโรคความดันโลหิตสูง	48	90.6	5	9.4	-	1.000 <sup>b</sup>
มีโรคความดันโลหิตสูง	24	88.9	3	11.1		
<b>โรคหัวใจ</b>						
ไม่มีโรคหัวใจ	67	89.3	8	10.7	-	1.000 <sup>b</sup>
มีโรคหัวใจ	5	100	0	0		
<b>โรคไขมันในเลือดสูง</b>						
ไม่มีโรคไขมันในเลือดสูง	58	87.9	8	12.1	-	0.339 <sup>b</sup>
มีโรคไขมันในเลือดสูง	14	100	0	0		

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

จากตารางที่ 16 และตารางที่ 17 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้า กับตัวแปรเกี่ยวกับโรค ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการใช้ยาบ้า ยาม้า ยาอี และในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ และไขมันในเลือดสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า

### 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษากับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนการเจ็บป่วยและการรักษา (n=80)	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=52)		มี (n=28)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>สาเหตุของการทำผ่าตัดเปิดทวาร</b>						
<b>เทียม</b>						
มะเร็งทวารหนัก	45	69.2	20	30.8	0.228	0.633
มะเร็งรูทวาร และ มะเร็งลำไส้ใหญ่	7	46.7	8	53.2		
<b>ชนิดของทวารเทียม</b>						
<b>แบ่งตามชนิดของการผ่าตัด</b>						
ชั่วคราว	45	69.2	20	30.8	2.728	0.99
ถาวร	7	46.7	8	53.2		
<b>แบ่งตามชนิดของลำไส้ที่มาเปิด</b>						
Colostomy	38	63.3	22	36.7	0.293	0.588
Ileostomy	14	70.0	6	30.0		

\* p<0.05, \*\* p<0.01

ตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนการเจ็บป่วยและการรักษา (n=80)	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=52)		มี (n=28)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระยะเวลาในการเจ็บป่วย</b>						
น้อยกว่า 6 เดือน	14	46.7	16	53.3	7.092	0.008**
ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป	38	76.0	12	24.0		
Median (IQR)= 7(9)						
<b>ระยะเวลาที่มีทวารเทียม</b>						
น้อยกว่า 3 เดือน	13	41.9	18	58.1	11.835	0.001**
ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป	39	79.6	10	20.4		
Median (IQR)= 4(6.75)						
<b>การได้รับรู้ว่าต้องมีทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด</b>						
รู้ก่อนผ่าตัด	42	65.6	22	34.4	0.055	0.815
ไม่รู้ก่อนผ่าตัด	10	62.5	6	37.5		
<b>การได้รับคำแนะนำในการดูแลทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด</b>						
ได้รับ	43	68.3	20	31.7	1.380	0.240
ไม่ได้รับ	9	52.9	8	47.1		

\* p<0.05, \*\* p<0.01

จากตารางที่ 18 และตารางที่ 19 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและระยะเวลาที่มีทวารเทียม มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01



สาเหตุของการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม ชนิดของทวารเทียม ที่แบ่งตามชนิดของการผ่าตัด และแบ่งตามชนิดของลำไส้ที่มาเปิด การได้รับรู้ว่าจะต้องมีทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และการได้รับคำแนะนำในการดูแลทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษา ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนการเจ็บป่วย และการรักษา (n=80)	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=52)		มี (n=28)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>การดูแลทวารเทียม</b>						
ด้วยตนเอง	18	64.3	10	35.7	0.010	0.922
มีผู้อื่นดูแลให้	34	65.4	18	34.6		
<b>ผลกระทบต่อผู้ดูแล</b>						
ไม่มีผลกระทบต่อผู้ดูแล	26	76.5	8	23.5	3.420	0.064
มีผลกระทบต่อผู้ดูแล	26	56.5	20	43.5		
<b>การล้างมือหลังผ่าตัดเปิด ทวารเทียม (เป็น perception ของผู้ป่วย)</b>						
ล้างมือเป็นปกติ	37	61.7	23	38.3	1.172	0.279
ล้างมือบ่อยแต่ไม่ ผิดปกติ/ล้างมือบ่อยจนรู้สึก ผิดปกติ	15	75.0	5	25.0		

\* p<0.05, \*\* p<0.01

ตารางที่ 21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษา  
ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนการเจ็บป่วย และการรักษา (n=80)	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=52)		มี (n=28)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ภาวะแทรกซ้อนจากการทำ</b>						
<b>ผ่าตัดทวารเทียม</b>						
ไม่มี	44	68.8	20	31.3	1.978	0.160
มี	8	50.0	8	50.0		
<b>ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้</b>						
<b>ความสำคัญ</b>						
<b>มีผื่นคันรอบๆทวารเทียม</b>						
ไม่มี	10	47.6	11	52.4	3.781	0.052
มี	42	71.2	17	28.8		
<b>มีการรั่วซึมของอุจจาระออก</b>						
<b>จากถุงรองรับอุจจาระ</b>						
ไม่มี	29	61.7	18	38.3	0.545	0.460
มี	23	69.7	10	30.3		
<b>การมีแก๊สในถุงรองรับ</b>						
<b>อุจจาระ</b>						
ไม่มี	46	66.7	23	33.3	-	0.503 <sup>b</sup>
มี	6	54.5	5	45.5		
<b>ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์</b>						
ไม่มี	51	67.1	25	32.9	-	0.121 <sup>b</sup>
มี	1	25.0	3	75.0		
<b>การเข้าสังคม</b>						
ไม่มี	38	77.6	11	22.4	8.756	0.003 <sup>**</sup>
มี	14	45.2	17	54.8		

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

ตารางที่ 22 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนการเจ็บป่วยและการรักษา (n=80)	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=52)		มี (n=28)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เรื่องที่ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมจากพยาบาล</b>						
<b>การดูแลเปลี่ยนแปลงแป้นและถุง</b>						
ไม่มี	13	81.3	3	18.8	2.321	0.128
มี	39	60.9	25	39.1		
<b>การดูแลเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน</b>						
ไม่มี	13	76.5	4	23.5	1.248	0.264
มี	39	61.9	24	38.1		
<b>การดูแลด้านร่างกายและสุขภาพ</b>						
ไม่มี	40	64.5	22	35.5	0.028	0.866
มี	12	66.7	6	33.3		
<b>การดูแลด้านจิตใจ</b>						
ไม่มี	48	66.7	24	33.3	-	0.441 <sup>b</sup>
มี	4	50.0	4	50.0		
<b>การรับประทานอาหารเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน</b>						
ไม่มี	48	64.9	26	35.1	-	1.000 <sup>b</sup>
มี	4	66.7	2	33.3		

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

จากตารางที่ 20 ตารางที่ 21 และตารางที่ 22 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรด้านการเจ็บป่วย และการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้

ความสำคัญในเรื่องการเข้าสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การดูแลทวารเทียม ผลกระทบต่อผู้ดูแล การล้างมือหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม ภาวะแทรกซ้อนจากการทำทวารเทียม ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญในเรื่อง มีผื่นคันรอบๆ ทวารเทียม มีการรั่วซึมของอุจจาระจากถุงรองรับอุจจาระ การมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระ ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 23 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนการเจ็บป่วย และการรักษา (n=80)	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=72)		มี (n=8)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>สาเหตุของการทำผ่าตัด</b>						
<b>เปิดทวารเทียม</b>						
มะเร็งทวารหนัก	13	86.7	2	13.3	-	0.466 <sup>b</sup>
มะเร็งรูทวารและ มะเร็งลำไส้ใหญ่	59	90.8	6	9.2		
<b>ชนิดของทวารเทียม</b>						
<b>แบ่งตามชนิดของการผ่าตัด</b>						
ชั่วคราว	59	90.8	6	9.2	-	0.640 <sup>b</sup>
ถาวร	13	86.7	2	13.3		
<b>แบ่งตามชนิดของลำไส้ที่มาเปิด</b>						
Colostomy	53	88.3	7	11.7	-	0.672 <sup>b</sup>
Ileostomy	19	95.0	1	5.0		

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

ตารางที่ 24 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนการเจ็บป่วยและการรักษา (n=80)	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=72)		มี (n=8)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระยะเวลาในการเจ็บป่วย</b>						
น้อยกว่า 6 เดือน	22	73.3	8	26.7	-	0.001 <sup>b</sup>
ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป	50	100	0	0.0		
Median (IQR)= 7(9)						
<b>ระยะเวลาที่มีทวารเทียม</b>						
น้อยกว่า 3 เดือน	25	80.6	6	19.4	-	0.050 <sup>b</sup>
ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป	47	95.9	2	4.1		
Median (IQR)= 4(6.75)						
<b>การได้รับรู้ว่าต้องมีทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด</b>						
รู้ก่อนผ่าตัด	57	89.1	7	10.9	-	1.000 <sup>b</sup>
ไม่รู้ก่อนผ่าตัด	17	93.8	1	6.3		
<b>การได้รับคำแนะนำในการดูแลทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด</b>						
ได้รับ	56	88.9	7	11.1	-	1.000 <sup>b</sup>
ไม่ได้รับ	16	94.1	1	5.9		

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

จากตารางที่ 23 และตารางที่ 24 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และระยะเวลาที่มีทวารเทียม สาเหตุของการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม ชนิดของทวารเทียมที่แบ่งตามชนิดของการผ่าตัดและแบ่งตามชนิดของลำไส้ที่มาเปิด การได้รับรู้ว่าต้องมีทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และการได้รับคำแนะนำในการดูแลทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 25 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนการเจ็บป่วย และการรักษา (n=80)	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=72)		มี (n=8)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>การดูแลทวารเทียม</b>						
ด้วยตนเอง	25	89.3	3	10.7	-	1.000 <sup>b</sup>
มีผู้อื่นดูแลให้	47	90.4	5	9.6		
<b>ผลกระทบต่อผู้ดูแล</b>						
ไม่มีผลกระทบต่อผู้ดูแล	32	94.1	2	5.9	-	0.456 <sup>b</sup>
มีผลกระทบต่อผู้ดูแล	40	87.0	6	13.0		
<b>การล้างมือหลังผ่าตัดเปิด ทวารเทียม (เป็น perception ของผู้ป่วย)</b>						
ล้างมือเป็นปกติ	56	93.3	4	6.7	-	0.102 <sup>b</sup>
ล้างมือบ่อยแต่ไม่ ผิดปกติ/ล้างมือบ่อยจนรู้สึก ผิดปกติ	16	80.0	4	20.0		

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

ตารางที่ 26 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนการเจ็บป่วยและการรักษา (n=80)	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=72)		มี (n=8)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดทวารเทียม</b>						
ไม่มี	59	92.2	5	7.8	-	0.194 <sup>b</sup>
มี	13	81.3	3	18.8		
<b>ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ</b>						
<b>มีผื่นคันรอบๆทวารเทียม</b>						
ไม่มี	17	81.0	4	19.0	-	0.197 <sup>b</sup>
มี	55	93.2	4	6.8		
<b>มีการรั่วซึมของอุจจาระออกจากถุงรองรับอุจจาระ</b>						
ไม่มี	43	91.5	4	8.5	-	0.711 <sup>b</sup>
มี	29	87.9	4	12.1		
<b>การมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระ</b>						
ไม่มี	64	92.8	5	7.2	-	0.075 <sup>b</sup>
มี	8	72.7	3	27.3		
<b>ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์</b>						
ไม่มี	68	89.5	8	10.5	-	1.000 <sup>b</sup>
มี	4	100.0	0	0		
<b>การเข้าสังคม</b>						
ไม่มี	46	93.9	3	6.1	-	0.025 <sup>b</sup>
มี	26	83.9	5	16.1		

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

ตารางที่ 27 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนการเจ็บป่วย และการรักษา (n=80)	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=72)		มี (n=8)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เรื่องที่ต้องการคำแนะนำ</b>						
<b>เพิ่มเติมจากพยาบาล</b>						
<b>การดูแลเปลี่ยนแปลงแป้นและถุง</b>						
ไม่มี	14	87.5	3	12.5	-	0.657 <sup>b</sup>
มี	58	90.6	25	9.4		
<b>การดูแลเมื่อมี</b>						
<b>ภาวะแทรกซ้อน</b>						
ไม่มี	14	82.4	3	17.6	-	0.357 <sup>b</sup>
มี	58	92.1	5	7.9		
<b>การดูแลด้านร่างกายและ</b>						
<b>สุขภาพ</b>						
ไม่มี	55	88.7	7	11.3	-	0.676 <sup>b</sup>
มี	17	94.4	1	5.6		
<b>การดูแลด้านจิตใจ</b>						
ไม่มี	66	91.7	3	8.3	-	0.181 <sup>b</sup>
มี	6	75.0	2	25.0		
<b>การรับประทานอาหารเมื่อ</b>						
<b>กลับไปอยู่ที่บ้าน</b>						
ไม่มี	67	90.5	7	9.5	-	0.480 <sup>b</sup>
มี	5	83.3	1	16.7		

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



จากตารางที่ 25 ตารางที่ 26 และตารางที่ 27 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า การดูแลทวารเทียมผลกระทบต่อผู้ดูแล การล้างมือหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม ภาวะแทรกซ้อนจากการทำทวารเทียม ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญในเรื่อง มีพื้นคั่นรอบๆ ทวารเทียม มีการรั่วซึมของอุจจาระจากถุงรองรับอุจจาระ การมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระ ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ การเข้าสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

**3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจกับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า**  
 ตารางที่ 28 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนจิตสังคม และเศรษฐกิจ (n=80)	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=52)		มี (n=28)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>สิทธิในการรักษาพยาบาล</b>						
มีสิทธิการรักษา	49	67.1	24	32.9	-	0.232 <sup>b</sup>
ไม่มีสิทธิการรักษา	3	42.9	4	57.1		
<b>เมื่อมีปัญหาผู้ให้ความช่วยเหลือ</b>						
<b>แก่ผู้ป่วย</b>						
ลูก	27	71.1	11	28.9	1.166	0.280
บุคคลอื่น	25	59.5	17	40.5		
<b>ความสัมพันธ์ในครอบครัว</b>						
สนิทและเข้ากันได้ดี	52	66.7	26	33.3	-	0.120 <sup>b</sup>
สนิทเป็นบางครั้งและไม่สนิท	0	0	2	100		
สนมกัน						

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

จากตารางที่ 28 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า สิทธิในการรักษาพยาบาล เมื่อมีปัญหาผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนจิตสังคม และเศรษฐกิจ (n=80)	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=72)		มี (n=8)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>สิทธิในการรักษาพยาบาล</b>						
มีสิทธิการรักษา	66	90.4	7	9.6	-	0.536 <sup>b</sup>
ไม่มีสิทธิการรักษา	6	85.7	1	14.3		
<b>เมื่อมีปัญหาผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย</b>						
ลูก	34	89.5	4	10.5	-	1.000 <sup>b</sup>
บุคคลอื่น	38	90.5	4	9.5		
<b>ความสัมพันธ์ในครอบครัว</b>						
สนิทและเข้ากันได้ดี	71	91.0	7	9.0	-	0.191 <sup>b</sup>
สนิทเป็นบางครั้งและไม่สนิท	1	50.0	1	50.0		
สนมกัน						

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

จากตารางที่ 29 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับตัวแปรด้านการเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า สิทธิในการรักษาพยาบาล เมื่อมีปัญหาผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

### 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 30 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนความรู้สึกมี คุณค่าในตนเอง (n=80)	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=52)		มี (n=28)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</b>						
ต่ำ	5	50.0	5	50.0	1.130	0.288
ปานกลาง/สูง	47	67.1	23	32.9		

\* p<0.05, \*\* p<0.01

จากตารางที่ 30 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 31 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง (n=80)	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p- value
	ไม่มี (n=72)		มี (n=8)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</b>						
ต่ำ	6	60.0	4	40.0	11.429	0.001**
ปานกลาง/สูง	66	94.3	4	5.7		

\* p<0.05, \*\* p<0.01

จากตารางที่ 31 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

### 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 32 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนการสนับสนุนทางสังคม (n=80)	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=52)		มี (n=28)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การสนับสนุนทางสังคม						
ต่ำ	4	30.8	9	69.2	7.995	0.005**
ปานกลาง/สูง	48	71.6	19	28.4		

\* p<0.05, \*\* p<0.01

จากตารางที่ 32 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 33 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปรส่วนการสนับสนุนทางสังคม (n=80)	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี (n=72)		มี (n=8)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การสนับสนุนทางสังคม						
ต่ำ	9	69.2	4	30.8	7.440	0.006**
ปานกลาง/สูง	63	94.0	4	6.0		

\* p<0.05, \*\* p<0.01

จากตารางที่ 33 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency)

ตารางที่ 34 การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation)

ตัวแปรที่ศึกษา	Anxiety		Depression	
	Pearson Correlation	p-value	Pearson Correlation	p-value
อายุ	0.134	0.236	0.038	0.738
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย	-0.194	0.084	-0.200	0.076
ระยะเวลาที่มีทวารเทียม	-0.297	0.007**	-0.340	0.002**
ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ในเรื่องการเข้าสังคม	0.385	<0.001**	0.160	0.157
ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง	-0.476	<0.001**	-0.453	<0.001**
การสนับสนุนทางสังคม	-0.454	<0.001**	-0.475	<0.001**

\* p<0.05, \*\* p<0.01

จากตารางที่ 34 การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ของคะแนนรวมภาวะวิตกกังวล และคะแนนรวมภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า

คะแนนรวมภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบ กับระยะเวลาที่มีทวารเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.01$ ) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่มีทวารเทียมน้อยกว่าจะมีค่าคะแนนรวมภาวะวิตกกังวลสูงขึ้น

คะแนนรวมภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญในเรื่องการเข้าสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.01$ ) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญในเรื่องการเข้าสังคมสูง จะมีค่าคะแนนรวมภาวะวิตกกังวลสูง

คะแนนรวมภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย จะมีค่าคะแนนรวมภาวะวิตกกังวลสูง

คะแนนรวมภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีค่าคะแนนรวมภาวะวิตกกังวลสูง

ส่วนคะแนนรวมภาวะวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับอายุและ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ( $p > 0.05$ )

และคะแนนรวมภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบ กับระยะเวลาที่มีทวารเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่มีทวารเทียมน้อยลง จะมีค่าคะแนนรวมภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น

คะแนนรวมภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย จะมีค่าคะแนนรวมภาวะซึมเศร้าสูง

คะแนนรวมภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบ กับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีค่าคะแนนรวมภาวะซึมเศร้าสูง

ส่วนคะแนนรวมภาวะวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับอายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญในเรื่องการเข้าสังคม ( $p > 0.05$ )

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องด้วย Multivariate Logistic Regression analysis

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (N=80) โดยผู้วิจัยได้นำตัวแปรทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง จึงนำตัวแปรต่อไปนี้เข้าสมการ Multivariate Logistic Regression analysis ด้วยวิธี Forward likelihood ratio

- อายุ
- ระยะเวลาในการเจ็บป่วย
- ระยะเวลาที่มีทวารเทียม
- ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ในเรื่องการเข้าสังคม
- ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- การสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 35 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องด้วย Multivariate Logistic Regression analysis

ปัจจัย	B	S.E.	p-value	O.R	95 % CI
<b>อายุ</b>					
อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	1.623	0.60	0.007*	5.07	1.57-16.42
<b>ระยะเวลาในการเจ็บป่วย</b>					
น้อยกว่า 6 เดือน	1.647	0.77	0.033*	5.19	1.14-23.64
<b>ระยะเวลาที่มีทวารเทียม</b>					
น้อยกว่า 3 เดือน	1.602	0.58	0.007**	4.96	1.58-15.58

\* p<0.05, \*\* p<0.01

จากตารางที่ 35 เมื่อนำตัวแปรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวล มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ได้แก่ อายุ โดยผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี คิดเป็น 5.07 เท่า (OR=5.07;95%CI = 1.57-16.42 p=0.007)

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่น้อยกว่า 6 เดือน มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะวิตกกังวลมากกว่า ผู้ป่วยที่ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 5.19 เท่า (OR=5.19;95%CI = 1.14-23.64 p<0.033)

ระยะเวลาที่มีทวารเทียม โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ระยะเวลาที่น้อยกว่า 3 เดือน มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะวิตกกังวลมากกว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง มากกว่า 3 เดือน คิดเป็น 4.95 เท่า (OR=4.96;95%CI =1.58-15.58 p<0.007)

ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (N=80) ไม่สามารถวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression analysis) ได้ เนื่องจากไม่ตรงตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์ที่ตัวแปรอิสระที่จะเข้าสมการได้ ต้องมีอย่างน้อย 10 outcome (Case) แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 8 Case เท่านั้น



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research Design) ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง (Cross-Sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก (Prevalence) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม ตึก ภปร. ชั้น 6 จำนวน 80 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตรงตามจำนวนที่กำหนดไว้ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม จนถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557

โดยใช้เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 2 เป็นข้อมูลด้านการรักษา จำนวน 16 ข้อ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Rosenberg ค.ศ. 1965 โดยผ่องศรี ศรีมรกต แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire, PRQ 85 Part II) ของ Weinert C. ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย จิรภา หงส์ตระกูล และแบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) โดย Zigmond และ Snaite พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1983 แปลเป็นภาษาไทย โดยธนา นิลชัย ไกวิทย์และคณะ ปี 2539 ในฉบับ Thai Hospital anxiety and depression scale (Thai-HADS)

และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายข้อมูล และใช้สมการ  $\chi^2$  Test (Chi-Square) และสมการสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และใช้สถิติ Multivariate Logistic Regression analysis เข้าสมการด้วยวิธี Forward likelihood ratio เพื่อหาปัจจัยทำนายของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

#### สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 55 และเพศหญิง ร้อยละ 45 มีอายุโดยเฉลี่ย 57.96 ปี โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.4) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 35) ไม่ได้ประกอบ

อาชีพร้อยละ 32.5) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 13.8) และเกษียณอายุ (ร้อยละ 12.5) และส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 88.7)

ข้อมูลการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.2) โดยโรคประจำตัวที่พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 33.8) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 21.3) และโรคไขมันในโลหิตสูง (ร้อยละ 17.5) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช (ร้อยละ 100) ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 87.5) ในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 12.5) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 11.3)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสาเหตุของการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ด้วยโรคมะเร็งทวารหนัก (CA Rectum) (ร้อยละ 80) และมะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA Colon) (ร้อยละ 16.3) และการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องส่วนใหญ่เป็นชนิดชั่วคราว (ร้อยละ 81.3) เป็นทวารเทียมชนิดที่นำลำไส้ใหญ่มาเป็นเป็นทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy) (ร้อยละ 75) มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 37.5) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-12 เดือน (ร้อยละ 36.2) และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 26.3) และกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่มีทวารเทียมน้อยกว่า 3 เดือน (ร้อยละ 38.8) ระยะเวลาที่มีทวารเทียม 3-6 เดือน (ร้อยละ 28.8) และระยะเวลาที่มีทวารเทียมมากกว่า 6 (ร้อยละ 32.4) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับรู้ว่าต้องมีทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด (ร้อยละ 80) รวมทั้งการได้รับคำแนะนำในการดูแลทวารเทียมทางหน้าท้องตั้งแต่ก่อนผ่าตัด (ร้อยละ 78.8)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (ร้อยละ 80) และในภาวะแทรกซ้อนที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญมากที่สุดคือ การมีผื่นคันรอบๆทวารเทียม (ร้อยละ 73.7) และการรั่วซึมของอุจจาระออกจากถุงรองรับอุจจาระ (ร้อยละ 58.8) การมีปัญหาในการเข้าสังคม การลดหรืองดออกสังคม (ร้อยละ 30)

ในแง่ของการดูแลทวารเทียม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะมีผู้อื่นในการช่วยดูแลเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระให้ (ร้อยละ 65) โดยในกลุ่มผู้ดูแลนั้นจะเป็นบุคคลในครอบครัว คือ บุตร (ร้อยละ 67.3) และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล (ร้อยละ 57.5) ไม่มีผลกระทบต่อการใช้งาน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างล้างมือปกติ (ร้อยละ 75) และแหล่งความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในเรื่องของการดูแลทวารเทียมจากพยาบาล (ร้อยละ 100) ในส่วนของเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างต้องการแนะนำจากพยาบาลเพิ่มเติมในเรื่องการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ (ร้อยละ 80) และเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น (ร้อยละ 78.8)

ข้อมูลปัจจัยทางด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล โดยใช้สิทธิ 30 บาท (ร้อยละ 48.8) ข้าราชการ (ร้อยละ 26.2) และประกันสังคม (ร้อยละ 11.3) และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวสนิทและเข้ากันได้ดี (ร้อยละ 97.4) และ

เมื่อมีปัญหาผู้ให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มตัวอย่าง คือ บุตร (ร้อยละ 47.5) สามีและภรรยา (ร้อยละ 32.5)

ในแง่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปานกลาง ( $\bar{X}$ -SD ถึง  $\bar{X}$ +SD) ร้อยละ 71.2 สูง ( $>\bar{X}$ +SD) ร้อยละ 16.3 และต่ำ ( $<\bar{X}$ -SD) ร้อยละ 12.5

ในแง่การสนับสนุนทางสังคม ปานกลาง ( $\bar{X}$ -SD ถึง  $\bar{X}$ +SD) ร้อยละ 68.7 ต่ำ ( $<\bar{X}$ -SD) ร้อยละ 16.3 และสูง ( $>\bar{X}$ +SD) ร้อยละ 15.0

ในแง่ภาวะวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวล จำนวน 52 คน ร้อยละ 65 และมีภาวะวิตกกังวล จำนวน 38 คน ร้อยละ 35

ในแง่ของภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 72 คน ร้อยละ 90 และมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 8 คน ร้อยละ 10

และจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลโดยใช้วิธี Univariate Analyses สถิติ  $\chi^2$  test (Chi-Square) พบว่า อายุ ( $p<0.025$ ) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ( $p<0.008$ ) ระยะเวลาที่มีทวารเทียม ( $p<0.001$ ) ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยหรือกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในเรื่อง การเข้าสังคม ( $p<0.003$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $p<0.005$ ) มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) พบว่า ระยะเวลาที่มีทวารเทียม ( $p<0.007$ ) ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยหรือกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในเรื่องการเข้าสังคม ( $p<0.001$ ) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $p<0.001$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $p<0.001$ ) มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิธี Univariate Analyses สถิติ  $\chi^2$  test (Chi-Square) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $p<0.001$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $p<0.006$ ) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) พบว่า ระยะเวลาที่มีทวารเทียม ( $p<0.002$ ) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $p<0.001$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $p<0.001$ ) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และเมื่อทำการวิเคราะห์ด้วย Multivariate Logistic Regression analysis ด้วยวิธี Forward likelihood ratio พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลเป็น 5.07 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ( $OR=5.07;95\%CI = 1.57-16.42 p=0.007$ ) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย น้อยกว่า 6 เดือน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลเป็น 5.19 เท่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน ( $OR=5.19;95\%CI = 1.14-23.64 p<0.033$ ) และระยะเวลาที่มีทวารเทียม น้อยกว่า 3 เดือน เสี่ยง

ต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลเป็น 4.96 เท่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาที่มีทวารเทียมมากกว่า 3 เดือน (OR=4.96;95%CI =1.58-15.58 p<0.007)

ส่วนในภาวะซึมเศร้าไม่สามารถวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multivariate Logistic Regression analysis ได้ เนื่องจากไม่ตรงตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์ที่ตัวแปรอิสระที่จะเข้าสมการได้ ต้องมีอย่างน้อย 10 outcome (Case) แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 8 Case เท่านั้น

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 65 สงสัยว่าอาจมีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 25 และมีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 10 และภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 90 สงสัยว่าอาจมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.2 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wade<sup>(10)</sup> ที่ได้ทำการศึกษาการปรับตัวทางด้านสังคมของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลและร้อยละ 6 มีภาวะซึมเศร้า โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงถึงขั้นมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5 และหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องผ่านไป 1 ปี พบว่าผู้ป่วยเพียง ร้อยละ 9 ที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และมีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงถึงขั้นมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และการศึกษาของ สุวรรณ และคณะ<sup>(59)</sup> ได้ศึกษาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 9 พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 9 คนมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงมากเกี่ยวกับการมีทวารเทียม และ 3 ใน 9 คนมีความคิดอยากตาย โดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องมีผลกระทบต่อด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมาก เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผู้ป่วยต้องก้าวผ่านภาวะสุขภาพหนึ่งไปยังอีกภาวะสุขภาพหนึ่งที่ต้องการปัจจัยเกื้อหนุนช่วยในการเปลี่ยนผ่านสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ<sup>(82)</sup> ที่ว่าการเปลี่ยนผ่านของบุคคลจากสภาวะหนึ่งไปยังอีกสภาวะหนึ่งต้องอาศัยปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่ประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางด้านการขับถ่ายอุจจาระ การขับถ่ายที่เปลี่ยนไปส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เพศสัมพันธ์<sup>(61, 68)</sup> และส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์สอดคล้องกับการศึกษาของ Makela & Niskasaari<sup>(83)</sup> ที่พบว่าการมีทวารเทียมใหม่ ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้<sup>(64, 69)</sup> ส่งผลต่อการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การเล่นกีฬา การดำเนินชีวิตในสังคม<sup>(68)</sup> การเข้าสังคม<sup>(7)</sup> และเกิดความไม่แน่นอนในชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ไม่มียาทวารเทียม<sup>(84)</sup> และการศึกษาของ Richbourg และคณะ<sup>(63)</sup> ได้สำรวจเกี่ยวกับประสบการณ์ความยุ่งยากในการดูแลทวารเทียมทางหน้าท้องพบว่า มี

ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 53 โดยผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ภายหลังจากกลับไปใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเองที่บ้านมากกว่าครึ่งพบว่า ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนโครงสร้างการดำเนินชีวิตประจำวันด้านต่างๆ เช่น การนอนหลับ การอาบน้ำ การทำงาน การเดินทาง การมีเพศสัมพันธ์ และปัญหาความยุ่งยากในการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ<sup>(64)</sup> รวมทั้งการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการมีกลิ่นของอุจจาระที่ออกมาทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Follick และคณะ<sup>(60)</sup> ที่พบผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องมีกิจกรรมทางสังคมลดลงและมีปัญหาในการปรับตัวในการทำงาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้<sup>(8, 68, 72)</sup> และนำไปสู่การมีปัญหในการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่<sup>(45)</sup> เกิดทำความรู้สึกรังเกียจทวารเทียมใหม่ และการมีความรู้สึกที่ไม่ดีจากการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง<sup>(65)</sup> ส่งผลเกิดภาวะวิตกกังวล (Anxiety) กลัว<sup>(10)</sup> จนอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression)

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คือ

อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลได้ โดยผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะวิตกกังวลเป็น 5.07 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่กระทบต่อจิตใจ และการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางจิตใจ เพศสัมพันธ์ การขับถ่ายที่เปลี่ยนไปส่งผลต่อภาพลักษณ์ก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวลได้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีการทวารเทียม โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปหรือที่เรียกว่า ผู้สูงอายุ ที่ความสามารถในการดูแลตนเองบ้างครั้งจำกัดด้วยภาวะของร่างกายที่เสื่อมถอย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตและต้องมีการปรับตัวในการดูแลตนเองอย่างยากลำบาก ผู้สูงอายุบางรายมีภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้ดูแล เกิดการประเมินคุณค่าของตนเองต่ำลง เกิดความไม่มั่นคงในการดูแลตนเอง เมื่อเกิดอุปสรรคและความยากลำบากในการจัดการเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวลสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Bosshardt TL<sup>(85)</sup> ที่พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง มีระยะวันนอนโรงพยาบาลนาน เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และมีอัตราการตายมากกว่าผู้ใหญ่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ MA N และคณะ<sup>(86)</sup> พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี ธีรทองดี และคณะ<sup>(71)</sup> ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพของผู้ป่วยสูงอายุพบว่า ภาวะวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลได้มากกว่าวัยอื่นด้วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความอ่อนล้ามากกว่าวัยผู้ใหญ่ โดย

กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาด้านการขับถ่ายและปัญหาในการดูแลทวารเทียมมากกว่าวัยผู้ใหญ่<sup>(87)</sup> ด้วยข้อจำกัดของสมรรถภาพทางกายและการปรับตัว

ระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลเป็น 5.19 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wade<sup>(10)</sup> ที่ได้ทำการศึกษาการปรับตัวทางด้านสังคมของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องที่พบว่า หลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องผ่านไป 1 ปี พบว่าผู้ป่วยเพียง ร้อยละ 9 ที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และมีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงถึงขั้นมีความคิดฆ่าตัวตายนั่น เป็นผลมาจากการปรับตัวของผู้ป่วยโดยในช่วงแรกผู้ป่วยยังต้องการเวลาในการเรียนรู้และปรับตัวต่อการเจ็บป่วย การได้ทราบจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งจัดว่าเป็นสถานการณ์วิกฤตของชีวิตซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับตัวต่อข่าวร้ายต้องใช้ระยะเวลาในการทำจิตใจ หรือการพยายามลดความไม่สบายใจและต้องตัดสินใจรับการรักษาที่มีผลต่อความเป็นความตาย ความกังวลที่สำคัญคือกลัวการเสียชีวิต ต้องการเวลาในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค หรือในช่วงแรกยังอยู่ในช่วงชะงักงันทำอะไรไม่ถูก ต้องมีสติและต้องใช้เวลา ดังนั้นในช่วงแรกที่ยังอยู่ในระยะเวลาปรับตัว การต้องการข้อมูล จึงมีผลให้มีความวิตกกังวลกว่าเมื่อเวลาผ่านไปแล้วผู้ป่วยมีระยะเวลาในการทำใจและการปรับตัวในการยอมรับว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง และการยอมรับการรักษา

ระยะเวลาที่มีทวารเทียมมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าระยะเวลาที่มีทวารเทียม น้อยกว่า 3 เดือน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลเป็น 4.96 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาที่มีทวารเทียมมากกว่า 3 เดือนสอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas และคณะพบว่า ระยะเวลาในการมีทวารเทียมทำให้เกิดผลกระทบต่อการกลับเข้าไปใช้ชีวิตในการทำงานอีกครั้งจะแตกต่างกันออกไป คือ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเพศหญิง และ 1 ใน 2 ของผู้ป่วยชาย ไม่สามารถกลับเข้าไปใช้ชีวิตในการทำงานได้ ภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังผ่าตัด และพบว่า ร้อยละ 45 ของผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในการทำงานได้ในระยะเวลา 6 เดือน แต่ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้ระยะมากกว่า 6 หรืออาจจะถึงระยะเวลา 1 ปีจึงจะปรับตัวได้ เพราะธรรมชาติของมนุษย์ในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ต้องใช้ระยะเวลาขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยจะสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดเป็นความมั่นใจและความสบายใจ มั่นคงทางจิตใจลดภาวะวิตกกังวลได้ รวมทั้งต้องอาศัยเวลาในการปรับตัวยอมรับกับการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่ต้องปรับเปลี่ยนในการดำเนินชีวิต การเผชิญกับความยุ่งยากต่างๆที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทั้งการรั่วซึมของอุจจาระ และความมีกลิ่นเหม็นจากการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง รวมทั้งการปรับตัวในการดูแลทวารเทียมทางหน้าท้องที่เป็นสิ่งใหม่สำหรับผู้ป่วย ดังนั้นในช่วงระยะเวลาแรกผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะวิตกกังวลได้มากกว่าเมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยเกิดความเคยชิน ปรับตัวและยอมรับกับการมีทวารเทียมทางหน้าท้องแล้ว

ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยหรือกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในเรื่องการเข้าสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Bratha และคณะ<sup>(7)</sup> พบว่าผู้ป่วยที่ต้องทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยรุนแรงก่อนผ่าตัด ร้อยละ 40 เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตอบสนองจากสังคม ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยลดการออกสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของนพพร ชิตมนพบว่า การมีทวารเทียมทางหน้าท้องมีผลให้ผู้ป่วยลดการเข้าสังคม การรั่วซึมของอุจจาระ มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน<sup>(88)</sup> ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิตที่ต้องดูแลการขับถ่าย อุจจาระที่เปลี่ยนแปลงไปจากการขับถ่ายทางทวารหนักมาเป็นทางหน้าท้อง ทำให้การเดินทาง การออกสู่สังคม ซึ่งผู้ป่วยต้องเรียนรู้วิธีการจะป้องกันการรั่วซึมและการมีกลิ่นเหม็นของอุจจาระที่จะทำให้ สังคมรังเกียจ ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่อยากเข้าสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Karadağ<sup>(89)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง จะมีอาการ หวาดหวั่นต่อการรั่วซึมของอุจจาระ และความมีกลิ่นเหม็นจากการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ทำให้ หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น กลายเป็นความอายและเข้าสู่ความเหงา ในเวลาต่อมาผู้ป่วยมี ความรู้สึกไม่มั่นคงในสภาพสังคม ขาดความเชื่อมั่นสามารถนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ และการดำเนินชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ร่วมกับความสามารถแก้ไขปัญหาภาวะรั่วซึม อีกทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่ส่งผลให้เกิดความไม่สุข สบายด้านร่างกายกลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวด้านร่างกาย มีผลต่อสภาพจิตใจ ทำให้ผู้ป่วย อาจหลีกเลี่ยงสังคมได้<sup>(90)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาของ Blumenfield and Tiamson<sup>(91)</sup> ที่พบว่า ผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องมีความคล้ายกับผู้ป่วยที่ถูกตัดขา ที่รู้สึก สูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องการศึกษาของ Kobayashi และคณะ<sup>(92)</sup> ที่ได้ศึกษา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รอดชีวิตภายหลังได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร่าต่ำ ส่วนผู้ป่วยที่มี ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร่าสูงจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ต่ำนั้น ก็หมายความว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีผลต่อสภาพของจิตใจผู้ป่วยมีผลต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลได้ ผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และการดำเนินชีวิต ซึ่งมี อิทธิพลต่อปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย<sup>(93, 94)</sup> การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในการขับถ่าย อาจทำให้ป่วย

ไม่สามารถยอมรับสภาพต่างๆที่เปลี่ยนแปลงได้ทันที อาจรู้สึกเสียใจ หมดกำลังใจ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นำไปสู่การเกิดภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและท้อแท้หมดกำลังใจในการดำเนินชีวิตได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Szczepkowski<sup>(95)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง มีภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความเสียใจเกิดจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ และการมีรูปแบบของการขับถ่ายที่ผิดปกติ ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ร่วมกับความสามารถแก้ไขปัญหาภาวะรั่วซึม อีกทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวด้านร่างกายมีผลต่อสภาพจิตใจ ดังนั้นการมีทวารเทียมทางหน้าท้องมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลมองเห็นคุณค่าของตนเองและมีแนวโน้มที่มีความเชื่อมั่นและสามารถทำทุกอย่างในชีวิตให้เกิดความสำเร็จ คงไว้ซึ่งความมีสุขภาพร่างกายที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Eton และคณะ<sup>(96)</sup> ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สูงสามารถเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีต่อผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากได้

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ไม่มีภาวะวิตกกังวล มีภาวะวิตกกังวลและสงสัยว่ามีภาวะวิตกกังวลเพียงร้อยละ 35 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางและระดับสูง โดยเฉพาะจากครอบครัว โดยที่พบว่าร้อยละ 65 มีผู้อื่นในการช่วยดูแลเปลี่ยนแปลงแป้นและถุงรองรับอุจจาระให้ โดยในกลุ่มผู้ดูแลนั้นจะเป็นบุคคลในครอบครัว คือ บุตร ร้อยละ 67.3 ซึ่งในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยที่ปลูกฝังในเรื่องคุณธรรม จริยธรรม ความกตัญญู การตอบแทนผู้มีพระคุณ โดยบุตรมีหน้าที่ดูแลบิดามารดา รวมถึงสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จึงพบการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาร ประสงค์<sup>(69)</sup> ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องชนิดถาวรในวัยทำงาน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีผลให้ลดการเกิดภาวะวิตกกังวลได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมที่ดีสามารถลดการเกิดภาวะวิตกกังวลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจทางจิตใจ มีผลต่อการปรับตัว หรือการตอบสนองภาวะวิตกกังวลของบุคคล การที่บุคคลมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ส่งผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลและส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี หรือระดับสูง ก็จะส่งผลต่อสภาพจิตใจที่ดี ลดการเกิดภาวะวิตกกังวลได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ House<sup>(35)</sup> ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลได้ระบาย



ความทุกข์ ความไม่สบายใจ ลดภาวะวิตกกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคล รวมถึงการที่บุคคลที่ไว้วางใจในการสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทอง ร่วมมือกันนำสู่การปรับตัวที่ดีด้วย<sup>(97)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีทวารเทียมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีหรือระดับสูงมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Piwonka และ Merino<sup>(98)</sup> พบว่าการปรับตัวของผู้ป่วยต่อการมีทวารเทียมทางหน้าท้องได้รับอิทธิพลมาจากการสนับสนุนทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rheum & Gooding<sup>(99)</sup> ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี

### ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) จึงไม่สามารถบ่งถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุ (causes or risk) ได้ บอกได้แค่เพียงปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับการเกิดภาวะวิตกกังวลและการหาปัจจัยทำนายในภาวะซึมเศร้า ไม่สามารถวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression analysis) ได้เนื่องจากไม่ตรงตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์ที่ตัวแปรอิสระที่จะเข้าสมการได้ ต้องมีอย่างน้อย 10 outcome (Case) แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 8 Case เท่านั้น

2. การศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งมีการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียวในช่วงเวลาใด เวลาหนึ่ง อาจทำให้ไม่เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ชัดเจน จึงควรมีการศึกษาในเชิงการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อให้ทราบลักษณะการเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรเหล่านี้ อาจเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลา (change overtime) ที่แตกต่างกัน

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) ไม่ได้มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีนี้จึงไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังประชากรได้และอาจจะต้องสรุปด้วยความระมัดระวัง ในกรณีที่ประชากรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมาก

4. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาในตัวแปรที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ได้แก่ ชนิดของอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย ทักษะการเปลี่ยนปิดแป้นอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย การได้รับเคมีบำบัด และการฉายรังสี

5. ผลการวิจัยในตัวแปรปัญหาในเรื่องเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดว่าไม่กล้าตอบคำถาม เพราะเป็นเรื่องส่วนตัวทำให้ไม่สามารถประเมินได้จริง ผลการวิจัยอาจยังไม่สามารถสรุปได้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ และการดูแลและในมิติของการป้องกันการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

2. ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมความรู้สึกและการสนับสนุนทางสังคม ที่เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในเชิงการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อให้ทราบลักษณะการเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรเหล่านี้ อาจเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลา (change overtime) ที่แตกต่างกัน รวมทั้งควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า เพื่อตรงตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในตัวแปรอื่นๆ เช่น ชนิดของอุปกรณ์รองรับอุจจาระ ทักษะการเปลี่ยน ปิดแป้นอุปกรณ์รองรับอุจจาระ การได้รับเคมีบำบัด และการฉายรังสี เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

รายการอ้างอิง





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Information sheet for research participation)

**ชื่อโครงการวิจัย** ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

### ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล  
ที่อยู่ ตึกจกกลนี้ฯ ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย  
1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
เบอร์โทรศัพท์ 086-884-9669

### **เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็น ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่เข้ารับการรักษาตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องไม่เกิน ระยะเวลา 1 ปี ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่าน

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อนของท่าน และแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

### **เหตุผลและความเป็นมา**

ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า จัดได้ว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อย แต่ มักถูกละเลยไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ในการทำงานขับถ่ายอุจจาระ การที่ต้องเผชิญกับการขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องหรือทวารเทียม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง จึงจัดเป็นผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่มีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ผลร้ายแรงที่สุดคือ การฆ่าตัวตาย



คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Information sheet for research participation)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยในเรื่องภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง เพื่อเป็นข้อมูลในการลดภาวะวิตกกังวล ตลอดจนป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวางแผนการดูแลเมื่อเกิดต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 80 คน

### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ตอนดังนี้ ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 2 เป็นข้อมูลด้านการรักษา จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบวัดโรคซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale ; HADS) จำนวน 14 ข้อ โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัยประมาณ 30 นาที และท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ

### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย



คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Information sheet for research participation)

### **ประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับ**

ในการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมวิจัยโดยตรง ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถทราบถึงภาวะสุขภาพจิตของตนเอง ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง และหากพบว่าท่านมีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าจากการทำแบบทดสอบ ผู้วิจัยจะช่วยประสานงานให้ท่านได้เข้าพบจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ท่านต่อไป

แต่ผลการวิจัยอาจมีประโยชน์ สามารถนำไปสู่แนวทางในการให้ข้อมูลการวางแผน ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยต่อไป

### **ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย**

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งผู้ทำวิจัยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

### **อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย**

หากท่านพบอันตรายเกิดจากการทำวิจัยท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันทีหากพิสูจน์ว่าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล ได้ตลอด 24 ชั่วโมง โทรศัพท์ 086-884-9669

### **การเข้าร่วมและสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะร่วมการศึกษาแล้วสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

### **คำตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย**

ผู้วิจัยไม่มีคำตอบแทนในการเข้าร่วมวิจัยให้ท่าน ซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยเนื่องจากโครงการวิจัยไม่มีผู้สนับสนุนวิจัย



คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Information sheet for research participation)

### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจจะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน หากท่านยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล ตึกจงกลนี้ฯ ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 086-884-9669

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการครั้งนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึกสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ในการตัดสินใจดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงความเสี่ยงเกี่ยวกับความไม่สบายที่ท่านจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลข่มขู่

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ ขอขอบพระคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้





คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง **ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย**  
วันที่ให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้รายละเอียด

จากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอม  
เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่พร้อม  
ด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับ  
การอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจ  
เกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย

ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบ  
คำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการทำ  
วิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการ  
บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ซึ่งจะไม่ผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ  
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการวิจัยในคน อาจ  
ได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบ  
ความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้าเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม  
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้  
ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล  
การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบ  
บันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น



คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ  
จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้ง  
ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทราบและมีความเข้าใจแล้ว พร้อมลงนามในเอกสาร  
แสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

## แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

**คำชี้แจง** คำถามต่อไปนี้ เป็นคำถามทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาเติมข้อความในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับตัวท่าน

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

ชาย

หญิง

3. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หม้าย,หย่า,แยก

อื่นๆ.....

4. ศาสนา

พุทธ

อิสลาม

คริสต์

อื่นๆ.....

5. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา

ประกาศนียบัตร

ปริญญาตรี

ปริญญาโทหรือสูงกว่า

6. อาชีพปัจจุบัน

ไม่ประกอบอาชีพ

รับจ้าง

ค้าขาย

ทำนา ทำสวน ทำไร่

ข้าราชการ

รัฐวิสาหกิจ

ทำงานบ้าน

อื่นๆ.....

7. ความเพียงพอของรายได้

เพียงพอ

ไม่เพียงพอ

8. สิทธิในการรักษาครั้งนี้

เสียค่าใช้จ่ายเอง(เงินสด)

สังคมสงเคราะห์

ประกันสังคม

ราชการ

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)

รัฐวิสาหกิจ

9. เมื่อท่านมีปัญหาใครในครอบครัวที่ช่วยเหลือท่าน.....

10. ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกอื่นในครอบครัว

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> สนิทและเข้ากันได้ดี | <input type="checkbox"/> สนิทเป็นบางครั้ง |
| <input type="checkbox"/> ทะเลาะกันเป็นประจำ  | <input type="checkbox"/> ไม่สนิทสนมกัน    |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆโปรดระบุ.....  |   |

## ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษา

1. ท่านมีประวัติเจ็บป่วยโรคทางจิตเวชหรือไม่

- ไม่มี
- มี ระบุ.....

2. ท่านมีประวัติการใช้สารเสพติดหรือไม่

- ไม่มี
- มี สารเสพติดที่ใช้คือ.....

- บุหรี่
- ยาบ้า ยาม้า ยาอี
- เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- อื่นๆ.....

3. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....ปี.....เดือน

4. ระยะเวลาที่มีทวารเทียม .....ปี.....เดือน

5. การดูแลทวารเทียม

- ดูแลเปลี่ยนแปลงแป้นและถุงรองรับอุจจาระเอง
- มีผู้อื่นดูแลเปลี่ยนแปลงแป้นและถุงรองรับอุจจาระให้ ระบุ.....

6. หากท่านมีผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงแป้นและถุงรองรับอุจจาระ การดูแลดังกล่าวส่งผลกระทบต่อ  
ดำเนินชีวิตของผู้ดูแลหรือไม่

- ไม่มี
- มี ระบุผลกระทบที่ได้รับ.....

7. หลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม ท่านมีการล้างมือบ่อยมากน้อยเพียงใด  
(วัดจากความรู้สึกของตนเอง)
- ล้างมือเป็นปกติเหมือนก่อนผ่าตัด
  - ล้างมือบ่อยขึ้นแต่ไม่ผิดปกติ
  - ล้างมือตลอดเวลาจนรู้สึกผิดปกติ ระบุจำนวน.....ครั้งต่อวัน
  - อื่นๆ ระบุ.....
8. ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมในข้อใดที่ท่าน คิดว่าส่งผลกระทบต่อ  
ชีวิตประจำวันของท่านมากที่สุด (โดยใส่หมายเลขหน้าภาวะแทรกซ้อนเรียงตามลำดับ  
ความสำคัญ เช่น 1,2,3,  
เป็นต้น)
- .....มีผื่นคันรอบๆทวารเทียม
  - .....มีการรั่วซึมของอุจจาระออกจากถุงรองรับอุจจาระ
  - .....การมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระ
  - .....ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์
  - .....การเข้าสังคม (การลด หรืองดออกสังคม)
  - .....อื่นๆ ระบุ.....
9. ท่านได้รับคำแนะนำหรือความรู้ในการปฏิบัติในการดูแลทวารเทียมจากที่ได้  
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- แพทย์
  - พยาบาล
  - ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมาก่อน
  - ญาติ เพื่อน
  - อื่นๆ ระบุ.....
10. ท่านคิดว่าพยาบาลควรเพิ่มเติมการให้คำแนะนำ หรือการดูแลทวารเทียมในเรื่องใดบ้าง
- การดูแลเปลี่ยนเบ้าและถุงรองรับอุจจาระ
  - การดูแลเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน
  - การดูแลทางด้านร่างกายและสุขภาพ
  - การดูแลด้านจิตใจ
  - อื่นๆ ระบุ.....

11. ท่านได้รู้ว่าตนเองต้องมีทวารเทียมภายหลังการผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

รู้ก่อนผ่าตัด  ไม่รู้ก่อนผ่าตัด

12. ท่านได้รับความรู้เรื่องทวารเทียมตั้งแต่ในระยะก่อนได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

ได้รับ  ไม่ได้รับ

ข้อมูลจากแฟ้มรายงานประวัติของผู้ป่วย (สำหรับผู้ป่วย)

13. สาเหตุของการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม

- มะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA colon)
- มะเร็งทวารหนัก (CA Rectum)
- มีแผลเรื้อรังบริเวณลำไส้ใหญ่
- มีแผลเรื้อรังบริเวณทวารหนัก
- อุบัติเหตุ
- อื่นๆ ระบุ.....

14. ชนิดของทวารเทียม  ชั่วคราว  ถาวร

15. ท่านมีโรคประจำตัว

ไม่มี

มีโรคประจำตัว

เบาหวาน

ความดันโลหิตสูง

หัวใจ

อื่น ระบุ.....

16. ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดทวารเทียม

ไม่มี

มี ระบุ.....

### แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยให้ท่านขีดเครื่องหมาย ✓  
ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
1.ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น				
2.ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ				
3.ฉันค่อนข้างจะรู้สึกว่าตนเองทำอะไรไม่ค่อยสำเร็จ				
4.ฉันมีความสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่าเทียมคนอื่น ๆ ส่วนใหญ่				
5.ฉันรู้สึกว่าไม่ค่อยมีอะไรในตัวฉันที่น่าภูมิใจ				
6.ฉันมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง				
7.ในภาพรวมแล้วฉันรู้สึกพอใจในตนเอง				
8.ฉันอยากที่จะนับถือตนเองให้มากกว่านี้				
9.ฉันรู้สึกว่าไม่ค่อยได้ช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ควร				
10. ฉันรู้สึกว่าตนเองทำประโยชน์ให้กับสังคมได้เท่ากับคนอื่น				

### แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกอย่างแท้จริงของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อให้เลือกเพียงข้อเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

- 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 ไม่เห็นด้วยมาก
- 3 ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
- 4 ไม่แน่ใจ
- 5 เห็นด้วยเล็กน้อย
- 6 เห็นด้วยมาก
- 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คำถาม	1	2	3	4	5	6	7
1. ท่านมีคนที่เมื่ออยู่ใกล้ซัดแล้วท่านรู้สึกปลอดภัย							
2. ท่านรู้สึกเป็นคนมีความสำคัญกับคนรอบข้าง							
3. คนอื่นมักจะบอกให้ท่านรู้ว่าท่านทำกิจกรรมต่างๆได้ดี							
4. เมื่อท่านมีปัญหาท่านไม่สามารถที่จะพึ่งพาใครให้ช่วยเหลือได้							
5. ท่านมีโอกาสมากเพียงพอในการพบปะกับคนที่ทำให้ท่านมีความรู้สึกว่าคุณค่า							
6. ท่านใช้เวลาไปกับคนที่มีความสนใจตรงกับท่าน							
7. ท่านมีโอกาสน้อยมากในชีวิตที่จะให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้อื่น							
8. คนอื่นทำให้ท่านรู้ว่าพวกเขาชอบทำกิจกรรมกับท่าน							
9. ท่านมีบุคคลที่พร้อมจะช่วยเหลือท่านในระยะยาวได้ถ้าท่านต้องการ							



10. ไม่มีใครที่จะรับฟังความรู้สึกของท่านได้							
11. ในกลุ่มเพื่อนของท่านมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน							
12. ท่านมีโอกาที่จะส่งเสริมให้กำลังใจคนอื่น							
13. ครอบครัวของท่านทำให้ท่านรู้สึกว่ามี ความสำคัญในการใช้ชีวิตครอบครัว							
14. ท่านมีญาติหรือเพื่อนที่จะให้ความช่วยเหลือ แก่ท่าน แม้เขาจะรู้สึกว่าคุณไม่อาจจะตอบแทน เขาได้							
15. เมื่อท่านอารมณ์ไม่ดีจะมีบางคนที่ท่าน สามารถระบายความรู้สึกให้ฟังได้							
16. ท่านคิดว่าไม่มีใครมีปัญหาเหมือนท่าน							
17. ท่านชอบที่จะทำอะไรเป็นพิเศษเล็กๆน้อยๆ เพื่อให้คนอื่นรู้สึกมีชีวิตชีวา							
18. ท่านคิดว่าคนอื่นมีความซาบซึ้งในตัวท่าน							
19. ท่านมีบุคคลที่รักและเอาใจใส่ท่าน							
20. ท่านมีคนที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการ ทำกิจกรรมต่างๆ							
21. ท่านมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ความ ช่วยเหลือในสิ่งที่คนอื่นต้องการ							
22. เมื่อท่านต้องการคำแนะนำจะมีคนช่วยเหลือ ท่านให้สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นๆได้							
23. ท่านมีความรู้สึกว่ายังมีคนต้องการท่าน							
24. มีคนคิดว่าท่านไม่ใช่เพื่อนที่ดีทั้งที่ท่านคิดว่า ท่านเป็นเพื่อนที่ดีของเขา							
25. ขณะท่านเจ็บป่วย มีผู้ให้คำแนะนำแก่ท่าน ในการดูแลตนเอง							

## แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  คำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ขณะที่นอนโรงพยาบาลมากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด

- เป็นส่วนใหญ่  
 บ่อยครั้ง  
 เป็นบางครั้ง  
 ไม่เป็นเลย

5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล

- เป็นส่วนใหญ่  
 บ่อยมาก  
 เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย  
 นานๆ ครั้ง

2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ

ที่ฉันเคยชอบได้

- เหมือนเดิม  
 ไม่มากเท่าแต่ก่อน  
 มีเพียงเล็กน้อย  
 เกือบไม่มีเลย

6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน

- ไม่มีเลย  
 ไม่บ่อยนัก  
 เป็นบางครั้ง  
 เป็นส่วนใหญ่

3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมี

เรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

- มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย  
 มี แต่ไม่มากนัก  
 มีเพียงเล็กน้อยและไม่ทำให้กังวลใจ  
 ไม่เลย

7. ฉันสามารถทำตามสบาย

และรู้สึกผ่อนคลาย

- เหมือนเดิม  
 ได้โดยทั่วไป  
 ไม่บ่อยนัก  
 ไม่ได้เลย

4. ฉันสามารถหัวเราะ และมีอารมณ์ขันใน

เรื่องต่างๆได้

- เหมือนเดิม  
 ไม่มากนัก  
 มีน้อย  
 ไม่มีเลย

8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร

เชื่องช้าลงกว่าเดิม

- เกือบตลอดเวลา  
 บ่อยครั้ง  
 เป็นบางครั้ง  
 ไม่เป็นเลย

9.ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง

- ไม่เป็นเลย
- เป็นบางครั้ง
- ค่อนข้างบ่อย
- บ่อยมาก

12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต

- ด้วยความเบิกบานใจ
- มากเท่าที่เคยเป็น
  - ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น
  - น้อยกว่าที่เคยเป็น
  - เกือบจะไม่มีเลย<sub>4</sub>

10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตัวเอง

- ใช่
- ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร
- ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน
- ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม

13. ฉันรู้สึกพวพหรือตกใจขึ้นมา

- อย่างกะทันหัน
- บ่อยมาก
  - ค่อนข้างมาก
  - ไม่บ่อยนัก
  - ไม่มีเลย

11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือน

กับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้

- เป็นมากที่สุด
- ค่อนข้างมาก
- ไม่มากนัก
- ไม่เป็นเลย

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินกับการอ่านหนังสือ

ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ

- ที่เคยเพลิดเพลินได้
- เป็นส่วนใหญ่
  - เป็นบางครั้ง
  - ไม่บ่อยนัก
  - น้อยมาก



ที่จว.พิเศษ 23 /2557

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง  
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง **ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย** ซึ่งใช้แบบสอบถาม แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Rosenberg ค.ศ.1965 ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย รศ.ดร.ผ่องศรี ศรีมรกต ในการเก็บข้อมูล โดยมี อ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัฐชโรจจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล ใช้แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

.....  
(นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล)

.....  
(อ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัฐชโรจจน์)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

.....  
(รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)  
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร. 02-2564298, 02-2564346 / นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล เบอร์ติดต่อ 086-8849669



ที่จว.พิเศษ 22 /2557

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถามสนับสนุนทางสังคม  
เรียน คณบดีบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง **ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (The Personal Resource Questionnaire, PRQ 85 Part II )** ของ Weinert C. ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยจิราภา หงส์ตระกูล ในการเก็บข้อมูล โดยมี อ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัฐโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

.....  
(นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล)

.....  
(อ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัฐโรจน์)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

.....  
(รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)  
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร. 02-2564298, 02-2564346 / นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล เบอร์ติดต่อ 086-8849669



ที่จว.พิเศษ 24 /2557

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

เรื่อง ขออนุญาตใช้ แบบวัดโรคซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADs)  
เรียน ผศ.นพ.ธนา นิลชัยโกวิทย์

ด้วย นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง **ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย** ซึ่งใช้แบบวัดโรคซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADs) ของ Zigmond และ Snaitte พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1983 แปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ ปี 2539 ในการเก็บข้อมูล โดยมี อ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ขอขออนุญาตให้ นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล ใช้แบบดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

.....  
(นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล)

.....  
(อ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

.....  
(รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)  
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร. 02-2564298, 02-2564346 / นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล เบอร์ติดต่อ 086-8849669



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 4298, 4346

ที่ จว.พิเศษ ...19.../2557.

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

เรื่อง ยินดีขอความอนุเคราะห์ในการขอเก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ด้วย นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่องความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมี อ.พญ.โสฬสพัทธ์ เหมรัญชโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล เก็บข้อมูล ณ.คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องไม่เกินระยะเวลา 1 ปี โดยใช้แบบสอบถาม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดโรคซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ดังโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่แนบมา จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

.....  
(นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล)

.....  
(อ.พญ.โสฬสพัทธ์ เหมรัญชโรจน์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

.....  
(รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร. 02-2564298, 02-2564346 / นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล เบอร์ติดต่อ 086-8849669



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 4298, 4346  
ที่ ผจต. 57 /2557. วันที่ 17 เมษายน 2557  
เรื่อง ขอเก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ด้วย นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง “ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” โดยมี อ.พญ.โสฬหพัทธ์ เหมรัญชโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล เก็บข้อมูล ณ คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก ตึกภปร.ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องไม่เกินระยะเวลา 1 ปี โดยใช้แบบสอบถาม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดโรคซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ดังโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

.....  
(นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล)

.....  
(อ.พญ.โสฬหพัทธ์ เหมรัญชโรจน์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

.....  
(รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร. 02-2564298, 02-2564346 / นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล เบอร์ติดต่อ 086-8849669



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาววิลาสินี พิพัฒน์ผล

วัน เดือน ปีเกิด วันที่ 26 เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2529 จังหวัดนครศรีธรรมราช

อายุ 27 ปี

สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต

จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ.2552

ทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ณ.ตึกจงกลนีฯ ชั้น 1

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบัน

และเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ ปี พ.ศ.2556

1. World Health Organization [internet].World health statistic. New york 2014 [updated February 2015] ; Available from:  
<http://www.who.int/medicacentre/factorsheets/fs297/en/#>.
2. ปริญญา ทวีชัยการ. มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 1 ed. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2554.
3. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล. (ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2554 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2554). หน่วยงานทะเบียนมะเร็ง กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2555. [updated 2557]; Available from: <http://www.nci.go.th>.
4. ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์. Lateral node dissection for rectal cancer. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร; 2549.
5. เปรมฤดี บุญภัทรานนท์. การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
6. ปริญญา ทวีชัยการ. แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และเร็คตัม. กรุงเทพฯ: เพนทาگون แอดเวอร์ตีไต์ซิ่ง; 2549.
7. Bratha I, Hajdu J, Boker L, Kanyari Z and Damjanovich L. Quality of life of post colostomy patient. Philadelphia: Orvasi Hetilep. 1995;136(37).
8. นวพร ชิตমন. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
9. สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์และคณะ. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารหนักเทียม. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย; 2547.
10. Wade BE. Colostomy patients:psychological adjustment at 10 weeks and 1 year after surgery in districts which employed stoma care nurse and districts which did not. Journal of advanced nursing 1990;15:1297-304.
11. Zigmond AS SR. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67:361-70.
12. ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2539;41(1):18-30.
13. Khuhaprena T SP, Sreplung H et al,. Cancer in Thailand. 1998-2000.; IV.
14. Tardiro S M, W, Torri et al,. Rectal cancer. Epidemiology and Burden of disease. In: Itali SV, editor. Italy: In delain GG ed.; 2005. p. Rectal cancer.

15. Harpaz N WS, Mescoli C, et al,. Precancerous lesions in inflammatory bowel disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2013;27:257-67.
16. Mescoli C AL, D'inca R et al,. Dysplasia in imflammatory bowel diseases. Dig Liver Dis. 2013;45:186-94.
17. อธิษฐาน บุญพิพัฒนาพงศ์และสมพร วรณวงศ์. มาตรฐานการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: วจนแห่งศิลป์ [State-of-the-Art Stand of Care for Colorectal Cancer]. พิมพ์ครั้งที่ 1 ed. สงขลา: หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
18. ธนิต วัชรพุกก์ และชาญวิทย์ ดันต์พิพัฒน์. ตำราศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
19. ประทีน ไชยศรี. การดูแลช่องเปิดลำไส้และการฟื้นฟูสภาพ. เชียงใหม่: ยูเนียนออฟเซ็ท; 2550.
20. Jennie B. Stoma Care. Singapore: John Wiley & Sons; 2008.
21. อธิษฐาน บุญพิพัฒนาพงศ์และสมพร วรณวงศ์. การดูแลบาดแผลและทวารเทียม. สงขลา: ซานเมืองการพิมพ์; 2553.
22. จันท์ฉาย แซ่ตั้ง. Humanized in ostomate. คู่มือการดูแลบาดแผลและทวารเทียม. สงขลา: ซานเมืองการพิมพ์; 2551. p. 87-100.
23. สมพร วรณวงศ์. คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทวารเทียม. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.
24. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. New jersey: Princeton University; 1965.
25. Coopersmit S. The antecedents of self-esteem. Palo Alto. California: Consulting Psychologists press Inc; 1981.
26. ประรณนา ซ้อนแก้ว. การพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองของเยาวชนชายในสถานพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดระยอง โดยใช้กิจกรรมการออกกำลังกายเป็นสื่อ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
27. อุมพร ตรังคสมบัติ. Everest พาลูกค้นหาความนับถือตนเอง. กรุงเทพฯ: ชันตราการพิมพ์; 2543.
28. เดนิส ลอเรนซ์ อ่างถึงโน ธรณัญพร พรหมจันทร์. ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักอาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
29. Branden N. Honoring the self : The Psychology of Confidence and Respect. Toronto: Bantam; 1983.
30. Bruno FJ. Adjustment and Personal Growth:Seven Pathway. ed 2, editor. New York: John Wiley & Sons; 1983.

31. Girdano DaGE. Controlling Stress & Tension: A Holistic. New Jersey: Prentice-Hall.Englewood Cliffs.; 1979.
32. Cobb. 1976:300 cited in Wortman CB, Social Support and the Cancer Patient: Conceptual and Methodologic Issue. Cancer Supplement. 1984;5(10):2339-60.
33. Caplan G. Support systems and community mental health. New York.: Behavioral Publicatiems.; 1974.
34. Pilisuk M. Dilivery of Social Support: The Social Innovation. American Journal Orthoppsychiatry.1982.;52(01):20.
35. House JS. KR. Measures and concepts of social support. In;Cohen S, Syme SL Social Support and Health Orlando: FL Acedemic 1985.
36. Israel BA. Social Networks and Social Support: Implications for Natural Helper and Community Level Interventions in Health. Educ Behav. 1985;12:66.
37. Weiss. 1974:17-26 cited in Brand and Weinert,The PRQ-A social support measure. Nursing Research. 1981;30(5):277-8.
38. Montgomery BaM, L. Living with anxiety a practical research-based plan for managing anxiety problem. Australia: Lothian Book; 1992.
39. Stuart GWaL, M.T. Principle and practice of psychiatric nursing. 7, editor. St.Louis: Mosby; 2001.
40. Varcarolis EMaHJM. Essentals of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evedence-Base Care. Missouri Sauders,an Imprint of Elsevier Inc; 2009.
41. Barry DP. Mental Health and Mental Illness. 7, editor. New York: Lippincott,Williams&Wilkins; 2002.
42. ซ้อลดา พันธูเสนา. การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป; 2536.
43. สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประภายที่มีผลต่อการดูแลในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2531.
44. วาทีนี สุขมาก. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตสังคม 1. พิมพ์ครั้งที่ 1, editor. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
45. จรินทร์ สมภู. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร. กรุงเทพฯ: วิทยานินธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.; 2539.

46. ศรีพิมล ดิษยบุตร. สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4, editor. ศรีสะเกษ: คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเฉลิมกาญจนา; 2552.
47. Longman. Longman dictionary of contemporary English. England: RR Donnelly & Sons Company; 1995.
48. สายฝน เอกวางกูร. รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า พิมพ์ครั้งที่ 2, editor. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
49. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, mack J & Erbaaugh J. An inventory for measuring depression Arch Gen Psychiatry. 1967;4:561-71.
50. Beeber LS. Treating depression through the therapeutic nurse client relationship. Nursing clinics of North America 1998;33(1):153-72.
51. Sadock B. J. SVA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral science/clinical psychiatry. 10, editor. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2007.
52. Persaud R. The mind a user's guide 1, editor. Great Britain: William Clowes; 2007.
53. ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. พิมพ์ครั้งที่ 1, editor. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์; 2542.
54. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2, editor. กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์; 2549.
55. ดวงใจ กสานติกุล. โรคอารมณ์ผิดปกติ. ในวินิตดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ) จิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็น เทอร์ไพรซ์.; 2545.
56. มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิขย์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2, editor. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์พิมพ์.; 2548.
57. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV 5, editor. Washington, DC: Author; 2000.
58. ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. ภาวะซึมเศร้า : การบำบัดและการให้การปรึกษา โดยการปรับความคิดและพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2, editor. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2556.
59. สุวรรณมา กิตติเนาวรัตน์ และคณะ. การศึกษาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีทวารหนักเทียม. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. 2003;28(2 ):117-23.
60. Follick MJ, Smith TW and Turk DC. Psychosocial Adjustment Following ostomy. Health Psychological 1984;3:507-17.

61. Nilsoon LO KN, Kylberg f, Myrvold HE and Palselius I. Sexual adjustment in ileostomy patients before and after conversion to continent ileostomy. *Journal Surgical Research* 2002;24:287-90.
62. Pittman J, Rawl S M ,Schmidt C Max, grant M, Ko Clifford Y, Wendel C & Krouse Robert S. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2008;35(5):493-503.
63. Richbourg L, Thorpe J M , Rapp C G. Difficulties Experienced by the Ostomate After Hospital Discharge. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2007;34(1):70-9.
64. Persson E, Hellstrom and Anna-Lena. Experiences of Swedish Men and Woman 6 to 12 Weeks After Ostomy Surgery. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2002;29(2):103-8.
65. Dylan MS, George L, Paul R, Ryan L, S.&Peter AU. Sensitivity to disgust, stigma and adjustment to life with a colostomy. *J Res Pers*. 2007;41(4):787-803.
66. Makela MN. Stoma care problems after stoma surgery in Northern Finland. *Scandinavian journal of surgery :SJS: official organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society*. 2004:1457-4969.
67. Ratliff CR, D AM. Frequency of peristomal complications. *Ostomy wound manage*. 2001;Aug;47(8):26-9.
68. Krouse R GM, Ferrell b, Dean G, Nelson R, Chu D. Quality of life of colostomy patient. *Journal Surgical Research*. 2006;138:779-876.
69. จุฬาทพร ประสงค์สิต. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.; 2544.
70. ทิฆัมพร อธิพิงษ์วัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนผิวหนัง ชนิดทางเดินปัสสาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำทางเดินปัสสาวะใหม่ระยะยาว. *J Nurs Sci*. 2013;31(1):29-37.
71. เกศิณี ชีรทองดี. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง. *วารสารโรคมะเร็ง*. 2557;34(2):68-78.
72. ศุภมาส มณีสินธุ์. คุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพของผู้ป่วยทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

73. ทิพวรรณ คุณพันธ์. ผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2555;24(1):11-21.
74. นิตยา จรัสแสง. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(4):439-46.
75. นันทวิช สิริธิรักษ์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(1):47-60.
76. อารดา หายักวงษ์. ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด Journal of Mental Health of Thailand. 2556;21(2):110-20.
77. Srimoragot P. Effect of supportive counseling on perceived illness, Self-esteem, and moral in cervical cancer patients. Bangkok: Mahidol University; 1993.
78. Weinert C. A social support measure: PRQ85. Nurs Res 1987 Sep-Oct;36(5):273-7.
79. จิรภา หงส์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
80. Zigmond AS SR. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67:361-70.
81. ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2539;41(1):18-30.
82. Meleis AI, Sawyer LM, Im eo, Messias DK H &Schumacher K. Experiencing transition: An emerging middle-rang theory. Advance in Nursing Science. 2000;23(1):12-28.
83. Mäkelä JT. Niskasaari M. Stoma care problems after stoma surgery in Northern Finland. Sc and J Surg. 2006;95(1):23-7.
84. Cotrim H PG. Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. Eur J Oncol Nurs 2008;12:217-26.
85. Bosshardt TL. Outcomes of ostomy procedures in patients aged 70 years and older. Arch Surg 2003;138:1077-82.
86. MA N HJ, Stewart J, Andrews L, Hill AG. The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: A pilot study ANZ J surg. 2007;77:883-5.

87. Mastracci TM HS, O'Connr B, McLeod RS. The impact of surgery for colorectal cancer on quality of life and functional status in the elderly. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:1878-84.
88. McKenzie F, White CA & Kendall S., et al. Psychological impact of colostomy pouch change and disposal. *British Journal of nursing*. 2006;15(6):308-16.
89. Karadag A, Menten BB & UnerA. Impact of stomatherapy on quality of life in patient with permanent colostomy or ileostomy. *Int J colorectal Dis*. 2003;18:234-8.
90. Jenks J, Morin K & Tomaselli N. The influence of ostomy surgery on body image in patient with cancer. *Applied nursing research*. 1997;10(4):174-80.
91. Blumenfield M, & Tiamson, M.L.A.,. Consultation liaison Psychiatry. 2003:69-71.
92. Kobayashi M, Ohno T, Noguchi W, Matsuda A, Matsushima E, Kato S., et al.,. Psychological Distress and Quality of life in Cervical Cancer Survivors After Radiotherapy Do Treatment Modalities, Disease Stage, and Self-esteem influence Outcomes?. *Int J Gynecol Cancer* 2009;19:1264-8.
93. Black P. Holistic stoma care. London: Bailliere T mdall; 2000.
94. Borwell B. The psychosexual needs of stoma patients. *Prof Nurse*. 1997;12(4):250-5.
95. Szczepkowski M. Do we still need a permanent colostomy in XX1-st century? *Acta chair iugosl*. 2002;49(2):45-55.
96. Eton DT, Lepore S J & Helgeson VS. Early quality of life in patients with localized prostate carcinoma. *American cancer society*. 2001;92(6):1451-9.
97. Nichols TS, & Riemer M. The impact of stabilizing force on postsurgical recovery in ostomy patients. *Journal wound ostomy incontinence nurs*. 2008;35(3):316-20.
98. Piwonka MA, & Merino J M. A multi dimensional modeling of predictors influencecing the adjustment to colostomy. *Journal wound ostomy continance nurs* 1999;6:298-305.
99. Rheaum A, & Gooding B. Social support, coping atrategies, and long-term adaptation to ostomy among self-help group members. *journal of enterostomal therapy*. 1991;18:11-5.