

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

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

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

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

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

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

กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่สาเหตุของการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ร้อยละ 76 มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่สาเหตุของการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ ร้อยละ 19 และส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.7

1.2 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา

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

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หลังทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ มีการล้างบ่อยขึ้นแต่ไม่ผิดปกติร้อยละ 63 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้ในการดูแลโคลอสโตมีย์จากพยาบาลร้อยละ 53.7 และเรื่องที่ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมจากพยาบาลส่วนใหญ่คือการดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 36.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ร้อยละ 86 และมี

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ร้อยละ 9.49 ภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่คือ ภาวะมีฝีในคั่นรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ร้อยละ 6.3

ภาวะแทรกซ้อนที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเป็นอันดับ 1 คือ การรั่วซึมของ อูจจาระร้อยละ 32.6 การมีฝีในคั่นรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ร้อยละ 30.5 การเข้าสังคมร้อยละ 20 การ มีแก๊สในถุงรองรับอูจจาระร้อยละ 11.6 ปัญหาเพศสัมพันธ์ร้อยละ 5.3

ภาวะแทรกซ้อนที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเป็นอันดับ 5 คือ ปัญหา เพศสัมพันธ์ร้อยละ 65.3 การมีแก๊สในถุงรองรับอูจจาระร้อยละ 15.8 การเข้าสังคมร้อยละ 13.7 การมีฝีในคั่นรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ร้อยละ 5.3 ส่วนการรั่วซึมของอูจจาระเป็นภาวะแทรกซ้อนที่กลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมดไม่เลือกให้ความสำคัญเป็นอันดับที่ 5

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสภาวะทางดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์รวมอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 61.23 คะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.29

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านจิตใจอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมี คะแนนเฉลี่ย 63.57 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.93 คะแนน

สภาวะดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านร่างกายอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมี คะแนนเฉลี่ย 60.63 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.98

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านการรับรู้ต่อภาพลักษณ์อยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีค่าเฉลี่ย 51.10 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 21.85

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลการรักษาอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 58.35 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.35

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านผลต่อภาวะโภชนาการอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 73.69 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 61.71 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.52

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับกลาง ร้อย ละ 73.69 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.60 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ร้อยละ 45 ส่วนกลุ่ม ตัวอย่างที่จ่ายเงินสดร้อยละ 14.7 ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่คือบุตรหรือญาติร้อยละ 7.4

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสนิทสนมกับสามี ภรรยา ร้อยละ 45.3 และกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่สนิทสนมและเข้ากันได้ดีในครอบครัวร้อยละ 81.1

กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะวิตกกังวล หรือสงสัยว่ามีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 75.8 มีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 24.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.78 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.47

กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือสงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 84.2 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.14 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.758

2. คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางร้อยละ 76.84 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 80.20 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.68

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 72.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 21.61 คะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.55

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 63.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 19.25 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.57

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 72.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.19 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.11

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 81.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 24.86 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.56

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

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

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

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

หลังป่วย, รายได้รวมในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

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

3.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมโดยใช้สถิติ chi-square พบว่า รายได้รวมในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมโดยใช้สถิติ chi-square พบว่า รายได้หลังเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, และพบว่ารายได้ก่อนการเจ็บป่วยและโรคหัวใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษากับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

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

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

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

5.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตโดยรวมโดยใช้สถิติ chi-square พบว่า ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5.2 เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจโดยใช้สถิติ t-test พบว่า ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

6. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตรายด้านกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficiency)

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

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

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

7. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

จากการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression Analysis) มาใช้ในการหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต พบว่า

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

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

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

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

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

อภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตโดยรวม

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

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

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

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

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

จากการศึกษาพบว่าโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโรคเอดส์ในความรู้สึของผู้ติดเชื่อหมายถึงความสิ้นหวัง ไม่มียาที่จะรักษาให้หายขาด โรคนี้เป็นแล้วต้องตาย นอกจากก่อให้เกิดความเจ็บป่วยเสียชีวิต และการสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมากแล้ว ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นยังเป็นภาวะเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องมีการดูแลตนเองเป็นพิเศษโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำรงชีวิต การใส่ยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การเฝ้าระวัง และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก อีกทั้งการมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลตนเอง และความไม่แน่นอนจากพยาธิสภาพของโรคมมากขึ้น

นอกจากนี้ยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องใช้และในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวดังนั้นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่ใช่สาเหตุการทำโคลอสโตมีย์ โดยเฉพาะโรคเอดส์จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของบราทาร์และคณะ (3) พบว่า การรับรู้ที่จะต้องทำผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินอุจจาระมีผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรงก่อนผ่าตัด เกิดความเครียดทันทีหลังผ่าตัด กลุ่มใจระก้างวลเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของสังคม ผู้ป่วยลดการออกสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เกิดในผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรทำให้เกิดผลกระทบซึ่งสรุปได้ว่า ด้านร่างกายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความสามารถในการย่อยและการดูดซึม การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตใจผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรระยะแรกจะไม่สามารถยอมรับโคลอสโตมีย์ซึ่งจะมีพฤติกรรมการแสดงออกในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน แต่ทุกคนจำเป็นที่จะต้องใช้ชีวิตประจำวันในการขับถ่ายอุจจาระออกทางหน้าท้องและมีถุงรองรับอุจจาระไว้ตลอดชีวิตและมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ต้องการเปิดเผยว่าตนเองมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ทางด้านสังคมจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ และภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรจะมีความคิดว่าปัญหาสุขภาพของตนเองไม่เหมือนใคร ไม่ต้องการพบปะผู้คนทำให้แยกตนเองออกจากสังคมเหล่านี้ล้วนเป็นผลจากการมีโคลอสโตมีย์ทั้งสิ้น ดังนั้นควรมีการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

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

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

ระยะเวลาที่มีโคลอสโตมีย์จากการศึกษานี้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยรวม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ โธมัสและคณะ อ้างในจรินทร (22) พบว่า ระยะเวลาที่ มีโคลอสโตมีย์ทำให้เกิดผลกระทบต่อกรกลับเข้าไปทำงานอีกครั้งหนึ่งของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ แตกต่างกันออกไป คือ 1/3 ของผู้ป่วยหญิงและ 1/2 ของผู้ป่วยชาย ไม่สามารถกลับเข้าไป ทำงานได้ในเวลา 3 เดือนหลังผ่าตัด และพบว่า ร้อยละ 45 ของผู้ป่วยกลับไปทำงานได้ใน ระยะเวลา 6 เดือน แต่ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้เวลาประมาณ 1ปีจึงจะปรับตัวได้ สอดคล้อง กับแนวความคิดที่ว่า ธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความ มั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่จากการศึกษานี้ พบว่า ระยะเวลาที่มีโคลอสโตมีย์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของสมคิด โพธิ์ชนะพันธ์และคณะ (15) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มี ผลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร และพบว่า ระยะเวลาในการมีโคลอสโตมีย์ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกิจกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเองในระยะเวลาอันสั้น เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะคิดว่าการดูแลโคลอสโตมีย์เป็นสิ่งที่น่ารังเกียจสำหรับบุคคลอื่นที่จะดูแลให้ และผู้ป่วยไม่อยากเป็นภาระแก่คนอื่นจึงสามารถปรับตัวและดูแลโคลอสโตมีย์ได้ในระยะเวลารวดเร็ว แต่อย่างไรก็ตามในช่วงแรกหลังการผ่าตัดโคลอสโตมีย์บุคลากรในทีมสุขภาพและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยต้องคอยดูแลให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างใกล้ชิดเพื่อที่จะเป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ยอมรับการมีโคลอสโตมีย์และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข .

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

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

3. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางร้อยละ 63.2 จากการศึกษาพบว่า สถานภาพ รายได้ก่อนป่วย รายได้หลังป่วย รายได้รวม โรคเอดส์อาชีพหลังป่วย ระดับการศึกษา ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

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

แสดงท่าทีที่รังเกียจโคลอสโตมีย์จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี นอกจากนี้ควรเปิดโอกาสให้ครอบครัว หรือญาติผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยด้วย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ยอมรับการมีโคลอสโตมีย์ได้ และสามารถผ่อนคลายความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าลงได้

4. คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางร้อยละ 72.6 จากการศึกษาพบว่า สถานภาพ อายุ รายได้รวมในครอบครัวภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

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

ปัจจัยด้านภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มักมีภาวะแยกตัว ซึ่งส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว บุคคลรอบข้างและสังคมจึงควรมีส่วนช่วยในการดูแลสร้างสัมพันธภาพอันดีแก่ผู้ป่วยคอยให้กำลังใจ ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

5. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง ๆ ร้อยละ 81 จากการศึกษาพบว่า รายได้ก่อนป่วย รายได้หลังป่วย โรคหัวใจ สภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าปัจจัยด้านรายได้หลังป่วยเป็นปัจจัยเดียวที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมได้ เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจซึ่งส่งผลต่อสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจะถูกจำกัดสิทธิในการรักษาหรือเข้าไม่ถึงบริการทางสาธารณสุขซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อจำกัดในการแปลผลการวิจัย

1. การแปลผลการวิจัยในครั้งผู้วิจัยได้รวมผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลกับกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะวิตกกังวล และรวมผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้าไว้ในกลุ่มเดียวกันซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยมีความแตกต่างกับการวิจัยอื่นๆ ที่มีการรวมกลุ่มภาวะวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันได้

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

3. แบบสอบถามที่ใช้วัดสภาวะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์มีข้อคำถามที่มีความสอดคล้องกับแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกเป็นอย่างมาก จึงอาจทำให้มีผลในการตอบแบบสอบถามและส่งผลต่อการแปลผลการวิจัยในครั้งนี้ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

เนื่องจากผลการวิจัยนี้พบว่า สถานภาพสมรส รายได้ก่อนป่วย รายได้หลังป่วย อาชีพ หลังป่วย โรคเอดส์ สถานะการดำรงชีวิตต่อการมีโคลอสโตมีย์ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต บุคลากรในทีมสุขภาพจึงควรให้ความสนใจและตระหนักถึง ปัจจัยต่างๆ ข้างต้น โดยการนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรดังต่อไปนี้

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

2. พยาบาลควรให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ ชนิดถาวรให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรสามารถปรับตัว ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงและสามารถดูแลโคลอสโตมีย์ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถกลับไปทำงานและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

3. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยการเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ (Self help group) เพื่อเป็นการพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ต่างๆ และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาคงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความารู้สึกที่ดีต่อตนเอง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพึ่งพากันในสังคม รู้สึกว่าคุณค่าและมีความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิตจากการช่วยเหลือกันในระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพคล้ายคลึงกัน

4. ควรส่งเสริมให้จิตแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า เพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วย

5. พยาบาลควรแนะนำอุปกรณ์ในการดูแลโคลอสโตมีย์ โดยการเลือกแป้นและถุงรองรับ อุจจาระให้มีความเหมาะสมแก่ผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังควรคำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย หรือในผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

6. ควรมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน โดยมีการดูแลในรูปแบบ Care Management เพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และต่อเนื่อง อีกทั้งยังสามารถติดตามประเมินผลแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

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