



ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใต้ตรงและทวารหนัก
ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้
**Nursing Outcomes of Colostomy Care in Patients with Colorectal Cancer,
in a Tertiary Care Hospital, Southern Thailand**

วิภาวดี ว่องวรานนท์
Wipawadee Wongwaranon

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใต้ตรงและทวารหนัก
ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้
**Nursing Outcomes of Colostomy Care in Patients with Colorectal Cancer,
in a Tertiary Care Hospital, Southern Thailand**

วิภาวดี ว่องวารานนท์
Wipawadee Wongwaranon

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University**

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใต้ตรงและทวารหนัก
ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้

ผู้เขียน นางสาววิภาวดี ว่องวรานนท์

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี่ย)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วี)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี่ย)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

.....กรรมการ
(ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)

.....กรรมการ
(ดร.มารีสา สุวรรณราช)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนร่วมช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาววิภาวดี ว่องวรานนท์)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาววิภาวดี ว่องวรานนท์)

นักศึกษา

วิทยานิพนธ์	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใต้ตรงและทวารหนัก ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้
ผู้เขียน	นางสาววิภาวดี ว่องวรานนท์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ประเมินได้จาก (1) การมีความรู้ในการดูแลทวารเทียม (2) การรับรู้ภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม (3) ความสามารถในการดูแลทวารเทียม (4) การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และ (5) คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใต้ตรงและทวารหนัก ที่มารับการผ่าตัดทวารเทียมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 74 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย (1) แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม (2) แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม (3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม (4) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และ (5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงโดยรวมทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ .80, 1.0, .61, 1.0, และ 1.0 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของ (1) แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม ด้วยสถิติคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 (2) แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม (3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และ .82 ตามลำดับ (4) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม ได้ค่าความเที่ยงกันของการสังเกตร่วม (interrater reliability) เท่ากับ .88 และ (5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบดังนี้

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยอันดับความรู้ในการดูแลทารกเทียมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($Mdn = .93, IQR = .13$)
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาพลักษณ์หลังการมีทารกเทียม อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ($M = 3.56, SD = .41$)
3. ค่าคะแนนเฉลี่ยอันดับความสามารถในการดูแลทารกเทียมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($Mdn = 1.67, IQR = .42$)
4. ค่าคะแนนเฉลี่ยอันดับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทารกเทียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($Mdn = .00, IQR = 1.00$) แสดงว่าผิวหนังรอบทารกเทียมอยู่ในสภาพปกติ
5. ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทารกเทียม อยู่ในระดับสูง ($M = 74.88, SD = 11.03$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลทารกเทียมอยู่ในระดับสูง มีการยอมรับภาพลักษณ์หลังการมีทารกเทียม และความสามารถในการดูแลทารกเทียมอยู่ในระดับสูง การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทารกเทียมอยู่ในระดับต่ำ และคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทารกเทียมอยู่ในระดับสูง แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงมีความรู้ในการดูแลทารกเทียมด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.70) ความสามารถในการเข้าสังคมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 51.30) และคุณภาพชีวิตด้านภาพลักษณ์อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 54.10) ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการเข้าสังคมและการยอมรับภาพลักษณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับสูง

Title	Nursing Outcomes of Colostomy Care in Patients with Colorectal Cancer, in a Tertiary Care Hospital, Southern Thailand
Author	Wipawadee Wongwaranon
Major	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2016

ABSTRACT

This descriptive study aimed to examine nursing outcomes in patients with colorectal cancer. The nursing outcomes were (1) ostomy knowledge, (2) body image of having ostomy, (3) ostomy-related self-care ability, (4) prevention of ostomy-related complication, and (5) ostomy-related quality of life. Seventy four patients with colorectal cancers who underwent ostomy surgery in one tertiary care at a hospital, southern Thailand, participated in this study.

The nursing outcomes were examined using (1) Ostomy Knowledge Questionnaire, (2) Body Image of Having Ostomy Questionnaire, (3) Ostomy-related Self-care Questionnaire, (4) Prevention of Ostomy-related Complication Questionnaire, and (5) Ostomy-related Quality of Life Questionnaire. The content of these questionnaires was validated by 3 experts. The scale content validity index (S-CVI) of each questionnaire was 0.8, 1.0, 0.61, 1.0, and 1.0, respectively. The reliability using Kuder-Richardson Formula 20 of the Ostomy Knowledge Questionnaire yielded a reliability coefficient of .85., and the Cronbach's Alpha coefficients of the Body Image of Having Ostomy Questionnaire and the Ostomy-related Self-Care Ability Questionnaire were .89, and .82, respectively. The interrater reliability of the Prevention of Ostomy-related Complication Questionnaire was .88, and that of the Ostomy-related Quality of Life After Having Ostomy Questionnaire was .89. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that:

1. The overall mean rank of ostomy knowledge was at a high level ($Mdn = .93, IQR = .13$).
2. The mean score of body image of having ostomy was at acceptable level ($M = 3.56, SD = .41$).
3. The overall mean rank of ostomy-related self-care ability was at a high level ($Mdn = 1.67, IQR = .42$).
4. The mean rank of ostomy related complication was a normal skin condition surrounding ostomy site ($Mdn = 1.00, IQR = .00$).
5. The overall mean score of ostomy-related quality of life was at a high level ($M = 74.88, SD = 11.03$).

The results of this study showed that the participants had ostomy knowledge at a high level. They also accepted their body image of having ostomy, had ostomy-related self-care ability at high levels, and had few ostomy-related complications. Ostomy-related quality of life after having ostomy was at a high level. However, when considering each dimension, it was found that 48.7% of the participants had a low to moderate level of nutrition knowledge. Approximately half of them (51.3%) had ability for socialization at a low to moderate level and 54.1% had body image-related quality of life at a low to moderate level. Therefore, nurses should be recommended to promote nutrition knowledge, ability for socialization, and acceptance of body image-related quality of life in order to enhance all dimensions of quality of life for this group of patients.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการชี้แนะและการช่วยเหลือที่ดีเยี่ยมจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ตั้งแต่เริ่มแรกจนกระทั่งลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสองเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการผู้สอบวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรม ด้านการผ่าตัดลำไส้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม พยาบาลวิชาชีพ ที่กรุณาให้ความร่วมมือและชี้แนะให้คำปรึกษา ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หัวหน้าและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยวิจัย ที่คอยช่วยเหลือผู้วิจัยในการเก็บข้อมูล และขอบคุณเพื่อนๆทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยโดยเฉพาะเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลมหาบัณฑิตทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจกันเสมอมา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่งานบัณฑิตวิทยาลัยทั้งของคณะพยาบาลศาสตร์และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ติดต่อประสานงานและดำเนินการเรื่องต่างๆให้ผู้วิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัวของผู้วิจัย ที่คอยให้กำลังใจ ดูแลช่วยเหลือผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา และขอขอบคุณผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือในด้านอื่นๆที่ผู้วิจัยไม่สามารถเอ่ยนามได้ทุกคนไว้ ณ ที่นี้ด้วย

วิภาวดี ว่องวารานนท์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง	(14)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
คำถามการวิจัย	4
กรอบแนวคิด	5
นิยามศัพท์การวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดการผ่าตัดทวารเทียม	11
ลักษณะปกติของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม	12
ลักษณะของอุจจาระและการทำงานของทวารเทียม	13

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลกระทบของการมีทวารเทียม	14
ด้านร่างกาย	14
ด้านจิตใจ	18
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	19
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม	19
การดูแลระยะก่อนผ่าตัด(preoperative care)	19
การดูแลระยะหลังผ่าตัด (postoperative care)	20
การดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน	21
แนวคิดคุณภาพทางการพยาบาล.....	22
ความหมายของคุณภาพ	22
องค์ประกอบของคุณภาพ	23
ตัวชี้วัดและการประเมินคุณภาพการดูแล.....	24
รูปแบบการประเมินผลลัพธ์ตามกรอบแนวคิดของโฮลซีเมอร์ (Holzemer).....	28
ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมตามหลักฐานเชิงประจักษ์	30
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม.....	37
ปัจจัยด้านพยาบาล	38
ปัจจัยด้านผู้ป่วย	40
ปัจจัยด้านสังคม	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมใน.....	
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้	42
การดูแลระยะก่อนผ่าตัด	43
การดูแลระยะหลังผ่าตัด	43
การดูแลระยะเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน	44
การดูแลระยะการติดตามหลังจำหน่าย.....	44
สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	53
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	55
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	56
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	58
ผลการวิจัย	58
การอภิปรายผล	72

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	78
สรุปผลการวิจัย.....	78
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	80
ข้อเสนอแนะ.....	80
เอกสารอ้างอิง.....	82
ภาคผนวก.....	89
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	90
ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	91
ค การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	100
ง ใบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	106
จ ตารางทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแปร.....	107
ฉ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	109
ช หนังสือรับรอง.....	118
ซ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	119
ประวัติผู้เขียน.....	120

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1	เปรียบเทียบเครื่องมือประเมินผิวหนังรอบทวารเทียม.....34
2	จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม (N = 74).....59
3	จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม (N = 74).....63
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ จำแนกตามคะแนนความรู้ในการดูแลทวารเทียม การรับรู้ภาพลักษณ์ หลังผ่าตัดทวารเทียม ความสามารถในการดูแลทวารเทียม ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม (N = 74).....68
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก ที่มีทวารเทียม ที่มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมไม่ถูกต้องสูงสุด 3 อันดับแรก จำแนกตามรายชื่อ (N = 74).....69
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก ที่มีทวารเทียม ด้านที่ไม่ยอมรับภาพลักษณ์หลังผ่าตัดทวารเทียม สูงสุด 3 อันดับแรก จำแนกตามรายชื่อ (N = 74).....70
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก ที่มีทวารเทียม ที่ไม่มีความสามารถในการดูแลทวารเทียม สูงสุด 3 อันดับแรก จำแนกตามรายชื่อ (N = 74).....70
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก จำแนกตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม (N = 74).....71
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก ที่มีทวารเทียม ที่มีคุณภาพชีวิตด้านภาพลักษณ์ระดับปานกลาง สูงสุด 3 อันดับแรก จำแนกตามรายชื่อ (N = 74).....72

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสาม และเป็นสาเหตุการตายจากมะเร็งอันดับที่สี่ในโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นปีละ 945,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตปีละ 492,000 ราย (พรชัย, 2554) จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย พบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบเป็นอันดับสามในเพศชาย รองจากมะเร็งตับและมะเร็งปอด โดยพบประมาณ 9 คนในประชากร 100,000 คน และพบเป็นอันดับห้าในเพศหญิง รองจากมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งตับและมะเร็งปอด โดยพบประมาณ 8 คนในประชากร 100,000 คน (อาคม, เสาวคนธ์, อนันต์, และธีรฤทธิ, 2552) ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ สถิติของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรงและทวารหนัก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 - พ.ศ.2555 มีจำนวน 1,325 คน (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้, 2556) และมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทั้งชนิดชั่วคราวและถาวร ตั้งแต่ปี 2554 - 2557 มีจำนวน 117 ราย 131 ราย 118 ราย และ 128 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

การผ่าตัดทวารเทียม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะในการขับถ่าย เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ การมีสิ่งคัดหลั่งออกจากทวารเทียม การควบคุมก๊าซและกลิ่น มีความยากลำบากต่อการปรับตัวในการทำงาน ความต้องการทางเพศสัมพันธ์ลดลง และมีความยากลำบากในการเดินทาง (Krouse, et al., 2007; Sprangers, Taal, Aaronson, & te Velde, 1995) ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจะให้ความหมายเกี่ยวกับทวารเทียมว่าเป็นการสูญเสีย เป็นแล้วไม่หาย มีความทุกข์ทรมาน และเป็นการถูกลามของโรคมะเร็ง (สายสมร, ศิริพร, ศิริพร, และจุฑารัตน์, 2556) ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ การทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ การรับประทานอาหาร การควบคุมการเกิดกลิ่นและแก๊ส การออกกำลังกาย การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน

(ทิพวรรณและสุริพร, 2555; สายสมรและคณะ, 2556) ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียมอยู่ในระดับต่ำ (Recalla, English, Nazarali, Mayo, Miller, & Gray., 2013) ผู้ป่วยที่ผ่าตัดทวารเทียมจึงต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ได้รับข้อมูลที่น่าเชื่อถือ มีแหล่งสนับสนุนคอยให้คำปรึกษา เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลทวารเทียม และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังผ่าตัด (สมพร, 2553; Erwin-toth, Thompson, & Davis, 2012; Recalla et al., 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธการดูแลทวารเทียม ไม่กล้ามองหรือจับทวารเทียม รู้สึกว่าการมีทวารเทียมเป็นที่น่ารังเกียจ และมีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันหลังผ่าตัด การดูแลกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่อาบน้ำ เพราะกลัวน้ำเข้าทวารเทียม กลัวอัสเสบ กลัวเป็นหลูด บางคนไม่กล้าออกจากบ้านเพราะกลัวถุงแตก มีกลิ่นเหม็น กลัวคนรอบข้างรังเกียจ ไม่กล้ารับประทานอาหารเนื่องกลัวสำไส้อุดตัน กลัวการเกิดแก๊สและกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ กลัวอุจจาระออกมากต้องเทถุงบ่อย ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร (Danielsen, Soerensen, Burcharth, & Rosenberg, 2013) เกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบมาก คือ การระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม (จากการติดแผ่นรองรับทวารเทียมไม่ถูกวิธีหรือไม่เหมาะสม การตัดขนาดแผ่นรองรับทวารเทียมกว้างเกินไป) สำไส้เลื่อนข้างทวารเทียม หรือลำไส้ปลิ้น (Recall et al., 2013) ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันได้หากผู้ป่วยที่มีทวารเทียมได้รับข้อมูลและการสอนจากพยาบาลในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ต้องร่วมกันดูแลอย่างเป็นระบบ (สายสมรและคณะ, 2556) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเกิดจาก ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ ทั้งในด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและเหตุแวดล้อม (Holzemer, 1994) ซึ่งพบว่า ปัจจัยนำเข้าที่มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม คือ (1) ด้านผู้รับบริการ ซึ่งก็คือผู้ป่วย ได้แก่ ทักษะคิดต่อโรค ความเชื่อต่างๆที่เกี่ยวกับการรักษา ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยอื่นๆ แบบแผนการดำเนินชีวิตก่อนผ่าตัดทวารเทียม (2) ด้านผู้ให้บริการ ซึ่งก็คือ พยาบาล ได้แก่ ความรู้ของพยาบาลในการดูแลทวารเทียม ทักษะคิดของพยาบาล (3) ด้านเหตุแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว แหล่งสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกัน การสนับสนุนจากระบบบริการทาง

สุขภาพ สภาพสังคมและทัศนคติของผู้คนในสังคมต่อผู้ป่วยที่มีทวารเทียม (สายสมรและคณะ, 2556; แสงหล้า, รสสุคนธ์, และสมพร, 2545) ส่วนกระบวนการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การให้การพยาบาลที่มีแบบแผน ทั้งด้านการสอน การให้ความรู้และคำปรึกษา ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการปรับตัวต่อการดูแลทวารเทียมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม (บุญชื่น, 2555)

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม แสดงให้เห็นถึงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ซึ่งสามารถประเมินได้จากผู้ป่วยจะต้องมีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมที่ถูกต้อง การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพึงพอใจ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับทวารเทียมได้ เป็นปกติ (ศิริวันต์, อารม, ช้องมาศ, และนพรัตน์, 2554) ซึ่งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดทวารเทียม จะได้รับคำแนะนำในการผ่าตัดทวารเทียมและการดูแลทวารเทียมตั้งแต่ระยะมาตรฐานที่คลินิกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก ระยะเวลาที่ต้องเข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยใน จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากพยาบาลเฉพาะทาง (Enterostomal Therapist Nurses: ET nurse) ที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม และผู้ที่มีปัญหาของผิวหนังจากภาวะกลิ่นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยมีการกำหนดตำแหน่งทวารเทียมก่อนผ่าตัด ให้คำปรึกษาและสอนผู้ป่วยเรื่องการดูแลทวารเทียม รวมทั้งการดูแลทางด้านจิตใจและด้านสังคม การให้คู่มือในการดูแลทวารเทียม และคู่มือการดูแลตนเองในการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ศึกษาเมื่อกลับบ้าน อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ยังเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การอักเสบของผิวหนังรอบทวารเทียม การเกิดภาวะไส้เลื่อน ภาวะขาดสารอาหาร เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานำในโรงพยาบาล ดังนั้นหากได้วิเคราะห์ถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็จะสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมได้

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ได้แก่ (1) ความรู้ในการดูแลทวารเทียม (2) การรับรู้ภาพลักษณ์หลังการผ่าตัดทวารเทียม (3) ความสามารถในการดูแลทวารเทียม (4) การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และ (5) คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม เพื่อนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาระบบการพยาบาล เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ๒ สัปดาห์ และทวารหนัก ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ด้านต่างๆ ได้แก่

1. ความรู้ในการดูแลทวารเทียม
2. การรับรู้ภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม
3. ความสามารถในการดูแลทวารเทียม
4. การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม
5. คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ๒ สัปดาห์ และทวารหนัก ที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับใด

2. การรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ๒ สัปดาห์ และทวารหนักที่มีทวารเทียมเป็นอย่างไร

3. ความสามารถในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ๒ สัปดาห์ และทวารหนักที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับใด

4. การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมเป็นอย่างไร

5. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ๒ สัปดาห์ และทวารหนักที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิด

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ "ได้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม เป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม โดยมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกันของโครงสร้าง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (outcomes) ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Holzemer (1994) ที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดคุณภาพการดูแลที่พัฒนาโดย Donabedian (1988) ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลทวารเทียม ได้แก่ การใช้ชีวิตร่วมกับทวารเทียม การทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ การรับประทานอาหาร การควบคุมการเกิดกลิ่นและแก๊ส การออกกำลังกายและการทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน (ทิพวรรณและสุริพร, 2555; สายสมรและคณะ, 2556) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ "ได้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม คือ การมีความรู้ในการดูแลทวารเทียม การยอมรับภาพลักษณ์หลังผ่าตัดทวารเทียม มีความสามารถในการดูแลทวารเทียม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังผ่าตัดทวารเทียม ซึ่งเกิดจากการปฏิสัมพันธ์กันของปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดูแลทวารเทียมที่ดี ทั้งในมิติของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และเหตุแวดล้อม (Holzemer, 1994) ดังนี้

ปัจจัยนำเข้า ที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ "ได้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม สามารถประเมินหรือวิเคราะห์ได้จาก มิติของผู้ให้บริการ ซึ่งในที่นี้คือ พยาบาลซึ่ง ต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการระหว่างการสอนการดูแลทวารเทียม และมีทัศนคติที่ดีในการดูแลทวารเทียม มิติของผู้รับบริการ ซึ่งในที่นี้คือ ผู้ป่วย มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้ภาพลักษณ์ของการมีทวารเทียม ความรู้และความสามารถในการดูแลทวารเทียม และมิติของเหตุแวดล้อม จะวิเคราะห์ถึง ระบบสารสนเทศ ได้แก่ การมีคู่มือสื่อการสอนในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม เช่น หุ่นจำลอง การสนับสนุนของครอบครัว แหล่งสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกัน การสนับสนุนจากระบบบริการทางสุขภาพ สภาพสังคมและทัศนคติของผู้คนในสังคมต่อผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

กระบวนการ ที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใต้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม มองในมิติของผู้ให้บริการ ต้องคำนึงถึงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ได้แก่ การให้ความรู้ก่อนผ่าตัด การกำหนดตำแหน่งทวารเทียม การพยาบาลหลังผ่าตัด จนกระทั่งการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และการติดตามและประเมินผลการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วย ในมิติของผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลทวารเทียมที่ถูกต้อง ได้แก่ การเปลี่ยนถุงและแป้นรองรับสิ่งขับถ่าย การทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การรับประทานอาหาร การสวมเสื้อผ้า และการดูแลทวารเทียมเมื่อต้องเดินทางหรือทำงาน ในมิติของเหตุแวดล้อม คือ การมีนโยบายการดูแลทวารเทียม มีรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมถึงการมีคลินิกเฉพาะทางในการดูแลทวารเทียม

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใต้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียมเฉพาะในมิติของผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ด้านผู้รับบริการจะสามารถสะท้อน ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกันในการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมได้เช่นกัน ดังนั้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใต้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียมในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินได้จาก (1) การมีความรู้ในการดูแลทวารเทียม (2) การรับรู้ภาพลักษณ์หลังผ่าตัดทวารเทียม (3) ความสามารถในการดูแลทวารเทียม (4) การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และ (5) คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม ซึ่งการมีความรู้ในการดูแลทวารเทียมที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลทวารเทียม และช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนัง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง และการรับรู้ภาพลักษณ์ จะส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย และมีผลต่อความสามารถในการดูแลทวารเทียม การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีการรับรู้ภาพลักษณ์ในทางบวกและมีความรู้ในการดูแลทวารเทียม ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลทวารเทียมที่ดี ส่งผลให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นิยามศัพท์การวิจัย

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่ทวารเทียม หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ซึ่งเกิดจากปัจจัยนำเข้าและกระบวนการพยาบาล สามารถประเมินได้จาก การมีความรู้ในการดูแลทวารเทียม การรับรู้ภาพลักษณ์ ความสามารถในการดูแลทวารเทียม การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้ในการดูแลทวารเทียม หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะและการทำงานของทวารเทียม วิธีการดูแลทวารเทียม การใช้ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ แป้นและถุงปิดทวารเทียม การรับประทานอาหาร และการใช้ชีวิตประจำวัน ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียม ที่พัฒนามาจาก จุฬารัตน (2544) คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมดี

2. การรับรู้ภาพลักษณ์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับทวารเทียมและบทบาทการทำหน้าที่ของตนเอง โดยประเมินใน 3 มิติ ได้แก่ (1) มิติด้านร่างกาย คือ ความรู้สึกและการรับรู้เกี่ยวกับการมีทวารเทียม (2) มิติด้านความสามารถในการทำหน้าที่ คือ ความรู้สึกและการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายทางทวารเทียมที่ไม่สามารถควบคุมได้ การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการมีเพศสัมพันธ์ และ (3) มิติด้านสังคม คือ ความรู้สึกและการรับรู้การแสดงออกต่อการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน พยาบาลต่อการมีทวารเทียมของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์ของ จุฬารัตน (2544) คะแนนสูง หมายถึง มีการยอมรับภาพลักษณ์

3. ความสามารถในการดูแลทวารเทียม หมายถึง การมีความสามารถในการดูแลทวารเทียมที่ถูกต้อง โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียมซึ่งพัฒนามาจากของ (เกศินี, จันทนา, วิไลวรรณ, และคณินิจ, 2557) ประกอบด้วยการประเมิน 3 ด้าน คือ (1) การดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การขับถ่ายทางทวารเทียม และการทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังได้เป็นปกติทวารเทียม การป้องกันอาการอักเสบของผิวหนังได้เป็นปกติทวารเทียม หรือการบาดเจ็บของทวารเทียม (2) การดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่ การยอมรับทวารเทียม การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม การขอคำปรึกษาจากพยาบาลหรือผู้ที่มีทวารเทียมมาก่อน และ (3) การดูแลตนเองด้านสังคม ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับ

ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ ทราบวิธีการขอความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ หรือมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้มีทวารเทียมด้วยกัน สามารถกลับไปทำงานเดิมได้ ไม่แยกตัวจากสังคม คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความสามารถในการดูแลทวารเทียมดี

4. การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม หมายถึง ความผิดปกติของทวารเทียมและผิวหนังใต้แป้นปิดทวารเทียม ได้แก่ การอักเสบของผิวหนังรอบทวารเทียมและพื้นที่ผิวที่ถูกทำลาย ประเมินโดยใช้แบบประเมินลักษณะผิวหนังรอบทวารเทียมคือ Ostomy Skin Tool ซึ่งได้รับการพัฒนาโดยพยาบาลผู้ดูแลทวารเทียมระดับนานาชาติ (Haugen & Ratliff, 2013) และแปลเป็นภาษาไทยโดย กาญจนา (2556) คะแนนสูง หมายถึง การอักเสบของผิวหนังรอบทวารเทียม มีความรุนแรงมาก

5. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม หมายถึง ความรู้สึกและความพึงพอใจของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับทวารเทียมได้ปกติ เกิดความผาสุกและมีความเป็นอยู่ที่ดี ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านภาพลักษณ์ ด้านผลการรักษา ด้านโภชนาการ และด้านสังคม ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมของ (เกศินีและคณะ, 2557) คะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดอยู่ในระดับสูง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม ตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทั้งรายเก่าและรายใหม่ และมารับการตรวจที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก หรือเข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยใน โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม 2559 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2559

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของผลลัพธ์การดูแลทวารเทียม และนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเรื่อง ผลลัพธ์การดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใต้ตรงและทวารหนัก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ มีแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดการการผ่าตัดทวารเทียม
 - 1.1 ชนิดของทวารเทียม
 - 1.2 ลักษณะปกติของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม
 - 1.3 ลักษณะของอุจจาระและการทำงานของทวารเทียม
2. ผลกระทบของการมีทวารเทียม
 - 2.1 ด้านร่างกาย
 - 2.2 ด้านจิตใจ
 - 2.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ
3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม
 - 3.1 การดูแลระยะก่อนผ่าตัด
 - 3.2 การดูแลระยะหลังผ่าตัด
 - 3.3 การดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน
4. แนวคิดคุณภาพทางการพยาบาล
 - 4.1 ความหมายของคุณภาพ
 - 4.2 องค์ประกอบของคุณภาพ
 - 4.3 ตัวชี้วัดและการประเมินคุณภาพการดูแล
 - 4.4 รูปแบบการประเมินผลลัพธ์ตามกรอบแนวคิดของ Holzemer
5. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการประเมินผลลัพธ์
6. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้
7. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดการผ่าตัดทวารเทียม

การผ่าตัดทวารเทียม คือ การรักษาโรคและแก้ไขพยาธิสภาพในผู้ป่วยที่ไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระได้ปกติ การผ่าตัดจะนำบางส่วนของลำไส้มาเปิดที่ผนังหน้าท้อง เพื่อเป็นทางระบายอุจจาระออกสู่ภายนอก และมีอุปกรณ์รองรับอุจจาระติดที่ผนังหน้าท้องเพื่อเก็บอุจจาระที่ออกมา (ไพบูลย์, 2555; สมพร, 2553; Krouse et al., 2009; Smith, Loewenstein, Rozin, Sherriff, & Ubel, 2007) ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตัน (colonic obstruction) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการกลั้นอุจจาระได้ (diarrhea/fecal incontinence) ผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น หลังการผ่าตัด ตัดต่อลำไส้ (resection and anastomosis) (ธีรนุช, 2553; ไพบูลย์, 2555) การผ่าตัดซ่อมแซมลำไส้ (colorectal repair) ผู้ป่วยที่มีการรั่วของแผลบริเวณที่ตัดต่อลำไส้ (anastomotic leakage) หรือมีรูเชื่อมจากลำไส้ทะลุผิวหนัง (colocutaneous fistula) ผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อที่รุนแรง (fulminant ulcerative colitis) และที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรงและทวารหนัก (ไพบูลย์, 2555; Krouse et al., 2009; Smith et al., 2007) การเรียกชื่อทวารเทียมจะเรียกตามส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดทางผนังหน้าท้อง ได้แก่ ทวารเทียมลำไส้เล็ก (ileostomy) และทวารเทียมลำไส้ใหญ่ (colostomy) (ไพบูลย์, 2555)

ชนิดของทวารเทียม

มีการแบ่งได้หลายแบบ ที่ได้รับความนิยม คือ แบ่งตามระยะเวลาการใช้งาน และแบ่งตามวิธีการผ่าตัด (ธีรนุช, 2553; ไพบูลย์, 2555)

1. แบ่งตามระยะเวลาการใช้งาน มี 2 แบบ คือ

1.1. แบบชั่วคราว (*temporary ostomy*) เป็นการผ่าตัดเพื่อลดความดันชั่วคราวในระบบทางเดินอาหารและเพื่อป้องกันการรั่วของรอยต่อลำไส้ ผู้ป่วยจะขับถ่ายทางหน้าท้องชั่วคราว สามารถผ่าตัดปิดทวารเทียมและกลับไปขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้เหมือนเดิม เช่น การผ่าตัดขยกลำไส้เล็กมาเปิดที่หน้าท้องชั่วคราว เพื่อป้องกันไม่ให้สิ่งขับถ่ายผ่านรอยเย็บที่ตัดต่อลำไส้ (protective ileostomy) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง

1.2. แบบถาวร (*permanent ostomy*) เป็นการผ่าตัดที่มีพยาธิสภาพอยู่ตำแหน่งใกล้เคียงกับทวารหนัก ไม่สามารถเก็บรักษาทวารหนักไว้ได้ต้องผ่าตัดออกทั้งหมดและเย็บปิดทวารหนัก ผู้ป่วยจะต้องมีการขับถ่ายทางหน้าท้องตลอดไป เช่น ทวารเทียมชนิดลำไส้เล็ก

แบบถาวร (permanent ileostomy) ในผู้ป่วยมะเร็งชนิดมีตั้งเนื้อยื่นในลำไส้แบบพันธุกรรม (familial adenomatous polyposis) ที่ต้องตัดลำไส้ใหญ่ทั้งหมด หรือ ทวารเทียมชนิดลำไส้ใหญ่แบบถาวร (permanent colostomy) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด ลำไส้ตรงออกไปทั้งหมดและเย็บปิดรูทวาร (abdominoperineal resection)

2. แบ่งตามวิธีการผ่าตัดมี 3 แบบ คือ

2.1 การนำลำไส้ส่วนต้นมาเปิดที่หน้าท้อง (end ostomy) เป็นการผ่าตัดลำไส้บริเวณที่จะทำทวารเทียมแยกจากกัน โดยนำลำไส้ส่วนต้นมาเปิดที่ผนังหน้าท้องเป็นทางออกของสิ่งขับถ่าย ลำไส้ส่วนปลายเย็บปิดไว้ในร่างกายผู้ป่วย (Hartman's colostomy) ซึ่งสามารถผ่าตัดปิดทวารเทียมได้ภายหลังการรักษา หรือการตัดลำไส้ส่วนปลายออกไป (abdominoperineal resection) ผู้ป่วยจะมีทวารเทียมตลอดชีวิต

2.2 การผ่าตัดยกลำไส้ออกมาจากร่างกาย โดยลำไส้ไม่ได้ถูกตัดออกจากกัน จะเปิดผนังลำไส้ด้านหนึ่งแล้วคลบเย็บติดกับผิวหนังเป็นทางออกของสิ่งขับถ่าย (loop ostomy) ช่องเปิดส่วนปลายจะอยู่ข้างทวารเทียม ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดแบบชั่วคราว

2.3 การผ่าตัดที่ส่วนต้นและส่วนปลายลำไส้บริเวณที่จะทำทวารเทียมแยกจากกัน และนำส่วนปลายทั้งสอง มาเปิดที่ผนังหน้าท้อง โดยอาจเปิดใกล้กันหรือห่างกันได้ (double barrel ostomy) เพื่อเป็นทางออกของอุจจาระและสามารถผ่าตัดปิดกลับได้ภายหลัง

ลักษณะปกติของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม

ลักษณะของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียมที่ปกติ ประเมินได้จาก

1. สีของทวารเทียม จะมีสีแดงหรือชมพูอ่อน และมีความชุ่มชื้น แสดงว่ามีเลือดมาเลี้ยงดี ถ้าสีม่วงคล้ำ แสดงว่าเริ่มขาดเลือดมาเลี้ยง

2. ขนาดและรูปร่างของทวารเทียม ทวารเทียมจะใหญ่และบวมในระยะหลังผ่าตัด แต่จะยุบบวมและเล็กลงภายใน 6 - 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด (บุญชื่น, 2555; Salvadalea, 2013) อาจจะมีรูปร่างกลมหรือรี

3. ความสูง ที่เหมาะสมของทวารเทียมประมาณ 2.5 เซนติเมตร (Gray et al., 2013) จะช่วยให้สิ่งขับถ่ายไหลลงตรงรองรับได้สะดวก มองเห็นได้ง่ายและระยะเวลาของการติดถุงอยู่ได้นานขึ้น (บุญชื่น, 2555; Gray et al., 2013) ทวารเทียมที่อยู่ระดับเดียวกับผิวหนัง (flush stoma) หรือทวารเทียมที่อยู่ระดับต่ำกว่าผิวหนัง (retraction stoma) ทำให้โอกาสที่สิ่งขับถ่ายจะไหลลงถุงค่อนข้างยาก มักจะพบสิ่งขับถ่ายเซาะและซึมอยู่ได้เป็น ทำให้เป็นหลุดได้ง่าย (บุญชื่น,

2555; Ratliff, Scarano, & Donovan, 2005; Recalla et al., 2013; Salvadalena, 2013) ทวารเทียมที่สูงมากเกินไป (long stoma) สูงจากระดับผิวหนังมากกว่า 2.5 เซนติเมตร จะทำให้เกิดการเสียดสีระหว่างทวารเทียมกับถุงได้ง่าย มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บของทวารเทียม และทำให้การครอบถุงลำบาก (บุญชื่น, 2555)

4. *ผิวหนังรอบทวารเทียม* (peristomal skin) เริ่มตั้งแต่รอยเย็บรอบทวารเทียมออกไปโดยรอบบริเวณที่ปิดแผ่นแปะรองรับทวารเทียม (Gray et al., 2013) ควรมีสีเดียวกับผิวหนังทั่วไปบริเวณหน้าท้อง มีลักษณะผิวหนังที่สมบูรณ์ ไม่มีรอยแดง รอยถลอก ตุ่มนูน บาดแผล หรือการระคายเคือง (บุญชื่น, 2555; Gray et al., 2013)

การสังเกตลักษณะของทวารเทียม ได้แก่ สีความชุ่มชื้น รูปร่าง (กลมหรือรี) ขนาด ความสูง และลักษณะผิวหนังรอบทวารเทียมเป็นประจำ จึงมีความจำเป็นและมีผลต่อการดูแลและการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน

ลักษณะของอุจจาระและการทำงานของทวารเทียม

ลักษณะของอุจจาระที่ออกมาทางทวารเทียมจะมีความแตกต่างกันตามส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดทางหน้าท้อง คือ

ทวารเทียมลำไส้ใหญ่ (colostomy) ส่วนแนวขวาง (transverse colostomy) เริ่มทำงานในวันที่ 3 - 4 หลังผ่าตัด อุจจาระจะมีลักษณะเหลวข้นปนเนื้ออุจจาระมากขึ้นและมีกลิ่น ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (sigmoid colostomy) เริ่มทำงานในวันที่ 5 หลังผ่าตัด อุจจาระจะมีลักษณะเป็นก้อนใกล้เคียงปกติ มีปริมาณน้ำไม่มากเนื่องจากถูกดูดซึมกลับก่อนที่จะถึงลำไส้ส่วนนี้ อาจถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง มีกลิ่น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาหารที่รับประทาน

ทวารเทียมลำไส้เล็ก (ileostomy) เริ่มทำงานภายใน 48 - 72 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด อุจจาระจะมีลักษณะเหลว เป็นน้ำสีเขียว ออกประมาณวันละ 1500 - 1800 ซีซีต่อวัน ในระยะนี้อาจเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ ผู้ป่วยควรได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ เมื่อลำไส้เริ่มปรับตัวและดูดซึมได้มากขึ้น อุจจาระจะมีลักษณะข้นขึ้น และมีปริมาณลดลง (ธีรนุช, 2553; บุญชื่น, 2555) ซึ่งได้แบ่งเป็น 3 ระยะ (ธีรนุช, 2553) ได้แก่

ระยะที่ 1 ในช่วง 3 วันแรกหลังการผ่าตัด อุจจาระที่ออกมาจะมีลักษณะคล้ายน้ำดี และมีน้ำจำนวนมาก จะมีปริมาณเพิ่มขึ้นและมากที่สุดวันที่ 3 หรือ 4 หลังการผ่าตัด

ระยะที่ 2 ในระหว่างวันที่ 4 - 6 หลังการผ่าตัด อุจจาระจะขึ้นขึ้น และปริมาณลดลงเล็กน้อย

ระยะที่ 3 ในระหว่างสัปดาห์ที่ 2 - 8 หลังการผ่าตัด อุจจาระจะมี ปริมาณลดลงและออกอย่างคงที่ ทำให้อุจจาระขึ้นขึ้นและเหลือประมาณวันละ 200 - 700 มิลลิลิตร ต่อวัน

ผลกระทบของการมีทวารเทียม

การมีทวารเทียม ทำให้มองเห็นการขับถ่ายอย่างเปิดเผย ขับถ่ายไม่เป็นเวลาและ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันหลัง ผ่าตัด การติดอุปกรณ์ไว้ที่หน้าท้อง ทำให้เกิดความไม่สวยงาม เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

ด้านร่างกาย

การมีทวารเทียม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงระบบการดูดซึมสารน้ำและสารอาหาร ดังนี้

1. **ด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวัน** การที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย ได้ ต้องปิดถุงไว้ที่หน้าท้องตลอดเวลา การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม ต้องมีการปรับเปลี่ยนให้ เหมาะสม เกิดข้อจำกัดในการแต่งกายต้องใส่เสื้อผ้าที่มีลักษณะหลวมขึ้นเพื่อปกปิดและไม่ให้ก่ ทับทวารเทียม รวมถึงเกิดข้อจำกัดในการทำงาน อาจต้องมีการปรับเปลี่ยงานที่ทำอยู่ ผู้ป่วยใน วัยหนุ่มสาวมักจะทนต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ได้และไม่ยินยอมผ่าตัด (ไพบูลย์, 2555; Danielsen et al., 2013)

2. **ด้านสารอาหาร** ลำไส้ใหญ่จะมีหน้าที่ในการดูดซึมสารน้ำ ในผู้ป่วย ผ่าตัดทวารเทียมชนิดลำไส้ใหญ่ (colostomy) จึงมักไม่มีผลกระทบต่อ การดูดซึมสารอาหาร เหมือนกับทวารเทียมชนิดลำไส้เล็ก (ileostomy) เนื่องจากลำไส้เล็กมีหน้าที่ในการย่อยและดูดซึม สารอาหารโดยเฉพาะลำไส้ส่วนปลาย (terminal ileum) จะทำหน้าที่ในการดูดซึมน้ำดี (bile salt) ไขมันและวิตามินที่ละลายในไขมัน โดยเฉพาะวิตามินบี 12 ผู้ป่วยที่ผ่าตัด ลำไส้เล็กส่วนปลายของ ileum ออกไม่เกิน 100 เซนติเมตร จะไม่มีผลต่อการดูดซึมสารอาหาร ยกเว้นการย่อยและการดูดซึม ไขมัน การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากเกินไปจะทำให้เกิดอาการท้องเสีย กรณีที่ต้องตัดลำไส้

เล็กส่วนปลายของ ileum ออกมากกว่า 100 เซนติเมตรอาจทำให้เกิดการขาดวิตามินบี 12 ที่จำเป็นในการสร้างฮีโมโกลบิน และเกิดภาวะซีดตามมา (ไพบูลย์, 2555; ชีรนุช, 2553)

3. **ด้านสารน้ำและเกลือแร่** ทวารเทียมชนิดลำไส้ใหญ่ (colostomy) จะพบปัญหาด้านนี้บ่อย อาจเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่เล็กน้อยในระยะแรกๆ แต่ทวารเทียมชนิดลำไส้เล็ก ในระยะแรกจะพบภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ค่อนข้างมาก คือ จะสูญเสียน้ำประมาณ 500 - 1000 มิลลิลิตร และสูญเสียโซเดียมประมาณวันละ 60 มิลลิอิกวิวาเลนท์ . ในระยะต่อมาหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ปริมาณอุจจาระจะค่อยๆลดลง ร่างกายจะมีการปรับตัว โดยไตจะพยายามรักษาสมดุลในการเพิ่มระดับของฮอร์โมนมินเนอราโลคอร์ติคอยด์ (mineralocorticoid) ที่สำคัญได้แก่ สอร์โมนแอลโดสเตอโรน (aldosterone) ให้สูงขึ้นทำให้การดูดซึมของสารน้ำและโซเดียมเพิ่มขึ้น กรณีที่ลำไส้เล็กส่วนปลาย ถูกตัดไปมากและผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้เกิดภาวะขาดสารน้ำ ค่าความเป็นกรด่างเปลี่ยนแปลง ปัสสาวะเป็นกรดมากขึ้น มีผลให้เกิดนิ่วในไต รวมทั้งปัสสาวะออกน้อยลง (ไพบูลย์, 2555; ชีรนุช, 2553)

4. **ด้านการเพิ่มจำนวนแบคทีเรีย** จำนวนแบคทีเรียในอุจจาระที่ออกทางทวารเทียมจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่าที่ออกทางปกติ จะพบผู้ป่วยมีอาการท้องเสียบ่อยๆหลังผ่าตัด ileostomy ซึ่งอาจเกิดจากการที่ลำไส้เล็กส่วน ileum ถูกตัดออกไปปริมาณมากและการที่มีแบคทีเรียเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะแบคทีเรียชนิด anaerobic จะจับกับตัวรับวิตามินบี (B12 - intrinsic factor) ทำให้ร่างกายไม่สามารถดูดซึมวิตามินบี 12 ได้ (ชีรนุช, 2553)

5. **ด้านการมีเพศสัมพันธ์** การผ่าตัดทวารเทียมอาจทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศลดลง ซึ่งอาจเกิดได้หลายปัจจัย รวมถึงด้านความเสื่อมตามวัย หรือจากชนิดการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดลำไส้ตรงออกไปทั้งหมดและเย็บปิดรูทวาร (abdominoperineal resection: APR) อาจทำให้ระบบประสาทในบริเวณอุ้งเชิงกราน (pelvic nerves) ที่เกี่ยวกับสมรรถนะทางเพศ ถูกทำลายหรือถูกกระทบกระเทือนระหว่างผ่าตัด ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการผลิตและการหลั่งน้ำอสุจิได้ หรือการผ่าตัดที่ต้องมีการตัดรังไข่ออกด้วย เช่น pelvic exenteration ทำให้เกิดภาวะขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้ช่องคลอดแห้ง ไม่มีสารหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้อาจเกิดการบาดเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ และทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจตามมา (Williams, 2012)

6. **ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด** การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดนั้น เกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น ชนิดการผ่าตัด ความอ้วน อายุ ความสูงของทวารเทียม รวมทั้ง

การผ่าตัดแบบฉุกเฉินที่ไม่ได้รับการกำหนดตำแหน่งทวารเทียมให้เหมาะสม และจากการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง (สมพร, 2553) โดยสามารถแบ่งภาวะแทรกซ้อนได้ 2 ประเภท คือ

6.1 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียม ได้แก่

การบาดเจ็บที่ทวารเทียม (stomal injury) ทำให้เกิดแผลและมีเลือดออกที่ทวารเทียม สาเหตุอาจเกิดจากการติดเชื้อ หรือการเสียดสีของทวารเทียมกับถุงรองรับสิ่งขับถ่าย อาจเกิดเนื้อเยื่ออกใหม่บริเวณขอบทวารเทียม หรือการตัดขนาดวัสดุรองรับไม่เหมาะสม โดยเฉพาะกรณีที่มีลำไส้ปลิ้น (stoma prolapsed) ขนาดของทวารเทียมจะโตและยาวกว่าปกติ ถ้าตัดขนาดช่องเปิดของแป้นรองรับทวารเทียมเท่าภาวะปกติ อาจทำให้เกิดการเสียดสีกับวัสดุรองรับและเกิดแผลได้ (สมพร, 2553; Burch & Sica, 2008)

ภาวะลำไส้อุดตัน (stomal obstruction) แบ่งตามสาเหตุการเกิดได้ 2 สาเหตุคือ สาเหตุภายนอกลำไส้ ได้แก่ การเกิดพังผืด การมีไส้เลื่อนภายในช่องท้อง (internal hernia) หรือลำไส้บิดเกลียว ทำให้เกิดการกีดขวางลำไส้จากภายนอกจนช่องว่างในลำไส้ตีบแคบและอุดตัน ส่วนสาเหตุภายใน ได้แก่ การอุดตันของอาหาร (ซีรานุซ, 2551) ระยะเวลาหลังผ่าตัดทวารเทียมจะมีลักษณะบวมและยุบลงเท่าขนาดปกติภายในระยะเวลา 2 เดือน หลังผ่าตัด

ภาวะทวารเทียมตีบ (stomal stenosis) อาจเกิดจากการเปิดแผลที่หน้าท้องแคบเกินไป แต่ส่วนใหญ่เกิดจากการเน่าตาย หรือการติดเชื้อของเนื้อเยื่อ แล้วทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อลำไส้ การยกลำไส้ที่เคยฉายรังสีมาก่อนมาทำทวารเทียม การดูแลทวารเทียมไม่ถูกวิธีทำให้เกิดแผลเรื้อรังที่ทวารเทียมจนเกิดพังผืดและเกิดการตีบต่อมา อาการที่พบ คือ อุจจาระจะมีลักษณะก้อนเล็กลงเรื่อยๆ

ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (parastomal hernia) คือ การที่ส่วนของลำไส้ผ่านเข้ามาในช่องระหว่างทวารเทียมกับผนังหน้าท้อง เข้าไปอยู่ในชั้นไขมันส่วนใหญ่เกิดภายใน 2 เดือนหลังผ่าตัด ปัจจัยที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการผ่าตัดที่เปิดผนังหน้าท้องกว้างเกินไป การยกของหนักในช่วง 2 - 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด การหย่อนหรือความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ผนังหน้าท้องลดลง อายุที่มากขึ้นหรือความอ้วน โดยพบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดไส้เลื่อนข้างทวารเทียมได้สูง (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005) รายที่จำเป็นต้องผ่าตัดแก้ไข ได้แก่ มีอาการเจ็บปวด มีภาวะลำไส้อุดตัน มีปัญหาในการสวมใส่เสื้อผ้าหรือทำให้การดูแลทวารเทียมไม่สะดวก

เช่น ทำให้ติตวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายไม่สะดวก เนื่องจากหน้าท้องนูนมาก ทำให้อุจจาระรั่วบ่อย (ธีรนุช, 2551)

6.2 ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม

ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม มักเกิดจากการระคายเคืองจากการสัมผัสกับอุจจาระ มีอาการคัน เกิดรอยแดง อาจเป็นผื่นหรือแผลลึกได้จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 71 ของทวารเทียมชนิด ileostomy เกิดภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบทวารเทียม มากกว่าทวารเทียมชนิด colostomy ซึ่งเกิดร้อยละ 43 (Persson, Gustavsson, Hellstrom, Lappas, & Hulten, 2005) เนื่องจากอุจจาระในส่วน ileostomy ค่อนข้างเหลว น้ำจากอุจจาระจะซาเข้าได้เป็น ได้ง่ายกว่าทวารเทียมชนิด colostomy ซึ่งการระคายเคืองของผิวหนังเกิดได้หลายสาเหตุ ได้แก่

ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (irritant dermatitis) เป็นภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมที่พบมากที่สุด พบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 76 ของภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนัง (Richbourg, Thorpe, & Rapp, 2007) เกิดจากการสัมผัสกับอุจจาระจากการตัดแป้นกว้างเกินไป ทำให้น้ำจากสิ่งขับถ่ายกัดผิวหนัง ความอ้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้การติดแป้นยาก ทำให้มีการรั่วซึมต้องเปลี่ยนแป้นบ่อย ความสูงของทวารเทียมที่น้อยกว่า 10 มิลลิเมตร ทำให้อุจจาระซาเข้าได้เป็น ได้ง่าย (Cottam, Richards, Hasted, & Blackman, 2007) และการเลือกตำแหน่งทวารเทียมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ทวารเทียมตั้งอยู่ในตำแหน่งรอยพับย่นของหน้าท้อง อยู่ใกล้แผลเป็น สะดือหรือปุ่มกระดูก ทำให้พื้นที่ผิวที่ติดแป้นไม่เรียบเกิดการรั่วซึมของแป้นได้ง่าย (Recalla et al., 2013; Gray et al., 2013) ซึ่งพบว่า ร้อยละ 62 มีปัญหาเรื่องการรั่วซึมของถุง (pouch leakage) (Krouse et al., 2007)

แผลฉีกขาด (laceration) เกิดจากการดูแลที่ไม่ถูกต้อง การเปลี่ยนแป้นปิดทวารเทียมบ่อยๆ การลอกแป้นเร็วเกินไปหรือใช้แรงดึงมากเกินไป ทำให้เกิดแผลถลอกได้ (Omura, Yamabe, & Anazawa, 2010)

ผิวหนังอักเสบจากการแพ้ (allergic dermatitis) ผู้ป่วยอาจแพ้สารที่ใช้ทำวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายหรือกาวที่อยู่บนวัสดุนั้น อาการแพ้อาจปรากฏภายใน 24 ชั่วโมงหลังติตวัสดุ หรืออาจปรากฏอาการหลังติตวัสดุไปแล้วนานกว่า 1 สัปดาห์ ลักษณะการแพ้จะเป็นผื่นนูนแดง มีขนาดพอดีกับขนาดแป้นที่ติด มีอาการคัน (สมพร, 2553)

การติดเชื้อที่ผิวหนัง (*infection*) เกิดจากการหมักหมม เปียกชื้น พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี เช่น มีโรคเบาหวาน หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน อาจพบการติดเชื้อได้ทั้งจากเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส และเชื้อรา เชื้อราที่พบได้บ่อยคือ ยีสต์ และ แคนดิดา อัลบิแคน (*Candida albicans*) โดยผิวหนังจะมีรอยแดงตรงกลางและมีตุ่มนูนรอบๆ มักมีผิวหนังถลอก หรือผิวหนังแห้งเป็นเกล็ด มีอาการคัน (สมพร, 2553)

รูขุมขนอักเสบ (*folliculitis*) อาจพบในรายที่มีขนรอบทวารเทียม และไม่ได้ตัดขนออกก่อนปิดแป้น เมื่อดึงแป้นทำให้ขนติดมาด้วยเกิดแผลเล็กๆที่รูขุมขน ซึ่งเมื่อถูกกับน้ำจากอุจจาระจะเกิดการอักเสบ อาจพบในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันลดลง เชื้อที่มักพบได้แก่ สแตปฟีโลคอคคัส ออเรียส (*staphylococcus aureus*) หรือ สเตรปโตคอคไค (*streptococci*) อาการแสดง ได้แก่ ผิวหนังอักเสบ แดง บวมและปวด บางครั้งมีลักษณะเป็นตุ่มเล็กๆมีจุดสีขาวหรือเหลืองของหนองอยู่ตรงกลาง (สมพร, 2553)

ด้านจิตใจ

การมีทวารเทียมที่หน้าท้อง ทำให้เกิดความไม่สวยงาม มีผลต่อภาพลักษณ์ ภาพลักษณ์ คือ ความเข้าใจ จินตนาการ อารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับร่างกาย ซึ่งมีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความดึงดูดใจต่อผู้อื่น สาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านภาพลักษณ์ ได้แก่ ภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การสูญเสียการทำหน้าที่ปกติของลำไส้ อาการข้างเคียงจากยาและการผ่าตัดหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทวารเทียม (Williams, 2012) ผู้ป่วยจะให้ความหมายของทวารเทียม ว่าเป็นการสูญเสีย เป็นการถูกลามของโรคมะเร็ง รักษาไม่หาย (สายสมรและคณะ, 2556) กลายเป็นผู้พิการน่ารังเกียจ ผู้ป่วยจะเกิดความอายและความกลัว รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ขาดความรู้สึกมั่นใจและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ความสุขในการดำเนินชีวิตลดลง เพราะมีสิ่งขับหลังออกทางทวาร การเกิดก๊าซ ความยากลำบากในการทำงาน ความต้องการทางเพศลดลง (Krouse et al., 2007) จากการที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ วิตกกังวลกลัวผู้อื่นเห็นหรือได้กลิ่นเหม็นจากการรั่วซึมของอุจจาระและการผายลมทางทวารเทียม (ทิพวรรณและสุริพร, 2555; วรรณ, 2551; สมพร, 2551; Danielsen et al., 2013; Richbourg et al., 2007; Recalla et al., 2013) ไม่ต้องการเทอูจจาระ รู้สึกเป็นทุกข์เมื่อได้กลิ่นและสัมผัสกับอุจจาระขณะเปลี่ยนถุงหรือแป้นรองรับอุจจาระ (Mckenzie et al., 2006) มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล (Richbourg et al., 2007) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้จะ

เกิดความเครียด อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาทางจิต เกิดความคิดที่จะทำร้ายตนเองและมีพฤติกรรม แยกตัวออกจากสังคม (ไพบูลย์, 2555; Williams, 2012)

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยไม่ยอมเปิดเผยการมีทวารเทียม ต้องการที่จะปกปิดการมี ทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเองออกจากสังคม กระทบการทำงานทำให้ต้องเปลี่ยนงานหรือ ลาออกจากงาน เกิดปัญหาในครอบครัว (ไพบูลย์, 2555; Danielsen et al., 2013; Williams, 2012) ไม่มั่นใจและกังวลเรื่องการรั่วซึมของถุง และลดการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน (Mckenzie et al., 2006) รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์สำหรับปิดทวารเทียม ซึ่งมี ราคาค่อนข้างแพงทำให้กระทบค่าใช้จ่ายในครอบครัว

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและด้าน จิตใจ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การเข้าสังคม ด้านจิตใจจะรู้สึก สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง กลัวสังคมรังเกียจ ถ้าปรับตัวไม่ได้ อาจทำให้เกิดการแยกตัวออกจาก สังคม พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับทวารเทียมได้ ปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ลดความวิตกกังวลและเพิ่มความสามารถใน การดูแลทวารเทียมด้วยตนเองของผู้ป่วย โดยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

การดูแลระยะก่อนผ่าตัด (preoperative care)

เป็นการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจสำหรับการ ผ่าตัดทวารเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังผ่าตัด สามารถปรับตัวและดูแลทวารเทียมได้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลทั้งทางร่างกาย ได้แก่

1. การกำหนดตำแหน่งทวารเทียม โดยตำแหน่งทวารเทียมที่ เหมาะสมจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพราะ ลดการรั่วซึม และทำให้การเปลี่ยนเป็น ง่ายขึ้น คิดเป็น ใต้นานขึ้น (สิริพงษ์, 2555; Ratliff et al., 2005; Recalla et al., 2013) ทวารเทียมที่ดี

ควรอยู่บนตำแหน่งกล้ามเนื้อเรคตัส (rectus) และบนพื้นที่หน้าท้องเรียบ หลีกเลี่ยงรอยเข็มขัดหรือขอบกางเกง รอยพับหรือรอยย่นของหน้าท้อง (สมพร, 2553; สิริพงษ์, 2555)

2. **การให้คำปรึกษา** จากพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลทวารเทียม (ET nurse) มีผลต่อการดูแลและปรับทัศนคติในการดูแลทวารเทียมให้ดีขึ้น (Recalla et al., 2013) รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ ก่อนผ่าตัดเริ่มตั้งแต่การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับทวารเทียมของผู้ป่วย ความพร้อม ทัศนคติต่อการมีทวารเทียม (Danielsen, Soerensen, Burcharth, & Rosenberg, 2013) พยาบาลมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล การปรับตัวในการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัด รวมถึงการให้กำลังใจและลดความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ ที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ (สิริพงษ์, 2555) พบว่าผู้มีทวารเทียมจะให้ความสำคัญกับการที่จะต้องเปิดเผยทวารเทียม แก้วผู้อื่นเห็นหรือได้กลิ่น (Danielsen et al., 2013)

การดูแลระยะหลังผ่าตัด (postoperative care)

เป็นการดูแลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ทั้งด้านร่างกาย การทำงานของทวารเทียม รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ ลดความวิตกกังวลและให้ผู้ป่วยสามารถปรับสภาพจิตใจให้เข้าสู่สภาพปกติ การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลทั่วไปหลังผ่าตัด เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะสูญเสียน้ำเลือดจากแผลผ่าตัด ภาวะขาดสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ ภาวะความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด การประเมินลักษณะผิดปกติและการทำงานของทวารเทียม เช่น stomal ischemia, necrosis, bleeding, retraction หรือ mucotaneous suture line separate เป็นต้น (วรรณ, 2551; สมพร, 2553) การป้องกันภาวะไส้เลื่อน ควรเริ่มหลังผ่าตัดทันที โดยการใช้มือหรือหมอนประคองแผลและทวารเทียมเวลาไอ ไม่ยกของหนักหรือออกกำลังกายหักโหม ในระยะ 2 - 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด เมื่อแผลผ่าตัดที่หน้าท้องหายดี ควรบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องนานอย่างน้อย 1 ปี เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรง (สมพร, 2553) หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะรู้สึกสับสน วิตกกังวลกับภาพลักษณ์ใหม่ พยาบาลควรให้ความสนใจ ให้ความรู้สึกเป็นกันเอง เข้าใจความต้องการและอาการแสดงของผู้มีทวารเทียม ไม่แสดงสีหน้าและท่าทางรังเกียจ (วรรณ, 2551; Recalla et al., 2013) การมีสัมพันธภาพที่ดีของพยาบาลและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและสนใจในข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม (Danielsen et al., 2013) พยาบาลควรมีการวางแผนให้การดูแล การสอน การให้ข้อมูล ร่วมกับการสาธิตการดูแลทวารเทียม การเปลี่ยนถุงรองรับ แก้วผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ฝึกปฏิบัติ

ด้วยตนเอง โดยพยาบาลคอยดูแลให้คำแนะนำสิ่งที่ขาดเพิ่มเติมและชมเชยให้กำลังใจเมื่อสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง (สมพร, 2553)

การดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

เป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านและดำเนินชีวิตประจำวัน และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข พยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมได้แก่

1. *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม* เช่น ลักษณะปกติ และผิดปกติของทวารเทียม การวัดขนาดทวารเทียมทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนเป็นใหม่ การดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การเทอุง การทำความสะอาดถุงและทวารเทียม การอาบน้ำ การเปลี่ยนถุงรองรับทวารเทียม

2. *การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม* โดยเลือกวัสดุรองรับที่นิ่มหรือสามารถปรับความโค้งไปตามรูปร่างของหน้าท้องได้

3. *การรับประทานอาหาร* ควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย งดอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ และเริ่มรับประทานอาหารที่มีเส้นใยได้หลังผ่าตัด 2 เดือน โดยเริ่มปริมาณน้อยๆ สังเกตอาการปวดท้องและการขับถ่ายอุจจาระ ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียด และดื่มน้ำมากๆ 10 - 12 แก้วต่อวัน (วรรณ, 2551; สมพร, 2553)

4. *การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเท่าที่จำเป็น* เนื่องจากการให้ข้อมูลคร่าวๆเดียวกันหลายๆอาจทำให้ผู้ป่วยสับสน และวิตกกังวลได้ เช่น การเกิดการบาดเจ็บที่ทวารเทียมจากการเสียดสีของถุงและแผ่นรองรับทวารเทียม สามารถแก้ไขโดยเลือกใช้วัสดุรองรับที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และตัดรูเปิดให้กว้างขึ้นและเหมาะสมกับขนาดทวารเทียมแต่ละครั้ง ซึ่งขนาดรูเปิดแผ่นรองรับที่เหมาะสมต้องมีขนาดกว้างกว่าทวารเทียมไม่เกิน 2 - 3 มิลลิเมตร และไม่ควรเช็ดทำความสะอาดแรงเกินไป การบาดเจ็บและมีเลือดออกที่ไม่ได้เกิดจากการกระทบกระแทก เลือดจะหยุดได้เอง โดยใช้สำลีกดจุดที่มีเลือดออกเบาๆ 5 - 10 นาที เลือดจะหยุดไหล สำหรับแผลที่ทวารเทียมระยะแรกจะแดง และอาจเปลี่ยนเป็นสีขาวหรือสีเหลือง ให้เช็ดด้วยน้ำสะอาดตามปกติ ประมาณ 3 - 4 วันแผลจะดีขึ้นและหายเอง การแก้ไขเมื่อผิวหนังเกิดการอักเสบ ให้ทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด หลีกเลี่ยงการใช้สบู่หรือยาฆ่าเชื้อ เนื่องจากจะทำให้ผิวหนังระคายเคืองมากขึ้น นอกจากนี้พยาบาลควรมีการติดตามผลการปฏิบัติการดูแลตนเองที่บ้าน (สมพร, 2553; Richbourg et al., 2007) การให้คู่มือหรือวิดีโอเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมากขึ้น (Recalla et al., 2013)

แนวคิดคุณภาพทางการพยาบาล

ผลลัพธ์การบริการทางสุขภาพ คือ องค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพการบริการที่สำคัญ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในที่สุด (จิรุตม์, สมเกียรติ, ยุพิน, จารุวรรณ, และศรานุช, 2543) ในปัจจุบัน ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงขึ้นและทรัพยากรที่มีจำกัด ทำให้การประเมินและพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพได้รับความสนใจมากขึ้น (Campbell, Roland, & Buetow, 2000) ระบบบริการทางสุขภาพของประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้รับบริการให้ความสนใจเรื่องคุณภาพและประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลมากขึ้น ต้องการผลลัพธ์ที่ดีจากการรักษาที่ได้มาตรฐาน และเกิดความพึงพอใจต่อการบริการ ทำให้บุคลากรทางสุขภาพเกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพการบริการมากขึ้น การบริการสุขภาพที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจึงควรมีการกำหนดคุณภาพเชิงผลลัพธ์ที่สามารถวัดได้ และมีการกำหนดเครื่องชี้วัดผลลัพธ์ไว้ให้ชัดเจน และดำเนินการประเมินอย่างมีมาตรฐาน (จิรุตม์และคณะ, 2543)

ความหมายของคุณภาพ

คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะของการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ มีการดำเนินการที่เป็นมาตรฐาน ไม่มีข้อบกพร่อง มีการป้องกันความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น (Crosby, 2005) ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและมีประสิทธิภาพ ตรงกับวัตถุประสงค์ คำนึงถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ต่ำสุด และต้องมีการพัฒนาปรับปรุงเพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ (จิรุตม์และคณะ, 2543)

คุณภาพการดูแล หมายถึง การดูแลที่ได้มาตรฐาน มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ทำให้เกิดความผาสุกและมีความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการทางสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ (1) การประเมินผลได้และผลเสีย หรือความเสี่ยงที่จะเกิดตามมาในการดูแล ผู้ให้การรักษาต้องให้คุณค่าในสิ่งนี้โดยไม่หวังเรื่องต้นทุนการรักษา (2) การคำนึงถึงความคาดหวังของผู้รับบริการ และ (3) ด้านสังคม จะรวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการดูแลรักษานั้น มีการกระจายครอบคลุมประชาชนหรือไม่ (Donabedian, 1988; Donabedian, 2005) ทำให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการหรือไม่ (จิรุตม์และคณะ, 2543) รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการและมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการดูแลทางคลินิกและการดูแลที่มีความเฉพาะแต่ละบุคคล (Campbell et al., 2000)

สำหรับมุมมองของคุณภาพด้านการดูแลสุขภาพ จะมองที่การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และประสิทธิภาพของบริการด้านสุขภาพที่ได้รับ ซึ่งผู้รับบริการต้องการการดูแลที่ตรงกับความต้องการและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงคุณภาพด้านเทคนิคในการรักษา และคุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Campbell et al., 2000) คุณภาพด้านเทคนิคในการรักษา คือความเหมาะสมของบริการ ตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ มีความถูกต้องและความชำนาญในการรักษา (จิรุตม์และคณะ, 2543) และคุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ขึ้นอยู่กับพื้นฐานหลายอย่าง เช่น คุณภาพด้านการสื่อสาร ความน่าเชื่อถือ ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ความซื่อสัตย์ รู้กาลเทศะและไวต่อการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้รับบริการ (จิรุตม์และคณะ, 2543) พยาบาลในระดับปฏิบัติการได้ให้ความสำคัญของคุณภาพการพยาบาล คือ การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ มีความเห็นอกเห็นใจ เคารพในสิทธิ์ของบุคคลระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ มีความรับผิดชอบและตั้งใจในการให้การพยาบาลที่ถูกต้อง ไม่ทำให้เกิดความผิดพลาด (Burhans & Alligood, 2010)

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการทางสุขภาพ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพต้องมีความรู้ ความตระหนักและความรับผิดชอบต่อการให้บริการอย่างมีมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีความมั่นใจ ความปลอดภัย และความพึงพอใจต่อการบริการ (บุญญาภัทร, 2554) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย มีความพึงพอใจต่อการบริการและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่าย ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแล (ศิริวัฒน์, อารม, ช้องมาศ, และนพรัตน์, 2554)

องค์ประกอบของคุณภาพ

คุณภาพการดูแลสุขภาพ เริ่มตั้งแต่ระบบสุขภาพ การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ การมีสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วยสามส่วนซึ่งมีความสัมพันธ์กันและส่งผลถึงกันได้ ดังนี้ (Donabedian, 1988; Campbell et al., 2000)

1. *โครงสร้าง* คือการกำหนดนโยบาย วางเป้าหมายขององค์กรและกฎระเบียบทั้งในส่วนของบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆให้เหมาะสมกับองค์กร ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรทางกายภาพ เช่น เครื่องมืออุปกรณ์ รูปแบบการจัดการและด้านงบประมาณ รวมถึงคุณลักษณะของแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

2. *กระบวนการ* คือแนวทางในการปฏิบัติที่กำหนดให้บุคลากรยึดถือและปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน มีความถูกต้องและมีการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด การมี

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรที่มีสุขภาพกับผู้ป่วย คุณภาพการบริการพยาบาล ควรเป็นกิจกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความรู้ของตนและตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านเทคนิคและด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านเทคนิค เป็นศาสตร์ของการดูแล การบริหารจัดการปัญหาทางสุขภาพ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นศิลป์ของการดูแล คือ การจัดการปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

3. *ผลลัพธ์* คือ สิ่งที่เกิดจากจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติของบุคคล เป็นผลที่เกิดจากการดูแลที่มีคุณภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงในสภาวะสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคตของผู้ป่วย ถ้าระบบโครงสร้างและกระบวนการดี ก็จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิต (ผลลัพธ์) เนื่องจากเป็นมะเร็งปากมดลูก เพราะไม่สามารถเข้าถึงบริการคัดกรองโรค (ระบบโครงสร้าง) หรือเกิดจากการรายงานผลผิดพลาด (กระบวนการ)

ตัวชี้วัดและการประเมินคุณภาพการดูแล

1. ตัวชี้วัดคุณภาพ

ตัวชี้วัดคุณภาพ เป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญในการประเมินคุณภาพการดูแล โดยใช้ในการประเมินและวัดคุณภาพของบริการทางสุขภาพ ทั้งในด้าน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแล สามารถประเมินและวัดได้ในเชิงปริมาณ เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพ การติดตามผลจากการให้บริการ และการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น (Mainz, 2003)

1.1 *ประเภทของตัวชี้วัดคุณภาพ* ที่สำคัญแบ่งตามมิติคุณภาพของ Donabedian คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ได้เป็น 3 ประเภท (Mainz, 2003) ได้แก่

1.1.1 *ตัวชี้วัดคุณภาพโครงสร้าง (structural indicators)* เป็นการประเมินด้านโครงสร้างของระบบในการจัดบริการทางสุขภาพ ได้แก่ การประเมินด้านทรัพยากรทางวัตถุ เช่น เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก จำนวนเตียงของสถานพยาบาล อาคารสถานที่ที่ให้บริการ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา การประเมินด้านทรัพยากรมนุษย์ เช่น จำนวนบุคลากร จำนวนผู้รับบริการ การศึกษา ระบบขององค์กร และวิธีการตรวจสอบ

1.1.2 *ตัวชี้วัดกระบวนการ (process indicators)* เป็นการประเมินด้านกระบวนการ กิจกรรม การปฏิบัติหรือขั้นตอนในการให้บริการดูแลรักษาพยาบาล เช่น การให้ยา การทำแผล การสอนการดูแลทวารเทียม เป็นต้น

1.1.3 *ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (outcome indicators)* เป็นการประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งเป็นผลลัพธ์จากกระบวนการให้บริการดูแลผู้ป่วย แบ่งได้เป็นผลลัพธ์ระหว่างกระบวนการ เช่น การได้รับการผ่าตัดที่ถูกต้อง การได้รับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง และผลลัพธ์ขั้นสุดท้าย เช่น สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความพิการ การเสียชีวิต คุณภาพชีวิตหลังการรักษา รวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษา

นอกจากนี้ ตัวชี้วัดคุณภาพยังมีความสำคัญ สามารถบอกถึงประสิทธิผลและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และผลการปฏิบัติงานหรือผลการดำเนินงานในด้านต่างๆ เช่น ด้านประสิทธิภาพการรักษา การเข้าถึงบริการ ความเหมาะสมของการดูแล เป็นต้น (จิรัฐมและคณะ, 2543; Mainz, 2003; Wollersheim et al., 2007)

1.2 *คุณสมบัติของตัวชี้วัดที่ดี* (จิรัฐมและคณะ, 2543; Mainz, 2003; Wollersheim et al., 2007) ได้แก่

1.2.1 สะท้อนให้เห็นถึงพันธกิจหลักของหน่วยงานหรือองค์กร และเกี่ยวข้องกับกระบวนการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย มุ่งประเมินกระบวนการที่มีความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความปลอดภัย แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ และความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

1.2.2 สะท้อนมุมมอง ความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและผู้บริหาร โดยเฉพาะกระบวนการและผลลัพธ์ของการบริการ รวมถึงเกี่ยวข้องกับนโยบายสุขภาพและสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ

1.2.3 มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ และมีความไวในการตรวจหาความเปลี่ยนแปลง สามารถอ้างอิงตามหลักวิชาการและมาตรฐานคุณภาพที่เป็นที่ยอมรับ

1.2.4 ความเป็นไปได้ มีความง่ายในการเก็บข้อมูล ไม่เป็นภาระในการเก็บและประมวลผล

1.2.5 มีความครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ของการบริการดูแลสุขภาพ และการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล เพื่อให้เห็นคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพต่อไป

1.3 ปัจจัยที่เป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (จิรัฐมภ์และคณะ, 2543)

ได้แก่

1.3.1 ความสามารถในการดูแล (*Accessibility of care*) หมายถึง ความสะดวกที่ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลตามความจำเป็น

1.3.2 ความพร้อมในการดูแลได้ทันที่ (*Timeliness of care*) หมายถึง ความพร้อมของการดูแลที่มีไว้ให้กับผู้ป่วยได้ทันทีที่ต้องการ

1.3.3 ประสิทธิภาพการดูแล (*Effectiveness of care*) หมายถึง ประสิทธิภาพการดูแลรักษาที่กระทำได้ดี โดยใช้ศิลปะทั้งด้านกิริยามารยาทความรู้ที่มีอยู่ในการให้บริการต่อผู้ป่วย

1.3.4 ประสิทธิภาพการดูแล (*Efficacy of care*) หมายถึง ประสิทธิภาพการดูแลที่จะบรรลุถึงความต้องการของผู้มารับบริการ

1.3.5 ความเหมาะสมในการดูแล (*Appropriateness of care*) หมายถึง การบริการที่ให้นั้นตรงกับความต้องการของผู้มารับบริการ

1.3.6 ประสิทธิภาพการดูแลที่คาดหวัง (*Efficiency of care*) หมายถึง ประสิทธิภาพการดูแลรักษาที่ได้ผลตามความต้องการ โดยใช้ค่าใช้จ่ายน้อย หรือความเสียหายที่จะเกิดน้อยที่สุด

1.3.7 ความต่อเนื่องของการดูแล (*Continuity of care*) หมายถึง การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับนั้น มีการประสานกันอย่างต่อเนื่องในบุคลากรกลุ่มต่างๆที่เข้ามาให้การดูแลตลอดทั่วทั้งองค์กร

1.3.8 การเผยแพร่ข้อมูลของผู้ป่วย (*Privacy of care*) หมายถึง การดูแลที่คำนึงสิทธิของผู้ป่วย เช่น การเผยแพร่ข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย จากแฟ้มข้อมูลจากบุคลากรวิชาชีพ

1.3.9 การปกปิดข้อมูลผู้ป่วย (*Confidentiality of care*) หมายถึง การดูแลรักษาความลับเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โดยไม่ให้มีการเปิดเผยให้บุคคลอื่นๆโดยปราศจากความยินยอม

1.3.10 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (*Participation of patient and patient family in care*) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง

1.3.11 ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในการดูแล (Safety of care environment) หมายถึง การเตรียมสถานที่และเครื่องมือที่จำเป็นไว้ให้พร้อมที่จะให้บริการการดูแลต่อผู้ป่วยทันทีเมื่อต้องการ

2. การประเมินคุณภาพการดูแล

ในปัจจุบันคุณภาพการดูแลรักษาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และเป็นความคาดหวังของผู้รับบริการที่ต้องการให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการรักษา เกิดความพึงพอใจและไม่เกิดความผิดพลาดหรือเกิดน้อยที่สุด การประเมินคุณภาพการดูแล จึงมีความสำคัญที่จะช่วยในการประเมินระดับคุณภาพของการดูแลว่าอยู่ในระดับใด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงการดูแลให้มีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งการประเมินคุณภาพการดูแล สามารถประเมินได้ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (outcome) (Campbell et al., 2000; Donabedian, 1988)

2.1 การประเมินด้านโครงสร้าง (structure) เป็นการประเมินคุณลักษณะของบุคลากรที่มีสุขภาพและโรงพยาบาล เช่น การมีแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญ ความเพียงพอของทรัพยากรบุคคล เช่น จำนวนผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการ ทรัพยากรทางกายภาพ เช่น จำนวนเตียง เครื่องมืออุปกรณ์ รวมถึงการจัดการงบประมาณและการจัดการบริหารขององค์กร เป็นต้น

2.2 การประเมินด้านกระบวนการ (process) ประกอบด้วย การประเมิน 2 ด้านคือ (1) การประเมินด้านเทคนิค คือการประเมินความรู้ในการดูแล การตัดสินใจและทักษะการปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแล การดูแลที่มีคุณภาพจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ส่วนมากประเมินจากการทบทวนระเบียบประวัติการรักษา เช่น การตรวจสอบการตรวจรักษา เป็นต้น (2) การประเมินด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของบุคคล และมาตรฐานของการให้บริการ การประเมินความพึงพอใจในบริการที่ได้รับของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญต่อการประเมินคุณภาพการดูแล

2.3 การประเมินด้านผลลัพธ์ (outcome) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงด้านจิตใจและสังคมที่อาจเป็นปัจจัยของการเกิดภาวะสุขภาพ ประเมินได้จากความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยรวมถึงผลกระทบที่มีไปถึงชุมชน

รูปแบบการประเมินผลลัพธ์ตามกรอบแนวคิดของโฮลซีเมอร์ (Holzemer)

ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาได้รับความสำคัญมากขึ้นในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล เพราะผลลัพธ์ที่เกิดจากการบริการ คือ องค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพการบริการ ดังนั้นการบริการสุขภาพที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ควรมีการกำหนดคุณภาพเชิงผลลัพธ์ที่สามารถวัดได้ อธิบายได้ หรือสังเกตได้ และหน่วยงานควรมีการกำหนดเครื่องชี้วัดผลลัพธ์ไว้ให้ชัดเจน (จิรุตม์และคณะ, 2543) การพิจารณาผลลัพธ์ของการบริการทางสุขภาพ ต้องพิจารณาถึงความสำคัญและเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันระหว่าง ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ (Donabedian, 1988)

Holzemer ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลซึ่งขยายมาจากแนวคิดของ Donabedian ในการประเมินผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพ โดยให้ความสำคัญและความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ ทั้งในแง่มุมมองของผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการและองค์กร (Holzemer, 1994)

แนวคิดของ Holzemer มีผลต่อการประเมินคุณภาพ หรือการวิจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome research) ทางบริการ ทำให้การประเมินผลลัพธ์มีความหลากหลาย และสามารถกำหนดขอบเขตความเฉพาะเจาะจงได้ เช่น ผู้รับบริการ พิจารณาได้ทั้งระดับบุคคลและระดับส่วนรวม อาจเป็นตัวผู้ป่วย ครอบครัว โรงเรียนหรือชุมชน ส่วนผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์พยาบาล หรือผู้ที่เกี่ยวข้องเช่น นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น เหตุแวดล้อม หมายถึง มุมมองระดับองค์กร ซึ่งอาจมีรูปแบบ หรือไม่มีรูปแบบเป็นทางการก็ได้ (จิรุตม์และคณะ, 2543) จำแนกตามองค์ประกอบของรูปแบบการวิจัยเชิงผลลัพธ์การบริการทางสุขภาพได้ดังนี้

1. ผู้รับบริการ/ปัจจัยนำเข้า (*client/input*) ได้แก่ ข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย เช่น ลักษณะทางประชากร วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ การได้รับความสนับสนุนจากสังคม จุดเด่นของบุคคล ความต้องการของบุคคล ซึ่งแตกต่างกันตามภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ หรือคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล (Holzemer & Reilly, 1995)

2. ผู้รับบริการ/กระบวนการ (*client/process*) คือ กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการ หรือนิสัยส่วนบุคคลในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เช่น การป้องกันความเจ็บป่วย (Holzemer & Reilly, 1995)

3. ผู้รับบริการ/ผลลัพธ์ (*client/outcome*) คือ อัตราตายหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการครองเตียงและอัตราการเข้ารับการรักษาล้ำ

ในโรงพยาบาล ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ คุณภาพชีวิตที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Holzemer, 1994; Holzemer & Reilly, 1995)

4. ผู้ให้บริการ/ปัจจัยนำเข้า (*provider/input*) คือ ความสามารถในการปฏิบัติ ได้แก่ การมีความรู้ การมีทักษะ และการตัดสินใจของผู้ให้บริการ รวมถึงทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เครื่องชีวิตของผู้ให้บริการ ได้แก่ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ การศึกษาอบรมเฉพาะทาง และคุณลักษณะส่วนบุคคล (Donabedian, 2005; Holzemer, 1994)

5. ผู้ให้บริการ/กระบวนการ (*provider/process*) คือ รูปแบบหรือแนวการปฏิบัติ ขั้นตอนการดูแล รวมถึงการวางแผนการดูแล เป็นเครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบประสิทธิภาพของการบริการได้ (Holzemer, 1994; Holzemer & Reilly, 1995)

6. ผู้ให้บริการ/ผลลัพธ์ (*provider/outcome*) คือ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ การตัดสินใจที่จะอยู่หรือย้ายหน่วยงาน มีการศึกษาต่อเนื่องซึ่งจะบอกถึงความสามารถในระดับต่อไป รวมถึงต้นทุนการบริการของผู้ให้บริการ เช่น การมีประสบการณ์ทางวิชาชีพ (Holzemer, 1994; Holzemer & Reilly, 1995; Mitchell, Ferketich & Jennings, 1998)

7. เหตุแวดล้อม/ปัจจัยนำเข้า (*setting/input*) คือ คุณค่า ทัศนคติ ความเชื่อขององค์กร และทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น งบประมาณ เครื่องมือ จำนวนและประเภทของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ปริมาณการบริการ ประเภทบริการสุขภาพของชุมชน รวมถึงระบบสารสนเทศและระดับความรุนแรงของผู้ป่วย (Holzemer, 1994)

8. เหตุแวดล้อม/กระบวนการ (*setting/process*) คือ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ นโยบายการดำเนินการและการประเมินผลการดำเนินการ การตัดสินใจ รวมถึงนวัตกรรมขององค์กร (Holzemer, 1994; Holzemer & Reilly, 1995)

9. เหตุแวดล้อม/ผลลัพธ์ (*setting/outcome*) คือ ความพึงพอใจของผู้ป่วย อัตราการย้ายงานของผู้ให้บริการ อัตราการเจ็บป่วย อัตราตาย อัตราความผิดพลาดทางการรักษา อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน ต้นทุน ค่าใช้จ่าย และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ รวมถึงความพร้อมของบริการ ที่มีการบริการต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (Holzemer, 1994; Holzemer & Reilly, 1995; Mitchell et al., 1998)

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมตามหลักฐานเชิงประจักษ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการประเมินผลลัพธ์

จากการทบทวนวรรณกรรม ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมสามารถประเมินได้จาก การมีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมที่ถูกต้อง การรับรู้ภาพลักษณ์ที่ดีหลังการมีทวารเทียม การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการมีทวารเทียม สามารถดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับทวารเทียมได้ปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความรู้ในการดูแลทวารเทียม

ความรู้ที่สำคัญในการดูแลทวารเทียม ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม วิธีการทำความสะอาดและปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การเลือกวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ชีวิตประจำวัน (บุญชื่น, 2555) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติดูแลทวารเทียมได้ถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลไม่ตรงกับความต้องการในการใช้ชีวิตที่บ้านหรือชุมชนของผู้ป่วย และพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างจะมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมเพิ่มมากขึ้น (Danielsen et al., 2013)

แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม

การประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม มีหลายรูปแบบ แต่ส่วนใหญ่ จะใช้แบบประเมินความรู้ โดยให้ผู้ป่วยตอบเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ในการศึกษาผลของ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงานของ จุฬารัตน (2544) ได้มีการพัฒนาแบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 2 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย คือ ผู้ป่วยทราบลักษณะผิดปกติของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม การทำความสะอาดทวารเทียม การทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (2) ด้านโภชนาการ คือ ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ซึ่งมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรง S-CVI = .80

2. การรับรู้ภาพลักษณ์

การมีทวารเทียม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ในโครงสร้างและ การทำหน้าที่ในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ทำให้เกิดความเครียด อาจแสดงออกโดยความวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ บางคนมีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว แยกตนเอง ภาพลักษณ์เป็นส่วนหนึ่งของการนับถือตนเอง ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจะมีความนับถือตนเองต่ำลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน อาชีพ สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและในสังคม รู้สึกว่าตนเองน่ารังเกียจ (จุฬาพร, 2544; วรรณ, 2551) ไม่อยากเปิดเผยว่ามีทวารเทียม รู้สึกเป็นทุกข์เมื่อได้กลิ่นหรือสัมผัสสิ่งขับถ่าย ไม่อยากเทลงเมื่อมีอุจจาระ ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่า การเทลงและการเปลี่ยนแปลงเป็นปัญหา ส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดภาวะเครียด และไม่อยากดูแลทวารเทียม (Mckenzie et al., 2006) ทำให้การดูแลทวารเทียมไม่ถูกต้องเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบ การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน (จุฬาพร, 2544) มีการพัฒนาแบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม ซึ่งประเมินใน 3 มิติได้แก่ 1) มิติด้านร่างกาย ประเมินความรู้สึกและการรับรู้ต่อการมีทวารเทียม 2) มิติด้านความสามารถในการทำหน้าที่ ประเมินความรู้สึกและการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายทางทวารเทียม ที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการมีเพศสัมพันธ์ และ 3) มิติด้านสังคม มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง โดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 (จุฬาพร, 2544) ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์ที่พัฒนาโดย จุฬาพร (2544)

3. ความสามารถในการดูแลทวารเทียม

หลังการผ่าตัดทวารเทียมผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายจากปกติมาเป็นการขับถ่ายทางหน้าท้อง จึงจำเป็นต้องมีความสามารถเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการดูแลทวารเทียม และการจัดการภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงการใช้ชีวิตร่วมกับการมีทวารเทียม ความสามารถในการดูแลทวารเทียม คือการมีทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้แก่ การถ่ายเทอุจจาระ และการทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับ การคิดเป็น การแก้ไขเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

รวมถึงการควบคุมกลิ่นและแก๊ส การรับประทานอาหาร (เกศินีและคณะ, 2557; บุญชื่น, 2555) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วย มีปัญหาในการติดเป็นรองรับทวารเทียม ทำให้เกิดการรั่วซึมของอุจจาระและเกิดการระคายเคืองของผิวหนังตามมา (Richbourg et al., 2007) และได้มีการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม จำนวน 30 ราย พบว่าการมีความสามารถในการดูแลทวารเทียม สามารถป้องกันและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t = 9.5$ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนการระคายเคืองที่ผิวหนังลดลงจากร้อยละ 40 เหลือร้อยละ 13.33 (สมพร, แสงอรุณ, และวันดี, 2554) นอกจากนี้มีการศึกษาโครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ case management จำนวน 20 ราย พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองในการดูแลทวารเทียม มีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ร้อยละ 59.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรุณี, ผ่องศรี, และเชาว์, 2552)

แบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง มีการพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม ดังนี้

สมพรและคณะ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม มีการสร้างแบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 35 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินด้านการวางแผน 12 ข้อ การลงมือปฏิบัติ 15 ข้อ และการประเมินผลการปฏิบัติ 8 ข้อ ซึ่งครอบคลุมภาวะแทรกซ้อน 4 ประเภท ได้แก่ ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง 12 ข้อ การบาดเจ็บที่ทวารเทียม 5 ข้อ ทวารเทียมอุดตันและตีบ 6 ข้อ และภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม 7 ข้อ คำตอบมีค่าคะแนน 1 - 4 คะแนน โดย 1 หมายถึงมีความสามารถในการปฏิบัติน้อย และ 4 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติมากที่สุด

เกศินีและคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง มีการพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง ที่สร้างขึ้น โดย (อรุณีและคณะ, 2552) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .90 โดยเกศินีและคณะ นำมาดัดแปลงในส่วนของความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกาย ปรับ

เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม ได้แก่ การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ การสังเกตอาการ ผิดปกติ การป้องกันและบรรเทาภาวะแทรกซ้อนต่างๆเกี่ยวกับทวารเทียมเพื่อให้เหมาะสำหรับการ ประเมินความสามารถของผู้ป่วย และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 แบบสอบถามมีทั้งหมด 18 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีค่าคะแนน 0 - 2 โดย 0 หมายถึง ปฏิบัติเองไม่ได้ต้องมีคนช่วยทำให้ตลอดเวลา 1 หมายถึง ปฏิบัติได้และต้องมีคนช่วย หรือใช้อุปกรณ์ช่วยเป็นบางครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัติเองได้ คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 36 คะแนน โดย ระดับคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆกัน

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินความสามารถในการดูแลทวาร เทียมของเกสินีและคณะ (2557) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความตรงและความเที่ยง ในระดับที่ ขอมรับได้และข้อคำถามมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมากที่สุด

4. การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจะเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ไล่เลื่อนข้างทวารเทียม (parastomal hernia) รอยเย็บแยกระหว่างทวาร เทียมกับผิวหนัง (mucocutaneous separate) ทวารเทียมต่ำกว่าระดับผิวหนัง (retraction) ทวารเทียม ขึ้นออกมามากกว่าปกติ (prolapsed) ทวารเทียมตีบ (stenosis) แผลรอบทวารเทียม (peristomal complication) (Persson, et al., 2005; Recalla, et al., 2013; Richbourg et al., 2007) รวมทั้งปัญหา ด้านจิตใจ ได้แก่ การเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล (depression/anxiety) (Richbourg et al., 2007) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คือ การระคายเคืองของ ผิวหนัง (irritant dermatitis) (Recalla et al., 2013; Richbourg et al., 2007)

แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบมีการศึกษาเปรียบเทียบเครื่องมือที่ใช้ใน การประเมินผิวหนังรอบทวารเทียม 4 เครื่องมือ ได้แก่ Classification of Peristomal Skin, Stoma Care Ostomy Research Index, Ostomy Skin Tool (OST) และ Study on Peristomal Skin Lesions (The SACS) ดังแสดงไว้ในตารางต่อไปนี้

ตาราง 1

เปรียบเทียบเครื่องมือประเมินผิวหนังรอบทวารเทียม (Haugen & Ratliff, 2013)

ชื่อเครื่องมือ	Classification of Peristomal Skin	Stoma Care Ostomy Research Index	Ostomy Skin Tool (OST)	Study on Peristomal Skin Lesions (SAC)
การประเมิน	1.No signs of irritation 2.erythematous-erosive 3.pseudoverrucose with skin complication mild or severe	- ใช้ภาพถ่ายในการประเมินภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ allergy, ulceration, erythema, marcerated/eroded, irritation แบ่งเป็น mild or severe	ประเมินผิวหนังรอบทวารเทียม 1.Discoloration (D) 2.Erosion (E) 3.Tissue (T) 0 คะแนนผิวหนังปกติ 15 คะแนนผิวหนังทำลายรุนแรง Mild DET < 4 คะแนน Moderate 4 - 6 คะแนน Severe 7 - 15 คะแนน	ประเมินผิวหนัง Hyperemic , erosive , ulcerative, proliferative แบ่งพื้นที่เป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 5 คือเกิดการอักเสบรอบทวารเทียม
ความเที่ยง	Interrater reliability	-	Interrater reliability k = .54	Interrater reliability
ความตรง	-	-	0.84	0.91
การนำไปใช้	ใช้ง่าย	ใช้ง่าย	ใช้ง่าย	ใช้ง่าย
ใช้กับทวารเทียม	Fecal and urinary	Fecal and urinary	Fecal and urinary	Fecal
การประเมิน	Not scored	Not scored	Scored 0 - 15	Not scored

แต่ละเครื่องมือเป็นการประเมินลักษณะของผิวหนังรอบทวารเทียม ซึ่งวิธีการประเมินหรือการให้คะแนนของแต่ละเครื่องมือมีความแตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือ Ostomy Skin Tool (OST) ที่พัฒนาโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลทวารเทียม (Lina M et al ., 2010) ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับมาตรฐาน มีการทดสอบค่าความเที่ยงและความตรงโดยคณะ

ผู้เชี่ยวชาญด้านทวารเทียม (Haugen & Ratliff, 2013) ง่ายต่อการนำไปใช้ มีการประเมินระดับความรุนแรงของผิวหนังที่ถูกทำลายเป็นคะแนน และสามารถใช้ได้ทั้งทวารเทียมชนิดอุจจาระและปัสสาวะ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย กาญจนา (2556)

5. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

การมีทวารเทียมจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การขับถ่ายไม่เป็นเวลา ควบคุมไม่ได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน เกิดความวิตกกังวลทั้งเรื่องกลิ่นและการรั่วซึมของถุง รู้สึกเป็นที่น่ารังเกียจ ผู้มีทวารเทียมที่ไม่สามารถปรับตัวได้อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ผู้มีทวารเทียมควรได้รับการดูแลที่ดี และมีคุณภาพจากทีมสุขภาพ ครอบครัว และมีแหล่งสนับสนุนคอยให้คำปรึกษา เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายและจิตใจหลังผ่าตัด ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สมพร, 2553; Recalla et al., 2013; Erwin – toth et al., 2012) มีการศึกษาคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียมพบว่า คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียมอยู่ในระดับต่ำ ผู้มีทวารเทียมมีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน การเข้าสังคม มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์และการมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า แยกตัว รู้สึกเป็นที่น่ารังเกียจและความมีคุณค่าในตัวเองลดลง (Recalla et al., 2013) การรั่วซึมของปัสสาวะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้เป็นชนิด double layer adhesive พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการใช้ดีขึ้นจากก่อนใช้ เป็นชนิด double layer adhesive เนื่องจากการรั่วซึมของปัสสาวะลดลง ทำให้ผู้มีทวารเทียมไม่ต้องเปลี่ยนเป็นบ่อย ช่วยป้องกันการระคายเคืองของผิวหนัง ส่งผลให้ผู้มีทวารเทียมมีความวิตกกังวลเรื่องการรั่วซึมน้อยลง สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Erwin - toth et al., 2012)

แบบประเมินคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตจำนวนมาก ซึ่งแต่ละเครื่องมือพัฒนาขึ้นโดยคำนึงถึงความหมายและมิติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านต่างๆ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม (เกศินีและคณะ, 2557) คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ได้ทั่วไป (general QOL measures) ซึ่งสามารถใช้กับผู้ป่วยประเภทใดก็ได้ แบบประเมินที่วัดคุณภาพชีวิตทั่วไป ได้แก่

1.1 Medical Outcome Study Short Form-36 (SF-36)

ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพใน 8 มิติ รวม 35 ข้อ คือ (1) มิติการทำงานด้านร่างกาย

(physical functioning) 10 ข้อ (2) มีติบบทบาทด้านร่างกาย (role limitations due to physical problems) 4 ข้อ (3) มีติความเจ็บปวดด้านร่างกาย (bodily pain) 2 ข้อ (4) มีติการรับรู้สุขภาพ (general health perceptions) 5 ข้อ (5) มีติการทำงานทางสังคม (social functioning) 2 ข้อ (6) มีติด้านกำลังร่างกาย (vitality) 4 ข้อ (7) มีติทางอารมณ์ (role limitations due to emotional problems) 3 ข้อ และ (8) มีติด้านสุขภาพทั่วไป (general mental health) 5 ข้อ และคำถามอิสระ 1 ข้อ คือ การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (reported health transition) รวม 36 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมากกว่า .70 ในทุกมิติ ลักษณะตัวเล็ของคำถามแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale การคำนวณคะแนนทำโดยการแปลง คะแนนตามน้ำหนักที่ผู้สร้างกำหนด (10) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี (วัชรและปารณีย์, 2548)

1.2 WHOQOL-BREF-THAI พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 แบบ คือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และแบบอัตวิสัย (self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัด คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL - BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐาน แตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 (กรมสุขภาพจิต, 2545)

2. เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

2.1 เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่เจาะจงว่าเป็นโรคมะเร็งชนิดใด เช่น Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT - G), Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES), Functional Living Index - Cancer (FLIC), European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life (EORTC - QOL C - 30)

2.2 เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละชนิด เช่น Functional Assessment of Cancer Therapy - Gastrointestine (FACT - GI), Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast (FACT - B), Functional Assessment of Cancer Therapy - Colorectal Cancer (FACT - C), The City of Hope quality of life - ostomy questionnaire (COHQOL - OQ) เป็นต้น

สำหรับประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรม มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารเทียม ดังนี้

ปานจิตร (2552) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่ดัดแปลงมาจากผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีข้อคำถาม 40 ข้อ ซึ่งมีการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีการหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80

เกศินีและคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ได้พัฒนาเครื่องมือการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Padilla และ Grant (1985) และแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต (2532) เกศินี ได้นำมาปรับปรุงภาษาของข้อคำถามเพื่อให้เข้าใจง่าย แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94

สำหรับงานการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของเกศินีและคณะ (2557) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีค่าความตรงและความเที่ยงในระดับที่ยอมรับได้และข้อคำถามมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมากที่สุด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

การดูแลทวารเทียมจำเป็นต้องอาศัยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล การเลือกใช้วัสดุที่เหมาะสมและถูกต้อง รวมถึงการมีทัศนคติที่ดี ยอมรับการมีทวารเทียม เพื่อให้สามารถดูแลและใช้ชีวิตปกติร่วมกับทวารเทียมได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลและให้คำแนะนำในการดูแลทวารเทียมจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลทวารเทียม ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ปัจจัยด้านพยาบาล

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม จะต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยพยาบาลมีหน้าที่ให้การดูแลโดยตรงในการดูแล การให้ความรู้ ข้อมูลและคำปรึกษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด และส่งเสริมให้ผู้มีทวารเทียมสามารถใช้ชีวิตร่วมกับทวารเทียมได้ตามปกติ (สมพร, 2551; Erwin - toth et al., 2012; Danielsen et al., 2013; Persson, et al., 2005) และควรมีการดูแลอย่างต่อเนื่องในเรื่อง การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม และการเฝ้าระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด การให้คำปรึกษาเรื่องอาหาร การสนับสนุนทางอารมณ์และการเงิน (Recalla et al., 2013) การพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย

1. การประเมินสภาพ โดยพยาบาลต้องมีความรู้ในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง รวมทั้งประเมินความสามารถของผู้ดูแล ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพทางร่างกาย ได้แก่ การมองเห็น การเคลื่อนไหวของมือและนิ้ว การได้ยิน (สมพร, 2551) สภาพผิวหนัง การประเมินสภาวะทางจิตใจ อารมณ์และความรู้สึก การประเมินพื้นฐานทางวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติต่อการดูแล และวิถีการดำเนินชีวิต (สมพร, 2551; ทิพวรรณและสุริพร, 2555; McKenzie et al., 2006; Richbourg et al., 2007) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะ ไม่เปิดเผยปัญหาที่รบกวนจิตใจ พยาบาลต้องมีทักษะที่ดีที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการบอกถึงปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ และการไวต่อความรู้สึกและคำถามที่จะทำให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงและให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน (Williams, 2012)

2. การให้คำปรึกษา เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ยอมรับปัญหาที่มีอยู่ เข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม เสริมสร้างความมั่นใจในการดำเนินชีวิตขณะที่มีทวารเทียม และสร้างความรู้สึกรับคุณค่าในตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย การสำรวจปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา (ทิพวรรณและสุริพร, 2555; สมพร, 2551; Persson et al., 2005) มีการศึกษาผลการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูล

แบบกลุ่ม จะมีความวิตกกังวลต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและไม่ได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม (ทิพวรรณและสุริพร, 2555)

3. การให้ข้อมูล ที่สำคัญคือ การให้ความรู้ในการดูแลทวารเทียม ได้แก่ ลักษณะการทำงานของทวารเทียม วัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายที่ต้องใช้เมื่อมีทวารเทียม การทำความสะอาดทวารเทียม ความสามารถในการทำกิจกรรมและการดำเนินชีวิตประจำวันหลังผ่าตัด ผู้เชี่ยวชาญและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่สามารถให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม (ทิพวรรณและสุริพร, 2555; สมพร, 2551; Persson et al., 2005) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลไม่ตรงกับความต้องการในการใช้ชีวิตที่บ้านหรือชุมชนของผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการให้ความรู้ และใช้ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) และการสอนโดยการทำกลุ่ม ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยผู้ที่มีทวารเทียมมาก่อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมเพิ่มมากขึ้น (Danielsen et al., 2013) การให้ข้อมูลแบบกลุ่มยังช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ทิพวรรณและสุริพร, 2555) การให้คำแนะนำวิธีการหรือทางเลือกใหม่ เช่น การสวนล้างทวารเทียม ผู้ป่วยไม่ต้องคอยเปลี่ยนถุง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีด้านจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยที่จะใช้วิธีนี้ต้องได้รับการประเมินจากพยาบาลที่เชี่ยวชาญ มีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยลำไส้อักเสบ หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ไส้เลื่อน หรือลำไส้ปลิ้น เพราะจะทำให้เสี่ยงต่อลำไส้ทะลุได้ (Mckenzie et al., 2006) การให้ความรู้ในการเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น ถุงและเป็นปิดทวารเทียม อุปกรณ์เสริมระดับผิวหนัง กาวยึดติดแป้น (stomahesive paste) เป็นต้น การเลือกใช้เป็นที่เป็นที่แนบสนิทกับผิวหนังและติดแน่น จะทำให้ถุงติดได้นาน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและรู้สึกสบาย และการใช้ถุงชนิด 2 ชั้นดีกว่าชั้นเดียว (Recalla et al., 2013)

4. การเลือกตำแหน่งที่ตั้งของทวารเทียม ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการเลือกตำแหน่งทวารเทียมที่เหมาะสม คือ ต้องเป็นตำแหน่งที่ผู้ป่วยเห็นได้ชัดเจน ติดอุปกรณ์รองรับได้สะดวก อยู่บนกล้ามเนื้อเร็คตัส เลือกบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่เรียบ เลี้ยงผิวหนังที่มีรอยย่น แผลเป็น ไกล่สะเก็ด หรือแนวเข็มขัด (บุญชื่น, 2555) จะช่วยให้ติดแป้นได้นาน และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลทวารเทียมได้ง่าย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยผู้เลือกตำแหน่งทวารเทียมต้องมีความเข้าใจภาวะโรค วิธีการ

ผ่าตัดและตำแหน่งที่ทำการผ่าตัด (บุญชื่น, 2555; สมพร, 2551; Ratliff et al., 2005; Recalla et al., 2013; Richbourg et al., 2007)

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทวารเทียม มีดังนี้

1. *ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย* ได้แก่ สภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย สภาพสังคม วัฒนธรรมและความเชื่อ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและการรักษา อาชีพ ระดับความรู้และทัศนคติ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวเมื่อมีทวารเทียม (บุญชื่น, 2555) การศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพของผู้ป่วยทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทวารเทียมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส สิทธิในการรักษาพยาบาล เศรษฐฐานะ สภาพผิวหนังรอบทวารเทียมและการมีโรคประจำตัว (ศุภมาส, 2553) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

อายุ จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยอายุ 80 ปีขึ้นไป กับผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 70 ปี พบว่าคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียมของผู้ป่วยที่อายุ 80 ปีขึ้นไป ต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องปัญหาเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม การขับถ่ายและการทำหน้าที่ของร่างกาย และพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 62 มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสื่อมของร่างกายตามวัย (Mastracci, Hendren, O'Connor, & Mcleod, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพของผู้ป่วยทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าในวัยผู้ใหญ่ (ศุภมาส, 2553)

เพศ จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้มีทวารเทียมในระยะยาวมากกว่า 5 ปี จำนวน 491 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมไม่ดีเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีทวารเทียม และเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านจิตใจต่ำกว่าเพศชาย (Krouse et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพของผู้ป่วยทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย (ศุภมาส, 2553)

ดัชนีมวลกาย (ค่า BMI) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทวารเทียม ได้แก่ ภาวะลำไส้ถูกดึงรั้ง (stoma retraction) เกิดปัญหาในการดูแล การติดแป้นไม่อยู่ทำให้มีการรั่วของอุจจาระเข้าได้แป้น และเกิดการระคายเคืองของ

ผิวหนังตามมา (ไพศิษฐ์, 2554; ชีรนุช, 2551) จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 330 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก/ม² มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ได้แก่ ทำให้เกิดภาวะลำไส้ยื่นข้างทวารเทียม (parastomal hernia) เพิ่มขึ้น 2.08 เท่า เกิดการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม (peristomal irritation) ถึง 2.55 เท่า (Mahjoubi et al., 2005)

2. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เป็นปัญหาทางกายภาพที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง ได้แก่ (1) การมองเห็น เป็นสิ่งสำคัญมากต่อการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง ต้องมีการประเมินว่ามีความบกพร่องหรือไม่ เพื่อวางแผนการสอนและเลือกใช้อุปกรณ์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย (2) การเคลื่อนไหวของมือและนิ้ว ต้องประเมินว่ามีการเคลื่อนไหวผิดปกติหรือไม่ นิ้วอ่อนแรงหรือมีอาการมือสั่นหรือไม่ เพราะในศตวรรษที่ 20 การจับถ่ายจำเป็นต้องใช้การเคลื่อนไหวของมือและนิ้วเป็นสิ่งสำคัญ (3) การได้ยิน เป็นสิ่งสำคัญในการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลทวารเทียมได้ถูกต้อง (สมพร, 2551)

3. ความสามารถในการดูแลทวารเทียม จากการศึกษาประสบการณ์ความยากลำบากในการใช้ชีวิตร่วมกับทวารเทียมหลังออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 76 จะเกิดปัญหาการระคายเคืองของผิวหนัง ร้อยละ 62 พบการรั่วซึมของถุง ร้อยละ 59 มีปัญหาเรื่องกลิ่น ร้อยละ 54 การทำกิจกรรมลดลง ร้อยละ 20 ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม ไม่ได้ขอความช่วยเหลือในทันที ส่วนใหญ่จะขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อมีปัญหาหนักขึ้นและไม่สามารถจัดการได้ (Richbourg et al., 2007)

4.ทัศนคติเกี่ยวกับทวารเทียม พบว่าผู้ป่วยไม่ชอบเปิดเผยว่ามีทวารเทียม รู้สึกตนเองน่ารังเกียจ รู้สึกเป็นทุกข์เมื่อได้กลิ่นหรือสัมผัสสิ่งขับถ่าย นิยมใช้ถุงชนิดขึ้นเดียวแบบใช้แล้วทิ้ง ทำให้ต้องเปลี่ยนถุงบ่อย 2-4 ครั้งต่อวัน ใช้เวลาในการเปลี่ยนถุงแต่ละครั้ง 5-10 นาที ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าการเปลี่ยนถุงและการเทอุจจาระเป็นปัญหา ผู้ป่วยไม่ชอบเทสิ่งขับถ่ายออกจากถุง และส่งผลกระทบต่อจิตใจ รู้สึกสกปรกและน่ารังเกียจ (Mckenzie et al., 2006) ผู้มีทวารเทียมให้ความสำคัญกับการที่จะต้องเปิดเผยทวารเทียม บางคนมีการใช้เทคนิคต่างๆ ในการปกปิดผู้อื่น กังวลว่าคนอื่นจะเห็นหรือได้กลิ่น จำกัดกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันเนื่องจากไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย กังวลว่าคนอื่นจะรู้ถ้ามาชนกับทวารเทียม หรือการใส่เสื้อผ้าที่รัดจะทำ

ให้เห็นทวารเทียม บางคนปฏิเสธที่จะมองและถูกทวารเทียม ไม่อยากเห็นมันโผล่มาที่หน้าห้อง ส่งผลต่อการดูแลทวารเทียม บางคนติดต่อผู้มีประสบการณ์ก่อนผ่าตัดเพื่อให้ความมั่นใจและช่วยเหลือให้พวกเขาอมรับตนเอง (Danielsen et al., 2013)

5. ความรู้ในการดูแลทวารเทียม ที่พบปัญหามากที่สุด ได้แก่ การประเมินสภาพผิวหนังด้วยตนเองของผู้ป่วยจะพบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 29 แต่การประเมินสภาพผิวหนังโดยพยาบาลที่เชี่ยวชาญจะพบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 61 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนัง (Danielsen et al., 2013)

ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทวารเทียม ประกอบด้วย การมีสัมพันธภาพที่ดี และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ มีองค์กรและเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม การมีองค์กรที่สนับสนุนในการดูแลทวารเทียมและมีพยาบาลที่เชี่ยวชาญที่จะทำให้เกิดความมั่นใจ ในการฟื้นฟูหลังผ่าตัด (Danielsen et al., 2013) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารเทียมมีความยากลำบากในการเข้าสังคม จากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงและการขบถายที่ควบคุมไม่ได้ (Recalla et al., 2013) ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจเรื่องการขบถาย กังวลเรื่องการรั่วซึมของถุง ทำให้แยกตัวจากสังคม (Mckenzie et al., 2006) เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลมักจะไม่ได้รับการติดตามการดูแลทวารเทียมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่ามีปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ ภูมิฐานะของผู้ป่วย อยู่ห่างจากโรงพยาบาลที่จะรับความช่วยเหลือ ปัญหาในการเดินทาง การไม่มีคลินิกผู้ป่วยนอก สำหรับผู้มีทวารเทียมที่จะให้ความรู้และคำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยต้องการ (Richbourg et al., 2007)

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มาตรวจที่คลินิกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก และได้รับการแนะนำให้ผ่าตัดทวารเทียม หรือผู้ป่วยที่มีแนวโน้มไม่ยอมรับการมีทวารเทียม จะได้รับการส่งต่อให้พยาบาลที่เชี่ยวชาญเรื่องการดูแลทวารเทียม (ET nurse) เพื่อให้คำปรึกษาเรื่องการมีทวารเทียม โดยมีการวางแผนการพยาบาลร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและระยะเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ดังนี้

การดูแลระยะก่อนผ่าตัด โดยจะมีการประเมินความพร้อมทั้งทางร่างกายและด้านจิตใจ จากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลทวารเทียม หรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะได้รับการนอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ดังนี้

วันที่ 1 - 3 ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะทวารเทียม ทักษะคิดและการยอมรับทวารเทียม การอธิบายความจำเป็นที่ต้องมีทวารเทียม การประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหวของนิ้วมือ สายตา ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การให้ความรู้และเลือกวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย และประเมินการแพ้วัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย การให้คู่มือการดูแลทวารเทียม (เล่ม 1) การเลือกตำแหน่งทวารเทียมที่เหมาะสม โดยวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การใช้หุ่นจำลองเพื่ออธิบายลักษณะทวารเทียม และสาธิตการดูแลทวารเทียม

การดูแลระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยสามารถปรับสภาพจิตใจให้เข้าสู่สภาพปกติโดยเร็ว ดังนี้

วันที่ 0 - 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะสูญเสียเลือดจากแผลผ่าตัด ภาวะขาดสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ ภาวะความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด รวมถึงการประเมินลักษณะของทวารเทียม การดูแลด้านจิตใจ โดยการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมองเห็นทวารเทียม สัมผัสทวารเทียม เพื่อสร้างความคุ้นเคยและปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับกับภาพลักษณ์ใหม่

วันที่ 2 - 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจะได้รับการสอนและสาธิตการดูแลทวารเทียม ทั้งในเรื่องการทำความสะอาดทวารเทียม และถุงรองรับสิ่งขับถ่าย สาธิตการเปลี่ยนแป้น และให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลฝึกทำความสะอาดทวารเทียมร่วมกับพยาบาลผู้สาธิต การให้คำแนะนำการสังเกตลักษณะทวารเทียมที่ผิดปกติ และการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแล ได้แก่ ผิวหนังระคายเคือง การบาดเจ็บของทวารเทียม ทวารเทียมยื่นมากกว่าปกติ หรือทวารเทียมต่ำกว่าระดับผิวหนัง การเกิดไส้เลื่อนข้างทวารเทียม รวมถึงการให้คำแนะนำในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การทำงาน และการออกกำลังกาย

การดูแลระยะเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน จะเริ่มตั้งแต่วันที่ 4 หลังผ่าตัดจนถึงวันก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจะได้รับการฝึกทักษะการดูแลทวารเทียม การทำความสะอาด การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย โดยพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (ET nurse) ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแล ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง จะมีการประเมินความสามารถและทักษะในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักและบันทึกไว้ในบันทึกทางการพยาบาล ประสานงานกับฝ่ายโภชนาการในการส่งผู้ป่วยไปเรียนเรื่องอาหารที่ควรรับประทานและควรหลีกเลี่ยง การให้คู่มือเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (เล่ม 2) รวมถึงการส่งวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายให้เหมาะสมและเพียงพอก่อนวันนัดครั้งต่อไป

การดูแลระยะการติดตามหลังจำหน่าย ผู้ป่วยจะได้รับการนัดตรวจที่คลินิกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก หลังผ่าตัดประมาณ 1 เดือน ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลทวารเทียม เช่น ไม่สามารถติดแป้นรองรับสิ่งขับถ่ายได้ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล เช่น ผิวหนังรอบทวารเทียมอักเสบ ท้องผูก ถ่ายอุจจาระเหลว การติดแผ่นรองรับทวารเทียมได้ไม่นาน ทำให้ต้องเปลี่ยนบ่อย เป็นต้น จะได้รับการส่งต่อให้พยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (ET nurse) เพื่อให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาในการดูแลทวารเทียมต่อไป

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรงและทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม ทั้งแบบชั่วคราวและแบบถาวร ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการดูแลทวารเทียม ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพจากพยาบาล ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะเตรียมความพร้อมก่อนการกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและมีการรับรู้ภาพลักษณ์การมีทวารเทียมที่ดี มีความรู้และความสามารถในการดูแลทวารเทียม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลทวารเทียม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับทวารเทียม

จากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านมีความรู้และความสามารถในการดูแลทวารเทียมซึ่งได้รับการสอนจากพยาบาล แต่ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ทั้งหมด ไม่สามารถแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิด

จากการดูแล มีความวิตกกังวลเรื่องภาพลักษณ์ ไม่กล้าออกจากบ้าน กลัวคนรอบข้างรังเกียจ รู้สึก
 ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ที่ผ่านมามีการศึกษาผลลัพธ์
 เฉพาะด้าน ยังไม่มีการศึกษาผลลัพธ์ทุกด้านของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการประเมินผลลัพธ์การบริการ
 ทางสุขภาพ เป็นตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนถึงคุณภาพการบริการที่ได้รับ จึงควรมีการกำหนด
 คุณภาพเชิงผลลัพธ์ ที่สามารถวัดได้และดำเนินการประเมินอย่างมีมาตรฐาน เพื่อสะท้อนคุณภาพ
 การบริการที่ให้ผู้ป่วย โดยผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม คือ การมีความรู้และมี
 ทักษะความสามารถในการปฏิบัติดูแลทวารเทียมได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก
 การดูแลทวารเทียม และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับทวารเทียมได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิต
 ที่ดี และการที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต้องเกิดจาก ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการดูแลทวารเทียม ที่ต้องม
 ความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องกันทั้งจาก ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และเหตุแวดล้อม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้
 ผู้วิจัยเลือกศึกษาการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลเฉพาะในมิติของผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยที่มี
 ทวารเทียม ซึ่งผลการประเมินสามารถสะท้อนปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ ที่เกี่ยวข้องกันในการ
 พยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมได้

ใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ยังไม่มีการวัดผลลัพธ์ทางการ
 พยาบาลของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มี
 ทวารเทียม ในมิติของผู้รับบริการ ที่มีความสำคัญและสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยนำเข้าและ
 กระบวนการที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ซึ่งผลลัพธ์การดูแลทวารเทียมในการศึกษาครั้งนี้
 ได้แก่ (1) การมีความรู้ในการดูแลทวารเทียม (2) การรับรู้ภาพลักษณ์ (3) ความสามารถในการดูแล
 ทวารเทียม (4) การเกิดภาวะแทรกซ้อน และ (5) คุณภาพชีวิต เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนา
 ปรับปรุงระบบการดูแลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ได้แก่ ความรู้ในการดูแลทวารเทียม การรับรู้ภาพลักษณ์หลังผ่าตัด ความสามารถในการดูแลทวารเทียม การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม โดยมีรายละเอียดการดำเนินวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรงและทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทั้งชนิดชั่วคราวและถาวร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรงและทวารหนัก และได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ และแพทย์นัดติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัดทวารเทียมที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกและแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลดังกล่าว

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยทุกราย ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มารับการตรวจที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกและแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยใน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุมากกว่า 18 ปี
2. สามารถพูดคุย สื่อสารเข้าใจ
3. เป็นผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมมา 1 เดือน เป็นต้นไป ทั้งแบบชั่วคราวและแบบถาวร

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane (Yamane, 1973 อ้างตามบุญใจ, 2553) จำนวนประชากรในปี 2558 ทั้งหมด 141 คน กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 104 คน (ภาคผนวก ก) แต่เนื่องจากในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม 2559 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2559 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่มารับการตรวจที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวนทั้งหมดเพียง 74 ราย และเนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 รายในการนำมาวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลทวารเทียม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (2) แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม (3) แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์หลังผ่าตัดทวารเทียม (4) แบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม (5) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมและ (6) แบบประเมินคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ (ภาคผนวก ข)

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1.1 *ข้อมูลส่วนบุคคล* เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก/ส่วนสูง (ค่า BMI) สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ปัญหาทางกายภาพที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง (การมองเห็น การใช้มือ การได้ยิน) และประสบการณ์การดูแลทวารเทียม

1.2 *ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคการรักษาและการดูแลทวารเทียม* เป็นแบบบันทึกที่เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อวินิจฉัยการเจ็บป่วย ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล ชนิดและลักษณะของทวารเทียม การกำหนดตำแหน่งทวารเทียม ส่วนประเภทของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ระยะเวลาที่ติดและการตัดขนาดเป็นรองรับสิ่ง

ข้อถ่าย และการทำความสะอาดทวารเทียม การรับประทานอาหาร การแต่งกาย และความรู้สึกรู้สึกต่อการมีทวารเทียม ได้จากการสัมภาษณ์และการสังเกตของผู้วิจัย

2. แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วย เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย จุฬาร (2544) ซึ่งมีทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย (1) การประเมินความรู้การดูแลตนเองด้านร่างกาย และ (2) ความรู้การดูแลตนเองด้านโภชนาการ โดยความรู้การดูแลตนเองด้านร่างกาย ประกอบด้วย การประเมินลักษณะผิดปกติของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม การทำความสะอาดทวารเทียม การทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ (ข้อ 1,2,3,5,6,8,9,10) ส่วนความรู้ด้านโภชนาการ ประกอบด้วย ความรู้ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ (ข้อ 4,7) และผู้วิจัยประยุกต์เพิ่มเติมคำถามอีก 5 ข้อ ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับความรู้เรื่องการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การแก้ไขเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม (ข้อ 11,12,14,15) และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงหลังผ่าตัด (ข้อ 13) ได้แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม ทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบถูก/ผิด ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 15 คะแนน และหารด้วยจำนวนข้อ คือ 15 ข้อ ได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 1 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมสูง โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ช่วงเท่าๆกัน (Best, 1977)

คะแนน 0.00 - 0.33 หมายถึง มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมต่ำ

คะแนน 0.34 - 0.67 หมายถึง มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมปานกลาง

คะแนน 0.68 - 1.00 หมายถึง มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมสูง

3. แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยหลังการมีทวารเทียม เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย จุฬาร (2544) ซึ่งประเมิน 3 มิติ ได้แก่ (1) มิติด้านร่างกาย เป็นการประเมินความรู้สึกและการรับรู้ต่อการมีทวารเทียม (2) มิติด้านความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นการประเมินความรู้สึกและการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายทางทวารเทียม ที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการมีเพศสัมพันธ์ และ (3) มิติด้านสังคม เป็นการประเมินความรู้สึกและการรับรู้การแสดงออกต่อการปฏิบัติสัมพันธ์ของบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน พยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แยกเป็นมิติต่างๆ ได้ดังนี้

มิติด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 - 10

มิติด้านความสามารถในการทำหน้าที่ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 11 - 19

มิติด้านสังคม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 20 - 30

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
คะแนน 2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
คะแนน 3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
คะแนน 4	หมายถึง	เห็นด้วย
คะแนน 5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โดยข้อคำถามเชิงบวก มี 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 8, 14, 15, 18, 19, 23, 24, 26, 28, และ 30 และข้อคำถามเชิงลบ มี 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 27, และ 29

การแปลผล ผู้วิจัยจะกลับคะแนนเชิงลบก่อน หลังจากนั้นนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน แล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ได้คะแนนเต็มเท่ากับ 5 คะแนน ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีการยอมรับภาพลักษณ์ของการมีทวารเทียม

4. แบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วย เป็นแบบประเมินทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง ที่พัฒนาโดย เกศิณีและคณะ (2557) ประกอบด้วย การประเมินการดูแลตนเอง 3 มิติ คือ (1) มิติด้านร่างกาย ประกอบด้วย การประเมินการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การขับถ่ายทางทวารเทียมและการทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนแผ่นรองรับทวารเทียมและถุงรองรับอุจจาระ การสังเกตอาการผิดปกติและการป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลทวารเทียม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 - 8 (2) มิติด้านจิตใจ ประกอบด้วย การยอมรับภาพลักษณ์ที่เกิดจากการมีทวารเทียม การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม การให้กำลังใจตนเอง และการหาวิธีทำให้จิตใจสงบ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 9 - 12 และ (3) มิติด้านสังคม ประกอบด้วย การประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ ทราบวิธีขอความช่วยเหลือจากระบบสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้มีทวารเทียม ไม่แยกตัวจากสังคม สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆตามบทบาทที่เคยทำก่อนการเจ็บป่วย และมีทวารเทียม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 13 - 18 โดยแบบประเมิน ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0 - 2 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ปฏิบัติเองไม่ได้ต้องมีคนช่วยทำให้ตลอดเวลา

คะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติได้และต้องมีคนช่วยหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 36 คะแนน หากด้วยจำนวนข้อ คือ 18 ข้อ ได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 2 คะแนน และแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆกัน ซึ่งใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนน 0.00 - 0.67 หมายถึง ความสามารถในการดูแลทวารเทียมต่ำ

คะแนน 0.68 - 1.35 หมายถึง ความสามารถในการดูแลทวารเทียมปานกลาง

คะแนน 1.36 - 2.00 หมายถึง ความสามารถในการดูแลทวารเทียมสูง

5. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม เป็นแบบประเมินความผิดปกติของผิวหนังใต้เป็นปิดทวารเทียม ได้แก่ การอักเสบของผิวหนังใต้เป็นปิดทวารเทียม โดยใช้แบบประเมินลักษณะผิวหนังรอบทวารเทียม (Ostomy Skin Tool) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดยพยาบาลผู้ดูแลทวารเทียมระดับนานาชาติ ร่วมกับบริษัทโคโลพลาส (Martins L. et al., 2010) และแปลเป็นภาษาไทยโดย กาญจนา (2556) ประกอบด้วยการประเมิน (1) ลักษณะผิวหนังใต้เป็นปิดทวารเทียม และ (2) ประเมินพื้นที่ผิวหนังใต้เป็นปิดทวารเทียมที่ถูกทำลาย แบบประเมินนี้ประเมินโดยผู้วิจัย ซึ่งมีรายละเอียดในการประเมินดังนี้

1. การประเมินลักษณะผิวหนังใต้เป็นปิดทวารเทียม โดยการสังเกตลักษณะความผิดปกติของผิวหนังใต้เป็นปิดทวารเทียม ประกอบด้วย

1.1 การมีเปลี่ยนแปลงของสีผิว (discoloration: D) หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิวแตกต่างไปจากเดิม มีค่าคะแนน 0 - 2 คะแนน ดังนี้

ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว	เท่ากับ 0 คะแนน
มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว	เท่ากับ 1 คะแนน
มีภาวะแทรกซ้อน	เท่ากับ 2 คะแนน

(ปวดแสบ แดง แข็ง ร้อน คัน ระคายเคือง)

1.2 การมีรอยแผล (erosion: E) หมายถึง แผลตื้นๆที่มีการสูญเสียผิวหนังตั้งแต่ชั้นบน (epidermis) หรือผิวหนังลอกหลุดจากการแพ้วัสดุหรือการดึงเป็น มีค่าคะแนน 0 - 2 คะแนน ดังนี้

ไม่มีแผลหรือผิวหนังลอกหลุด	เท่ากับ 0 คะแนน
มีการสูญเสียผิวหนังชั้นบน	เท่ากับ 1 คะแนน
มีการสูญเสียผิวหนังชั้นล่าง และมีภาวะแทรกซ้อน (ขึ้นและ เลือดออก เป็นแผล)	เท่ากับ 2 คะแนน

1.3 การมีเนื้อเยื่อออก หรือค่อมูนเหนือระดับผิวหนังปกติ (tissue overgrowth) หมายถึง มีค่อมูนบนเนื้อเยื่อปกติ (hyper granulation) มีค่าคะแนน 0 - 2 คะแนน ดังนี้

ไม่มีค่อมูนเหนือเนื้อเยื่อปกติ	เท่ากับ 0 คะแนน
มีเนื้อเยื่อระดับผิวหนัง	เท่ากับ 1 คะแนน
มีเนื้อเยื่อระดับผิวหนัง และมีภาวะแทรกซ้อน (ขึ้น และ เลือดออก ปวด)	เท่ากับ 2 คะแนน

2. การประเมินพื้นที่ผิวหนังใต้เป็นปิดทวารเทียมที่ถูกทำลาย โดยประเมินพื้นที่ผิวหนังที่ถูกทำลายในแต่ละด้านของความผิดปกติของผิวหนังดังที่กล่าวมาแล้วในข้อ 1 ซึ่งมีค่าคะแนนแบ่งตามจำนวนพื้นที่ผิวหนังที่ถูกทำลายตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน ดังนี้

ผิวหนังปกติ	เท่ากับ 0 คะแนน
ผิวหนังถูกทำลายน้อยกว่าร้อยละ 25	เท่ากับ 1 คะแนน
ผิวหนังถูกทำลายร้อยละ 25 ถึง 50	เท่ากับ 2 คะแนน
ผิวหนังถูกทำลายมากกว่าร้อยละ 50	เท่ากับ 3 คะแนน

การแปลผล คือ นำคะแนนจากการประเมินลักษณะผิวหนังใต้เป็นปิดทวารเทียมบวกกับ คะแนนการประเมินพื้นที่ผิวหนังใต้เป็นปิดทวารเทียมที่ถูกทำลาย ในแต่ละด้าน ได้แก่ (1) การเปลี่ยนแปลงสีผิว (2) การมีรอยแผลหรือผิวหนังลอกหลุด (3) การมีเนื้อเยื่อออกเหนือผิวหนัง หลังจากนั้นนำคะแนนทั้ง 3 ด้านมาบวกกัน จะได้ค่าคะแนนของระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม ที่มีคะแนนระหว่าง 0 - 15 คะแนน และแปลผลระดับความรุนแรง ดังนี้

ผิวหนังปกติ (unaffected)	เท่ากับ 0 คะแนน
มีความรุนแรงน้อย (mild)	เท่ากับ 2 - 3 คะแนน
มีความรุนแรงปานกลาง (moderate)	เท่ากับ 4 - 6 คะแนน
มีความรุนแรงมาก (severe)	เท่ากับ 7 - 15 คะแนน

6. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้มีทวารเทียม เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมของ เกศินีและคณะ (2557) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้กับผู้ป่วยประเทศอเมริกาของ Padilla & Grant (1985) และแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต (2532) แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ โดยแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2,9,10,14,15,18
2. ด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1,3,7,11,13
3. ด้านภาพลักษณ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 5,8,19,22
4. ด้านผลการรักษา ได้แก่ ข้อคำถามที่ 6,16,17
5. ด้านโภชนาการ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4,12
6. ด้านสังคม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 20,21,23

คำถามเป็นคำถามด้านบวก 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,18,20,23 และคำถามด้านลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,4,5,16,17,19,21,22 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่าเส้นตรงมีตัวเลขกำกับ ช่วงละ 10 คะแนน (linear numeric rating scale) โดยที่ปลายสุดของเส้นตรงทั้ง 2 ด้าน ประกอบด้วยคำ 2 คำ ที่มีความหมายตรงกันข้าม ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 100 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง "ไม่มีความรู้สึกในข้อนั้นๆ" จนถึงคะแนน 100 หมายถึง "มีความรู้สึกมากในข้อนั้นๆ"

การแปลผลคะแนนรวมของแบบสอบถาม โดยการนำคะแนนที่ได้ทุกข้อมารวมกัน สำหรับคำถามด้านลบ จะต้องทำการกลับคะแนนก่อน แล้วนำมารวมกันกับคะแนนด้านบวก คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 2300 คะแนน และหารด้วยจำนวนข้อคือ 23 ข้อ จะได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตดี โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆกัน ซึ่งใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ (Best, 1977) ดังนี้

- คะแนน 0 - 33 หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ
- คะแนน 33.01 - 66 หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง
- คะแนน 66.01 - 100 หมายถึง คุณภาพชีวิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการวิจัยที่สร้างขึ้นได้แก่ (1) แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม (2) แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม (3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม (4) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และ (5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผ่าตัดลำไส้ใหญ่ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางศัลยกรรม 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ใช้วิธีคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (item - level CVI : I - CVI) (Polit & Beck, 2012) (ภาคผนวก ก) ดังนี้

1. แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม มีค่า I - CVI เท่ากับ .93
 2. แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม มีค่า I - CVI เท่ากับ 1.0
 3. แบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม มีค่า I - CVI เท่ากับ .87
 4. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม มีค่า I - CVI เท่ากับ 1.0
 5. แบบประเมินคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม มีค่า I - CVI เท่ากับ 1.0
- และหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (scale - level CVI : S - CVI)

(Polit & Beck, 2012) ดังนี้

1. แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม มีค่า S - CVI เท่ากับ .80
2. แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม มีค่า S - CVI เท่ากับ 1.0
3. แบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม มีค่า S - CVI เท่ากับ .61 ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบใหม่อีกครั้ง แล้วนำมาคำนวณค่า S - CVI ใหม่ ได้เท่ากับ 1.0
4. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม มีค่า S - CVI เท่ากับ 1.0
5. แบบประเมินคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม มีค่า S - CVI เท่ากับ 1.0

2. ตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม แบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตหลังการมีทวารเทียม ไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้สถิติ คูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder - Richardson 20: KR - 20) ผลการทดสอบได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

แบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82

แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

แบบประเมินคุณภาพชีวิต นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89

แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 ราย เพื่อหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (interrater reliability) เปรียบเทียบกับการประเมินระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลทวารเทียม จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงในการสังเกต เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและเล็งเห็นถึงความสำคัญ ของจริยธรรมในการทำวิจัยเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์ สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม ทางการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการจริยธรรม และสิทธิผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อตรวจสอบด้านจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยจะชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบโดยเริ่มจากขั้นตอนการ แนะนำตนเอง บอกชื่องานวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และการรักษาความลับในการบันทึกข้อมูล โดยจะไม่มีภาระบงชี้ของ กลุ่มตัวอย่าง ในโครงการวิจัย โดยเป็นการใช้รหัสแทนชื่อผู้ป่วย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึง ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างจะได้ประเมินความรู้และการดูแลทวาร เทียมของตัวเอง หากมีข้อสงสัยหรือเรื่องที่กังวลใจสามารถสอบถามและขอคำแนะนำจากผู้วิจัยได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย กลุ่มตัวอย่างจะไม่มีความเสี่ยงใดๆในการตัดสินใจเข้า ร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และจะไม่มีผลต่อการได้รับการพยาบาล การบริการ หรือการดูแล รักษาใดๆทั้งสิ้น และไม่เป็นอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการให้ข้อมูล โดย กลุ่มตัวอย่างจะมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการปฏิเสธดังกล่าว ไม่มีผลต่อการรักษาหรือการได้รับการบริการทางการแพทย์ และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บ เป็นความลับ ในขณะที่ดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกหรือถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ทุก เมื่อตามต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลเมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย และปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เกิดจากการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรงตลอด 24 ชั่วโมง กรณีพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำและให้ข้อมูลความรู้เพิ่มเติม (ภาคผนวก ง)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลลัพธ์การดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรงและทวารหนัก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการวิจัย

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยที่แก้ไขปรับปรุงแล้ว ขอเอกสารรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขอความอนุญาติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. เมื่อได้รับการอนุมัติเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหัวหน้า ฝ่ายบริการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูล และ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกศัลยกรรม เพื่อขอใช้สถานที่ห้องให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ในการเก็บข้อมูลกรณีผู้ป่วยมารับการตรวจเป็นผู้ป่วยนอก และเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม หูดึง หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา เป็นผู้ป่วยใน เพื่อแนะนำตนเอง และชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย และขอความอนุญาติในการเก็บข้อมูล วิจัย

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก และ แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจง คุณสมบัติตามที่กำหนด เมื่อได้รายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจ ผู้วิจัยดำเนินการ โทรศัพท์ ติดต่อกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างมาพบที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหูดึง กรณีที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วย ใน ผู้วิจัยจะตามไปเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยใน

2. ผู้วิจัยแนะนำตัว และเชิญให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการวิจัยโดยมีการอธิบายให้ผู้ป่วย รับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ความสำคัญและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนในการ เก็บรวบรวมข้อมูล เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์

3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นต์หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และประเมินลักษณะผิวหนังใต้แผ่นรองรับทวารเทียม โดยรวมเวลาทั้งหมดที่ใช้ประมาณ 30 - 45 นาที
4. ภายหลังจากการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในส่วนที่เป็นข้อมูลที่บันทึกในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยและความครบถ้วนของข้อมูล หากข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติหรือสอบถามผู้ป่วยอีกครั้ง เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ออกไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การรับรู้ภาพลักษณ์หลังผ่าตัดทวารเทียม คุณภาพชีวิตหลังการมีทวารเทียม มีการกระจายเป็น โค้งปกติ (ภาคผนวก จ) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความรู้ในการดูแลทวารเทียม ความสามารถในการดูแลทวารเทียม และภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม มีการกระจายไม่เป็น โค้งปกติ (ภาคผนวก ง) ดังนั้นตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้จะวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วย ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive design) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมด้านต่างๆ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลทวารเทียม การรับรู้ภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม ความสามารถในการดูแลทวารเทียม การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม ในผู้ป่วยจำนวน 74 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิจัย โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายเป็นลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง
3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมในด้านต่างๆ

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 74 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเป็นเพศชาย 38 ราย (ร้อยละ 51.40) มีอายุระหว่าง 20 – 86 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 61 ปี ($SD = 13.44$) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 52.70 ($n = 39$) เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60-79 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 63 ราย (ร้อยละ 85.10) มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 59 ราย (ร้อยละ 79.70) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้น ประถมศึกษา จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 54.10) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 59.50) มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยเท่ากับ 22.02 ($SD = 3.89$) ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 63.50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวน 72 ราย (ร้อยละ 97.30) ไม่มีปัญหาการมองเห็น/การใช้มือ/การได้ยินจำนวน 64 ราย (ร้อยละ 86.50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเห็นทวารเทียมมาก่อนผ่าตัดจำนวน 69 ราย (ร้อยละ 93.20) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม ($N = 74$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	51.40
หญิง	36	48.60
อายุ (ปี) ($M = 61.31$, $SD = 13.44$, $Max = 86$, $Min = 20$)		
20 – 39	6	8.10
40 - 59	24	32.40
60 – 79	39	52.70
> 80	5	6.80
ศาสนา		
พุทธ	63	85.10
อิสลาม	11	14.90
สถานภาพสมรส		
คู่	59	79.70
โสด	5	6.80
หม้าย/หย่า/แยก	10	13.50
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4	5.40
ประถมศึกษา	40	54.10
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	14.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	7	9.50
อนุปริญญา/ปวส.	7	9.50
ปริญญาตรี	5	6.60

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Max = ค่าสูงสุด, Min = ค่าต่ำสุด

ตาราง 2 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม ($N = 74$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ข้าราชการ	4	5.40
รัฐวิสาหกิจ	1	1.40
เกษตรกรกรรม	11	14.90
ธุรกิจส่วนตัว	4	5.40
รับจ้าง	4	5.50
แม่บ้าน/ไม่ประกอบอาชีพ	44	59.50
เกษียณอายุราชการ	6	8.10
รายได้ต่อเดือน (บาท) ($M = 20,533$, $SD = 15,013$, $Max = 50,000$, $Min = 1,000$)	3	4.10
0-10,000		
10,001-20,000	12	16.20
20,001-30,000	5	6.80
30,001-40,000	3	4.10
40,001-50,000	5	6.80
ไม่ระบุ	2	2.70
ความสามารถในการดูแลตนเอง	47	63.50
ดูแลตนเองได้		
ดูแลตนเองไม่ได้/มีผู้ดูแล	72	97.30
การมองเห็น	2	2.70
มีปัญหา		
ไม่มีปัญหา	7	9.50
	67	90.50

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Max = ค่าสูงสุด, Min = ค่าต่ำสุด

ตาราง 2 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใต้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม ($N = 74$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้มือ		
มีปัญหา	4	5.40
ไม่มีปัญหา	70	94.60
การได้ยิน		
ไม่มีปัญหา	74	100.00
ไม่มีปัญหาการมองเห็น/การใช้มือ/การได้ยิน	64	86.50
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (กก/ม ²) ($M = 22.02$, $SD = 3.89$, $Max = 31.40$, $Min = 12.41$)		
10.00-18.50 (น้ำหนักน้อย)	13	17.60
18.51-25.00 (ปกติ)	47	63.50
25.01-30.00 (น้ำหนักเกิน)	11	14.90
30.01-40.00 (อ้วน)	3	4.10
ประสบการณ์การดูแลทวารเทียมก่อนการผ่าตัด		
ไม่เคยเห็นทวารเทียมมาก่อนผ่าตัด	69	93.20
เคยเห็น/แต่ไม่เคยดูแลทวารเทียมมาก่อน	1	1.40
ผ่าตัด	4	5.40
เคยเห็น/และเคยดูแลทวารเทียมมาก่อนผ่าตัด		

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Max = ค่าสูงสุด, Min = ค่าต่ำสุด

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งในส่วนลำไส้ตรงมากที่สุด จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 82.50) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดที่กำหนดวันผ่าตัดไว้ล่วงหน้า (elective operation) จำนวน 64 ราย (ร้อยละ 86.50) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 18.47 วัน ($SD = 8.33$) ผู้ป่วยทั้งหมด ได้รับคำปรึกษา ก่อนและหลังผ่าตัดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และได้รับคำปรึกษา ก่อนและหลังผ่าตัดเพิ่มเติมจากพยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลทวารเทียม จำนวน 62 ราย (ร้อยละ 83.80) ได้รับคู่มือการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง จำนวน 71 ราย (ร้อยละ 95.90) และได้รับคู่มือโภชนาการ จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 78.40)

กลุ่มตัวอย่างได้รับการกำหนดตำแหน่งทวารเทียมก่อนผ่าตัด จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 74.30) ผู้ป่วยทั้งหมดใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายชนิด 2 ชั้น ส่วนใหญ่ตัดรูเปิดของแป้นห่างจากทวารเทียม 0-2 มิลลิเมตร จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 74.30) ทำความสะอาดทำทุกครั้งเมื่อขับถ่าย จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 29.70) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกเครียด/วิตกกังวลต่อทวารเทียม จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 51.40) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดได้แก่ ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (hernia) จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 18.90) รองลงมาได้แก่ การบาดเจ็บที่ทวารเทียม (stomal injury) จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 12.50) ภาวะลำไส้ปลิ้นยาวกว่าปกติ (prolapse) จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 9.50) และการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม (irritant dermatitis) จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 6.80) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่ ได้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม ($N = 74$)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	10	13.50
โรคมะเร็งลำไส้ตรง	61	82.50
โรคมะเร็งทวารหนัก	3	4.10
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน) ($M = 18.47$, $SD = 8.33$, $Max = 49$, $Min = 5$)		
0 – 7	5	6.80
8 – 14	22	29.70
> 14	47	63.50
การได้รับการคู่มือการดูแลทวารเทียม		
ได้รับ	71	95.90
ไม่ได้รับ	3	4.10
การได้รับคู่มือโภชนาการ		
ได้รับ	58	78.40
ไม่ได้รับ	16	21.60
ประเภทการผ่าตัด		
ได้รับการกำหนดวันผ่าตัดไว้ล่วงหน้า	64	86.50
ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน	10	13.50
การได้รับคำปรึกษาก่อนและหลังผ่าตัดจากพยาบาล เชี่ยวชาญด้านการดูแลทวารเทียม		
ได้รับ	62	83.80
ไม่ได้รับ	12	16.20

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Max = ค่าสูงสุด, Min = ค่าต่ำสุด

ตาราง 3 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่ ได้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม (N = 74)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับคำปรึกษา ก่อนและหลังผ่าตัดจากพยาบาล ประจำหอผู้ป่วย		
ได้รับ	74	100.00
การได้รับการกำหนดตำแหน่งทวารเทียม		
ได้รับ	55	74.30
ไม่ได้รับ	19	25.70
ชนิดของทวารเทียม		
ทวารเทียมลำไส้ใหญ่	61	82.40
ทวารเทียมลำไส้เล็ก	13	17.60
ลักษณะการผ่าตัดทวารเทียม		
ลำไส้ถูกตัดขาดออกจากกัน	44	59.50
ลำไส้ถูกตัดแต่ไม่แยกออกจากกัน	30	40.50
รูปร่างทวารเทียม		
รูปร่างกลม	58	78.40
รูปร่างรี	16	21.60
ความสูงของทวารเทียม		
เหนือระดับผิวหนัง 2-2.5 เซนติเมตร	45	60.80
เหนือระดับผิวหนังน้อยกว่า 2 เซนติเมตร	27	36.40
ต่ำกว่าระดับผิวหนัง	1	1.40
เหนือระดับผิวหนังมากกว่า 2.5 เซนติเมตร	1	1.40
รูเปิดทวารเทียม		
ตรงกลาง	59	79.70
ด้านข้าง	1	20.30

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Max = ค่าสูงสุด, Min = ค่าต่ำสุด

ตาราง 3 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่ ได้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม ($N = 74$)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รอยเย็บรอบทวารเทียม		
ไม่มีรอยเย็บรอบทวารเทียม	74	100.00
ผิวหนังรอบทวารเทียม		
ผิวหนังปกติ	69	93.20
มีการระคายเคืองของผิวหนัง (เช่น รอยแดง)	5	6.80
ถลอก		
การบาดเจ็บที่ทวารเทียม		
มี	9	12.50
ไม่มี	6	87.50
ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม		
มี	14	18.90
ไม่มี	60	81.10
ภาวะลำไส้ป็นยาวกว่าปกติ		
มี	7	9.50
ไม่มี	67	90.50
ภาวะทวารเทียมตีบ/อุดตัน		
ไม่มี	74	100.00
ตำแหน่งของทวารเทียม		
ด้านซ้ายต่ำกว่าระดับสะดือ	44	59.50
ด้านขวาต่ำกว่าระดับสะดือ	12	16.20
ด้านซ้ายสูงกว่าระดับสะดือ	5	6.80
ด้านขวาสูงกว่าระดับสะดือ	13	17.50

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Max = ค่าสูงสุด, Min = ค่าต่ำสุด

ตาราง 3 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่ ได้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม (N = 74)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะของอุจจาระ		
เหลว	1	1.40
กึ่งเหลว	17	23.00
เหนียวเหมือนยาสีฟัน	41	55.40
แข็ง	15	20.20
ประเภทของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย		
ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายชนิด 2 ชั้น	74	100.00
ประเภทของแป้นรองรับทวารเทียม		
แป้นรองรับทวารเทียมแบบม้วน ไม่ต้องตัด	3	4.10
แป้นรองรับทวารเทียมแบบตัดรูปเปิด	71	95.50
การตัดรูปเปิดของแป้นห่างจากทวารเทียม (มิลลิเมตร)		
0 - 2	55	74.30
3 - 5	11	14.90
> 5	8	10.80
ระยะเวลาที่ติดแป้น (วัน)		
2 - 3	10	13.50
4 - 5	29	39.20
> 7	35	47.30
การทำความสะอาดทวารเทียม		
ทำทุกครั้งเมื่อขับถ่าย	22	29.70
ทำวันละ 1 ครั้ง	19	25.70

หมายเหตุ: M=ค่าเฉลี่ย, SD=ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Max=ค่าสูงสุด, Min=ค่าต่ำสุด

ตาราง 3 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม ($N = 74$)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทำมากกว่า 1 ครั้ง/วัน	13	17.60
ทำเมื่อเปลี่ยนเป็น	16	21.60
อื่นๆ (ใส่น้ำในถุงแล้วเทออก/ทำทุก 2 - 3 วัน)	4	5.40
ความอยากการรับประทานอาหาร		
ปกติ	68	91.80
น้อยกว่าปกติ	3	4.10
เบื่ออาหาร/คลื่นไส้/อาเจียน	3	4.10
ความรู้สึกลึกต่อการมีทวารเทียม		
เฉยๆ	36	48.60
เครียด/วิตกกังวล	38	51.40

หมายเหตุ: M =ค่าเฉลี่ย, SD =ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Max =ค่าสูงสุด, Min =ค่าต่ำสุด

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมโดยรวมและจำแนกตามรายด้าน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมโดยรวม

จากการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม โดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก ($N = 74$) มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมอยู่ในระดับสูง ($M = .91$, $SD = .09$, $Mdn = .93$, $IQR = .13$) มีการยอมรับภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม ($M = 3.56$, $SD = .41$, $Mdn = 3.60$, $IQR = .48$) และมีความสามารถในการดูแลทวารเทียมอยู่ในระดับสูง ($M = 1.61$, $SD = .32$, $Mdn = 1.67$, $IQR = .42$) มีภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมอยู่ในระดับต่ำ ($M = .74$, $SD = 1.50$, $Mdn = 0.00$, $IQR = 1$) ส่วนคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 74.88$, $SD = 11.03$, $Mdn = 76.74$, $IQR = 14.13$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ จำแนกตามคะแนนความรู้ในการดูแลทวารเทียม การรับรู้ภาพลักษณ์หลังผ่าตัดทวารเทียม ความสามารถในการดูแลทวารเทียม ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม ($N = 74$)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	ระดับ
ความรู้การดูแลทวารเทียม	.91	.09	.93	.13	สูง
ด้านร่างกาย	.93	.09	1.00	.08	สูง
ด้านโภชนาการ	.81	.22	1.00	.33	สูง
การรับรู้ภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม	3.56	.41	3.60	.48	ยอมรับ
ด้านร่างกาย	3.62	.45	3.60	.60	ยอมรับ
ด้านความสามารถในการทำหน้าที่	3.41	.44	3.44	.56	ยอมรับ
ด้านสังคม	3.63	.49	3.64	.55	ยอมรับ
ความสามารถในการดูแลทวารเทียม	1.61	.32	1.67	.42	สูง
ด้านร่างกาย	1.60	.44	1.75	.66	สูง
ด้านจิตใจ	1.95	.14	2.00	.00	สูง
ด้านสังคม	1.41	.46	1.33	.67	สูง
ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม	.74	1.50	0.00	1.00	ปกติ
คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม	74.88	11.03	76.74	14.13	สูง
ด้านจิตใจ	74.72	12.25	76.67	16.67	สูง
ด้านร่างกาย	71.08	14.46	72.00	18.50	สูง
ด้านภาพลักษณ์	65.52	18.02	65.00	25.63	ปานกลาง
ด้านผลการรักษา	80.36	13.61	83.33	20.00	สูง
ด้านโภชนาการ	80.03	17.75	90.00	21.25	สูง
ด้านสังคม	85.81	12.85	90.00	10.83	สูง

หมายเหตุ: *M* = Mean, *SD* = Standard deviation, *Mdn* = Median, *IQR* = Interquartile range

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมรายด้าน

ผลการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้ตรงและทวารหนัก ($N = 74$) จำแนกเป็นรายด้าน ได้ดังนี้

ความรู้ในการดูแลทวารเทียม

จากการศึกษา เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่ผู้ป่วยตอบผิดมากที่สุดคือ ความรู้ในการดูแลทวารเทียมด้านโภชนาการ จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 45.90) และความรู้ในการดูแลทวารเทียมด้านร่างกาย จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 31.10) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้ตรงและทวารหนัก ที่มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมไม่ถูกต้อง สูงสุด 3 อันดับแรก จำแนกตามรายชื่อ ($N = 74$)

ข้อที่ตอบผิด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- การหลีกเลี่ยงอาการท้องผูกได้โดยรับประทานผักและผลไม้หลายๆ	34	45.90
- การอักเสบเป็นรอยแดงรอบบริเวณทวารเทียม เป็นอาการที่ผิดปกติ	13	17.60
- เมื่อมีการอักเสบของผิวหนังรอบทวารเทียมให้ใช้แป้งเฉพาะที่รักษาแผล (stomahesive powder)	10	13.50

การรับรู้ภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม

จากการศึกษา เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างไม่ยอมรับภาพลักษณ์มากที่สุด คือ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ ได้แก่ การรู้สึกกลัวที่อุจจาระจะไหลออกมาเป็นอนและมีกลิ่นเหม็น จำนวน 45 ราย (ร้อยละ 60.90) ด้านร่างกาย ได้แก่ การรู้สึกอายที่ต้องมีถุงอุจจาระติดตัวตลอดเวลา จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 59.50) ด้านสังคม ได้แก่ รู้สึกกังวลว่าบุคคลอื่นจะรังเกียจเมื่อมีอุจจาระอยู่ในถุง จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 51.30) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้ตรงและทวารหนัก ด้านที่ไม่ยอมรับ
 ภาวะหลังผ่าตัดทวารเทียมสูงสุด 3 อันดับแรก จำแนกตามรายชื่อ (N = 74)

ข้อที่ไม่ยอมรับภาวะหลังผ่าตัดทวารเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- การรู้สึกกลัวที่อุจจาระจะไหลออกมาเป็นอนและมีกลิ่นเหม็น	45.00	60.90
- การรู้สึกอายนที่ต้องมีถุงอุจจาระติดตัวตลอดเวลา	44.00	59.50
- รู้สึกกังวลว่าบุคคลอื่นจะรังเกียจเมื่อมีอุจจาระอยู่ในถุง	38.00	51.30

ความสามารถในการดูแลทวารเทียม

จากการศึกษาเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้านสังคม ได้แก่ การหารายได้เลี้ยงตนเองและนำมาเป็นค่ารักษาพยาบาลได้เช่นเดียวกับก่อนการเจ็บป่วยและมีทวารเทียม จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 33.80) การรับผิดชอบดูแลครอบครัวได้เช่นเดียวกับระยะก่อนการเจ็บป่วยและมีทวารเทียม จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 29.70) ไม่สามารถทำงานต่างๆเหมือนที่เคยทำก่อนการเจ็บป่วยและมีทวารเทียม จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 12.20) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้ตรงและทวารหนัก ที่ไม่มีความสามารถในการดูแลทวารเทียมสูงสุด 3 อันดับแรก จำแนกตามรายชื่อ (N = 74)

ข้อที่ไม่มีความสามารถในการดูแลทวารเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ความสามารถในการหารายได้เลี้ยงตนเองและนำมาเป็นค่ารักษาพยาบาลได้เช่นเดียวกับก่อนการเจ็บป่วยและมีทวารเทียม	25	33.80
- การรับผิดชอบดูแลครอบครัวได้เช่นเดียวกับระยะก่อนการเจ็บป่วยและมีทวารเทียม	22	29.70
- ความสามารถในการทำงานต่างๆเหมือนที่เคยทำก่อนการเจ็บป่วยและมีทวารเทียมได้	9	12.20

การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยอันดับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม ($Mdn = .00$, $IQR = 1.00$) ซึ่งแปลผลได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีลักษณะผิวหนังรอบทวารเทียมอยู่ในสภาพปกติ จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 87.70) แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 12.3) ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงได้ 3 ระดับ ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8

จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก จำแนกตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม ($N = 74$)

ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผิวหนังปกติ	65	87.70
มีความรุนแรงน้อย	5	6.80
มีความรุนแรงปานกลาง	3	4.10
มีความรุนแรงมาก	1	1.40

คุณภาพชีวิตหลังการมีทวารเทียม

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการมีทวารเทียมอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านภาพลักษณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การกลัวเรื่องกลิ่นหรือการรั่วซึมของอุจจาระ จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 48.60) การรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียม จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 37.90) มีความยากในการปรับตัวต่อทวารเทียม จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 35.10) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก ที่มีคุณภาพชีวิตด้านภาพลักษณ์ระดับปานกลาง สูงสุด 3 อันดับแรก จำแนกตามรายชื่อ (N = 74)

คุณภาพชีวิตหลังการมีทวารเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- การกลัวเรื่องกลิ่นหรือการรั่วซึมของอุจจาระ	36	48.60
- การรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียม	28	37.90
- มีความยากในการปรับตัวต่อทวารเทียม	28	35.10

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ทั้ง 5 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลทวารเทียม ความสามารถในการดูแลทวารเทียม และคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียมอยู่ในระดับสูง มีการยอมรับภาพลักษณ์หลังผ่าตัดทวารเทียม และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผิวหนังรอบทวารเทียมอยู่ในสภาพปกติ ซึ่งสามารถอธิบายประเด็นได้ดังต่อไปนี้

ความรู้ในการดูแลทวารเทียม

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้ที่สำคัญในการดูแลทวารเทียมได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม วิธีทำความสะอาดและปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การเลือกวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ชีวิตประจำวัน (บุญชื่น, 2555) ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมโดยรวมอยู่ในระดับสูง สามารถบอกอาการผิดปกติของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียมได้ บอกวิธีทำความสะอาดทวารเทียม วิธีการติดแป้นรองรับสิ่งขับถ่าย การใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับทวารเทียม และการรับประทานอาหารได้ถูกต้อง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ข้อมูลจากพยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลทวารเทียมร่วมกับพยาบาลประจำการที่ชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม นอกจากนี้ยังได้รับความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคจากนักโภชนาการ และมีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้คำปรึกษาในการดูแลทวารเทียม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และมี

แหล่งสนับสนุนคอยให้คำปรึกษา เพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลทวารเทียม (สมพร, 2553; Erwin-toth et al., 2012; Recalla et al., 2013) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Danielsen et al (2013) ที่ศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยผู้ที่มีทวารเทียมมาก่อนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับคู่มือในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองและคู่มือด้านโภชนาการ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สื่อการสอนที่เป็นข้อความและรูปภาพประกอบมีประโยชน์ต่อผู้เรียน คือทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาความคิด และสามารถจดจำสิ่งที่เรียนได้ดีขึ้น (ณรงค์, 2553) และสอดคล้องกับการศึกษาของนัจญ์มะฮ์ (2560) ศึกษาผลของการใช้ชุดเครื่องมือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบางต่อความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติการในพื้นที่เสี่ยงอุทกภัย โดยชุดเครื่องมือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบางประกอบด้วย คู่มือวิธีทัศน และแผ่นพับร่วมกับการบรรยาย ซึ่งในคู่มือและแผ่นพับมีเนื้อหาและรูปภาพประกอบ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้และทักษะหลังการใช้ชุดเครื่องมือสูงกว่าก่อนการใช้ชุดเครื่องมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความรู้ในการดูแลทวารเทียมรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ด้านโภชนาการ ได้แก่ ความรู้เรื่องรับประทานผักและผลไม้ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่ามะเร็งลำไส้เกิดจากการรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ น้อย ทำให้การขับถ่ายอุจจาระไม่ดี ท้องผูกและกลายเป็นมะเร็ง หลังการผ่าตัดจึงควรรับประทานอาหารที่มีกากใยมากกว่าปกติเพื่อไม่ให้มะเร็งกลับเป็นซ้ำ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับประทานอาหารที่มีกากใยมากเกินไป จะทำให้เกิดการอุดตันหรือการขับถ่ายอุจจาระลำบาก ดังนั้นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารเทียมควรเริ่มรับประทานอาหารที่มีกากใยทีละเล็กละน้อยหลังผ่าตัด 8 สัปดาห์ และควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียด เพื่อไม่ให้เกิดการอุดตันของทวารเทียม (วรรณ, 2551; ไพบุญ, 2555) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลจากนักโภชนาการเรื่องการรับประทานอาหาร แต่อาจไม่เพียงพอเนื่องจากระยะเวลาที่ได้รับข้อมูลน้อย โดยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากนักโภชนาการก่อนกลับบ้าน 1 วัน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลโดยตรงจากนักโภชนาการ โดยผู้ป่วยจะให้ญาติเป็นคนไปเรียนเรื่องการรับประทานอาหารแทนตัวเอง เนื่องจากไม่สะดวกที่จะลงไปเรียนที่หน่วยโภชนาการ เพราะมีความกังวลเรื่องการรั่วซึมของอุจจาระและความเจ็บปวดของแผลผ่าตัด และนอกจากนี้ผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการดูแลทวารเทียมด้านร่างกาย ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติของผิวหนังรอบทวารเทียม โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 17.60) ไม่ทราบว่าอาการอักเสบเป็นรอยแดงรอบบริเวณทวารเทียมเป็นอาการที่ผิดปกติ และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย

(ร้อยละ 13.50) ไม่ทราบวิธีการแก้ไขเมื่อเกิดการอักเสบของผิวหนังรอบทวารเทียม เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการสอนการดูแล ขาดการเน้นย้ำเรื่องอาการผิดปกติ ผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะเรียนรู้หลังผ่าตัด และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทวารเทียมมาก่อน ทำให้คุณภาพไม่ออก คิดว่ารอยแดงรอบทวารเทียมเป็นอาการปกติที่เกิดในระยะแรกหลังผ่าตัด จึงไม่ได้ตระหนักที่จะแสวงหาวิธีป้องกันและแก้ไข

การยอมรับภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยอมรับภาพลักษณ์หลังผ่าตัดทวารเทียม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับลักษณะของทวารเทียม การแต่งกายปกปิด การใช้ชีวิตประจำวันหลังการมีทวารเทียม ตั้งแต่มาตรวจรักษาที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก จนกระทั่งเข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยใน และนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีบุตรหลานคอยดูแลเอาใจใส่และช่วยเหลือการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่วิตกกังวลในการดูแลทวารเทียมและยอมรับภาพลักษณ์หลังผ่าตัดทวาร

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างไม่ยอมรับภาพลักษณ์มากที่สุด คือ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ ได้แก่ การรู้สึกกลัวที่อุจจาระจะไหลออกมาเปื้อนและมีกลิ่นเหม็น ด้านร่างกาย ได้แก่ การรู้สึกอายนที่ต้องมีถุงอุจจาระติดตัวตลอดเวลา ด้านสังคม ได้แก่ รู้สึกกังวลว่าบุคคลอื่นจะรังเกียจเมื่อมีอุจจาระอยู่ในถุง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงานมีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี จะรู้สึกกังวลที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ กลัวอุจจาระเปื้อนออกมาข้างนอกถุง มีกลิ่นเหม็นรบกวนคนรอบข้าง และกลัวว่าไม่สามารถทำงานได้เหมือนปกติก่อนมีทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องเปลี่ยนหรือหยุดการประกอบอาชีพที่เคยทำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมพบว่า ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจะกังวลกลัวคนอื่นจะเห็นหรือได้กลิ่น และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการทำงาน (Danielsen et al., 2013) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง และไม่ยอมรับภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม

ความสามารถในการดูแลทวารเทียม

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สำคัญอีกด้าน ที่จะทำให้ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แก่ ความสามารถในการดูแลทวารเทียม ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลทวารเทียมโดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับการสอนและสาธิตการดูแลทวารเทียมตลอดระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล จากพยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลทวารเทียมร่วมกับพยาบาลประจำการที่ชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ทั้งในเรื่องการทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย สาธิตการเปลี่ยนเป็น โดยก่อนผ่าตัดจะได้รับการสาธิตการดูแลทวารเทียมด้วยหุ่นจำลอง และหลังผ่าตัดจะได้รับการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งการได้ฝึกทักษะด้วยหุ่นจำลองและการได้ฝึกปฏิบัติจริง จะทำให้ผู้เรียนได้เห็นตัวอย่างจากสื่อก่อนลงมือฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจมากขึ้น (ทิสนา, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร (2553) ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม พบว่า การใช้โปรแกรมในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลทวารเทียมซึ่งประกอบด้วย การสร้างความคุ้นเคยกับทวารเทียม การสอน โดยการสาธิตวิธีการดูแลทวารเทียม การฝึกปฏิบัติภายใต้การควบคุมของพยาบาลที่มีความรู้ในการดูแลทวารเทียม การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย การพูดคุยให้กำลังใจและการชมเชยเมื่อปฏิบัติถูกต้อง จะช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติและทำให้มีความสามารถในการดูแลทวารเทียมเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความสามารถในการดูแลทวารเทียมรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้านสังคม ได้แก่ ความสามารถในการหารายได้เลี้ยงตนเองและนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการซื้อวัสดุปิดทวารเทียมลดลง เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพระยะยาว ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต บทบาทในการดูแลครอบครัวลดลง ไม่กล้าออกจากบ้านเพราะกลัวคนรอบข้างเห็นและรังเกียจ และรู้สึกยุ่งยากถ้ามีการร่วมรับประทานอาหารระหว่างออกนอกบ้าน บางรายต้องเปลี่ยนอาชีพหรือหยุดการทำงานประจำทำให้รายได้ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีทวารเทียมทำให้มีความยากลำบากต่อการปรับตัวในการทำงาน การเดินทาง ต้องออกจากงานประจำ และผู้ป่วยต้องเตรียมอุปกรณ์สำรองในการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Krouse et al., 2007; Sprangers et al., 1995)

ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผิวหนังรอบทวารเทียมอยู่ในสภาพปกติ คือสภาพผิวหนังไม่เกิดการอักเสบหรือเป็นรอยแดง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนการดูแลผิวหนังและทวารเทียม ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดด้วยหุ่นจำลองและมีคู่มือสำหรับการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังได้รับการสอนจากพยาบาลเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดทวารเทียมและพยาบาลประจำการที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลทวารเทียมได้ถูกต้อง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถตัดรูเปิดของแป้นปิดทวารเทียมได้เหมาะสม ทำให้อุจจาระสัมผัสผิวหนังน้อย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ไม่อ้วน) ทำให้ติดแป้นได้ง่าย แป้นไม่รั่วซึมก่อนกำหนดสามารถติดแป้นได้นานถึง 7 วัน ไม่ต้องเปลี่ยนแป้นบ่อย รวมทั้งความสูงของทวารเทียมมีความเหมาะสม ทำให้อุจจาระลงถุงได้ง่าย และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทวารเทียมชนิดลำไส้ใหญ่ ซึ่งอุจจาระจะมีลักษณะข้นกว่าทวารเทียมชนิดลำไส้เล็ก ทำให้อุจจาระมีโอกาสเกาะได้แป้นได้ยาก ทำให้เกิดการระคายเคืองของผิวหนังได้น้อย และที่สำคัญคือกลุ่มตัวอย่างได้รับการกำหนดตำแหน่งทวารเทียมก่อนผ่าตัด ทำให้ทวารเทียมอยู่ในตำแหน่งเหมาะสม ดูแลได้ง่าย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ยังมีกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วน หน้าท้องยื่นนูนมากทำให้ติดแป้นยากเกิดการรั่วซึมของอุจจาระบ่อย และกลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ไม่ได้มีการกำหนดตำแหน่งทวารเทียมก่อนผ่าตัด ทำให้ทวารเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม และมีปัญหาในการติดแป้นรองรับทวารเทียม นอกจากนี้พบว่าความสูงของทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าระดับผิวหนัง ทำให้สิ่งขับถ่ายเกาะเข้าได้แป้นปิดทวารเทียมได้ง่าย รวมถึงการตัดรูเปิดของแป้นห่างจากทวารเทียมมากกว่า 5 เซนติเมตร ทำให้สิ่งขับถ่ายสัมผัสผิวหนัง ทำให้เกิดการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียมได้แก่ การติดแป้นกว้างเกินไป ทำให้อุจจาระสัมผัสผิวหนัง ความอ้วนทำให้ผนังหน้าท้องมีความโค้งนูนติดแป้นยาก และความสูงของทวารเทียมที่น้อยกว่า 10 มิลลิเมตรจะทำให้อุจจาระเกาะได้แป้นได้ง่าย (Cottam et al., 2007) นอกจากนี้การไม่ได้กำหนดตำแหน่งทวารเทียมก่อนผ่าตัด ทำให้ทวารเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม เช่น อยู่ในตำแหน่งรอยพับย่นของหน้าท้อง อยู่ใกล้แผลเป็น สะดือหรือปุ่มกระดูกทำให้พื้นที่ผิวที่ติดแป้นไม่เรียบ ติดแป้นยากเกิดการรั่วซึมของอุจจาระได้ง่าย ทำให้มีการอักเสบของผิวหนังรอบทวารเทียมตามมา (Recalla et al., 2013)

คุณภาพชีวิต

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตหลังการมีทวารเทียมโดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการให้คำแนะนำและปรับทัศนคติต่อการมีทวารเทียม ตั้งแต่มีการตัดสินใจผ่าตัดทวารเทียม โดยได้รับคำปรึกษาก่อนและหลังผ่าตัดทวารเทียมจากพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลทวารเทียมร่วมกับพยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ในการดูแลทวารเทียม โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของทวารเทียมและการดูแลตนเองหลังการมีทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับในการมีทวารเทียม และเกิดความสนใจที่จะเรียนรู้การดูแลทวารเทียม ทำให้มีความสามารถในการดูแลทวารเทียม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีครอบครัวคอยช่วยเหลือและดูแลหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับทวารเทียมได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัดทวารเทียม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมต้องมีการคิดเชิงบวก ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลและการสอนจากพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการดูแลตนเองทั้งร่างกายจิตใจและสังคม นอกจากนี้ยังต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ต้องร่วมกันดูแลอย่างเป็นระบบ (สายสมรและคณะ, 2556)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive design) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Holzemer (1994) ซึ่งผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมประเมินได้จาก (1) การมีความรู้ในการดูแลทวารเทียม (2) การรับรู้ภาพลักษณ์หลังผ่าตัดทวารเทียม (3) ความสามารถในการดูแลทวารเทียม (4) การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และ (5) คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้ตรงและทวารหนัก ที่มารับการผ่าตัดทวารเทียมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 74 ราย และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม 2559 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย (1) แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม (2) แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์หลังผ่าตัดทวารเทียม (3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม (4) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม และ (5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงรายข้อ (I-CVI) เท่ากับ .93, 1.0, .87, 1.0, และ 1.0 ตามลำดับ และความตรงโดยรวมทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ .80, 1.0, .61, 1.0, และ 1.0 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำ (1) แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย โดยใช้สถิติคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 (2) แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์หลังผ่าตัดทวารเทียม (3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม และ (4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89, .82, และ .89 ตามลำดับ (5) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย ได้ค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (interrater reliability) เท่ากับ .88

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.40 ($n = 38$) เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 61.31 ($SD = 13.44$) และมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก ที่มีทวารเทียมดังนี้

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยอันดับความรู้ในการดูแลทวารเทียมวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ในการดูแลทวารเทียมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($Mdn = .93, IQR = .13$)

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาพลักษณ์หลังผ่าตัดทวารเทียมวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างยอมรับภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม ($M = 3.56, SD = .41$)

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยอันดับความสามารถในการดูแลทวารเทียมวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และส่วน เบี่ยงเบนควอไทล์ ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลทวารเทียมโดยรวมอยู่ใน ระดับสูง ($Mdn = 1.67, IQR = .42$)

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยอันดับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ผลการศึกษาพบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบทวารเทียมอยู่ใน ระดับต่ำ ($Mdn = 0.00, IQR = 1.00$)

5. ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียมวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียมอยู่ในระดับสูง ($M = 74.88, SD = 11.03$)

ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ นับเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เนื่องจากในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล มีจำนวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพียง 74 ราย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ และผู้ศึกษามีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ทำให้อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรทั้งหมด ดังนั้นผลการวิจัยที่ได้ อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นๆ ที่อาจมีรูปแบบการดูแลที่แตกต่างกันจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาในครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการมีทวารเทียมตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 3 ปี ซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลทวารเทียม ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมานานอาจมีปัจจัยส่งเสริมให้มีความรู้ และความสามารถในการดูแลทวารเทียมเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรกำหนดระยะเวลาที่มีทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างให้ใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ออกมาเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งพยาบาลทุกคนสามารถนำมาใช้ให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมได้
2. นำผลการวิจัยมากระตุ้นและส่งเสริมให้พยาบาลใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม
3. ควรมีการพัฒนาการพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม การทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลทวารเทียม
4. พัฒนาช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงการพยาบาลที่มีคุณภาพ ดังนั้นควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยในบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อนำผลลัพธ์มาพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยด้านการสนับสนุนของครอบครัวต่อผลลัพธ์การดูแลทวารเทียมของผู้ป่วย
2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลทวารเทียมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการมีทวารเทียม
3. ควรศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลการคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการมีทวารเทียม
4. ควรทำการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลอย่างมีแบบแผนต่อคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (2556). เครื่องมือประเมินผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้หน้าท้อง. ใน จุฬารพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลออสโตมีแผลในศตวรรษที่ 21*. (95 – 112). กรุงเทพมหานคร: พุ่มทอง.
- เกศินี ชีรทองดี, จันทนา วัฒนฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, และคณินิจ พงศ์ถาวรกุล. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง. *วารสารโรคมะเร็ง*, 34(2), 68-78.
- กรมสุขภาพจิต, (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. *โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่*, 1-8.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โภชิตต์ชัย, ยุพิน อังสุโรจน์, จารุวรรณ ธาดาเดช, และศรานุช โดมรสักดิ์. (2543). การประเมินคุณภาพ: เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. *พิมพ์ครั้งที่ 5*. (17-35). กรุงเทพมหานคร: ดิไซร์.
- จุฬารพร ประสงค์. (2544). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล, กรุงเทพ
- ณรงค์ กาญจนะ. (2553). *เทคนิคและทักษะการสอนเบื้องต้น เล่ม 1* กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- ทิพวรรณ คุณพันธ์, และสุริพร ธนศิลป์. (2555). ผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารเทียมทางหน้าท้อง. *วารสารพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 24(1), 11-21.
- ทิสนา เขมมณี. (2558). *ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์. (2551). ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม. ใน *จันทร์ฉาย แซ่ตั้ง* (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลบาดแผลและทวารเทียม*. (47-65). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- ธีรบุษ บุญพิพัฒนาพงศ์. (2553). Pathophysiology of gastrointestinal tract and ostomy. ใน ธีรบุษ บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลบาดแผลและทวารเทียม*. (1-30). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นัจญ์มะฮ์ เลิศอริยะพงษ์กุล. (2560). ผลของการใช้ชุดเครื่องมือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบางต่อความรู้ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงอุทกภัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. (208-209). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญชื่น อิ่มมาก. (2555). บทบาทของ ET Nurse. ใน ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์ (บรรณาธิการ), *ทวารเทียมหรือทวารใหม่: Colostomy/ileostomy* (หน้า 30-48). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- บุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์. (2554). คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปานจิตร รังสีวงศ์. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ผ่านทางหน้าท้อง. *วารสารพยาบาลสวนดอก*, 15(1), 22-26.
- พรชัย โอเจริญรัตน์. (2554). Molecular biology of colorectal cancer. ใน ปริญญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เล่ม 1* (หน้า 21-40). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์. (บรรณาธิการ). (2555). ความรู้ทั่วไป. *ทวารเทียมหรือทวารใหม่: Colostomy/Ileostomy*. (4-29). กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร. (2554). Colostomy ileostomy and complications. ใน ปริญญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เล่ม 1* (หน้า 348-371). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. งานเวชระเบียนและสถิติ. (2556). สถิติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้ตรง และทวารหนักที่ผ่าตัดทวารเทียม ปี 2551-2555. สงขลา: โรงพยาบาล.

- วรรณฯ สุวรรณชาติรี. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทวารเทียม. ใน จันทรินาย แซ่ตั้ง (บรรณาธิการ), *การดูแลบาดแผลและทวารเทียม* (หน้า 101-129). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วัชรวิ เลอमानกุล, และปารณีย์ มีแต่้ม. (2548). การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. *Thai Journal Pharm Sci.* 29(1-2), 69-88.
- ศิริวัฒน์ ยิ้มเลี้ยง, อารม ธรรมกวินวงศ์, ชื่องมาศ จักรวิเชียร, และนพรัตน์ เรืองศรี. (2554). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้ระบบการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลพิจิตร. *วารสารกองการพยาบาล*, 38(1), 52-66.
- ศุภมาส มณีสินธุ์. (2553). การศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพของผู้ป่วยทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สิริพงษ์ สิริกุลพิบูลย์. (2555). Ostomy Complication. ใน ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์ (บรรณาธิการ), *ทวารเทียม หรือทวารใหม่*. (88 – 102). กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- สมพร วรรณวงศ์. (2553). การดูแลทวารเทียมและรูเปิดบัสสาวะทางหน้าท้อง. ใน ชีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลบาดแผลและทวารเทียม*. (55-76). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สมพร วรรณวงศ์, แสงอรุณ อิศระมาลัย, วันดี คหะวงศ์. (2554). การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม. *The Graduate Research Conference*, 12, (หน้า 852-861). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- แสงหล้า พลนอกร สสุคนธ์ วาริตสกุล และสมพร เจษฎาญาณเมธา. (2545). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองและความผาสุกในชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สายสมร เฉลยกิตติ, ศิริพร พูนชัย, ศิริพร สว่างจิตร, จุฑารัตน์ บันดาลสิน (2556). วิธีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 31-38.
- อรุณี หล่อนิล, ผ่องศรี ศรีมรกต, และเชาว์ สุระดม. (2552). โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ case management. *Journal of Nursing Science (Supplement)*, 27(2), 59-67.

- อาคม ชัยวีระวัฒน์, เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน, อนันต์ กรลักษ์ณ์, และธีระวุฒิ คูหะเปรมะ (บรรณาธิการ). (2552). *แนวทางการคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง*. (32-39). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- Best, J. W. (1997). *Research in Education* (3rd ed) Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice – Hall.
- Burch, J., & Sica, J. (2008). Common peristomal skin problems and potential treatment options. *British Journal of Nursing*, 17(17), 7-11.
- Burhans, L. M., & Alligood, M. R. (2010). Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1689–1697.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science and Medicine* 51, 1611-1625.
- Cottam, J., Richards, K., Hasted, A., & Blackman, A. (2007). Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. Colorectal Disease*, 9, 834-838.
- Crosby, P. B. (2005). Crosby's 14 steps to improvement. *Quality progress*, 60-64. ค้นจาก <http://www.asq.org>.
- Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burcharth, K., & Rosenberg, J. (2013). Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 40(4), 407–412.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank quarterly*, 83(4), 691-729.
- Erwin-toth, P., Thompson, S., & Davis, J. S. (2012). Factors impacting the quality of life of people with an ostomy in north America; Results from the dialogue study. *Wound Ostomy Continence Nursing*, 39(4), 417-422.
- Gray, M., Colwell, J. C., Doughty, D., Goldberg, M., Hoeflok, J., Manson, A., ... Rao, S. (2013). Peristomal moisture-associated skin damage in adults with fecal ostomies: a

- comprehensive review and consensus. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 40(4), 389 – 399.
- Haugen, V., & Ratliff, C. R., (2013). Tools for Assessing Peristomal Skin Complications. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 40(2), 131 -134.
- Holzemer, W. L. (1994). The impact of nursing care in latin america and the caribbean: A focus on outcomes. *Journal of advanced nursing*, 20(1), 5 - 12.
- Jemec, G. B., Martins, L., Claessens, I., Ayello, E. A., Hansen, A. S., Poulsen, L. H., et al. (2011). Assessing peristomal skin changes in ostomy patients: validation of the Ostomy Skin Tool. *British Journal of Dermatology*, 164, 330-335.
- Krouse, R., Grant, M., Ferrell, B., Dean, G., Nelson, R., & Chu, D. (2007). Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomy. *Journal of Surgical Research*, 138(1), 79-87.
- Krouse, R. s., Herrinton, L. J., Grant, M., Wendel, C. S., Green, S. B., Mohler, M. J., et al. (2009). Health related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: Manifestations by sex. *Journal of Clinical Oncology*, 27(28), 4664-4670.
- Krouse, R. S., Grant, M., Rawl, S. M., Mohler, M. J., Baldwin, C. M., Coons, S. J., ... Ko, C. Y. (2009). Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), 227–233.
- Mahjoubi, B., Moghimi, A., Mirzaei, R., & Bijari, A. (2005). Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. *Colostomy Disease*, 7, 582-587.
- Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International journal for quality in health care*, 15(6), 523-530.
- Martins, L., Ayello, E. A., Claessens, I., Hansen, A. S., Poulsen, L. H., Sibbald, R. G., & Jemec, G. B. (2010). The ostomy skin: Tracking peristomal skin changes. *British Journal of Nursing*, 19(15), 960-964.

- Mastracci, T. M., Hendren, S., O Connor, B., & McLeod, R. S. (2006). The impact of surgery for colorectal cancer on quality of life and functional status in the elderly. *Diseases of the Colon & Rectum*, 49, 1878-1884.
- Mckenzie, F., White, C. A., Kendall, S., Finlayson, A., Urquhart, M., & Williams, I. (2006). Psychological impact of colostomy pouch change and disposal. *British Journal of Nursing*, 15(6), 308-316.
- Mitchell, P. H., Ferketich, S., Jennings, B. M. (1998). Quality health outcomes model. *IMAGE: Journal of nursing scholarship*, 30(1), 43-46.
- Omura, Y., Yamabe, M., & Anazawa, S. (2010). Peristomal skin disorders in patients with intestinal and urinary ostomies: Influence of adhesive forces of various hydrocolloid wafer skin barriers. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 37(3), 289-298.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 45 - 60.
- Persson, E., Gustavsson, B., Hellstrom, A.-L., Lappas, G., & Hulten, L. (2005). Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 51-58.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9 edth., pp: 422). Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins.
- Ratliff, C. R., Scarano K A., Donovan A M. (2005). Descriptive Study of Peristomal Complications. *Wound Ostomy Continence Nursing*. 32(1), 33-37.
- Recalla, S., English, K., Nazarali, R., Mayo, S., Miller, D., & Gray, M. (2013). Ostomy Care and Management. *Wound Ostomy Continence Nursing*. 40(5), 489-500.
- Richbourg, L., Thorpe, J. M., & Rapp, C. G. (2007). Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *Wound Ostomy Continence Nursing*, 34(1), 70-79.
- Salvadalena, G. D. (2013). The incidence of stoma and peristomal complications during the first 3 months after ostomy creation. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 40(4), 400-406.

- Smith, D. M., Loewenstein, G., Rozin, P., Sherriff, R. L., & Ubel, P. A. (2007). Sensitivity to disgust, stigma, and adjustment to life with a colostomy. *Journal of Research in Personality, 41*(4), 787–803.
- Sprangers, M. A. G., Taal, B. G., Aaronson, N. K., te Velde, A. (1995). Quality of life in colorectal cancer: stoma vs. nonstoma patients. *Dis Colon Rectum, 38*(4), 361-369.
- Williams, J. (2012). Stoma care: intimacy and body image issues. *Practice Nursing 23*(2), 91-93.
- Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., Braspenning, J., Ouwens, M., Schouten, J., Marres, H., Dijkstra, R., & Grol, R. (2007). Clinical indicators: Development and applications. *The journal of medicine, 65*(1), 15-22.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติ (purposive sampling) จำนวน 104 คน โดยใช้สูตรการคำนวณ Yamane (Yamane, 1973 อ้างตามบุญใจ, 2553)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมให้มีได้

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร} \quad n &= \frac{141}{1 + 141 (0.05)^2} \\ &= \frac{141}{1.3525} \\ &= 104.25 \end{aligned}$$

แต่เนื่องจากในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม 2559 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2559 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่มารับการตรวจที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวนทั้งหมดเพียง 74 คน และเนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คน ในการศึกษาครั้งนี้

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- 2) แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม
- 3) แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารเทียม
- 4) แบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม
- 5) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม
- 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารเทียม

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง จงกรอกข้อมูลหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหรือช่อง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
4. สถานภาพสมรส สมรส โสด หม้าย/หย่า/แยก
5. ศาสนา พุทธ อิสลาม คริสต์ อื่นๆ
6. ระดับการศึกษา .. ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช
 อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี
 ปริญญาโท อื่นๆระบุ.....
7. อาชีพ ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ
 เกษตรกรรม โปรครระบุ..... ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย
 รับจ้าง แม่บ้าน/ไม่ประกอบอาชีพ
 เกษียณอายุราชการ อื่นๆระบุ.....
8. รายได้.....บาท
9. ความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ ไม่ได้ มีผู้ดูแล ระบุ.....
10. ปัญหาทางกายภาพที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง
 การมองเห็น การใช้มือ การได้ยิน ไม่มีปัญหา
11. ประสบการณ์การดูแลทวารเทียม
 ไม่เคยเห็นทวารเทียม เคยดูแลญาติที่มีทวารเทียม
 อื่นๆระบุ.....
12. การได้รับคู่มือการดูแลทวารเทียม ได้รับ ไม่ได้รับ
13. การได้รับคู่มืออื่นๆ (กรณีระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา

1. การวินิจฉัยโรค CA rectum CA Colon ส่วน..... อื่นๆ.....

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....วันที่ผ่าตัด.....การผ่าตัด.....

ประเภทการผ่าตัด Elective operation Emergency operation

ได้รับคำปรึกษาก่อนและหลังผ่าตัดจาก พยาบาลออสโตมีและแผล พยาบาลทั่วไป

การกำหนดตำแหน่งทวารเทียม มี ไม่มี

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....วันที่นัด.....

2. การประเมินทวารเทียม (Stoma assessment)

1. Type Colostomy Ileostomy
2. Construction end ostomy loop ostomy double barrel
3. Location LLQ LUQ RLQ RUQ
4. Effluent liquid semi liquid paste solid
5. Color/moist Red Pink Beefy Red
 Necrosis
6. Shape Round Oval irregular
7. Size 45 mm. 50 mm. 57 mm. 60 mm.
 70 mm. อื่นๆ.....
8. Hight Moderate protruding 2-2.5 cm. lightly <2 cm.
 Flash Stoma Retraction
9. Lumen Apex Lateral Rt./Lt.
10. Mucocutaneous Suture Line Intact Separate
11. Peristomal Skin Intact Excoriation

3. ประเภทของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย

- 1-piece 2-piece moleable
 Cut to fit อื่นๆ.....

4. ขนาดเป็นห่างจากทวารเทียม 0-2 mm. 3-5 mm. มากกว่า 5mm.

5. ระยะเวลาที่ติดแป้น 1 วัน 2-3 วัน 4-5วัน 7 วันขึ้นไป

แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์การมีทวารเทียม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึง ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็นที่ท่านมีต่อตนเองภายหลัง การผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง โดยท่านพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกนึกคิด และความคิดเห็นตรงกับข้อความใด ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

- ถ้าข้อความนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง **“ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง”** มากที่สุด
- ถ้าข้อความนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง **“ไม่เห็นด้วย”** เป็นบางครั้ง
- ถ้าข้อความนั้น ไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง **“ไม่แน่ใจ”**
- ถ้าข้อความนั้น ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง **“เห็นด้วย”** เป็นบางครั้ง
- ถ้าข้อความนั้น ตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของท่านมากที่สุด ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง **“เห็นด้วยอย่างยิ่ง”**

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านรู้สึกไม่สบายใจที่มีทวารเทียมหลังการผ่าตัด					
2. การที่มีทวารเทียมทำให้ท่านรู้สึกอาย					
3. เมื่อมีอุจจาระหรือมีลมออกมาทางทวารเทียม ท่านรู้สึกกังวลว่าผู้อื่นจะเห็นหรือได้กลิ่น					
.....					
.....					
.....					
30. ท่านรู้สึกว่าบุคคลอื่นสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับท่านได้อย่างมีความสุข แม้จะทราบว่าท่านมีทวารเทียม					

ค่าคะแนน Body Image.....

แบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยเติมในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่าน ในแต่ละข้อโดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว

2 หมายถึง ปฏิบัติได้

1 หมายถึง ปฏิบัติได้แต่ต้องมีคนหรืออุปกรณ์ช่วยเป็นบางครั้ง

0 หมายถึง ปฏิบัติเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยทำให้ตลอด

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม	ระดับความสามารถ		
	2	1	0
การดูแลตนเองด้านร่างกาย			
1. ท่านสามารถดูแลตนเองให้ได้รับสารน้ำ อาหาร พักผ่อนเพียงพอ การจับถ่ายทางทวารเทียมปกติ			
2. ท่านสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระได้			
3. ท่านสามารถเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดกับทวารเทียมได้			
.....			
8.....			
การดูแลตนเองด้านจิตใจ			
9. ท่านเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม			
10. ท่านคอยให้กำลังใจตนเอง ให้สามารถอดทนต่อปัญหา หรือความไม่สบายจากการมีทวารเทียมได้			
.....			
12.			
การดูแลตนเองด้านสังคม			
13.ท่านมีปฏิสัมพันธ์เหมาะสมกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ ทราบถึงระบบบริการสุขภาพ และวิธีการขอความช่วยเหลือ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีทวารเทียมด้วยกัน			
.....			
18.ทำยังรับผิชอบดูแลครอบครัวได้เช่นเดียวกับระยะก่อนการเจ็บป่วยและมีทวารเทียม			

แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล มี 2 ส่วน ได้แก่ การประเมินการอักเสบของผิวหนังรอบทวารเทียมและพื้นที่ผิวหนังใต้แป้นปิดทวารเทียมที่ถูกทำลาย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินการอักเสบของผิวหนัง (Ostomy Skin Tool) (Haugen & Ratliff, 2013)

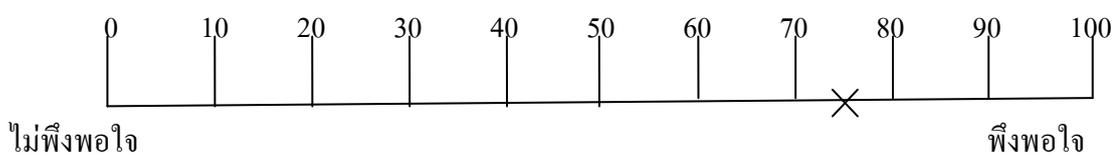
1. Discoloration : D (การเปลี่ยนแปลงสีผิว)		พื้นที่ผิวหนังถูกทำลาย		รวม
-ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว	0	-ผิวหนังปกติ	0	
-มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว	1	-น้อยกว่าร้อยละ 25	1	
-มีภาวะแทรกซ้อน (ปวด แสบ แดง แข็ง ร้อน คัน ระบายเคือง)	2	-ร้อยละ 25-50	2	
		-มากกว่าร้อยละ 50	3	
2. Erosion : E (มีรอยแผลหรือผิวหนังลอกหลุด)		พื้นที่ผิวหนังถูกทำลาย		
-ไม่มีแผลหรือผิวหนังลอกหลุด	0	-ผิวหนังปกติ	0	
-มีการสูญเสียผิวหนังชั้นบน (epidermis)	1	-น้อยกว่าร้อยละ 25	1	
-มีการสูญเสียผิวหนังชั้นล่างและมีภาวะแทรกซ้อน (ขึ้นแฉะ เลือดออก เป็นแผล)	2	-ร้อยละ 25-50	2	
		-มากกว่าร้อยละ 50	3	
3. Tissue overgrowth : T (มีเนื้อเยื่ออกเหนือผิวหนัง)		พื้นที่ผิวหนังถูกทำลาย		
-ไม่มีตุ่มนูนเหนือเนื้อเยื่อปกติ	0	-ผิวหนังปกติ	0	
-มีเนื้อเยื่อระดับผิวหนัง	1	-น้อยกว่าร้อยละ 25	1	
-มีเนื้อเยื่อระดับผิวหนัง และมีภาวะแทรกซ้อน (ขึ้นแฉะ เลือดออก ปวด)	2	-ร้อยละ 25-50	2	
		-มากกว่าร้อยละ 50	3	
Total DET Score (คะแนนรวม)				
2. ระบุระดับความรุนแรง จากคะแนนรวม DET แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้				
ระดับความรุนแรง	คะแนนรวม			
-ผิวหนังปกติ (unaffected)	0			
-มีความรุนแรงน้อย (Mild)	2-3			
-มีความรุนแรงปานกลาง (Moderate)	4-6			
-มีความรุนแรงมาก (Severe)	7-15			

แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

คำชี้แจง ในแต่ละข้อต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการดำรงชีวิตต่อการมีทวารเทียมของท่านในขณะนี้ (ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน) โดยทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรงบริเวณตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อ อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตต่อการมีทวารเทียมยิ่งดี

ตัวอย่าง ท่านพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลนี้เพียงใด

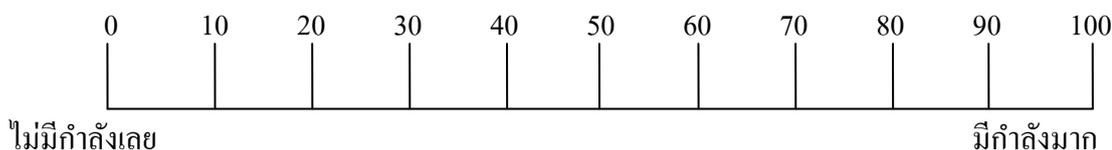


เติมที่

เครื่องหมายกากบาทที่จุดนี้แสดงว่าผู้ตอบพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาล แต่ไม่ถึงกับ 100 คะแนน แสดงว่าผู้ตอบมีความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลนี้ 75 คะแนน

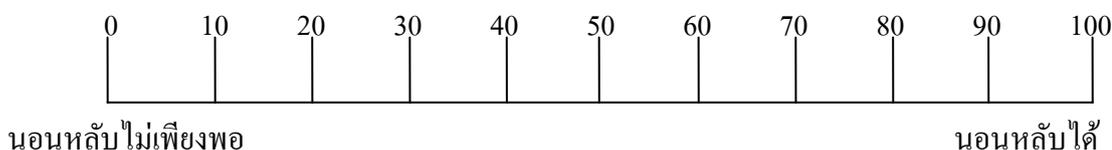
คำถาม

1. ท่านมีกำลังวังชามากน้อยเพียงใด



เติมที่

2. ท่านสามารถนอนหลับได้เพียงพอกับความต้องการของท่านหรือไม่



.

.

23.....

ภาคผนวก ค
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตาราง ค 1

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 คน

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	จำนวนความเห็น ที่ตรงกัน	ค่า I - CVI
1	X	X	X	3	1.00
2	X	X	X	3	1.00
3	X	X	X	3	1.00
4	X	-	X	2	.67
5	X	X	X	3	1.00
6	X	X	X	3	1.00
7	X	X	X	3	1.00
8	X	X	X	3	1.00
9	X	-	X	2	.67
10	X	-	X	2	.67
11	X	X	X	3	1.00
12	X	X	X	3	1.00
13	X	X	X	3	1.00
14	X	X	X	3	1.00
15	X	X	X	3	1.00
สัดส่วนที่ประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ แต่ละคน	1	.80	1	1. ค่าเฉลี่ย I - CVI = 1+1+1+.67+1+1+1+1+.67+.67+1+ 1+1+1+1 / 15 = .93	
				2. ค่า S - CVI = 12 / 15 = .80	

ตาราง ค 2

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	จำนวนความเห็น ที่ตรงกัน	ค่า I - CVI
1	X	X	X	3	1
2	X	X	X	3	1
3	X	X	X	3	1
4	X	X	X	3	1
5	X	X	X	3	1
6	X	X	X	3	1
7	X	X	X	3	1
8	X	X	X	3	1
9	X	X	X	3	1
10	X	X	X	3	1
11	X	X	X	3	1
12	X	X	X	3	1
13	X	X	X	3	1
14	X	X	X	3	1
15	X	X	X	3	1
16	X	X	X	3	1
17	X	X	X	3	1
18	X	X	X	3	1
19	X	X	X	3	1
20	X	X	X	3	1
21	X	X	X	3	1
22	X	X	X	3	1

ตาราง ค 2 (ต่อ)

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์หลังการมีทวารเทียม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	จำนวนความเห็น ที่ตรงกัน	ค่า I - CVI
23	X	X	X	3	1
24	X	X	X	3	1
25	X	X	X	3	1
26	X	X	X	3	1
27	X	X	X	3	1
28	X	X	X	3	1
29	X	X	X	3	1
30	X	X	X	3	1
สัดส่วนที่ประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ แต่ละคน	1	1	1	1. ค่าเฉลี่ย I - CVI = 1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+ 1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+ 1+1+1+1 / 30 = 1	2. ค่า S - CVI = 30 / 30 = 1

ตาราง ก 3

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	จำนวนความเห็น ที่ตรงกัน	ค่า I - CVI
1	X	-	X	2	.67
2	X	X	X	3	1.00
3	X	X	X	3	1.00
4	X	X	X	3	1.00
5	X	-	X	2	.67
6	X	X	X	3	1.00
7	X	X	X	3	1.00
8	X	X	X	3	1.00
9	X	-	X	2	.67
10	X	X	X	3	1.00
11	X	X	X	3	1.00
12	X	X	X	3	1.00
13	X	-	X	2	.67
14	X	-	X	2	.67
15	X	X	X	3	1.00
16	X	X	X	3	1.00
17	X	-	X	2	.67
18	X	-	X	2	.67
สัดส่วนที่ประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ แต่ละคน	1	.61	1	1. ค่าเฉลี่ย I - CVI = .67+1+1+1+.67+1+1+1+.67+1+1+ 1+.67+.67+1+1+.67+.67 / 18 = .87 2. ค่า S - CVI = 11 / 18 = .61	

ตาราง ก 4

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	จำนวนความเห็น ที่ตรงกัน	ค่า I - CVI
1	X	X	X	3	1
2	X	X	X	3	1
3	X	X	X	3	1
สัดส่วนที่ประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ แต่ละคน	1	1	1	1. ค่าเฉลี่ย I - CVI = $1+1+1 / 3 = 1$ 2. ค่า S - CVI = $3 / 3 = 1$	

ตาราง ก 5

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	จำนวนความเห็น ที่ตรงกัน	ค่า I - CVI
1	X	X	X	3	1
2	X	X	X	3	1
3	X	X	X	3	1
4	X	X	X	3	1
5	X	X	X	3	1
6	X	X	X	3	1
7	X	X	X	3	1
8	X	X	X	3	1
9	X	X	X	3	1
10	X	X	X	3	1

ภาคผนวก ง
ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เรียน ผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้านางสาววิภาวดี ว่องวรานนท์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่วัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลลัพธ์การดูแลทวาร
เทียมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใต้ตรงและทวารหนักในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งใน
ภาคใต้” การวิจัยครั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยไปวางแผนและ
ออกแบบการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใต้ตรงและทวารหนักหลังได้รับการ
ผ่าตัดทวารเทียมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วม
การวิจัย ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที โดยการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปด้วยความ
สมัครใจ ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธ โดย จะไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการ หรือการรักษา
ที่ได้รับแต่อย่างใด และไม่เกิดอันตรายใดๆต่อท่าน ข้อมูลของท่านจะถูกปกปิดเป็นความลับ ไม่มี
การเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่ม
ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดเท่านั้น นอกจากนี้ในระหว่างตอบแบบสอบถาม หากมีคำถามบางข้อที่ท่านไม่
สบายใจในการตอบหรือใช้เวลามากไปในการตอบทั้งหมด ท่านสามารถยกเลิกได้โดย จะไม่มีผล
ต่อการพยาบาล การบริการ หรือการรักษาที่ได้รับเช่นกัน หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย และ
ปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เกิดจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง
ตลอด 24 ชั่วโมง

ขอแสดงความนับถือ
(นางสาววิภาวดี ว่องวรานนท์)
ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการในข้อมูลพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วม
การวิจัยครั้งนี้ และยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ภาคผนวก จ
ตารางทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแปร

ตาราง จ 1

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลความรู้ในการดูแลทวารเทียม

ข้อมูล	Skewness/SE	การกระจายของข้อมูลเป็นโค้ง
ความรู้ในการดูแลทวารเทียม	-1.059 / .279 = -3.80	ไม่ปกติ
ภาพรวม	-1.138 / .279 = -4.08	ไม่ปกติ
ด้านร่างกาย	-1.045 / .279 = -3.75	ไม่ปกติ
ด้านโภชนาการ		

ตาราง จ 2

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลการรับรู้ภาพลักษณ์หลังการผ่าตัดทวารเทียม

การรับรู้ภาพลักษณ์หลัง การผ่าตัดทวารเทียม	Skewness/SE	การกระจายของข้อมูลเป็นโค้ง
การรับรู้ภาพลักษณ์ภาพรวม	-0.173 / .279 = -.62	ปกติ
ด้านร่างกาย	.136 / .279 = .05	ปกติ
ด้านความสามารถในการทำหน้าที่	.066 / .279 = .24	ปกติ
ด้านสังคม	-0.382 / .279 = -1.37	ปกติ

ตาราง จ 3

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลความสามารถในการดูแลทวารเทียม

ความสามารถในการดูแลทวารเทียม	Skewness/SE	การกระจายของข้อมูลเป็น โคนิ่ง
ความสามารถในการดูแลทวารเทียม		
ภาพรวม	$-0.913 / .279 = -3.27$	ไม่ปกติ
ด้านร่างกาย	$-1.142 / .279 = -4.09$	ไม่ปกติ
ด้านจิตใจ	$-3.160 / .279 = -11.33$	ไม่ปกติ
ด้านสังคม	$-0.445 / .279 = -1.59$	ปกติ

ตาราง จ 4

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม

ข้อมูล	Skewness / SE	การกระจายของข้อมูลเป็น โคนิ่ง
ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม	$3.288 / .279 = 11.78$	ไม่ปกติ

ตาราง จ 5

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลคุณภาพชีวิตหลังการมีทวารเทียม

ข้อมูล	Skewness / SE	การกระจายของข้อมูลเป็น โคนิ่ง
คุณภาพชีวิตหลังการมีทวารเทียมภาพรวม	$-0.547 / .279 = -1.96$	ปกติ
ด้านจิตใจ	$-0.679 / .279 = 2.43$	ปกติ
ด้านร่างกาย	$-0.622 / .279 = -2.23$	ปกติ
ด้านภาพลักษณ์	$0.053 / .279 = .19$	ปกติ
ด้านผลการรักษา	$-0.932 / .279 = -3.34$	ไม่ปกติ
ด้านโภชนาการ	$-1.236 / .279 = -4.43$	ไม่ปกติ
ด้านสังคม	$-1.660 / .279 = -5.95$	ไม่ปกติ

ภาคผนวก ฉ
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ฉ 1

แสดงจำนวนและร้อยละความรู้ในการดูแลทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 74$)

ข้อความ	ตอบถูก	ตอบผิด
1. ลักษณะปกติของทวารเทียมต้องมีสีดำขนาดใหญ่มาก	70 (94.60)	4 (5.40)
2. การอักเสบของผิวหนังรอบทวารเทียม เกิดจากการระคายเคืองของอุจจาระ การแพ้กาวของถุงรองรับอุจจาระ หรือการลอกถุงและเป็นไม่ถูกวิธี	72 (97.30)	2 (2.70)
3. การทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม ควรใช้แอลกอฮอล์เพื่อฆ่าเชื้อโรค	68 (91.90)	6 (8.10)
4. การรับประทานอาหารได้ตามปกติ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นรุนแรง	72 (97.30)	2 (2.70)
5. การหลีกเลี่ยงการสวมเสื้อผ้าที่รัดบริเวณทวารเทียม	73 (98.60)	1 (1.40)
6. การมีอาการแน่นท้องมาก อุจจาระไม่ออกทางทวารเทียมถือเป็นเรื่องปกติ	71 (95.90)	3 (4.10)
7. การหลีกเลี่ยงอาการท้องผูกได้โดยรับประทานผักและผลไม้หลายๆ	40 (54.10)	34 (45.90)
8. การอักเสบเป็นรอยแดงรอบบริเวณทวารเทียม เป็นอาการที่ผิดปกติ	61 (82.40)	13 (17.60)
9. การออกกำลังกายได้ทุกประเภท ควรหลีกเลี่ยงกีฬาที่ต้องมีการกระแทกรุนแรง	73 (98.60)	1 (1.40)
10. การมีกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น การรับประทานอาหาร การเดินทาง การทำงาน การแต่งกาย การอาบน้ำและการมีเพศสัมพันธ์	74 (100)	0
11. การตัดเป็นปิดทวารเทียม ควรตัดให้ห่างจากทวารเทียม 2 มิลลิเมตรหรือเท่าหัวไม้ขีด	65 (87.80)	9 (12.20)
12. การเปลี่ยนเป็นปิดทวารเทียมทุกวันเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	69 (93.20)	5 (6.80)
13. การงดอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผักและผลไม้เป็นระยะเวลา 2 เดือนหลังผ่าตัด	68 (91.90)	6 (8.10)
14. เมื่อมีเลือดออกบนผิวหนังของทวารเทียม ให้ใช้สำลีกดเบาๆเพื่อให้เลือดหยุด	69 (93.20)	5 (6.80)
15. เมื่อมีการอักเสบของผิวหนังรอบทวารเทียมให้ใช้แป้งเฉพาะที่รักษาแผล (stomahesive powder)	64 (86.50)	10 (13.50)

ตาราง จ 2

แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้ภาพลักษณ์การมีทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่าง (N = 74)

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การรู้สึกไม่สบายใจที่มีทวารเทียมหลังการผ่าตัด	3 (4.10)	15 (20.30)	1 (1.40)	48 (64.90)	7 (9.50)
2. การที่มีทวารเทียมทำให้ท่านรู้สึกอาย	7 (9.50)	42 (56.80)	-	23 (31.10)	2 (2.70)
3. เมื่อมีอุจจาระหรือมีลมออกทางทวารเทียม ท่านรู้สึกกังวลว่าผู้อื่นจะเห็นหรือได้กลิ่น	2 (2.70)	21 (28.40)	-	41 (55.40)	10 (13.50)
4. การไม่รู้สึกอายที่ต้องมีถุงอุจจาระติดตัวอยู่ตลอดเวลา	4 (5.40)	40 (54.10)	-	29 (39.20)	1 (1.40)
5. การรับรู้ว่าการผ่าตัดทวารเทียมเป็นเรื่องจำเป็น	-	-	2 (2.70)	10 (13.50)	62 (83.80)
6. การรับรู้ว่าหลังผ่าตัดทวารเทียมท่านแต่งตัวได้เหมือนปกติ	2 (2.70)	6 (8.10)	2 (2.70)	46 (62.20)	18 (24.30)
7. ในขณะนี้ท่านรู้สึกว่าทวารเทียมของท่านไม่น่าดูเลย	11 (14.90)	46 (62.20)	1 (1.40)	15 (20.30)	1 (1.40)
8. การรู้สึกว่าทวารเทียมมีวิธีปิดบังไม่ให้ผู้อื่นเห็นได้	-	2 (2.70)	2 (2.70)	55 (74.30)	15 (20.30)
9. การรู้สึกไม่กล้ามองหรือจับต้องทวารเทียม	24 (32.40)	46 (62.20)	-	2 (2.70)	2 (2.70)
10. การมีทวารเทียมทำให้ท่านรู้สึกท้อแท้ไม่อยากต่อสู้ชีวิต	30 (40.50)	40 (54.10)	1 (1.40)	1 (1.40)	2 (2.70)
11. การที่มีอุจจาระไหลออกมาโดยไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ท่านรู้สึกท้อแท้	6 (8.10)	51 (68.90)	2 (2.70)	13 (17.60)	2 (2.70)
12. การรู้สึกกลัวที่อุจจาระจะไหลออกมาเปื้อนและมีกลิ่นเหม็น	3 (4.10)	25 (33.80)	1 (1.40)	38 (51.40)	7 (9.50)
13. การรู้สึกกังวลเมื่อไม่มีอุจจาระออกทางทวารเทียม	2 (2.70)	4 (5.40)	7 (9.50)	52 (70.30)	9 (12.20)

ตาราง ๒ (ต่อ)

แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้ภาพลักษณ์การมีทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่าง (N = 74)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
14. การรู้สึกพร้อมที่จะเรียนรู้วิธีปฏิบัติตน ในการดูแลทวารเทียม	-	4 (5.40)	1 (1.40)	46 (62.20)	23 (31.10)
15. การรู้สึกว่าสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้เหมือนเดิมเมื่อมีทวารเทียม	-	12 (16.20)	2 (2.70)	53 (71.60)	7 (9.50)
16. การรู้สึกห่อหุ้มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการ ดูแลทวารเทียม	4 (5.40)	52 (70.30)	1 (1.40)	14 (18.90)	3 (4.10)
17. การรู้สึกกลัวว่าจะไม่สามารถทำงานได้ ตามปกติเมื่อมีทวารเทียม	3 (4.10)	34 (45.90)	7 (9.50)	29 (39.20)	1 (1.40)
18. การรับรู้ที่ต้องควบคุมการรับประทานอาหาร	-	1 (1.40)	-	59 (79.70)	14 (18.90)
19. การรับรู้ที่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ หลังการผ่าตัดทวารเทียม	1 (1.40)	2 (2.70)	36 (48.60)	34 (45.90)	1 (1.40)
20. การรู้สึกอายเมื่อมีผู้อื่นมองทวารเทียม ของท่านแบบเปลลๆ	5 (6.80)	44 (59.50)	4 (5.40)	18 (24.30)	3 (4.10)
21. การมีทวารเทียมทำให้ท่านรู้สึกน้อยใจ ง่าย ต่อทำที่ที่บุคคลอื่นท่างเห็น	6 (8.10)	52 (70.30)	5 (6.80)	7 (9.50)	4 (5.40)
22. ตั้งแต่มีทวารเทียม ท่านรู้สึกกังวลว่า บุคคลอื่นจะรังเกียจเมื่อมีอุจจาระอยู่ในถุง	3 (4.10)	22 (29.70)	11 (14.90)	32 (43.20)	6 (8.10)
23. การรู้สึกว่าบุคคลอื่นยังพูดคุยกับท่าน เหมือนเดิม แม้จะรู้ว่าท่านมีทวารเทียม	-	1 (1.40)	4 (5.40)	63 (85.10)	6 (8.10)
24. การรู้สึกว่าสามารถรับฟังบุคคลอื่นพูด เกี่ยวกับทวารเทียมของท่านได้โดยไม่รู้สึก ลำบากใจ	-	2 (2.70)	-	64 (86.50)	8 (10.80)

ตาราง จ 2 (ต่อ)

แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้ภาพลักษณ์การมีทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่าง (N = 74)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
25. การรู้สึกว่าคุณค่าตนเองลดลงเมื่อมี ทวารเทียม	9 (12.20)	37 (50.00)	5 (6.80)	20 (27.00)	3 (4.10)
26. การรู้สึกว่าบุคคลอื่นพอใจที่จะพบและ อยู่กับท่าน เหมือนก่อนมีทวารเทียม	-	2 (2.70)	12 (16.20)	55 (74.30)	5 (6.80)
27. การรู้สึกไม่ต้องการพูดกับบุคคลอื่น เกี่ยวกับทวารเทียมของท่าน	5 (6.80)	53 (71.60)	-	14 (18.90)	2 (2.70)
28. การรู้สึกยอมรับได้กับปฏิกิริยาของ บุคคลอื่นที่มีต่อตัวท่านเมื่อรู้ว่าท่านมีทวาร เทียม	-	2 (2.70)	2 (2.70)	63 (85.10)	7 (9.50)
29. การรู้สึกว่าบุคคลอื่นลำบากใจ ถ้าจะต้อง ร่วมเดินทางไปกับท่าน	2 (2.70)	25 (33.80)	36 (48.60)	9 (12.20)	2 (2.70)
30. การรู้สึกว่าบุคคลอื่นสามารถดำรงชีวิต อยู่ร่วมกับท่านได้อย่างมีความสุข แม้จะ ทราบว่าท่านมีทวารเทียม	-	3 (4.10)	8 (10.80)	56 (75.70)	7 (9.50)

ตาราง จ 3

แสดงจำนวนและร้อยละความสามารถในการดูแลทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่าง (N = 74)

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม	ระดับความสามารถ		
	2	1	0
1. การสามารถดูแลตนเองให้ได้รับสารน้ำ อาหาร พักผ่อนเพียงพอ การขับถ่ายทางทวารเทียมปกติ	65 (87.80)	9 (12.20)	-
2. การสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระได้	38 (51.40)	27 (36.50)	9 (12.20)
3. การสามารถเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดกับทวารเทียมได้	49 (66.20)	24 (32.40)	1 (1.40)
4. การสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆเกี่ยวกับทวารเทียมได้ เช่น ภาวะลำไส้อุดตัน ท้องเสีย ภาวะเลือดออกเล็กน้อยบริเวณทวารเทียมได้ การระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม เป็นต้น	41 (55.40)	24 (32.40)	9 (12.20)
5. การสามารถบรรเทาภาวะแทรกซ้อนต่างๆเกี่ยวกับทวารเทียมได้ เช่นภาวะลำไส้อุดตัน ท้องเสีย ภาวะเลือดออกเล็กน้อยบริเวณทวารเทียมได้ การระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม เป็นต้น	42 (56.80)	24 (32.40)	8 (10.80)
6. การอดทนต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆภายหลังการผ่าตัดทวารเทียมได้	70 (94.60)	4 (5.40)	-
7. การสามารถควบคุมและบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการมีทวารเทียม เช่น จัดการเรื่องกลิ่นและการรั่วของถุงรองรับ จัดการกับภาวะเลือดออกบริเวณผิวหนังทวารเทียมและการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม	46 (62.20)	22 (29.70)	6 (8.10)
8. การสามารถโทรศัพท์ปรึกษาพยาบาล เมื่อเกิดปัญหาที่ต้องการคำปรึกษาหรือทราบวิธีแก้ไขเบื้องต้นเกี่ยวกับทวารเทียม	39 (52.70)	28 (37.80)	7 (9.50)
9. การเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม	67 (97.50)	6 (8.10)	1 (1.40)
10. การคอยให้กำลังใจตนเอง ให้สามารถอดทนต่อปัญหาหรือความไม่สุขสบายจากการมีทวารเทียมได้	73 (98.60)	1 (1.40)	-

หมายเหตุ : 2 หมายถึง ปฏิบัติได้, 1 หมายถึง ปฏิบัติได้แต่ต้องมีคนหรืออุปกรณ์ช่วยเป็นบางครั้ง,
0 หมายถึง ปฏิบัติเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยทำให้ตลอด

ตาราง น 3 (ต่อ)

แสดงจำนวนและร้อยละความสามารถในการดูแลทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่าง (N = 74)

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม	ระดับความสามารถ		
	2	1	0
11. การยอมรับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดจากการมีทวารเทียม	70 (94.60)	4 (5.40)	-
12. การสามารถหาวิธีทำให้จิตใจสงบและสบายใจได้ แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอยู่และการมีทวารเทียม	72 (97.30)	2 (2.70)	-
13. การมีปฏิสัมพันธ์เหมาะสมกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ ทราบถึงระบบบริการสุขภาพและวิธีการขอความช่วยเหลือ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีทวารเทียมด้วยกัน	60 (81.10)	13 (17.60)	1 (1.40)
14. การสามารถบริหารจัดการภารกิจต่างๆตามบทบาทที่เคยปฏิบัติก่อนการเจ็บป่วยได้	38 (51.40)	31 (41.90)	5 (6.80)
15. การสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้เช่นเดียวกับระยะก่อนเจ็บป่วยและมีทวารเทียม	70 (94.60)	4 (5.40)	-
16. การสามารถทำงานต่างๆเหมือนที่เคยทำก่อนการเจ็บป่วยและมีทวารเทียมได้	28 (37.80)	37 (50.00)	9 (12.20)
17. การสามารถหารายได้เลี้ยงตนเองและนำมาใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลได้เช่นเดียวกับก่อนการเจ็บป่วยและมีทวารเทียม	23 (31.10)	26 (35.10)	25 (33.80)
18. การรับผิดชอบดูแลครอบครัวได้เช่นเดียวกับระยะก่อนการเจ็บป่วยและมีทวารเทียม	24 (32.40)	28 (37.80)	22 (29.70)

หมายเหตุ : 2 หมายถึง ปฏิบัติได้, 1 หมายถึง ปฏิบัติได้แต่ต้องมีคนหรืออุปกรณ์ช่วยเป็นบางครั้ง,
0 หมายถึง ปฏิบัติเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยทำให้ตลอด

ตาราง น 4

แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่าง (N = 74)

ระดับความรุนแรง	จำนวน
ผิวหนังปกติ	65 (87.80)
มีความรุนแรงน้อย	5 (6.80)
มีความรุนแรงปานกลาง	3 (4.10)
มีความรุนแรงมาก	1 (1.40)

ตาราง น 5

แสดงจำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตหลังการมีทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่าง (N = 74)

ข้อความ	ช่วงคะแนน				
	10 - 20	21 - 40	41 - 60	61 - 80	81 - 100
1. การมีกำลังวังชามากน้อยเพียงใด	-	3 (4.10)	19 (25.70)	41 (55.40)	11 (14.90)
2. การสามารถนอนหลับได้เพียงพอกับความต้องการของท่านหรือไม่	-	4 (5.40)	6 (8.10)	32 (43.20)	32 (43.20)
3. การอ่อนเพลียมากน้อยเพียงใด	41 (55.40)	15 (20.30)	13 (17.60)	5 (6.80)	-
4. การรู้สึกว่าคุณมีปัญหาเรื่องน้ำหนักลดมากน้อยเพียงใด	57 (77.00)	5 (6.80)	6 (8.10)	4 (5.40)	2 (2.70)
5. การรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียมของท่านเพียงใด	32 (43.20)	14 (18.90)	21 (28.40)	4 (5.40)	3 (4.10)
6. การพอใจหรือสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เพียงพอตามความต้องการของท่านหรือไม่	1 (1.40)	1 (1.40)	38 (51.40)	17 (23.00)	17 (23.00)
7. การรู้สึกว่าคุณภาพด้านความเจ็บป่วยของท่านขณะนี้เป็นอย่างไรร	1 (1.40)	1 (1.40)	22 (29.70)	43 (58.10)	7 (9.50)

หมายเหตุ : คะแนนมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตต่อการมีทวารเทียมดี

ตาราง ๕ (ต่อ)

แสดงจำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตหลังการมีทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่าง (N = 74)

ข้อความ	ช่วงคะแนน				
	10 - 20	21 - 40	41 - 60	61 - 80	81 - 100
8. การสามารถปรับตัวต่อการมีทวารเทียมได้ง่ายมากน้อยเพียงใด	2 (2.70)	4 (5.40)	20 (27.00)	34 (45.90)	14 (18.90)
9. การมีความสุขในการทำงานอดิเรก ใช้ความคิดสร้างสรรค์ การมีกิจกรรมทางสังคมมากน้อยเพียงใด	1 (1.40)	2 (2.70)	19 (25.70)	30 (40.50)	22 (29.70)
10. การรู้สึกมีความพึงพอใจกับการรับประทานอาหารมากน้อยเพียงใด	-	2 (2.70)	15 (20.30)	35 (47.30)	22 (29.71)
11. การสามารถทำงานบ้านหรืองานประจำได้มากน้อยเพียงใด (งานบ้าน งานบริษัท ทำสวน)	3 (4.10)	3 (4.10)	13 (17.60)	35 (47.30)	20 (27.00)
12. การสามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของท่านมากน้อยเพียงใด	-	3 (4.10)	9 (12.20)	36 (48.60)	26 (35.10)
13. การรู้สึกว่าตัวเองสามารถทำประโยชน์ได้มากน้อยเพียงใด	2 (2.70)	5 (6.80)	23 (31.10)	35 (47.30)	9 (12.20)
14. การรู้สึกมีความสุขมากน้อยเพียงใด	1 (1.40)	1 (1.40)	12 (16.20)	39 (52.70)	21 (28.40)
15. การมีความพึงพอใจในชีวิตของท่านหลังจากที่มีทวารเทียมมากน้อยเพียงใด	-	4 (5.40)	21 (28.40)	40 (54.10)	9 (12.20)
16. การรู้สึกปวดมากน้อยเพียงใด (ปวดท้อง ปวดแผล ปวดจากภาวะแทรกซ้อนรอบทวารเทียม)	55 (74.30)	11 (14.90)	5 (6.80)	2 (2.70)	1 (1.40)
17. การมีอาการปวดบริเวณทวารเทียมเกิดขึ้นบ่อยมาน้อยเพียงใด	63 (85.10)	5 (6.80)	4 (5.40)	2 (2.70)	-

หมายเหตุ : คะแนนมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตต่อการมีทวารเทียมดี

ตาราง ๕ (ต่อ)

แสดงจำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตหลังการมีทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่าง (N = 74)

ข้อความ	ช่วงคะแนน				
	10 - 20	21 - 40	41 - 60	61 - 80	81 - 100
18. การมีความพึงพอใจ มีความสุขในการดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติหลังจากการมีทวารเทียมอย่างน้อยเพียงใด	1 (1.40)	6 (8.10)	21 (28.40)	38 (51.40)	8 (10.80)
19. การกลัวเรื่องกลิ่นหรือการรั่วซึมของอุจจาระทางทวารเทียมของท่านอย่างน้อยเพียงใด	26 (35.10)	12 (16.20)	18 (24.30)	12 (16.20)	6 (8.10)
20. การสามารถพบปะสังสรรค์หรือติดต่อเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านได้อย่างมั่นใจอย่างน้อยเพียงใด	3 (4.10)	2 (2.70)	15 (20.30)	32 (43.20)	22 (29.70)
21. การรู้สึกว่าคุณในครอบครัวหรือคนที่ท่านรัก รังเกียจ/ทอดทิ้งท่านหรือไม่	70 (94.60)	-	1 (1.40)	1 (1.40)	2 (2.70)
22. การรู้สึกว่าการดูแลทวารเทียมเป็นสิ่งที่ยากลำบากอย่างน้อยเพียงใด	30 (40.50)	22 (29.70)	15 (20.30)	7 (9.50)	-
23. การมีเวลาเป็นส่วนตัวเพียงพอกับความต้องการของท่านหรือไม่	2 (2.70)	-	3 (4.10)	10 (13.50)	59 (79.70)

ภาคผนวก ข
หนังสือรับรอง

AF/03-05/01.1



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

รหัสโครงการ:	REC: 58-336-19-9	
ชื่อโครงการ (ภาษาไทย):	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	
ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ):	Outcomes of Colorectal Care in Patients with Colorectal Cancer, Songklanagarind Hospital	
ผู้วิจัยหลัก:	น.ส. วิภาวดี ว่องวรานนท์	สังกัด: หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ร่วมวิจัย:	น.ส. ศราพรรณ ชูโสด	สังกัด: ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ที่ปรึกษา:	ผศ.ดร. วิภา แซ่เซี้ย	สังกัด: การพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ที่ปรึกษา:	ผศ.ดร. ชนิษฐา นาคะ	สังกัด: การพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 ฉบับวันที่ 10 มกราคม 2559
2. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เวอร์ชัน 2.0 ฉบับวันที่ 10 มกราคม 2559
3. เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร เวอร์ชัน 2.0 ฉบับวันที่ 10 มกราคม 2559
4. เอกสารแสดงเจตนายินยอมของอาสาสมัคร เวอร์ชัน 2.0 ฉบับวันที่ 10 มกราคม 2559
5. แบบบันทึกข้อมูล
6. ประวัติผู้วิจัย

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ในการประชุมคณะกรรมการ วันที่ 4 ธันวาคม 2558 วาระที่ 4.2.03) โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศ เฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP) โดยขอให้รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก 12 เดือน

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญสิน ตั้งตระกูลวนิช)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง: 28 มกราคม 2559

วันหมดอายุ: 27 มกราคม 2560

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วรวิทย์ วาณิชย์สุวรรณ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ดร. หทัยรัตน์ แสงจันทร์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. พว. สมพร วรรณวงศ์ พยาบาลชำนาญการพิเศษ
ฝ่ายบริการพยาบาล
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาววิภาวดี ว่องวรานนท์	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5610421068	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2546

ทุนการศึกษา

ทุนส่งเสริมพัฒนาบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ ที่ไม่ใช่อาจารย์ ประจำปีการศึกษา 2556
ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์

การเผยแพร่ผลงาน

การนำเสนอด้วยปากเปล่า (oral presentation) เรื่อง “ผลลัพธ์ทางการพยาบาล: ความรู้และความสามารถในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใต้ตรงและทวารหนัก” ในงานการประชุมวิชาการ “เสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 40” วันที่ 20 – 21 ตุลาคม 2559 ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา