



การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแล  
เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม

**Development and Evaluation of Program for Supporting and Enhancing  
Care Agency on Complication Prevention Among Ostomates**

สมพร วรรณวงศ์

**Somporn Wannawong**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of**

**Master of Nursing Science**

**Prince of Songkla University**

**2553**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์      การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถ  
ในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม

ผู้เขียน              นางสมพร วรรณวงศ์

สาขาวิชา            พยาบาลศาสตร์

---

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

.....

.....

(ดร.วันดี คหะวงศ์)

.....กรรมการ  
(ดร.วันดี คหะวงศ์)

.....

.....กรรมการ  
(ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)

.....

.....กรรมการ  
(ดร.สุภาพร วรรณสันทัด)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....  
(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์ดารา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

|                 |  |
|-----------------|--|
| ชื่อวิทยานิพนธ์ | การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม |
| ผู้เขียน        | นางสมพร วรรณวงศ์   |
| สาขาวิชา        | พยาบาลศาสตร์   |
| ปีการศึกษา      | 2553   |

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินคุณภาพทั้งด้านความตรงและความเที่ยงของโปรแกรมการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ทั้งนี้ได้มีการดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาโปรแกรม ซึ่งมี 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม การทบทวนทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง และ 2) การออกแบบโปรแกรมตามกรอบแนวคิด สำหรับระยะประเมินคุณภาพของโปรแกรมมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 2) การตรวจสอบความเที่ยงในการนำไปใช้ และ 3) การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยการทดสอบประสิทธิผลจากการนำไปทดลองใช้

ผลการพัฒนาทำให้ได้โปรแกรมการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม ซึ่งมีเนื้อหาสาระ วิธีการ และเครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ แผนการพยาบาล คู่มือการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีทวารเทียม แผ่นภาพแสดงความผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อน การดูแลและการป้องกัน อุปกรณ์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการสอน รวมทั้งแนวทางการใช้โปรแกรม ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ยกเว้นในส่วนของภาพที่ใช้ในโปรแกรมได้ค่าเท่ากับ 0.91 ผลการตรวจสอบความเที่ยงโดยพยาบาลสองรายที่ได้ใช้โปรแกรมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย 3 ราย (inter-rater reliability) ได้ค่าร้อยละของความสอดคล้องตรงกันระหว่างแผนการพยาบาลของพยาบาลทั้งสองเท่ากับ 0.91 ผลการทดลองใช้โปรแกรมซึ่งวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ( $M = 2.58$ ,  $SD = 0.47$  และ  $M = 3.45$ ,  $SD = 0.43$  ตามลำดับ) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายโดยใช้สถิติทีคู่ พบว่า ค่าคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 9.50$ ,  $p < 0.01$ ) และภาวะแทรกซ้อนหลังการใช้โปรแกรมลดลง โดยเฉพาะภาวะผิวหนังระคายเคืองลดลงจากร้อยละ 40 เหลือร้อยละ 13.33

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงว่าโปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**Thesis Title** Development and Evaluation of Program for Supporting and Enhancing  
Care Agency on Complication Prevention Among Ostomates  
**Author** Mrs. Somporn Wannawong  
**Major Program** Nursing Science  
**Academic Year** 2010

### ABSTRACT

This developmental research aimed to develop and evaluate a program for supporting and enhancing care agency for complication prevention among ostomates. Orem's capability for care operation and supportive-developmental nursing system were used as the conceptual framework. Two phases, development and evaluation, were conducted. The first included 1) situation analysis by reviewing ostomates' problems, related theories and evidence-based practices and 2) program design based on the conceptual framework. The second included evaluation of the program content validity, reliability and construct validity through causal inferential hypothesis testing. Thirty ostomates or their caregivers were used for testing of the program effectiveness. Paired t-test was used for the data analysis.

The newly developed program consisted of nursing care plans, booklet, pictures on complications of stoma and peristomal skin, care actions and preventions, materials and guideline for complication prevention. The content validity index of the program approved by three experts was 1.00, whereas the pictures used in the program were rated as 0.91. The inter-rater reliability of the program examined by two nurses was 0.91. The significantly increased mean score of capability for care operation among the ostomates/ caregivers on the post test ( $M = 3.45$ ,  $SD = 0.43$ ) comparing to the pre-test ( $M = 2.58$ ,  $SD = 0.47$ ) confirmed the construct validity of the program ( $t = 9.50$ ,  $p < 0.01$ ). In addition, the rate of complications among the ostomates after completing the program was reduced, especially on the most common complication of skin irritation that was reduced from 40 to 13.33 percent.

The results reflect the quality and applicability of the program for further utilization on complication prevention among ostomates.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย และ ดร.วันดี กะหวงส์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนให้กำลังใจจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โปรแกรม และคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ในระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคุณแม่บุญสืบ ก้อนเมฆ และทุกคนในครอบครัว ที่เป็นกำลังใจให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณ ดร. สมสมัย สุธีรสานต์ หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนให้มีการศึกษาต่อ ผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ และบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนการศึกษา และทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอขอบคุณศัลยแพทย์ เจ้าหน้าที่คลินิกศัลยกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 8 รวมทั้งผู้ที่มีทวาทิตย์และญาติผู้ดูแลทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี คุณประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ขอมอบแด่ผู้ที่มีทวาทิตย์ทุกท่าน

สมพร วรรณวงศ์

พฤศจิกายน 2553

## สารบัญ

|   | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อ .....  | (3)  |
| ABSTRACT.....   | (4)  |
| กิตติกรรมประกาศ.....  | (5)  |
| สารบัญ .....  | (6)  |
| รายการตาราง .....   | (8)  |
| บทที่ 1 บทนำ.....   | 1    |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....   | 1    |
| วัตถุประสงค์การวิจัย.....   | 3    |
| คำถามการวิจัย.....  | 4    |
| กรอบแนวคิด.....   | 4    |
| นิยามศัพท์.....   | 6    |
| ขอบเขตของการวิจัย.....  | 7    |
| ประโยชน์ของการวิจัย.....  | 8    |
| บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....   | 9    |
| การผ่าตัดทวารเทียม.....   | 9    |
| ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ที่มีทวารเทียม.....  | 11   |
| การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีทวารเทียม.....   | 20   |
| ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม..... | 28   |
| การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม.....                 | 31   |
| สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....   | 36   |

## สารบัญ (ต่อ)

|   | หน้า |
|---|------|
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....   | 38   |
| ระยะพัฒนาโปรแกรม.....   | 38   |
| การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม การทบทวน<br>ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง..... | 38   |
| การพัฒนาโปรแกรมตามกรอบแนวคิด.....   | 39   |
| ระยะประเมินคุณภาพโปรแกรม.....   | 40   |
| การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา.....   | 40   |
| การตรวจสอบความเที่ยงก่อนนำไปใช้.....  | 41   |
| การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโปรแกรม.....   | 56   |
| บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล .....   | 47   |
| ผลการพัฒนาโปรแกรม .....   | 47   |
| ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรม.....   | 56   |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ .....   | 74   |
| บรรณานุกรม.....   | 78   |
| ภาคผนวก .....   | 88   |
| ก. หลักฐานเชิงประจักษ์.....   | 89   |
| ข. เครื่องมือในโปรแกรม.....   | 97   |
| ค. เครื่องมือตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม.....  | 107  |
| ง. แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย.....   | 116  |
| จ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....   | 119  |
| ประวัติผู้เขียน .....   | 120  |

## รายการตาราง

| ตาราง  | หน้า |
|--|------|
| 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียม.....  | 60   |
| 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล.....  | 61   |
| 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียม.....   | 62   |
| 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมจำแนกตามภาวะแทรกซ้อน.....                                   | 65   |
| 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่คู่ ของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติ 3 ขั้นตอน ..... | 65   |
| 6 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียม จำแนกตามการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน.....  | 68   |
| 7 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียม จำแนกตามความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม.....   | 69   |



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดทวารเทียม คือ การผ่าตัดนำส่วนของลำไส้มาเปิดทางหน้าท้องเพื่อระบาย อุจจาระแทนการขับถ่ายทางทวารหนัก มีผลในการรักษาโรคและอาการทุกข์ทรมานที่เกิดจากปัญหา การขับถ่ายอุจจาระ แต่ขณะเดียวกันก็อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ โดยอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทวารเทียมยังคงพบได้บ่อย และมีอัตราสูงขึ้น จากร้อยละ 25 (Duchesne, Wang, Weintraub, Boyle, & Hunt, 2002) เป็นร้อยละ 69.4 (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005) แม้ในปัจจุบันจะมีการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด มีการนำ เทคนิคใหม่ๆ มาใช้ในการผ่าตัดและพัฒนาวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (จันทร์ฉาย, 2547) แต่สิ่งที่ยังพบว่าเป็นปัญหาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย คือ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม ลำไส้ปิ้น การระคายเคืองของผิวหนังรอบ ทวารเทียม การบาดเจ็บที่ทวารเทียม รูเปิดทวารเทียมตีบหรือการอุดตันของทวารเทียม เป็นต้น ซึ่ง ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้นอกจากทำให้ผู้มีทวารเทียมไม่สุขสบาย เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ประจำวัน หน้าที่การงานและภาพลักษณ์แล้ว ยังอาจทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่าย และเสียชีวิตได้ (Nugent, Daniels, Stewart, Patankar, & Johnson, 1999; McGrath, Porrett, & Heyman, 2006) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองพบร้อยละ 35 ของทวารเทียมลำไส้ใหญ่ และร้อยละ 57 ของทวารเทียมลำไส้เล็ก (Herlufsen et al., 2006) โดยร้อย ละ 68.6 – 77 ของภาวะผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองเกิดจากการสัมผัสกับอุจจาระ และร้อยละ 20 เกิดจากการตัดช่องเปิดแผ่นแปะไม่เหมาะสมหรือไม่พอดีกับขนาดของทวารเทียม (Ratliff, Scarano, & Donovan, 2005; Herlufsen et al., 2006) ส่วนภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมพบได้ตั้งแต่ ร้อยละ 1.8 ถึง 48.1 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัดทวารเทียม (Came, Robertson, & Frizelle, 2003) นอกจากนี้ยังพบภาวะเลือดออกที่ทวารเทียมร้อยละ 20 (Olejnik, Maciorkowska, Lenkiewicz, & Sierakowska, 2005) และภาวะทวารเทียมตีบพบร้อยละ 10 - 17 (Duchesne et al., 2002; Muneer, Shaikh, Shaikh, & Qureshi, 2007)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าวมีหลายประการ ได้แก่ วิธีการ ผ่าตัด โรคเดิมของผู้ที่มีทวารเทียมและที่สำคัญอย่างยิ่งคือ การดูแลทวารเทียมที่ไม่ถูกต้องของผู้ที่มี

ทวารเทียมและผู้ดูแล (ศรีลา, 2544) ดังเช่นการศึกษาของเฮอลูฟเซินและคณะ (Herlufsen et al., 2006) ในเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมในผู้ที่มีทวารเทียมแบบถาวรจำนวน 630 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62 ไม่ทราบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นความผิดปกติของผิวหนัง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 ไม่ได้แสวงหาความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เนื่องจากไม่รู้หรือไม่เข้าใจว่ามีการระคายเคืองที่ผิวหนัง นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 20 ของผู้ที่มีการระคายเคืองที่ผิวหนังรอบทวารเทียม มีสาเหตุจากการตัดแป้นกว้างเกินไป (Ratliff et al., 2005) จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ที่มีทวารเทียมและผู้ดูแล รวมทั้งขาดความสามารถในการป้องกันและการดูแลภาวะแทรกซ้อนอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าวเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ ถ้าผู้ที่มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลทวารเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลต้องสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้มีทวารเทียมเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้มีความคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการประเมินสภาพตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเพื่อพิจารณาความสามารถในการดูแลทวารเทียม ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลทวารเทียม ระบบและวิธีการที่จะช่วยให้ผู้มีทวารเทียมสามารถดูแลตนเองได้ (จันทร์ฉาย, 2547) การส่งเสริมความสามารถของผู้ที่มีทวารเทียมต้องใช้ระบบ และวิธีการที่มากกว่าการสอนหรือการให้ความรู้โดยทั่วไป การพยาบาลที่เหมาะสมจึงสอดคล้องกับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 2001) เนื่องจากเป็นระบบการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งในด้านการให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ที่มีทวารเทียม และผู้ดูแลแล้ว ยังมีการสนับสนุนติดตามเพื่อส่งเสริมและพัฒนาความสามารถอย่างต่อเนื่องโดยมีวิธีการช่วยเหลือที่หลากหลาย ได้แก่ การช่วยเหลือโดยการสอนหรือให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางในการดูแล ให้การสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมทั้งจัดเตรียมและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการเรียนรู้ มีการศึกษาในประเทศบราซิล พบว่า ระบบการพยาบาลดังกล่าวช่วยให้ผู้ที่มีทวารเทียมรับรู้ถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Sampaio, Aquino, Araujo, & Galvao, 2008) และการศึกษาของแสงหล้า, รสสุคนธ์ และสมพร (2545) ซึ่งได้ศึกษารูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียมจำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือตามระบบการพยาบาลดังกล่าวในช่วงก่อนกลับบ้าน และ 1 เดือนหลังผ่าตัด มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นเพียงการศึกษาความสามารถในการดูแลโดยทั่วไปของผู้ที่มีทวารเทียม ไม่ได้เน้นความสามารถในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน จากการ

ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียม และผิวหนังรอบทวารเทียมจากวารสารและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มักพบในต่างประเทศซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการวิจัยเชิงสำรวจปฏิบัติการของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง สำหรับในประเทศไทยพบว่า มีการศึกษาของนุชรี (2542) ในเรื่องผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลทวารเทียม โดยกล่าวถึงการดูแล การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง การตีบและอุดตันของทวารเทียม การบาดเจ็บที่ทวารเทียมหรือการทะลุของลำไส้ และอาการท้องเสีย แต่ไม่มีภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมซึ่งเป็นภาวะที่เกิดได้บ่อยเมื่อมีทวารเทียมในระยะยาว อีกทั้งมุ่งเน้นการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแล และพฤติกรรมในการดูแลทวารเทียมของผู้ที่มีทวารเทียม ส่วนงานวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนพบในต่างประเทศเพียงเรื่องเดียว คือ โปรแกรมการป้องกันภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมของทอมป์สันและเทรนเนอร์ (Thompson & Trainor, 2005) ยังไม่พบว่ามีงานพัฒนาโปรแกรมเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาที่มีอุบัติการณ์สูงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต รวมทั้งอาจเป็นสาเหตุให้มีอันตรายถึงแก่ชีวิต สำหรับปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว อาจเกิดจากการที่ไม่มีการติดตามปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ที่มีทวารเทียมกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน และขาดโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ที่มีทวารเทียมที่ได้รับการพัฒนา และผ่านการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมก่อนการนำไปใช้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม และทำการทดสอบคุณภาพของโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริงเพื่อให้ได้เครื่องมือทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยโปรแกรมนี้อาจเป็นส่วนที่เพิ่มเติมจากการให้การพยาบาลทั่วไป ที่เริ่มขึ้นหลังจากผู้ที่มีทวารเทียมได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปดูแลตนเองที่บ้านแล้วระยะหนึ่งและได้กลับมาตรวจตามแพทย์นัดครั้งแรก โปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นนี้จึงมุ่งเน้นให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียม ได้ทำการประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียมของผู้ที่มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแล แล้วให้การพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีการติดตามประเมินผลการพัฒนาความสามารถในการดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลอีกครั้งในการมาตรวจตามแพทย์นัดครั้งต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ที่มีทวารเทียมและ/

หรือผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการป้องกัน การประเมินความระดับรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและดูแลตนเองได้

### คำถามการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมมีคุณภาพด้านความตรงและความเที่ยงในการนำไปใช้เพียงใด

### กรอบแนวคิด

การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนา 2 ประการ คือ กรอบแนวคิดการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถของผู้ที่มีทวารเทียม และกรอบแนวคิดการพัฒนาเครื่องมือที่มีคุณภาพ

กรอบแนวคิดการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถของผู้ที่มีทวารเทียม ในการศึกษารุ่นนี้ใช้กรอบแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for Self-Care Operations) ของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งประกอบด้วย 1) ความสามารถในการคาดการณ์ เป็นความสามารถของผู้ที่มีทวารเทียมในการประเมินปัจจัยภายในตนเอง และปัจจัยภายนอกที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน รับรู้ความเสี่ยงหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีวิธีการที่จะควบคุมความเสี่ยงหรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการรับรู้ถึงอันตราย และให้ความสำคัญกับการป้องกันว่ามีผลต่อสุขภาพและความผาสุกในชีวิต 2) ความสามารถในการตัดสินใจกระทำการเพื่อการดูแลตนเอง หมายถึง การมีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประเมินสถานการณ์ได้ว่าสามารถดูแล/ปรับปรุงแก้ไขได้ด้วยตนเองหรือจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือ และสามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสม และ 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของตนเอง สิ่งของและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ การวางแผน การลงมือกระทำอย่างมีเป้าหมายในช่วงเวลาที่กำหนด และมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติ ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ที่ปรากฏ โดยโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมนี้ ผู้ที่มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลจะได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ด้วยการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน

และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทวารเทียม หรือ ผิวน้ำรอบทวารเทียมจากพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

**การสอน** หมายถึง การบอกหรือการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ที่มีทวารเทียม และ/หรือผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่จำเป็นต้องรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติ การจัดการดูแลตนเอง และการกระทำเพื่อชดเชยหรือแก้ปัญหาข้อจำกัดที่เกิดจากความเจ็บป่วย โดยผู้ที่มีทวารเทียมต้องมีความพร้อมทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เนื้อหาและวิธีการสอนต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ และมีการประเมินผลการสอน

**การชี้แนะ** หมายถึง การให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ที่มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ ภายใต้การแนะนำ และการตรวจตราของพยาบาล

**การสนับสนุน** หมายถึง การให้ความร่วมมือกับผู้ที่มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแล ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง อาจเป็นการช่วยเหลือในการดูแลให้ใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม กับทวารเทียมเป็นรายบุคคล หรือการเป็นที่ปรึกษา รับฟังปัญหา ทำความเข้าใจและการพูดให้กำลังใจ

**การสร้างสิ่งแวดล้อม** หมายถึง การจัดและควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลตนเอง โดยรวมถึงการเพิ่มแรงจูงใจในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ การให้คุณค่า หรือการส่งเสริมให้ใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ของผู้ที่มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแล (สมจิต, 2534)

**กรอบแนวคิดการพัฒนาเครื่องมือที่มีคุณภาพ** โปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม จัดว่าเป็นเครื่องมือทางการพยาบาลอย่างหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยรูปแบบของกิจกรรมที่สนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลทวารเทียมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้โปรแกรมดังกล่าวจะต้องมีลักษณะเบื้องต้นที่สำคัญ 3 ประการ (เพชรน้อย และวัลยา, 2536) คือ 1) ความตรงเชิงเนื้อหา หมายถึง การที่โปรแกรมมีเนื้อหาที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ ครอบคลุมการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียมและผิวน้ำรอบทวารเทียม สามารถนำไปใช้ได้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ นำผลการตรวจสอบมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) 2) ความเที่ยง หมายถึง ความสอดคล้องตรงกันในการนำโปรแกรมไปทดลองใช้ ทดสอบโดยให้ผู้ประเมิน 2 คนทดลองใช้ (inter-rater reliability) ซึ่งผู้ประเมินทั้งสองคนเป็นพยาบาลที่มีความรู้ในการดูแลผู้มีทวารเทียม นำ

ผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยร้อยละความสอดคล้องกัน และ 3) ความตรงเชิงโครงสร้าง หมายถึง การที่โปรแกรมมีความสอดคล้อง หรือมีความสัมพันธ์กับ ผลที่ต้องการให้เกิดขึ้น (hypothesis testing approach) คือ ช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้ที่มีทวาร เทียมและ/หรือผู้ดูแลในการดูแลทวารเทียมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้จริง นำไปตรวจสอบด้วยการทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทวารเทียมในสถานการณ์จริง

### นิยามศัพท์

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับทวารเทียม หรือผิวหนังรอบทวารเทียม โดยเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลตนเองที่ ถูกต้อง ได้แก่ ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง การบาดเจ็บที่ทวารเทียม ทวารเทียมอุดตันและตีบ และภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม โดยเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ที่มีทวารเทียมได้กลับไปดูแลทวารเทียม ด้วยตนเองที่บ้าน ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการตรวจร่างกายโดยใช้แบบประเมินภาวะ แทรกซ้อน ซึ่งจะทำการประเมินในวันที่มาตรวจหรือติดตามอาการครั้งแรกหลังผ่าตัด

โปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรก ซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ที่มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลมี ระดับความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทวารเทียม หรือผิวหนัง รอบทวารเทียมเพิ่มขึ้นใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการคาดการณ์ ด้านการตัดสินใจ และด้านการลงมือ ปฏิบัติ ซึ่งรูปแบบของกิจกรรมประกอบด้วย 1) การสอน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยและความ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน สาธิตเกี่ยวกับอุปกรณ์ และวิธีการใช้อุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันหรือลด การเกิดภาวะแทรกซ้อน การฝึกทักษะในการปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติโดยการสังเกตภาวะ แทรกซ้อนที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ทั้งนี้การพิจารณาเนื้อหา วิธีการ และช่วงระยะเวลาในการสอนจะ ปรับให้เหมาะสมกับความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละคน 2) การชี้แนะ โดยการเสนอแนะ ทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อการตัดสินใจในกรณีต่างๆ เพื่อการปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง เช่น เสนอแนะการเลือกวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับแต่ละคน 3) การสนับสนุน โดยร่วมมือกับผู้ที่มี ทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรม การประเมินความก้าวหน้า ให้ข้อมูลป้อนกลับ ให้คำชม และให้กำลังใจซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลมีการเรียนรู้และปรับ พฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยการจัดหาและปรับสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสมเพื่อเอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้วยการแจกคู่มือการ ดูแลทวารเทียม การส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยให้ผู้ที่มีทวารเทียม

เห็นคุณค่าในตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ รวมถึงการแนะนำสถานบริการสุขภาพที่ผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลสามารถขอคำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาขึ้น

ความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติ (Productive operation) 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน โดยการเตรียมความพร้อมของผู้มีทวารเทียม สิ่งของและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) การลงมือกระทำ ได้แก่ การปฏิบัติการดูแลตนเองโดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และ 3) การประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การประเมินความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งวัดโดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลตนเอง ครอบคลุมภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม ได้แก่ ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง การบาดเจ็บที่ทวารเทียม ทวารเทียมอุดตันและตีบ และภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม

การประเมินผลโปรแกรม หมายถึง การประเมินคุณภาพของโปรแกรมเพื่อให้มีความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ ซึ่งมีลักษณะเบื้องต้นที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) มีความตรงเชิงเนื้อหา หมายถึง มีความครอบคลุมของเนื้อหา หรือโครงสร้างของโปรแกรมมีองค์ประกอบสำคัญอย่างครบถ้วนตรงตามวัตถุประสงค์ 2) มีความเที่ยง หมายถึง โปรแกรมให้ผลการใช้คงที่ มีความคงเส้นคงวาสามารถใช้ได้ผลเหมือนเดิม หรือใกล้เคียงของเดิมทุกครั้งเมื่อมีการนำไปใช้ในครั้งต่อไป หรือผู้ใช้คนต่อไป และ 3) มีความตรงเชิงโครงสร้าง หมายถึง โปรแกรมมีความสอดคล้องสัมพันธ์กับโครงสร้างหรือคุณลักษณะตามทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์กับผลที่ต้องการให้เกิดขึ้นจริง

#### ขอบเขตของการวิจัย

พยาบาลผู้ใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ต้องมีพื้นฐานความรู้ในการดูแลผู้มีทวารเทียม โดยผ่านการฝึกอบรม และมีประสบการณ์การดูแลผู้มีทวารเทียมมาก่อน โดยเริ่มใช้โปรแกรมหลังจากผู้มีทวารเทียมกลับไปดูแลตนเองที่บ้านระยะหนึ่งแล้วกลับมาตรวจตามแพทย์นัดครั้งแรก

### ประโยชน์ของการวิจัย

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษารังนี้จะช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดย การเพิ่มความสามารถในการดูแลทวารเทียมให้ผู้ที่มิทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแล ลดการเกิดภาวะ แทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ซึ่งนอกจากจะช่วยให้ผู้มีทวารเทียมมีความสุขสบาย ไม่เกิดอันตราย จากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้ว ยังช่วยลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการต้อง รักษาภาวะแทรกซ้อนนั้น



## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมครั้งนี้มีแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การผ่าตัดทวารเทียม
  - 1.1 ประเภทการผ่าตัดทวารเทียม
  - 1.2 ลักษณะที่ดีของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม
  - 1.3 ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ที่มีทวารเทียม
2. การส่งเสริมความสามารถในการดูแลสำหรับผู้ที่มีทวารเทียม
  - 2.1 กิจกรรมการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ที่มีทวารเทียม
  - 2.2 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม
3. การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม
  - 3.1 การพัฒนาโปรแกรม
  - 3.2 การประเมินคุณภาพของโปรแกรม

#### การผ่าตัดทวารเทียม

การผ่าตัดทวารเทียมเป็นการผ่าตัดที่นำส่วนของลำไส้มาเปิดออกทางหน้าท้อง เพื่อระบายอุจจาระให้ออกสู่ภายนอก เป็นการรักษาโรคและพยาธิสภาพที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้ ทำให้มีความทุกข์ทรมานทางร่างกายและไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีอื่น โรคหรือพยาธิสภาพต้นเหตุที่ต้องมีการผ่าตัดชนิดนี้มีหลายอย่าง ข้อบ่งชี้สำคัญ คือ การเป็นมะเร็ง ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับแรก โดยเฉพาะโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (จันทร์ฉาย, 2547) การมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งและการรักษาโรคมะเร็ง หรือการได้รับบาดเจ็บบริเวณลำไส้จากอุบัติเหตุต่างๆ เป็นต้น ส่วนของลำไส้ที่ใช้ทำทวารเทียมมีทั้งลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ซึ่งมีความแตกต่างกันบ้างในการดูแล คือ อุจจาระที่ออกมาจากทวารเทียมลำไส้เล็ก (ileostomy) จะมี

ลักษณะเหลว เมื่อระยะเวลาผ่านไปอุจจาระที่ขับออกมาจะค่อยๆ ขึ้นขึ้นมีปริมาณน้ำ และเกลือแร่ลดลงแต่จะยังมีการเสียน้ำจากร่างกายประมาณ 200 - 700 มิลลิลิตรต่อวัน ถ้าเป็นทวารเทียมที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (sigmoid colostomy) อุจจาระจะแข็งขึ้นและมีปริมาณไม่มากเพราะน้ำถูกดูดซึมกลับไปมากแล้ว อุจจาระจะมีลักษณะเป็นก้อนนิ่ม (Grotz & Pemberton, 1993)

### ประเภทของการผ่าตัดทวารเทียม

การผ่าตัดทวารเทียม สามารถแบ่งได้ตามระยะเวลาใช้งาน 2 แบบ คือ แบบชั่วคราวและแบบถาวร (ธีรนุช, 2551) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ทวารเทียมแบบชั่วคราว คือ การทำทางระบายอุจจาระให้ออกนอกร่างกายชั่วคราวเมื่อหมดความจำเป็นแล้วก็ทำการปิดทวารเทียม เพื่อให้ขับถ่ายออกทางทวารหนักเหมือนเดิม การผ่าตัดทวารเทียมแบบชั่วคราวมีหลายวิธีแต่ที่พบบ่อย ได้แก่ การยกส่วนของลำไส้ออกมาจากร่างกายโดยไม่ได้ตัดลำไส้ขาดจากกัน เปิดผนังของลำไส้แล้วตลบด้านหนึ่งเย็บติดกับผิวหนังทำเป็นทวารเทียม ช่องเปิดของลำไส้อีกด้านหนึ่งจะอยู่ด้านข้างของทวารเทียม (loop ostomy) และอีกชนิดหนึ่ง เป็นการผ่าตัดที่ส่วนต้นและส่วนปลายของบริเวณที่จะทำเป็นทวารเทียมแยกจากกัน นำส่วนต้นมาเปิดที่ผิวหนังหน้าท้อง (end ostomy) โดยที่ลำไส้ส่วนปลายอาจเย็บปิดไว้ในช่องท้อง (Hartmann's colostomy) หรือ เปิดส่วนปลายไว้บนหน้าท้องด้วยในลักษณะที่มีทวารเทียม 2 จุดใกล้เคียงกัน (double barrel) การเย็บปิดทวารเทียมด้วยการนำลำไส้ส่วนต้นและส่วนปลายมาเย็บต่อกันจะกระทำเมื่อผู้ป่วยมีร่างกายแข็งแรงพอที่จะทำผ่าตัดได้ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษา ร่วม เช่น การได้รับยาเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา แพทย์จะรอจนการรักษาเหล่านั้นครบตามแผนการรักษาแล้วนานประมาณ 1 เดือนจึงพิจารณาผ่าตัดเพื่อปิดทวารเทียม

2. ทวารเทียมแบบถาวร อาจมีได้ 2 ลักษณะ คือ มีลักษณะเช่นเดียวกับทวารเทียมแบบชั่วคราวที่กล่าวมาแล้ว โดยยังมีส่วนของลำไส้ตอนบนและส่วนที่ติดกับทวารหนักที่สามารถนำมาต่อกันแล้วผู้ป่วยสามารถขับถ่ายทางทวารหนักได้ตามปกติแต่ไม่สามารถปิดกลับได้ เนื่องจากภาวะโรคหรือผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ไม่พร้อมจะผ่าตัดเพื่อปิดทวารเทียม และอีกลักษณะหนึ่ง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนำส่วนต้นของลำไส้มาเปิดเป็นทวารเทียมที่ผิวหนังหน้าท้อง ตัดลำไส้ส่วนปลายออกทั้งหมดแล้วเย็บปิดทวารหนัก (abdominoperineal resection)

### ลักษณะที่ดีของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม

การสังเกตสี และความชุ่มชื้นของทวารเทียมเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินความมีชีวิตของเนื้อเยื่อลำไส้ส่วนที่นำมาเปิดที่หน้าท้อง ตำแหน่งที่ตั้งทวารเทียม ลักษณะ ขนาด ความสูงของทวารเทียม และลักษณะผิวหนังรอบทวารเทียม มีผลต่อความยาก/ง่ายในการดูแลและความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลักษณะของทวารเทียมปกติควรเป็นสีแดงเหมือนสีเนื้อแดง (beefy red) ชุ่มชื้น ขนาดที่ดีจะมีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1-1.5 นิ้ว อาจมีรูปร่างกลมหรือรี ตำแหน่งของช่องเปิดลำไส้ควรอยู่ที่ส่วนยอด ความสูงที่ดีควรประมาณ 1-1.5 นิ้ว (วงเดือน, 2548) เพื่อสะดวกในการติดแป้นและถุง เพราะมองเห็นได้ง่ายและช่วยให้อุจจาระไหลลงถุงได้ดี ทำให้ผิวหนังรอบทวารเทียมไม่ระคายเคืองจากน้ำอุจจาระ ทวารเทียมควรตั้งอยู่ในตำแหน่งที่มีพื้นที่ผิวโดยรอบเรียบเสมอ และต่ำกว่าขอบกางเกงหรือแนวเข็มขัด ผิวหนังรอบทวารเทียมควรมีลักษณะผิวที่สมบูรณ์ ไม่แตกต่างจากผิวหนังที่โดยรอบ เช่น ไม่มีตุ่ม รอยแดง ถลอก ลอกเป็นแผล และสีไม่ซีดหรือคล้ำผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผิวหนังระคายเคือง (จันทร์ฉาย, 2549)

### ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ที่มีทวารเทียม

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดทวารเทียมมีผลกระทบต่อผู้ที่มีทวารเทียมในหลายด้าน ตั้งแต่การทำให้การดูแลทวารเทียมด้วยตนเองมีความยากลำบากมากขึ้น มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน มีผลต่อภาพลักษณ์และการเข้าสังคม (Ross et al., 2007) เนื่องจากติดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายได้ยากและรั่วซึมบ่อยๆ ทำให้มีผลต่อรายได้เนื่องจากต้องเปลี่ยนหรือหยุดงาน มีความเจ็บปวดไม่สุขสบายจากการที่ผิวหนังระคายเคือง มีแผลถลอก และที่รุนแรงที่สุดคืออาจมีผลถึงแก่ชีวิต ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับชนิดการผ่าตัด ความสูงของทวารเทียม (Cottam, Richards, Hasted, & Blackman, 2007) ความอ้วน (Parmar, Zammit, Smith, Kenyon, & Lees, 2010) อายุ โดยพบว่าอายุของผู้ที่มีทวารเทียมมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน (Pittman et al., 2008) และการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (Cottam et al., 2007) โดยกรณีที่ทำกรผ่าตัดแบบฉุกเฉิน พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมและอัตราการตาย (Harris et al., 2005) รวมทั้งการไม่ได้เลือกตำแหน่งทวารเทียมที่เหมาะสมก่อนผ่าตัด (Parmar et al., 2010) โดยผู้ที่มีอายุน้อยหรือมีทวารเทียมแบบที่ผ่าตัดลำไส้แยกจากกันนำลำไส้ส่วนต้นมาเปิดทำเป็นทวารเทียมที่ผิวหนังหน้าท้อง (end colostomy) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีทวารเทียมแบบที่ยกส่วน

ของลำไส้ออกมาจากร่างกายโดยไม่ได้ตัดลำไส้ขาดจากกันแล้วเปิดผนังของลำไส้ด้านหนึ่งทำเป็น ทวารเทียม (Caricato et al., 2007) ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังผ่าตัดทันที เช่น ทวารเทียมขาด เลือดและเน่าตาย มีฝีหรือการแตกทะลุข้างทวารเทียม รอยแผลเย็บรอบทวารเทียมแยก การหดรั้ง และแผลขนทะลุข้างทวารเทียม ส่วนภาวะแทรกซ้อนระยะหลังอาจเกิดหลังผ่าตัดตั้งแต่ 1 เดือน จนถึงหลายปีทีพบบ่อย ได้แก่ การระคายเคืองหรืออักเสบของผิวหนังรอบทวารเทียม มีเลือดออกที่ ทวารเทียม ทวารเทียมอุดตัน/ทวารเทียมตีบ ไส้เลื่อนข้างทวารเทียม และทวารเทียมปลิ้น (Chandler & Orkin, 1998)

สำหรับภาวะแทรกซ้อนในการศึกษาครั้งนี้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ส่งผลกระทบต่อผู้มีทวารเทียมมาก แต่สามารถป้องกันได้โดยการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้มีทวาร เทียมและผู้ดูแล ได้แก่ 1) ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม (peristomal skin complication) 2) การบาดเจ็บที่ทวารเทียม (stoma injury) 3) ทวารเทียมอุดตันและตีบ (stomal obstruction & stenosis) และ 4) ไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (parastomal hernia)

### 1. ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม

ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมพบได้ร้อยละ 16 (Ratliff et al., 2005) สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการระคายเคืองจากการสัมผัสกับอุจจาระ รองลงมาเป็นการติดเชื้อที่ ผิวหนัง การบาดเจ็บจนเป็นแผล รูขุมขนอักเสบและการแพ้วัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (irritant dermatitis) พบอุบัติการณ์สูงถึง ร้อยละ 76 ของภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนัง (Richbourg, Thorpe, & Rapp, 2007) มักเกิดจากผิวหนัง รอบทวารเทียมมีการระคายเคืองจากการได้รับการสัมผัส หรือเสียดสีกับวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย หรือ สัมผัสกับอุจจาระจนอาจทำให้ผิวหนังเกิดการแพ้หรืออักเสบและเกิดเป็นแผลขึ้น (Herlufsen et al., 2006; Nybaek & Jemec, 2010) ภาวะผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองนี้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับ การหดกลับของทวารเทียมเข้าในผนังหน้าท้องหรือทวารเทียมที่มีความสูงน้อยกว่า 10 มิลลิเมตร (Cottam et al., 2007) หรือความอ้วนที่อาจทำให้ความโค้งของหน้าท้องเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ การที่ทวารเทียมตั้งอยู่ในตำแหน่งรอยพับของผนังหน้าท้อง อยู่ใกล้แผลเป็น สะดือหรือปุ่ม กระดูกทำให้พื้นที่ผิวที่ใช้ในการติดแปะไม่เรียบเกิดการรั่วซึมของแผ่นแปะได้ง่าย อายุ รวมทั้งการ ได้รับผ่าตัดแบบฉุกเฉินทำให้ไม่ได้รับการเตรียมตำแหน่งทวารเทียมที่เหมาะสมก่อนผ่าตัด แต่ พบว่า สาเหตุหลักมักเกิดจากการดูแลทวารเทียมที่ไม่ถูกต้อง (นิโรบล, 2549; Ratliff et al., 2005)

เช่น การตัดขนาดรูเปิดของถุงหรือเป็นกว้างเกินไป (Ratliff et al., 2005) ทำให้เกิดการระคายเคืองจากการสัมผัสกับอุจจาระก่อให้เกิดการอักเสบ พบได้บ่อยโดยเฉพาะในรายที่ทำทวารเทียมจากลำไส้เล็กส่วนปลาย (Robertson et al., 2005) โดยพบมากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่มีภาวะผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง (Lyons & Smith, 2003 as cited in Black, 2007) เนื่องจากอุจจาระในลำไส้ส่วนนี้ค่อนข้างเหนียวน้ำอุจจาระจะเซาะเข้าใต้วัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายได้ง่ายกว่าทวารเทียมลำไส้ใหญ่ ส่วนปลาย ซึ่งอุจจาระจะเป็นก้อนทำให้เคลื่อนลงได้ง่ายกว่า นอกจากนี้ความเป็นด่างของอุจจาระจากผลของสารขับหลังที่มาจากตับอ่อนและระบบน้ำดีทำให้เกิดการระคายเคืองผิวได้มาก (Burch & Sica, 2008) เมื่ออาหารผ่านสู่ลำไส้ส่วนปลายความเป็นด่างจึงค่อยๆ ลดลง ดังนั้นการผ่าตัดทวารเทียมโดยใช้ส่วนต้นของลำไส้มาเปิดทางหน้าท้อง จึงมีโอกาสดังกล่าวของผิวหนังรอบทวารเทียมได้มาก (ศรีลา, 2544) อาการในระยะแรก คือ ผิวหนังรอบทวารเทียมจะแดงและคัน ถ้าปล่อยให้มีการระคายเคืองต่อไปจะเกิดเป็นแผลถลอก มีอาการแสบและปวดแผล ถ้ามีการหายที่ผิดปกติหรือมีการติดเชื้อจะเกิดเป็นตุ่มหนอง และถ้าเซ็ดแรงๆ อาจมีเลือดออกได้ นอกจากนี้ผิวหนังอาจเปลี่ยนเป็นสีคล้ำขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปโดยที่ผิวหนังไม่ถูกระคายเคืองอีกสีผิวจึงจะจางลง (Oakley, 2007)

ผู้มีทวารเทียมสามารถป้องกันการระคายเคืองของผิวหนังได้ ด้วยการตัดช่องเปิดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายให้มีขนาดกว้างกว่าขนาดทวารเทียมไม่เกิน 2-3 มิลลิเมตร หรือ 1/8 นิ้ว (Clark, 2008) เลือกวัสดุที่นิ่มหรือปรับความโค้งไปตามรูปร่างของหน้าท้องได้ง่าย การปรับระดับผิวหนังรอบทวารเทียมให้เรียบเสมอกันก่อนติดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย จะช่วยป้องกันไม่ให้อุจจาระเซาะบริเวณซึ่งเป็นที่ยึดหรือเป็นร่องได้ทำให้วัสดุนั้นติดได้นานขึ้น พยาบาลต้องแนะนำผู้มีทวารเทียมให้สังเกตอาการคัน ถ้ามีอาการควรเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายทันที

การแก้ไขเมื่อเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง ให้ทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด หลีกเลี่ยงการใช้สบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อต่างๆ เนื่องจากจะระคายเคืองผิวหนังมากขึ้น จากนั้นซับให้แห้งด้วยผ้าสะอาดแล้วปล่อยให้แห้งสนิท หรืออาจใช้ที่เป่าผมช่วยเป่าให้แห้งโดยควรถือที่เป่าผมห่างผิวหนังอย่างน้อย 1 ฟุต หรืออาจทาบริเวณที่ระคายเคืองด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดครีมวันละครั้งจนกว่าจะดีขึ้น (Koukourakis, Kelekis, Kouvaris, Beli, & Kouloulis, 2010; Oakley, 2007)

1.2 แผลฉีกขาด (lacration) พบอุบัติการณ์ร้อยละ 3.2 (Ratliff et al., 2005) เกิดจากการดูแลที่ไม่ถูกต้องทำให้ผิวหนังเกิดการบาดเจ็บเป็นแผล การเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายบ่อยๆ (ซีรันซู, 2551) การลอกวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายออกเร็วเกินไป หรือมีแรงดึงมากกว่า 2 นิวตัน (Omura, Yamabe, & Anazawa, 2010) ซึ่งอาจทำให้เกิดรอยแผลเล็กๆ ที่ผิวหนัง และการที่ผิวหนังสัมผัสกับน้ำอุจจาระอาจทำให้เกิดรอยถลอกได้ โดยเฉพาะในกรณีที่ได้รับการฉายรังสีร่วมด้วย

เนื่องจากรังสีมีผลต่อเซลล์ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี ทำให้ผิวแห้ง ลอกเป็นขุย และเกิดเป็นแผลได้ง่าย (Wang, Boerma, Fu, & Hauer-Jensen, 2006) การแก้ไขเมื่อเกิดแผลฉีกขาดเหมือนกับผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง ควรทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด จากนั้นซับให้แห้ง โรยแผลด้วยผงแป้งสำหรับรักษาแผลที่เกิดจากการระคายเคือง เกือบส่วนเกินทิ้งแล้วติดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายทับลงไป

ผู้มีทวารเทียมสามารถป้องกันการเกิดแผลฉีกขาดได้ด้วยการลอกวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายออกอย่างนุ่มนวล และไม่เปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายบ่อยๆ ควรเลือกใช้วัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายแบบ 2 ชั้น ที่เปลี่ยนเฉพาะถุงเมื่อมีอุจจาระ (Burch & Sica, 2008; Omura et al., 2010) โดยตัวแป้นที่ติดกับหน้าท้องสามารถติดอยู่ได้นาน อาจนานกว่า 7 ถึง 12 วัน ขึ้นกับปริมาณน้ำในอุจจาระ ถ้าน้ำในอุจจาระมากจะเซาะแป้นให้หลุด/ร้าวซึมได้เร็วขึ้น ดังนั้นจึงควรป้องกันอาการท้องเสียด้วยการพิจารณาและเลือกรับประทานอาหารที่สะอาด หรือในกรณีที่ได้รับการฉายรังสีร่วมด้วย ต้องระมัดระวังในการลอกแป้นมากกว่าปกติ

1.3 การติดเชื้อที่ผิวหนัง สาเหตุเกิดจากการหมักหมมเปียกชื้นซึ่งเป็นผลจากการดูแลที่ไม่ดีพอ เป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้ถึงร้อยละ 7 (Lyon & Smith, 2003 as cited in Turnbull, n.d.) การติดเชื้อพบได้บ่อยในผู้มีทวารเทียมที่ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี เช่น มีโรคเบาหวาน หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน (Oakley, 2007; Nybaek & Jemec, 2010) อาจพบการติดเชื้อได้ทั้งจากเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส และเชื้อรา โดยการติดเชื้อราของผิวหนังพบอุบัติการณ์ร้อยละ 1.4 (Ratliff et al., 2005) การติดเชื้อราที่พบได้บ่อยคือ ยีสต์ และเชื้อแคนดิดาอัลบิแคน (*Candida albicans*) โดยผิวหนังจะมีรอยแดงตรงกลางและมีตุ่มนูนรอบๆ มักมีผิวหนังลอก หรือผิวแห้งเป็นเกล็ด มีอาการคัน ผู้มีทวารเทียมสามารถดูแลรักษาเมื่อติดเชื้อราด้วยการใช้ยาต้านเชื้อราชนิดผง (เช่น Nystatin หรือ Mycostatin) โรยบางๆ บริเวณที่เป็นทุกครั้งที่เปลี่ยนแป้น ควรเปลี่ยนแป้นบ่อยๆ หรืออาจปิดทวารเทียมด้วยก๊อสชั่วคราวและเปลี่ยนทุกวันจนกว่าจะหาย (วงเดือน, 2548) ส่วนเชื้อแบคทีเรียพบได้น้อยกว่าเชื้อรา เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อย คือ เชื้อสแตปไฟโลค็อกคัสออเรียส (*Staphylococcus aureus*) เชื้ออื่นที่อาจพบได้ คือ โปรเตียส (*Proteus*) หรือ สูโดโมนาส (*Pseudomonas*) เมื่อมีการติดเชื้อผิวหนังจะเป็นแผล บวม แดง อาจมีหนองและมีอาการปวด การดูแลรักษาเมื่อมีการติดเชื้อที่ไม่รุนแรงโดยการทำความสะอาดแผลด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก็เพียงพอ แต่ในกรณีติดเชื้อรุนแรงต้องให้ยาปฏิชีวนะ อาจเป็นแบบทาเฉพาะที่หรือแบบรับประทาน (Oakley, 2007) และหลีกเลี่ยงการติดแป้นบนผิวหนังขณะที่รักษาเพื่อลดการระคายเคืองที่ผิวหนัง การป้องกันภาวะนี้จึงควรมีการสำรวจผิวหนังอย่างสม่ำเสมอขณะที่ทำความสะอาดทวารเทียม หรือสังเกต

อาการคัน แสบ หรือปวดบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม หรืออาจพิจารณาจัดการกำหนดเวลาในการเปลี่ยนเป็น (จันทร์ฉาย, 2547) ทุก 7 วัน เพื่อไม่ให้มีอุจจาระค้างอยู่ได้เป็นเป็นระยะเวลานานเกินไป

1.4 รูขุมขนอักเสบ (folliculitis) เกิดเมื่อผิวหนังต้องสัมผัสกับสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง หรือมีการอุดตันรูขุมขน อาจพบในรายที่มีขนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมแล้วไม่ได้ตัดขนก่อนตัดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย หรือการดึงวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายออกแล้วดึงขนติดมาด้วยทำให้เกิดแผลเล็กๆ ที่รูขุมขน ซึ่งเมื่อถูกกับน้ำอุจจาระจึงมีการอักเสบติดเชื้อเกิดขึ้น (นิโรบล, 2549) อาจพบในผู้ที่มีทวารเทียมที่เป็นเบาหวาน หรือมีระบบภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง โดยเชื้อที่พบบ่อยเป็นสเตปไฟโลค็อกคัสออเรียส หรือสเตรปโตคอคโค หรือทั้ง 2 ชนิด (Nybaek & Jemcc, 2010) หรืออาจติดเชื้อรา เช่น แคนดิดาอัลบิแคน (Essig, 2009) อาการแสดงของรูขุมขนอักเสบ ได้แก่ ผิวหนังอักเสบ แดง บวมและปวด ในผู้ที่อาการไม่รุนแรงจะหายได้เองภายใน 2 สัปดาห์ บางครั้งอาจมีลักษณะเป็นตุ่มเล็กๆ ที่มีจุดสีขาวหรือเหลืองของหนองอยู่ตรงกลาง เมื่อมีอาการมากขึ้นตุ่มอาจจะแข็งและมีอาการปวดมากขึ้น หนองแตก และอาจรุนแรงจนถึงมีการติดเชื้อในร่างกายได้ ผู้ที่มีทวารเทียมสามารถทำความสะอาดบริเวณที่มีการอักเสบด้วยสบู่ที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ (antimicrobial soap) หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น คลอเฮกซิดีน(Chlorhexidine) แล้วประคบด้วยผ้าก๊อซชุบน้ำอุ่น หรือน้ำส้มสายชูเจือจาง (น้ำส้มสายชู 1 ส่วนค่อน้ำสะอาด 20 ส่วน) หรือน้ำยาเบอโรว์ (burrow's solution) นาน 5 - 10 นาที วันละ 3 - 6 ครั้ง จะช่วยให้หายเร็วขึ้น ลดอาการคันและปวด กรณีที่มีอาการมาก การอักเสบมีการขยายกว้างออกไปและ/หรือมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น มีไข้ ต้องมาพบแพทย์ อาจต้องใช้ยาปฏิชีวนะแบบครีมหรือแบบผงโรยบริเวณที่มีการอักเสบแล้วปิดด้วยก๊อซ ถ้ามีการอักเสบในระดับที่ลึกกลงไป อาจต้องได้ยาปฏิชีวนะแบบรับประทานโดยขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อนั้นๆ ถ้าเป็นการติดเชื้อราอาจใช้การทาหรือรับประทานยารักษาเชื้อรา และแพทย์อาจให้ยาในกลุ่มสเตียรอยด์เพื่อลดการอักเสบ ในกรณีที่เชื่อคือต่อการรักษา หรือมีการกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ อาจรักษาด้วยเลเซอร์ทำลายรูขุมขนเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อ (Essig, 2009) การป้องกันภาวะนี้ผู้ที่มีทวารเทียมต้องดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาดอยู่เสมอ และในกรณีที่ขนที่ผิวหนังหน้าท้องควรตัดออกด้วยเครื่องโกนขนไฟฟ้า ไม่ควรใช้ใบมีดโกน (Oakley, 2007) เพราะอาจเกิดรอยแผลเล็กๆ ที่ผิวหนัง หรืออาจทำให้บาดเจ็บที่ทวารเทียมได้

1.5 ผิวหนังอักเสบจากการแพ้ (allergic dermatitis) พบอุบัติการณ์ร้อยละ 0.6 - 0.7 (Lyon, Smith, Griffiths, & Beck, 2000; Nybaek & Jemec, 2010) โดยผู้ที่มีทวารเทียมอาจแพ้สารที่ใช้ทำวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายหรือกาวที่อยู่บนตัววัสดุนั้น หรือจากการตกค้างของสารกำจัดกลิ่นและสารที่ใช้ทำความสะอาดผิวหนัง กรณีที่แพ้สารที่ใช้ทำวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายอาจปรากฏอาการแพ้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังตัดวัสดุ หรืออาจปรากฏอาการหลังตัดไปแล้วนานกว่า 1 สัปดาห์ ลักษณะของผื่นแพ้จะเป็นผื่นนูนแดง ซึ่งมีรูปร่างพอดีกับรูปร่างของวัสดุต้นเหตุของการแพ้ มี

อาการคัน การดูแลรักษา คือ ต้องหลีกเลี่ยงการใช้วัสดุนั้นแล้วเลือกใช้วัสดุชนิดอื่นแทน ทาบริเวณ ผื่นด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดครีม (สุรศักดิ์, 2551; Koukourakis, Kelekis, Kouvaris, Beli, & Kouloulis, 2010) การป้องกันสามารถทำได้ด้วยการซักประวัติการแพ้ ถ้ามีประวัติแพ้จ่ายควรทำการตรวจสอบการแพ้สารที่สัมผัสผิวหนัง (patch test) (Ada & Seckin, 2010) โดยการนำชิ้นส่วน เล็กๆ ของวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายแต่ละชนิดมาติดที่ท้องแขน หน้าท้องหรือที่แผ่นหลังนาน 24 - 48 ชั่วโมง ถ้าแพ้จะมีรอยแดงหรือผื่นขึ้นตามรูปร่างของวัสดุนั้นและมีอาการคัน นอกจากนี้ผู้มีทวารเทียมควรทำความสะอาดผิวหนังรอบทวารเทียมด้วยน้ำสะอาดเท่านั้น การใช้ยาหรือสบู่อาจมี สารตกค้างทำให้ผิวหนังระคายเคือง ถ้าจำเป็นควรใช้สบู่อ่อนและล้างออกให้หมด (Koukourakis et al., 2010) นอกจากนี้บางรายอาจแพ้พลาสติกที่ใช้ติดรอบเป็น โดยมีรอยแดงและอาการคันที่ขอบ เป็นจึงไม่ควรใช้พลาสติกยกเว้นเวลาอาบน้ำ ถ้ากลัวเป็นหลุมควรใช้เข็มขัดหรือผ้ายึดครัน้ำ ท้องแทน

## 2. การบาดเจ็บที่ทวารเทียม

การบาดเจ็บที่ทวารเทียมอาจทำให้เกิดแผลและมีเลือดออกได้ พบอุบัติการณ์ร้อยละ 2.1 (Cigdem, Onen, Duran, Ozturk, & Otcu, 2006) ถึงร้อยละ 34.5 (Mahjoubi et al., 2005) สาเหตุอาจเกิดจากการติดเชื้อ การอักเสบเรื้อรังที่เกิดจากการถูไถที่ทวารเทียม ทำให้มีเนื้อเยื่อออกใหม่บริเวณขอบของทวารเทียม (Burch & Sica, 2008) หรือการมีทวารเทียมเป็นเวลานาน อาจทำให้มีเลือดซึมจากเนื้อเยื่อนี้ได้บ่อยโดยเฉพาะเมื่อสัมผัสเวลาเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย รวมทั้งการ ตัดหรือใช้ขนาดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายไม่เหมาะสม (Barr, 2004) โดยเฉพาะในกรณีที่มีทวารเทียม มีภาวะลำไส้ปลิ้นซึ่งขนาดของทวารเทียมจะโตขึ้นกว่าปกติ ถ้าตัดขนาดช่องเปิดของวัสดุรองรับสิ่ง ขับถ่ายเท่าภาวะปกติจะทำให้ทวารเทียมเกิดการเสียดสีกับวัสดุ หรือใช้ขนาดของวัสดุรองรับสิ่ง ขับถ่ายแบบ 2 ชั้นเท่าเดิม อาจทำให้กดทับหรือหนีบทวารเทียมขณะที่ติดลงบนแป้นได้ ทำให้เกิด การบาดเจ็บที่ทวารเทียม เป็นแผลและมีเลือดออกได้ (Barr, 2004; Cigdem et al., 2006) ผู้มีทวาร เทียมสามารถแก้ไขได้เองโดยพิจารณาใช้ขนาดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายที่ใหญ่ขึ้น หรือตัดช่องเปิด ของแป้นกว้างขึ้นให้เหมาะกับขนาดทวารเทียมที่ปลิ้นออกมา นอกจากนี้การบาดเจ็บอาจเกิดได้จาก การเช็ดทวารเทียมแรงเกินไปทำให้มีเลือดออกจากทวารเทียม ในกรณีที่ไม่ได้เกิดจากการกระทบ กระแทกที่รุนแรงส่วนใหญ่เลือดมักจะหยุดได้เอง

ภาวะเลือดออกมากที่ทวารเทียมอาจเกิดได้จากการได้รับการกระทบกระแทกอย่าง รุนแรงหรือมีสาเหตุร่วมอย่างอื่น เช่น โรคลำไส้อักเสบ มีติ่งเนื้อที่ลำไส้ ถูที่เกิดจากการโป่งพอง



ของผนังลำไส้อักเสบ หรือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เป็นต้น ภาวะเลือดออกรุนแรงในกลุ่มทวาร  
เทียมลำไส้เล็กพบที่มีความสัมพันธ์กับโรคลำไส้อักเสบ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นแผลอักเสบในลำไส้  
(ulcerative colitis) นอกจากนี้ทั้งกลุ่มที่ทำทวารเทียมลำไส้เล็กและทวารเทียมลำไส้ใหญ่ มักพบ  
ภาวะเลือดออกในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโดยอาจมีสาเหตุจากโรคตับแข็ง ภาวะนี้  
ทำให้หลอดเลือดที่ทวารเทียมโป่งพองเมื่อมีการเบ่งแรงๆ หรือแม้แต่การบาดเจ็บเล็กน้อยก็อาจทำ  
ให้เกิดเลือดออกมากจากบริเวณรอยต่อระหว่างชั้นเยื่อเมือกกับผิวหนังได้ ผู้มีทวารเทียมสามารถ  
ป้องกันภาวะเลือดออกที่ทวารเทียมด้วยการเลือกกิจกรรม งานอดิเรก หรือกีฬาที่ไม่เสี่ยงต่อการ  
กระทบกระแทก เช็ดทำความสะอาดด้วยความนุ่มนวล ตัดขนาดช่องเปิดของแป้นและเลือกขนาด  
ของแป้นและถุงให้เหมาะกับขนาดของทวารเทียมที่เปลี่ยนแปลงไป ในกรณีที่ได้รับบาดเจ็บแล้ว  
และเลือดออกไม่มากสามารถใช้สาลี่กดจุดที่มีเลือดออกเบาๆ 5-10 นาที จะทำให้เลือดหยุด และ  
แผลหายได้เอง (Barr, 2004) ยกเว้นกรณีที่เลือดออกมากต้องรีบมาพบแพทย์ ซึ่งอาจใช้ยา  
อะดรีนาลีนกดห้ามเลือด เย็บหรือผูกหลอดเลือด กรณีความดันโลหิตสูงมีหลอดเลือด  
ที่ทวารเทียมโป่งพอง อาจฉีดสารห้ามเลือดหรือพิจารณาผ่าตัดเพื่อลดความดันโลหิต  
ค่าพอร์ทัลลง (ธีรนุช, 2551; นิโรบล, 2549; Barr, 2004; Spier et al., 2008)

### 3. ทวารเทียมอุดตันและตีบ

การอุดตันและตีบของทวารเทียมเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายใน โดยที่  
ลักษณะทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียมยังปกติ แต่ผู้มีทวารเทียมจะมีอาการหรืออาการแสดง  
ที่สามารถสังเกตได้ ภาวะนี้จะทำให้ผู้มีทวารเทียมขับถ่ายอุจจาระยากกว่าปกติ ก่อให้เกิดความไม่  
สุขสบาย แน่นอึดอัดท้องจนกระทั่งขับถ่ายอุจจาระไม่ได้ในที่สุด ซึ่งสาเหตุและการป้องกัน  
ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จะกล่าวในรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 3.1 ทวารเทียมอุดตัน

การอุดตันแบ่งตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ สาเหตุภายนอก และ  
สาเหตุภายในลำไส้ สาเหตุภายนอกลำไส้เกิดจากพังผืด การมีภาวะไส้เลื่อนภายในช่องท้อง  
(internal hernia) หรือลำไส้บิดเกลียว ทำให้มีการกดเบียดลำไส้จากภายนอกจนช่องว่างในลำไส้  
แคบลงจนถึงอุดตัน ส่วนสาเหตุภายในลำไส้ อาจเกิดจากการมีการอุดตันของอาหาร (ธีรนุช, 2551;  
Rogers, 2007) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ผู้มีทวารเทียมสามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะผู้ที่ทำทวารเทียมลำไส้  
เล็ก หลังผ่าตัดลำไส้จะบวม ช่องเปิดลำไส้แคบลงกว่าปกติแต่จะค่อยๆ ยุบบวมลง จนมีขนาดคงที่  
เท่าปกติหลังผ่าตัดประมาณ 2 เดือน ดังนั้นระยะแรกหลังผ่าตัดจึงควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย

หลัง 2 เดือนไปแล้วจึงเริ่มรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูง โดยเริ่มต้นที่ปริมาณน้อยๆ ก่อน และเริ่มวันละมื้อ สังเกตอาการปวดท้องและการขับถ่ายอุจจาระ ถ้าไม่มีอาการผิดปกติจึงเพิ่มปริมาณอาหารและจำนวนมื้อที่มากขึ้นๆ จนเป็นปกติ ควรรับประทานอาหารเช้าๆ เคี้ยวอาหารให้ละเอียด โดยเฉพาะจำพวกผักผลไม้ คีมน้ำมากๆ (Rogers, 2007) ประมาณ 10-12 แก้วต่อวัน รวมทั้งการออกกำลังกายครั้งละ 20 – 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ การป้องกันภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมไม่ให้เกิดขึ้น โดยเฉพาะในผู้มีทวารเทียมที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือป้องกันไม่ให้อาการไส้เลื่อนเป็นมากขึ้นจนอาจเกิดการอุดตัน (จันทร์ฉาย, 2547)

ผู้มีทวารเทียมต้องสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะทวารเทียมอุดตัน ได้แก่ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องและไม่มีอาการขับถ่ายอุจจาระ ในผู้มีทวารเทียมถ้าไส้เล็กปกติมักจะขับถ่ายอุจจาระหลังรับประทานอาหารประมาณ 4 – 6 ชั่วโมง ถ้าไม่มีอุจจาระออกอาจเริ่มดูแลตนเองเบื้องต้นด้วยการอาบน้ำอุ่น หรือวางกระเป๋าน้ำร้อนประคบที่หน้าท้อง (ระวังอย่าให้ทับทวารเทียม) เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องผ่อนคลาย นวดหน้าท้องเพื่อกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ หรือการอยู่ในท่าเข่าชิดอก ด้วยการนอนชันเข่าแล้วเอามือกดอกเข่า ยกขาตัวขึ้นให้ค้างจรดเข่าค้างไว้ หรือคุกเข่าแล้ววางอกลงบนเตียง อาจช่วยให้อาหารที่อุดตันเคลื่อนผ่านลงมาได้ ถ้าไม่มีอาการอาเจียน พอรับประทานได้ ยังมีอุจจาระออก และไม่มีข้อจำกัดในการดื่มน้ำ ให้ดื่มน้ำมากๆ รวมทั้งน้ำผลไม้ เช่น น้ำอุ่น น้ำลูกพรุนจะช่วยให้การระบายดีขึ้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารแข็ง (จันทร์ฉาย; Clark, 2008) และตัดขนาดของช่องเปิดที่เป็นให้กว้างขึ้นถ้าสังเกตเห็นว่าทวารเทียมบวมขึ้นกว่าเดิม หากอาการยังไม่ดีขึ้น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือไม่มีอุจจาระออก หรือทั้ง 2 อย่าง แสดงถึงการที่ลำไส้ถูกอุดตันโดยสมบูรณ์ ผู้มีทวารเทียมต้องงดน้ำและอาหารทุกชนิด อย่านับประทุษยา ระบายและควรรีบมาพบแพทย์ โดยแพทย์จะใส่สายระบายทางจุกสู่กระเพาะอาหาร และแก้ไขภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ กรณีเกิดจากอาหารอุดตันภายในลำไส้ หากการแก้ไขดังกล่าวข้างต้นไม่ได้ผล แพทย์จะสวนล้างทวารเทียมด้วยน้ำเกลือออร์มัล 500 มิลลิลิตร ซึ่งมักจะแก้ไขอาการอุดตันได้ แต่กรณีที่เกิดการอุดตันจากสาเหตุภายนอกลำไส้ ถ้าให้การรักษาเบื้องต้นดังกล่าวแล้วไม่ดีขึ้น ยังปวดท้องและท้องอืดมากขึ้น มีไข้หรือมีภาวะเม็ดเลือดขาวสูงจำเป็นต้องรีบผ่าตัด (ธีรนุช, 2551)

### 3.2 ทวารเทียมตีบ

การตีบของทวารเทียมเกิดได้ทั้งระดับผิวหนังและชั้นพังผืด อุบัติการณ์พบได้ร้อยละ 10 - 17 (Duchesne et al, 2002; Muneer et al., 2007) สาเหตุอาจเกิดจากการเปิดแผลที่ผนังหน้าท้องแคบเกินไปในขณะที่ผ่าตัด แต่ส่วนใหญ่สาเหตุมักมาจากการเน่าตาย หรือการติดเชื้อของเนื้อเยื่อแล้วทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อลำไส้ นอกจากนี้การยกลำไส้ที่เคยได้รับการฉายรังสีมาเปิด

บริเวณหน้าท้อง หรือการเลือกผนังหน้าท้องที่ได้รับการฉายรังสีมาเป็นตำแหน่งของทวารเทียม การดูแลทวารเทียมไม่ถูกวิธี หรือการใช้วัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายที่ไม่เหมาะสมติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดแผลเรื้อรังที่ทวารเทียมจนเกิดพังผืดตามมาด้วยการตีบของทวารเทียมที่ระดับผิวหนัง (ธีรนุช, 2551; Barr, 2004) ซึ่งอาจพบในรายที่ทำทวารเทียมแบบถาวรมานานหลายปี

อาการแรกเริ่มของทวารเทียมตีบที่ผู้มีทวารเทียมสามารถสังเกตได้ คือ อุจจาระที่ออกมาจะเป็นลำเล็กลงเรื่อยๆ จนเล็กตีบมีลักษณะเป็นเส้น ในกรณีที่ยังตีบไม่มากผู้มีทวารเทียมควรรับประทานอาหารเส้นใยมากเพื่อให้อุจจาระขยายทวารเทียมด้วยวิธีธรรมชาติ ยกเว้นกรณีทวารเทียมลำไส้เล็กตีบผู้มีทวารเทียมควรรับประทานอาหารเส้นใยน้อย และสามารถใช่วิธีถ่างขยายทวารเทียมด้วยตนเองที่บ้านได้ โดยใช้นิ้วมือข้างที่ถนัดสอดเข้าทวารเทียมค้างไว้สักครู่แล้วดึงออก ทำซ้ำทุกวันหรือวันเว้นวัน แต่ถ้าทวารเทียมตีบแคบมากแล้วไม่ควรถ่างขยายด้วยนิ้วมือหรือเครื่องมืออื่นใด เพราะไม่ได้ผลและอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา เช่น ทวารเทียมทะลุ เลือดออก และเกิดการตีบแคบซ้ำในเวลาต่อมา (ธีรนุช, 2551; Barr, 2004) จึงต้องรักษาโดยการผ่าตัด ผู้มีทวารเทียมสามารถป้องกันการตีบของทวารเทียมได้โดยการตัดขนาดช่องเปิดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายให้โตกว่าขนาดทวารเทียมเล็กน้อย เพื่อป้องกันการเสียดสีกับทวารเทียมจนเกิดเป็นแผลเรื้อรัง

#### 4. ไส้เลื่อนข้างทวารเทียม

ไส้เลื่อนข้างทวารเทียม คือ การที่ส่วนของลำไส้ผ่านเข้ามาในช่องระหว่างทวารเทียมกับผนังหน้าท้องเข้าไปอยู่ในชั้นไขมันของผนังหน้าท้องบริเวณข้างทวารเทียม ส่วนใหญ่ไส้เลื่อนข้างทวารเทียมจะเกิดภายใน 2 ปีแรกหลังผ่าตัดทวารเทียม อุบัติการณ์การเกิดไส้เลื่อนข้างทวารเทียมพบได้ร้อยละ 48.1 ขึ้นกับชนิดของทวารเทียม โดยพบได้บ่อยในผู้ที่ผ่าตัดทวารเทียมลำไส้ใหญ่มากกว่าทวารเทียมลำไส้เล็ก และพบในทวารเทียมแบบที่ตัดลำไส้แยกจากกันแล้วนำลำไส้ส่วนต้นมาเปิดที่ผนังหน้าท้อง (end colostomy) มากกว่าทวารเทียมแบบที่ยกส่วนของลำไส้ออกมาโดยไม่ได้ตัดลำไส้ขาดจากกัน (loop colostomy) และอัตราการเกิดภาวะนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาที่มีทวารเทียม (Came et al., 2003) สาเหตุการเกิดไส้เลื่อนข้างทวารเทียมที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัดแต่ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุ ได้แก่ การผ่าตัดที่ผนังหน้าท้องกว้างเกินไป การยกของหนักในช่วง 2-3 เดือนแรกหลังผ่าตัด การหย่อนหรือความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ผนังหน้าท้องลดลง (Barr, 2004) เนื่องจากอายุที่มากขึ้น ภาวะทุพโภชนาการ หรือความอ้วน โดยพบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรมีความเสี่ยงต่อการเกิดไส้เลื่อนข้างทวารเทียมได้สูง (Mahjoubi et al., 2005) การติดเชื้อรอบทวารเทียม การฉายรังสี (Wang et al., 2006) ภาวะความ

คันในช่องท้องสูง (Barr, 2004) เช่น การเบ่งถ่ายปัสสาวะจากต่อมลูกหมากโต ภาวะท้องมาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/หอบหืด (ธีรนุช, 2551) และการไอเรื้อรัง จะเป็นตัวกระตุ้นจุดอ่อนแอบนผนังหน้าท้อง คือ บริเวณซึ่งลำไส้ส่วนที่ทำทวารเทียมผ่านออกทางผนังหน้าท้องนั้นอยู่เรื่อยๆ ติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้เกิดเป็นช่องที่กว้างขึ้น ทำให้ลำไส้เคลื่อนผ่านออกทางผนังหน้าท้องเกิดเป็นไส้เลื่อนได้ (McGrath et al., 2006)

ผู้ที่มีภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมมักไม่มีอาการรุนแรงใดๆ และลำไส้สามารถเคลื่อนกลับเข้าสู่ช่องท้องได้เอง มักไม่ต้องให้การรักษาเป็นพิเศษนอกจากแนะนำเรื่องการดูแลและนัดตรวจเป็นระยะ ในรายที่จำเป็นต้องผ่าตัดแก้ไข ได้แก่ มีอาการเจ็บปวด มีภาวะลำไส้อุดตัน มีปัญหาในการใส่เสื้อผ้าจนเป็นเหตุผลด้านความสวยงามที่ผู้มีทวารเทียมรับไม่ได้ หรือทำให้ดูแลทวารเทียมไม่สะดวก (ธีรนุช, 2551) เช่น มีอุจจาระรั่วบ่อยหรือติควัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายได้ยากเนื่องจากหน้าท้องนูนมาก เป็นต้น

ในการป้องกันภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม ผู้มีทวารเทียมควรเริ่มตั้งแต่หลังผ่าตัดทันทีด้วยการใช้มือหรือหมอนประคองแผลและทวารเทียมเวลาไอ ไม่ยกของหนักหรือออกกำลังกายหักโหมในช่วง 2 – 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด และต้องรักษาโรคหรืออาการที่เป็นต้นเหตุ เช่น ต่อมลูกหมากโต โรคหอบหืด รวมถึงการงดสูบบุหรี่เพราะเป็นสาเหตุให้มีการไอได้บ่อย นอกจากนี้ต้องดูแลสมดุลของภาวะโภชนาการไม่ให้เกิดภาวะขาดสารอาหารหรืออ้วนมากเกินไป และเมื่อแผลผ่าตัดที่หน้าท้องหายดีแล้ว ผู้มีทวารเทียมควรบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง โดยควรบริหารนานอย่างน้อย 1 ปี เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรง ซึ่งผู้มีทวารเทียมสามารถเลือกทำได้หลายวิธี เช่น 1) ทำนอนหงายชันเข่า เท้า 2 ข้างราบกับพื้น ยกศีรษะขึ้นเหยียดแขนไปจนถึงต้นขาหรือเข่า ค้างไว้ นับ 1 ถึง 3 ก่อนวางศีรษะและแขนลงอยู่ในท่าเดิม ทำอย่างน้อย 10 ครั้งต่อวัน 2) ทำนอนหงายชันเข่า โดยให้เข่าชิดกัน เท้า 2 ข้างราบกับพื้น และหลังแนบพื้น แขนว่ท้องและโยกขา 2 ข้างไปซ้ายและขวาสลับกันไป ทำอย่างน้อย 10 ครั้งต่อวัน หรือ 3) ทำนอนหงายชันเข่า เท้า 2 ข้างราบกับพื้น แขนว่ท้องและยกกันขึ้น เกร็งไว้ นับ 1 และ 2 ก่อนวางกันแนบพื้น แล้วทำซ้ำอย่างน้อยวันละ 10 ครั้ง (Barr, 2004; Thompson, 2008) และใช้ผ้ายึดรัดหน้าท้องเพื่อป้องกันในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (Barr, 2004)

#### *การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีทวารเทียม*

ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ตามทฤษฎีของโอเรียม (Orem, 2001) เป็นแนวคิดซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โดยโครงสร้างของ

ความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and disposition) 2) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (power components of self-care agency) และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถในการรับรู้และการกระทำซึ่งเป็นผลจากการมีความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมถึงการใช้เหตุผล การพิจารณา/การตัดสินใจที่ถูกต้อง และทักษะในการสื่อสาร 2) คุณสมบัติที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำประกอบด้วย การเข้าใจในตนเอง การยอมรับตนเอง ห่วงใยและเห็นคุณค่าในตนเอง และ 3) ความสามารถในการกำหนดหรือจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น งานอดิเรกหรือสิ่งที่สนใจ ความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะจัดการดูแลตนเอง ความตระหนักในเรื่องสุขภาพหรือความสามารถในการดูแลตนเอง หากผู้มิทวารเทียบขนาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ย่อมขาดพลังความสามารถและความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง

2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นตัวเชื่อมการรับรู้และการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองมี 10 ประการ ได้แก่ 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายในและภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานของร่างกายให้เพียงพอ สำหรับการเริ่มและการปฏิบัติการดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายในการเคลื่อนไหวเพื่อเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อการดูแลจนสำเร็จ 4) ความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อการดูแล 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับการให้ความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ 6) มีทักษะในการตัดสินใจเพื่อการดูแลและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เพื่อการดูแลจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การกระทำ การสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแล และ 10) มีความสามารถในการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ผู้มีทวารเทียมจะสามารถดูแลตนเองได้ดี ต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการคาดการณ์ ซึ่งเป็นความสามารถในการประเมินปัจจัยภายในตนเอง และปัจจัยภายนอกที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ได้รับความเสี่ยงหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีวิธีการที่จะควบคุมความเสี่ยงหรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการรับรู้ถึงอันตรายและให้ความสำคัญกับการป้องกันว่ามีผลต่อสุขภาพและความผาสุกในชีวิต 2) ความสามารถในการตัดสินใจกระทำการเพื่อการดูแลตนเอง หมายถึง การมีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประเมินสถานการณ์ด้วยตนเองได้ว่าสามารถดูแล ปรับปรุงแก้ไขได้ด้วยตนเองหรือจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือ และสามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสม และ 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของตนเอง สิ่งของและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ มีการวางแผน ลงมือกระทำอย่างมีเป้าหมาย และมีการประเมินผลการปฏิบัติ ปรับปรุงการปฏิบัติและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทักษะในการปฏิบัติการดูแลจัดว่าเป็นส่วนที่มีความสำคัญที่สุดในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมความสามารถในการดูแลมีความจำเป็นมาก เนื่องจากผู้มีทวารเทียมต้องดำรงชีวิตขณะมีทวารเทียมที่บ้านและปฏิบัติการของภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมพบได้บ่อย ซึ่งการดูแลที่เหมาะสมจะเกิดขึ้นได้ควรเริ่มต้นที่ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียมว่า เป็นช่องทางการขับถ่ายอุจจาระออกจากร่างกายไม่ใช่แผล เนื่องจากลักษณะของทวารเทียมที่มีสีแดง มีความอ่อนนุ่ม ทำให้ผู้มีทวารเทียมบางรายมีความกลัว เช่น กลัวเจ็บ กลัวการติดเชื้อ (สมพร และมาณี, 2552) ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลที่บ้าน พยาบาลต้องสร้างความมั่นใจแก่ผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแล เริ่มตั้งแต่การให้ผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลมีความคุ้นชินกับทวารเทียมทีละน้อย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลโดยทั่วไป การดูแลทวารเทียมและการสังเกตลักษณะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง ได้แก่ การระคายเคืองและการติดเชื้อที่ผิวหนังรอบทวารเทียม การบาดเจ็บและมีเลือดออกที่ทวารเทียม การอุดตันและตีบของทวารเทียม หรือการเกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม นอกจากนี้ผู้มีทวารเทียมต้องเข้าใจถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและมีการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการกระทำด้วยตนเองหรือการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลดังกล่าว พยาบาลต้องให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลที่จำเป็น โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลได้ตามความเหมาะสมกับความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล

### กิจกรรมการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้มีทวารเทียม

เนื่องจากการมีทวารเทียมทำให้โครงสร้างทางร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไป การดูแลโดยทั่วไปในการทำกิจวัตรประจำวันจึงมีความแตกต่างจากภาวะปกติ เพื่อให้ผู้มีทวารเทียมสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและอยู่ในสังคมอย่างผาสุก ผู้มีทวารเทียมจึงต้องปรับกิจกรรมการดูแลที่จำเป็น ดังนี้ 1) การทำความสะอาดทวารเทียมและการเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย 2) การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การทำงานอาชีพ การเดินทาง และการมีเพศสัมพันธ์ และ 3) การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (RNAO, 2009)

#### 1. การทำความสะอาดทวารเทียม และการเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย

เริ่มตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ไว้ใกล้มือก่อนทำการเปลี่ยนแป้น ผู้มีทวารเทียมยืนหรือนั่งหน้ากระจกในท่าที่ถนัดที่สุด และมองเห็นผิวหนังรอบทวารเทียม ซึ่งต้องไม่มีรอยขยุ่ย จะช่วยให้ทำความสะอาดได้ดีและทั่วถึง ลอกแผ่นแป้นเก่าที่ติดอยู่ออก ทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบเบาๆ ด้วยสำลีหรือกระดาษชำระชุบน้ำสะอาดหรือน้ำอุ่น เตรียมตัดช่องแผ่นแป้นใหม่ด้วยการวัดขนาดทวารเทียม โดยใช้การลอกขนาดทวารเทียมลงบนแผ่นพลาสติกแข็งแล้วตัดให้เป็นช่องตามขนาดที่วัดได้ นำแผ่นแป้นมาทาบบนแผ่นวัดขนาดที่ได้แล้วลอกขนาดลงไปทีละกระดาษหลังแผ่นแป้นด้วยปากกา จากนั้นตัดแป้นโดยใช้อุปกรณ์ที่ทำให้ขอบแป้นเรียบเนียนไม่เกิดคม (เช่น ที่เลาะด้าย หรือกรรไกรโค้ง) หลังจากนั้นทดลองทาบบนแป้นเป็นกรอบทวารเทียม ถ้าขนาดพอดีไม่คับจนเกินไปจึงลอกแผ่นกระดาษด้านหลังแผ่นแป้นออก ทากาวรอบช่องเปิดของแผ่นแป้นก่อนจะปิดแป้นลงกรอบทวารเทียม โดยที่ผิวหนังรอบทวารเทียมต้องแห้ง (Burch, 2008) และไม่มีรอยขยุ่ยจะทำให้แป้นติดได้นานขึ้นไม่มีร่องหรือช่องให้อุจจาระเซาะแป้นได้ หลังวางแผ่นแป้นลงบนผิวหนังให้กดแป้นบริเวณส่วนที่ใกล้ทวารเทียมให้แนบติดดี หลังจากนั้นจึงติดลงบนแป้นและตรวจสอบความยึดแน่นของถุงให้ปิดกับแป้นได้สนิท

การเปลี่ยนแป้นอาจเปลี่ยนเมื่อมีการรั่วซึมหรือเมื่อมีการคัน ซึ่งอาจเกิดจากการระคายเคืองของอุจจาระที่ขังอยู่ได้แป้น (Black, 2007) หรือกำหนดเวลาในการเปลี่ยนเพื่อป้องกันการรั่วซึม เช่น เปลี่ยนทุก 7 วัน เป็นต้น ทั้งนี้ไม่ควรเปลี่ยนแป้นบ่อยกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง (Nybaek & Jemec, 2010) และการเปลี่ยนถุง ควรเปลี่ยนเมื่อมีอุจจาระประมาณ 1/3 ถุง เนื่องจากน้ำหนักยังไม่มากเกินไป จนทำให้กาวหลังแป้นลอกจากผิวหนังและเวลาแกะถุงจะไม่ทำให้อุจจาระล้น ควรทำความสะอาดถุงด้วยแปรงขนาดเล็ก โดยใช้สบู่หรือน้ำยาล้างจานซึ่งจะช่วยขจัดกลิ่นและคราบเหนียวในถุง ช่วยป้องกันไม่ให้ถุงเหนียวและติดกันจนอุจจาระเคลือบลงถุงได้ยาก หลังจากนั้นล้าง

น้ำ ผึ่งลมให้แห้งแล้วนำมาใช้ซ้ำได้จนกว่าจะขาด (จันทร์ฉาย, 2549)

## 2. การทำกิจวัตรประจำวัน

ผู้มีทวารเทียมอาจต้องมีการปรับกิจวัตรประจำวันบางอย่าง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้เหมือนปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด และเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ได้แก่

2.1 การรับประทานอาหาร ผู้มีทวารเทียมอาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงบ้างตามสถานการณ์โดยสามารถรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ทุกประเภท ยกเว้นมีโรคประจำตัวเดิมที่ต้องจำกัด/ควบคุมอาหาร เช่น โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคไต โรคตับ เป็นต้น ไม่ควรลดอาหารเพื่อลดปริมาณอุจจาระ แต่มีอาหารบางประเภทที่ควรจำกัดการรับประทานในบางเวลา เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตหรือการเข้าสังคมที่มีความมั่นใจมากขึ้น เช่น งดรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซหรือทำให้อุจจาระมีกลิ่นแรงเมื่อจะออกนอกบ้าน ตัวอย่างชนิดอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซมาก เช่น ถั่วทุกชนิด แดงควา ผักตระกูลกะหล่ำ หัวหอม เบียร์ น้ำอัดลม เครื่องดื่มผสมโซดา และอาหารที่ทำให้อุจจาระกลิ่นแรง เช่น อาหารทะเล ไข่ สะตอ หน่อไม้ฝรั่ง กระเทียม หัวหอม ชะอม ทูเรียน เป็นต้น นอกจากนี้ควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูงเพื่อให้ระบบขับถ่ายทำงานได้ตามปกติและขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา อาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ข้าวโพด ข้าวโพดคั่ว ผักกวางตุ้ง ผักกระเฉด มะเขือพวง ผลไม้แห้ง แต่ถ้าถ่ายอุจจาระลำบาก ควรเลือกอาหารที่ทำให้อุจจาระอ่อนนิ่มระบายได้ง่าย เช่น ผักสด ถั่วฝักยาว มะขาม มะเขือเทศ ส้ม ผลไม้สด ผักใบเขียวต่างๆ น้ำลูกพรุนและน้ำองุ่น อาหารรสจัด หรือกรณีท้องเสีย ควรเลือกอาหารที่ทำให้อุจจาระเป็นก้อน เช่น ก๋วยเตี๋ยว ข้าว ขนมหั้วปัง มันฝรั่ง อาหารจำพวกแป้ง เป็นต้น (จันทร์ฉาย, 2549; วงศ์อิน, 2548; วรรณ, 2551)

2.2 การทำความสะอาดร่างกาย ผู้มีทวารเทียมสามารถทำได้เหมือนปกติ ควรใช้วิธีซักอาบหรือใช้ฝักบัวแทนการแช่ในอ่างอาบน้ำ สามารถอาบได้ทั้งขณะที่ปิดเป็นและอุ้งครอบทวารเทียมหรือแกะอุ้งออกเหลือแต่เป็นก็ได้ ผู้มีทวารเทียมควรใช้พลาสติกปิดทับรอบเป็น (Clark, 2008) เพื่อป้องกันน้ำซาชเข้าได้เป็นซึ่งจะทำให้เป็นหลุคเร็วขึ้น หลังอาบน้ำเสร็จควรเช็ดให้แห้งหรือเอาพลาสติกออก ในกรณีที่ต้องการจะเปลี่ยนเป็นด้วยอาจแกะออกทั้งเป็นและอุ้งอาบน้ำจนสะอาดแล้วจึงซับผิวรอบทวารเทียมให้แห้ง ก่อนติดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายใหม่

2.3 การแต่งกาย ผู้มีทวารเทียมอาจต้องเปลี่ยนแปลงบ้างเล็กน้อยเพื่อหลีกเลี่ยงการกดทับของขอบเอวกางเกง/กระโปรงหรือเข็มขัดบริเวณทวารเทียม ซึ่งอาจทำให้ทวารเทียมได้รับบาดเจ็บ การสวมเสื้อผ้าที่หลวมเล็กน้อยหรือมีจีบด้านหน้าจะช่วยพรางตาผู้อื่นไม่ให้สังเกตเห็นวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายได้เสื้อผ้าได้ นอกจากนี้ควรสอดอุ้งรองรับสิ่งขับถ่ายไว้ในกางเกงชั้นในจะช่วยให้สะดวกเวลาเคลื่อนไหวและเดิน อุ้งจะไม่แกว่งและทำให้มั่นใจว่าอุ้งไม่ร่วงหลุด แต่การสอด



ถุงไว้ใต้กางเกงชั้นในอาจทำให้เกิดการระคายเคืองบริเวณปมที่ปลายถุง ผู้มีทวารเทียมอาจใช้ถุงผ้าครอบถุงรองรับสิ่งขับถ่ายอีกชั้นหนึ่งเพื่อลดการระคายเคือง (Clark, 2008)

2.4 การทำงานอดิเรก งานอาชีพและการเดินทาง ผู้มีทวารเทียมสามารถทำได้ โดยงานที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากๆ ต้องใช้ความคล่องตัว อาจใช้เข็มขัดยางยึดรัดรอบเอวยึดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายไว้จะช่วยเพิ่มความมั่นใจมากขึ้นว่าไม่หลุดร่วง สำหรับการเดินทางจะต้องมีการเตรียมวัสดุที่จำเป็นเก็บไว้ในกระเป๋าที่สามารถหยิบใช้สะดวก/ใกล้ตัวเสมอ (Clark & Grover, 2004) และควรเก็บวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายในที่เย็น เช่น ไม้วางไว้ใกล้หน้า/หลัง บริเวณกระจกหรือส่วนของกระบะรถ เป็นต้น (Clark, 2008) ถ้าต้องเดินทางไกลและค้างคืนต้องวางแผนล่วงหน้าในการเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้สำรองไว้ตามจำนวนวันที่ต้องเดินทาง และมีข้อมูลเครือข่ายผู้ดูแลที่สามารถช่วยเหลือกรณีที่มีปัญหา สิ่งเหล่านี้จัดเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้มีทวารเทียมควรทราบเพื่อความมั่นใจ

2.5 การออกกำลังกาย ผู้มีทวารเทียมควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยในระยะ 2 – 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด ไม่ควรออกกำลังกายหักโหม (Thompson, 2008) แต่หลังจากนั้นจึงสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ เช่น วิ่ง ว่ายน้ำได้แต่ไม่ควรเกิน 30 นาที และควรมีการเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายก่อน เป็นต้น

2.6 การมีเพศสัมพันธ์ ผู้มีทวารเทียมสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ขึ้นกับการแสดงออกและความเข้าใจกันของคู่สมรส ก่อนมีเพศสัมพันธ์ผู้มีทวารเทียมควรทำความสะอาดร่างกายและทวารเทียม เปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายใหม่ตรวจสอบว่าถุงติดแน่นดี อาจใช้ผ้าสีสันสวยงามพันหลวมๆ ทับถุงอีกชั้น (วงเดือน, 2548; Turnbull, n.d.) สร้างบรรยากาศให้มีความสดชื่น จะช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีแก่คู่สมรส และต้องระมัดระวังการกระทบกระแทกทวารเทียมในขณะที่มีเพศสัมพันธ์

2.7 การขจัดสิ่งไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น เช่น กลิ่นและก๊าซ ผู้มีทวารเทียมทำให้ลดน้อยลงได้ด้วยการทำความสะอาดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายอย่างดี และหมั่นตรวจสอบการรั่วซึม นอกจากนี้ยังมีผลิตภัณฑ์บางชนิดที่ช่วยลดปัญหาเรื่องกลิ่นได้ โดยติดหรือใส่ไว้ในถุงรองรับสิ่งขับถ่ายหรือฉีดพ่นขณะเปลี่ยนถุง และหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้อุจจาระมีกลิ่นแรง ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดก๊าซมี 2 ประการ คือ การกลืนอากาศเข้าไปในท้อง และก๊าซที่เกิดจากแบคทีเรียทำปฏิกิริยากับอาหาร เพื่อลดการมีก๊าซมากควรงดพฤติกรรมการใช้หลอดดูดน้ำ สูบบุหรี่ เคี้ยวหมากฝรั่ง หรือพูดขณะรับประทานอาหาร และลดอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซมาก (จันทร์ฉาย, 2547)

### 3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม ผู้มีทวารเทียมต้องรู้จักการเลือกใช้อุปกรณ์ เลือกปฏิบัติในสิ่งที่เหมาะสม สามารถวิเคราะห์ความรุนแรง

ของภาวะผิวดอกที่เพิ่มขึ้น และพิจารณาภาพแพทย์หรือพยาบาลเฉพาะทางที่ดูแลทวารเทียมในเวลาที่เหมาะสม สิ่งที่มีทวารเทียมต้องปฏิบัติ ได้แก่ 1) การสังเกตการขับถ่ายอุจจาระ ลักษณะของทวารเทียม ผิวหนังรอบทวารเทียมและหน้าท้องด้านที่มีทวารเทียม 2) การเลือกใช้วัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายที่เหมาะสม 3) การเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย 4) การเลือกรับประทานอาหาร 5) การป้องกันการกระทบกระแทกทวารเทียม และ 6) การป้องกันภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การสังเกตการขับถ่ายอุจจาระ ลักษณะทวารเทียม ผิวหนังรอบทวารเทียม และลักษณะของผนังหน้าท้องด้านที่มีทวารเทียม ผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลต้องสังเกตสี ลักษณะหรือความผิดปกติของทวารเทียม และผิวหนังรอบทวารเทียมทุกครั้งที่ทำความสะดวก เช่น มีรอยแดง มีแผล หรือมีเลือดออก รวมทั้งลักษณะของสิ่งขับถ่ายทางทวารเทียมที่อาจเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ อุจจาระสีบ หรือเป็นลำเล็กลงจนมีลักษณะเป็นเส้น เวลาในการขับถ่ายที่ผิดปกติไปจากเดิม หรือลักษณะผนังหน้าท้องด้านที่มีทวารเทียมนุ่มมากกว่าอีกด้านหนึ่ง

3.2 การเลือกใช้วัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายที่เหมาะสม ควรเลือกตามข้อจำกัดของแต่ละคน ผิวหนังรอบทวารเทียมจะเกิดความระคายเคืองได้ง่ายเมื่อสัมผัสกับอุจจาระ โดยเฉพาะเมื่อมีอาการท้องเสีย การเลือกใช้วัสดุรองรับจึงควรมีคุณสมบัติที่สำคัญ ได้แก่ มีแผ่นป้องกันการระคายเคืองของผิวหนัง (Omura et al., 2010) ไม่ควรตัดกว้างกว่าขนาดของทวารเทียมมากเกินไป (Ratliff, Scarano, & Donovan, 2005) จนทำให้อุจจาระมีโอกาสสัมผัสผิวหนังรอบทวารเทียม โดยให้ขนาดช่องเปิดกว้างกว่าทวารเทียมไม่เกิน 2-3 มิลลิเมตร หรือ 1/8 นิ้ว ถ้าหน้าท้องมีลอน หรือมีความโค้งมากควรเลือกวัสดุที่สามารถยืดหยุ่น โค้งไปตามหน้าท้องได้ดี ถ้าผู้มีทวารเทียมมีความบกพร่องทางการมองเห็นควรเลือกวัสดุชนิดที่มีการตัดขนาดไว้แล้ว (จันทร์ฉาย, 2547) หรือได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลที่ตัดไว้ให้พร้อมใช้ เป็นต้น

3.3 การเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย ไม่ควรเปลี่ยนบ่อยเกินไป เนื่องจากผิวหนังอาจมีการระคายเคืองหรือเกิดแผลได้ง่าย จึงควรใช้ชนิด 2 ชั้น คือ แปนและถุงแยกจากกัน สามารถถอดถุงทำความสะอาดได้โดยที่แผ่นแป้นสามารถติดอยู่ได้นานประมาณ 5 วัน (Richbourg et al., 2008) แต่อาจติดได้นานกว่านั้นถ้าไม่มีการรั่วซึมของอุจจาระหรือมีการระคายเคืองของผิวหนัง ผู้มีทวารเทียม/ผู้ดูแลควรรีบเปลี่ยนแป้นเมื่อมีอาการคันหรือเสบที่ผิวหนังรอบทวารเทียม โดยการลอกแผ่นแป้นเก่าที่ติดออกอย่างนุ่มนวล (Clark, 2008) ขณะที่มีข้อข้างหนึ่งยกแผ่นแป้นขึ้น ใช้นิ้วมืออีกข้างคอยกดผิวหนังลงเบาๆจนลอกแป้นออกได้หมด แล้วทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียมเบาๆด้วยสำลีหรือกระดาษชำระชุบน้ำสะอาด หรือน้ำอุ่น เลี่ยงการใช้สบู่ทำความสะอาดผิว (Burch, 2008) เนื่องจากสบู่อาจตกค้างและทำให้เกิดผิวยกเสบได้ ถ้าจำเป็น

ควรใช้สบู่อ่อน เช่น สบู่เด็ก ไม่ควรใช้สบู่ที่มีสารให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวมากๆ และไม่ควรรักษาแป้ง น้ำหอมหรือครีมบำรุงผิวที่ผิวหนังรอบทวารเทียม เพราะจะทำให้ผิวลื่นลื่นติดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายได้ไม่ดี (Nybaek & Jemec, 2010) ทำให้มีการรั่วซึมและต้องเปลี่ยนวัสดุบ่อยๆ เมื่อทำความสะอาดแล้ว ต้องตรวจสอบผิวหนังรอบทวารเทียม ถ้ามีขนขึ้นควรตัดด้วยกรรไกรหรือที่โกนขนไฟฟ้า (Oakley, 2007) ไม่ควรโกนด้วยใบมีดเพราะอาจทำให้เกิดบาดแผลและมีการอักเสบได้ นอกจากนั้นก่อนตัดแผ่นแปะใหม่ต้องวัดขนาดทวารเทียมทุกครั้งในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังการผ่าตัด เนื่องจากทวารเทียมจะลดบวมลง (จันทร์ฉาย, 2547; Burch, 2008) จนกระทั่งทวารเทียมมีขนาดคงที่จึงใช้แบบวัดเดิมได้โดยไม่ต้องวัดขนาดใหม่ แต่ควรลอกขนาดจากแบบลงที่เป็นทุกครั้งก่อนตัด ไม่ใช้การกะขนาดเพราะอาจทำให้เป็นคับเกินไปหรือกว้างเกินไป และถ่วงควรจะไม่เหนียวติดกันจะช่วยให้อุจจาระเคลื่อนลงได้ง่าย ไม่ก่อกองอยู่ที่ทวารเทียมหรือเป็นซึ่งจะเป็นสาเหตุให้มีการรั่วซึมได้ง่าย

กรณีที่ผู้ที่มีทวารเทียมมีรอยถลอกหรือแผลที่ผิวหนังรอบทวารเทียม ให้โรยด้วยผงแป้งสำหรับรักษาแผลที่เกิดจากการระคายเคืองแล้วใช้สาลีปิดผงแป้งส่วนที่เกินออก เกลี่ยให้เรียบ ทากาวรอบช่องเปิดของแผ่นแปะกว้างประมาณครึ่งเซนติเมตรก่อนจะปิดลงครอบทวารเทียม ไม่ควรทา กาวกว้างเพราะจะทำให้ น้ำอุจจาระขังได้เป็นนานเกินไป ทำให้ผิวหนังสัมผัสน้ำอุจจาระอยู่ยาวนานจนเกิดการระคายเคือง กรณีที่ผิวรอบทวารเทียมไม่เรียบเสมอกันต้องปรับระดับผิวให้เสมอกันด้วยกาวจนผิวเรียบเสมอกันอยู่ในระดับเดียวกันก่อนติดเป็นตามปกติ (Nybaek & Jemec, 2010) จะทำให้เป็นติดได้นานขึ้นไม่มีช่องให้อุจจาระเซาะเป็นได้

3.4 การเลือกรับประทานอาหาร โดยผู้ที่มีทวารเทียมควรรับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้สด และดื่มน้ำให้พอเพียง อย่างน้อยวันละ 8 – 10 แก้ว (Clark, 2008) ควรดื่มน้ำผลไม้ทุกวัน เช่น น้ำองุ่น น้ำลูกพรุน จะช่วยให้การระบายดีขึ้น เป็นการหลีกเลี่ยงอาการท้องผูก และเลือกรับประทานอาหารที่สะอาด เรียนรู้และปรับตัวในเรื่องชนิดของอาหารที่ทำให้เกิดอาการท้องเสีย เพราะจะทำให้อุจจาระมีน้ำมากเกินไปเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองได้ง่าย กรณีผู้ที่มีทวารเทียมลำไส้เล็ก ในช่วง 6 – 8 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดควรรับประทานอาหารย่อยง่าย เพื่อป้องกันการอุดตันของทวารเทียม หลังจากนั้นจึงเริ่มรับประทานอาหารที่มีเส้นใย โดยเริ่มต้นที่ปริมาณน้อยๆ ก่อน สังเกตอาการปวดท้องและการขับถ่ายอุจจาระ ถ้าไม่มีอาการผิดปกติจึงเพิ่มปริมาณและจำนวนมือที่มากขึ้นๆ รับประทานช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด ดื่มน้ำมากๆ ระหว่างมืออาหาร และการเพิ่มเกลือแกงลงในอาหาร เนื่องจากมีการสูญเสียน้ำและโซเดียมออกมากับอุจจาระมากกว่า ทวารเทียมลำไส้ใหญ่ (จันทร์ฉาย, 2547; Fulham, 2008)

3.5 การป้องกันการกระทบกระแทกทวารเทียมจนอาจทำให้ทวารเทียมบาดเจ็บ / เป็นแผลด้วยการทำความสะอาดอย่างนุ่มนวล ไม่ตัดแปะแคบจนเสียดสีทวารเทียม (Barr, 2004)

หลีกเลี่ยงกีฬาที่รุนแรง และการใช้ท่าขณะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่กระทบกระเทือนกับทวารเทียม เป็นต้น

3.6 ป้องกันภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม ด้วยการไม่ออกกำลังกายหักโหม ประคองแผลผ่าตัดทวารเทียมเวลาไอ ไม่ยกของหนักหลังผ่าตัด 2-3 เดือนแรก ต้องดูแลรักษาภาวะโรคร่วมที่อาจทำให้แรงดันในช่องท้องสูง และผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงควรคาดแผ่นผ้ายึดรัดหน้าท้อง ในขณะที่ทำกิจกรรมที่มีการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง (Thompson, 2008)

*ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม*

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียมและ/หรือผิวหนังรอบทวารเทียมทั้ง 4 ชนิดที่กล่าวมาแล้วพบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ก่อให้เกิดความไม่สบาย มีความเจ็บปวดจนมีผลต่อคุณภาพชีวิต (Black, 2007; McGrath et al., 2006; Nugent et al., 1999) และอาจเกิดอันตรายต่อชีวิตผู้ที่มีทวารเทียมได้ ความสามารถในการดูแลผู้ที่มีทวารเทียมเกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้และพัฒนาทักษะทั้งทางด้านการรับรู้ การคิด การตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาและความพยายามที่จะค้นหาวิธีการที่จะกระทำการดูแลตนเอง เพราะกิจกรรมการดูแลบางอย่างมีความขัดแย้งกับการปฏิบัติที่เป็นความเคยชิน จึงต้องใช้ความพยายามทั้งร่างกายแรงใจ ต้องค้นหาวิธีการดูแลโดยการเรียนรู้และพัฒนาจากสิ่งที่เคยปฏิบัติ เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้มีทวารเทียมอื่นและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ นำมาปรับเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม จากการศึกษาของแสงหล้า รสสุคนธ์ และสมพร (2545) พบว่าผู้ที่มีเจตคติต่อโรคและการรักษาในทางที่ดี มีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ คิดในด้านบวกเกี่ยวกับตนเองและเชื่อว่าความเจ็บป่วยควบคุมได้ด้วย การรักษาของแพทย์และการดูแลสุขภาพของตนเองจะช่วยส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ เอาใจใส่ในการปฏิบัติดูแล จึงเป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลอย่างหนึ่งตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มน นอกจากนี้ระบบครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมศักยภาพการดูแลได้เช่นกัน โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว และบุคคลในสังคมจะรู้สึกว่าคุณค่า เกิดขวัญและกำลังใจ มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติดูแลตนเองและต่อสู้กับความเจ็บป่วย และยังพบว่าภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลและการส่งเสริมศักยภาพในการดูแล (สมพร และมาณี, 2552)

ดังนั้นกระบวนการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ที่มีทวารเทียม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงควรเริ่มจากการส่งเสริมให้ผู้ที่มีทวารเทียมได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และบุคคลในสังคม ให้มีเจตคติต่อโรคและการรักษาในทางที่ดี มีความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติ

ดูแลทวารเทียม ทราบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกัน และทราบวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง จากแนวคิดที่ว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจมีเป้าหมาย และเป็นการกระทำที่มีเหตุผล (Orem, 2001) โดยผู้ที่มีทวารเทียมจะต้องพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ เรียนรู้ค้นหาจากสิ่งที่ตนเองทดลองปฏิบัติ จากประสบการณ์ของผู้อื่นและจากแหล่งประโยชน์ที่ตน มีอยู่ แล้วนำมาปรับกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับสถานะและแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยการส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียม และผิวหนังรอบทวารเทียมนั้น ควรใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งการพยาบาลระบบนี้ ใช้ในกรณีที่บุคคลสามารถดูแลตนเองได้แต่ยังขาดความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติ ได้มีการศึกษา ในประเทศบราซิลโดยแซมปีโอและคณะ (Sampaio et al., 2008) พบว่า ระบบการพยาบาลดังกล่าว ช่วยให้ผู้ใช้มีทวารเทียมมีการปรับตัว และสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งได้นำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมนี้ ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และสร้าง สิ่งแวดล้อม (Orem, 2001) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การสอน หมายถึง การบอกหรือการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ใช้มีทวารเทียมเกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่จำเป็นต้องรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติ การจัดการดูแลตนเอง และการกระทำเพื่อ ชดเชยหรือแก้ปัญหาข้อจำกัดที่เกิดจากความเจ็บป่วย โดยโปรแกรมนี้เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยและความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยมีหลักที่สำคัญ คือ สิ่งแวดล้อมในการสอน เหมาะสมต้องปราศจากสิ่งที่มีรบกวนและมีความเป็นส่วนตัว เพราะเป็นเรื่องของภาพลักษณ์ที่ เปลี่ยนแปลงไป ผู้มีทวารเทียมบางรายอาจยังยอมรับการมีทวารเทียมไม่ได้ ดังนั้นผู้สอนและผู้มี ทวารเทียมจึงต้องมีสัมพันธภาพที่ดี และมีความไว้วางใจต่อกันจึงจะเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ พยาบาลต้องตั้งเป้าหมายและวางแผนดำเนินการสอนโดยประเมินความรู้พื้นฐาน และความคิดของ ผู้มีทวารเทียมเกี่ยวกับทวารเทียมก่อนทำการสอน อีกทั้งควรสอนขณะที่ผู้ใช้มีทวารเทียมมีความพร้อม ในการเรียนรู้ ผู้ที่ทำผ่าตัดทวารเทียมในระยะแรกหลังผ่าตัดมักมีความกังวลในหลายด้าน ทั้งการ ดำเนินของโรค การผ่าตัด อาการปวดและไม่สุขสบายหลังผ่าตัด การต้องดูแลทวารเทียมที่ไม่คุ้นชิน ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้ทำให้ความใส่ใจในการเรียนรู้ลดน้อยลง ดังนั้นต้องมีการ ปรับเนื้อหา และวิธีการสอนให้เหมาะสมกับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ ดูแลแต่ละคน ควรสอนทีละขั้นตอน โดยเริ่มสอนใน 2 – 3 วันแรกหลังการผ่าตัด และมีการติดตาม อย่างต่อเนื่อง กระตุ้นให้มีการฝึกปฏิบัติ จะทำให้มีความสามารถในการจำได้ดีขึ้น (Bales, 2010) การสอนในระยะแรกจึงควรเน้นการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปที่จำเป็นต้องรู้ เช่น การทำความสะอาด

ทวารเทียม การใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายที่เหมาะสม การทำกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นเฉพาะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบในช่วงแรกหลังผ่าตัดและมีอันตรายสูง เพราะการให้ข้อมูลมากในคราวเดียวจะทำให้ผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลอาจจำได้ไม่ครบถ้วนและอาจทำให้วิตกกังวลมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การให้มีส่วนร่วมทั้งการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการฝึกปฏิบัติ เช่น การฝึกทำความสะอาดทวารเทียม และการเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายด้วยตนเองภายใต้การควบคุมกำกับของพยาบาลในครั้งแรก และครั้งต่อไปตามความเหมาะสมจะช่วยให้ผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น เมื่อได้มีการดูแลตนเองที่บ้านระยะหนึ่งผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลมีความคุ้นชินแล้ว จึงควรมีการติดตามหลังจำหน่ายเพื่อประเมินการดูแลตนเอง ปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้านแล้วสอนเพิ่มเติมโดยเน้นในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดอีกครั้ง จะช่วยให้มีการรับรู้และจดจำได้ดีกว่า ทำให้ผู้มีทวารเทียมสามารถดำเนินชีวิตในสังคมขณะที่มีทวารเทียมได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. การชี้แนะ หมายถึง การให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่ผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลได้เอง ภายใต้การแนะนำและการตรวจตราของพยาบาล (สมจิต, 2534) โดยการเสนอแนะการเลือกวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับแต่ละคน เนื่องจากผู้มีทวารเทียมบางรายมีความบกพร่องทางสายตา การใช้มือและนิ้ว มีภาวะทางร่างกายที่มีผลต่อการตัดสินใจวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย เช่น กระจกสันหลังคด หน้าท้องย้วย หรือต้องใส่เครื่องพยุงหลัง นอกจากนี้ยังมีการทำงานหรืองานอดิเรกที่แตกต่างกัน เนื่องจากปัจจุบันมีวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายให้เลือกใช้หลายชนิด ทั้งแบบชิ้นเดียวและแบบ 2 ชิ้น ซึ่งแต่ละชนิดมีราคาต่างกัน พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้มีทวารเทียมดูแลทวารเทียมได้ง่าย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ประหยัดค่าใช้จ่ายที่อาจสิ้นเปลืองเพราะเลือกใช้วัสดุไม่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติได้ด้วยการชี้แนะการเลือกชนิดของวัสดุและวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง นอกจากนี้ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม พยาบาลอาจแนะนำการใช้ผ้ายึดรัดหน้าท้องในการป้องกันร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง (Thompson, 2008) เป็นต้น ในผู้มีทวารเทียมบางรายอาจจำเป็นต้องมีผู้ดูแล การประเมินปัญหารวมถึงการหาผู้ดูแลที่สามารถช่วยเหลือผู้มีทวารเทียมได้ ร่วมกันวางแผนช่วยเหลือในการดูแล เช่น กำหนดเวลาในการเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายในช่วงที่ผู้ดูแลสะดวก นอกจากช่วยเหลือภาวะแทรกซ้อนแล้วยังช่วยลดภาระและความกังวลในเรื่องการดูแลทวารเทียมด้วย

3. การสนับสนุน หมายถึง การให้ความร่วมมือ มีส่วนในการส่งเสริมให้ผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ อาจเป็นการช่วยเหลือในการดูแล ให้ใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม เนื่องจากวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายเป็นวัสดุที่มีจำหน่ายเฉพาะที่และบางชนิดไม่มี

เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลหรือมีราคาแพง พยาบาลต้องเป็นผู้จัดหาให้มีการใช้วัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล อาจต้องประดิษฐ์ขึ้นเองหรือเป็นผู้ประสานระหว่างผู้ป่วยและผู้จำหน่าย เช่น ผ้าอ้อมรัดหน้าท้องหรือเข็มขัด เป็นต้น นอกจากนี้การฝึกให้มีทักษะในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติ แล้วให้ข้อมูลป้อนกลับ พูดให้กำลังใจ หรือเป็นที่ปรึกษา/รับฟังปัญหาจะช่วยในการเรียนรู้และปรับพฤติกรรม โดยได้มีการศึกษาเรื่องการสนับสนุนหรือการเสริมแรงเช่นเดียวกันนี้ในโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน พบว่า จะช่วยให้ความสามารถในการทำกิจวัตรต่างๆ ดีขึ้น มีภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคดีขึ้น (Lorig, Ritter, Villa, & Pierre, 2008)

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การจัดและควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลตนเอง รวมถึงเพิ่มแรงจูงใจในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมรักษาภาวะโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน ต่อมลูกหมากโต อากาศหอบหืด การไอเรื้อรัง และงดสูบบุหรี่เพื่อป้องกันภาวะใส่เลื่อนข้างทวารเทียม การเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันทวารเทียมอุดตัน และอาการท้องเสียซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผิวหนังระคายเคือง เป็นต้น การแจกคู่มือประกอบการเรียนรู้ การส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังผ่าตัดที่ผู้มีทวารเทียมยังช่วยเหลือตนเองได้น้อย จะช่วยให้ผู้มีทวารเทียมเห็นคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้การช่วยให้ผู้มีทวารเทียมปรับเปลี่ยนทัศนคติทัศน ตระหนักว่าทวารเทียมเป็นสิ่งที่ทำให้ตนเองรอดชีวิต ไม่เจ็บปวดทรมานจากภาวะโรคจะช่วย ให้ผู้มีทวารเทียมยอมรับทวารเทียมได้เร็วขึ้น ทำให้ใส่ใจดูแลตนเองมากขึ้น (สมพรและมาณี, 2552) และการให้มีโอกาสพบหรือพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองกับผู้อื่นจะช่วยภาวะจิตใจดีขึ้น (Goodwin et al., 2001) กระตุ้นให้เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และใช้ความคิดในทางสร้างสรรค์หาวิธีการในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้วยตนเอง ทั้งนี้รวมถึงการให้ข้อมูลโรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้มีทวารเทียมสะดวกในการขอความช่วยเหลือตามความรุนแรงของความผิดปกติที่เกิดขึ้น

*การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน  
ในผู้ที่มีทวารเทียม*

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีทวารเทียม พบว่า ส่วนที่มีความใกล้เคียงและเกี่ยวข้องกับการศึกษารุ่นนี้ ได้แก่ งานวิจัยที่ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม (สมคิด, 2526; Sampaio et al., 2008) ผลการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้มีทวารเทียม (พรพิมล, 2530; ผ่องศรีและสุวิมล,

2532; นุชรี, 2542) การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม (เปรมวดี, 2550) และการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม (แสงหล้า รสสุคนธ์ และสมพร, 2545) สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีทวารเทียมส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงสำรวจในเรื่องเกี่ยวกับอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการวิจัยเชิงทดลองที่เน้นในการรักษาและการป้องกันของแพทย์ เช่น เทคนิคการผ่าตัด การใส่ตาข่าย (mesh) เพื่อป้องกัน หรือเพื่อรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม ซึ่งพบว่ามีมากกว่า 20 เรื่อง สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบเฉพาะภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมทั้ง 2 เรื่อง คือ อุบัติการณ์การเกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันของทอมป์สันและเทรนเนอร์ (Thompson & Trainor, 2005) และ การเปรียบเทียบผลการป้องกันการเกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมในระยะเวลา 3 ปี ของทอมป์สัน (Thompson, 2007) อย่างไรก็ตามยังไม่พบงานวิจัยเชิงพัฒนาโปรแกรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้มีทวารเทียม จึงต้องมีการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม

### การพัฒนาโปรแกรม

การพัฒนาโปรแกรมเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลที่ไม่ถูกต้องของผู้มีทวารเทียมในครั้งนี้ เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณคดี กรอบแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้โปรแกรมมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับว่าเป็นโปรแกรมที่มีคุณภาพ ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนาโดยมีขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดกับผู้มีทวารเทียม การทบทวนทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง และ 2) การร่างและพัฒนาโปรแกรมตามกรอบแนวคิด (เพชรน้อยและวัลยา, 2536) โดยรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

1. การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดกับผู้มีทวารเทียม การทบทวนทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีความเข้าใจความหมาย ความสำคัญของปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนา และเลือกใช้กรอบแนวคิดซึ่งมีคุณลักษณะสำคัญ และองค์ประกอบของทฤษฎีที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยได้นำมาบูรณาการเพื่อใช้ในการกำหนดนิยามให้สอดคล้องกันใช้เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรม โดยการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือที่แตกต่างกันบ้างใน



แต่ละสถาบัน โดยผู้วิจัยได้ปรับเกณฑ์ตามสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) และ สถาบันโจแอนนา บริกส์ (JBI, 2008) โดยแบ่งระดับความน่าเชื่อถือเป็น 4 ระดับ ดังมีรายละเอียดดังนี้

ระดับ 1 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือมากที่สุด ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงโดยครอบคลุมถึง งานวิจัยที่มีการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systemic review) งานวิจัยที่มีการนำสถิติขั้นสูงมาวิเคราะห์ประมวลผลเพื่อลดอคติ (meta-analyses) (JBI, 2008) งานวิจัยที่มีการออกแบบวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCT) (NHMRC, 1999)

ระดับ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยแบบทดลองทั้งหมดและมีการออกแบบวิจัยอย่างดีมีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCT) (NHMRC, 1999) หรือ การทบทวนงานวิจัยแบบทดลองที่มีการออกแบบวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCT) ที่มีขนาดเล็กได้ค่าช่วงความเชื่อมั่นกว้าง หรือการทบทวนงานวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองและไม่มีกลุ่มควบคุม (JBI, 2008)

ระดับ 3.1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยทดลองที่มีการออกแบบวิจัยที่ดี แต่ไม่มีการสุ่ม (NHMRC, 1999) หรือการศึกษาไปข้างหน้าที่มีกลุ่มควบคุม (cohort studies with control group) (JBI, 2008)

ระดับ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากงานวิจัยที่ใช้การศึกษาแบบไปข้างหน้า (cohort studies) หรือ การศึกษาหลายช่วงเวลา (interrupted time series) ที่มีกลุ่มควบคุมการทดลอง (NHMRC, 1999) หรือ เป็นรายงานกรณีศึกษาแบบควบคุม (case control) (NHMRC, 1999; JBI, 2008)

ระดับ 3.3 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยศึกษาเปรียบเทียบที่ใช้ประวัติควบคุม (historical control) หรืองานวิจัยที่เป็นการศึกษาหลายช่วงเวลา (interrupted time series) ที่ไม่มีกลุ่มควบคุมการทดลอง (NHMRC, 1999) หรือการวิจัยแบบสังเกตที่ไม่มีกลุ่มควบคุม (observation studies) (JBI, 2008)

ระดับ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยการทบทวนการศึกษาแต่ละช่วงเวลาของผู้ป่วย (case series) และมีการตรวจสอบประเมินผล (post test) หลังการศึกษาหรือมีการทดสอบประเมินผลทั้งก่อน-และภายหลัง (pre-post test) (NHMRC, 1999) หรือ มาจากความความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางด้านกลไกชีวภาพ/สรีรวิทยา (JBI, 2008)

2. ร่างและพัฒนาโปรแกรมตามกรอบแนวคิด โดยกำหนดองค์ประกอบของเนื้อหาจากการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้มีทวารเทียม การทบทวนทฤษฎี และหลักฐานเชิง

ประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายที่ผู้วิจัยต้องการนำไปใช้ และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการพัฒนาโปรแกรม นำไปปรึกษาผู้ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญตามสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งด้านเนื้อหาและระเบียบวิธีวิจัย เพื่อให้คำแนะนำในการสร้างโปรแกรมให้ครอบคลุมและตรงกับเนื้อเรื่องที่ต้องการพัฒนา รวมทั้งมีวิธีการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมที่เหมาะสม

### การประเมินคุณภาพของโปรแกรม

การพัฒนาโปรแกรมให้มีความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ ต้องมีการประเมินคุณภาพก่อนนำไปใช้จริง (เพชรน้อยและวัลยา, 2536) โดยการประเมินคุณภาพมีลักษณะเบื้องต้นที่สำคัญ 3 ประการ คือ ความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของโปรแกรม และความตรงเชิงโครงสร้าง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เป็นการประเมินความครอบคลุมของเนื้อหาหรือโครงสร้างของโปรแกรมว่ามีองค์ประกอบสำคัญอย่างครบถ้วน ตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่ เป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่สุดของ โปรแกรม การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา มี 3 วิธี คือ การทบทวนวรรณกรรม การสอบถามกลุ่มที่เป็นตัวแทนประชากรเป้าหมาย และการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งขั้นตอนที่ 1 และ 2 กระทำตั้งแต่การพัฒนาโปรแกรม ส่วนการประเมิน โดยผู้เชี่ยวชาญจะกระทำหลังจากผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมเสร็จแล้ว โดยนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญตามสาขาอย่างน้อย 3 ท่านพิจารณา จำนวนผู้เชี่ยวชาญมักใช้เป็นจำนวนเลขคี่ เพื่อใช้ตัดสินในกรณีที่ความเห็นหรือข้อเสนอแนะ 2 ฝ่ายมีเท่าๆ กัน ก็อาจตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญที่เหลือ คณะผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยผู้มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกเฉพาะสาขา และความเชี่ยวชาญทางแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรม (ประกาย, 2548; Grant & Davis, 1997 อ้างตาม วิจิตร, 2547) ทั้งนี้คณะผู้เชี่ยวชาญจะทำการประเมินว่าเครื่องมือในโปรแกรมมีเนื้อหาตรง และครอบคลุมในเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้มีความพิการเทียม และวิธีการในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเหมาะสมตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มหรือไม่ ความเห็นพ้องต้องกันของผู้เชี่ยวชาญแสดงถึงความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือในโปรแกรมนั้น ผู้วิจัยจะคำนวณออกมาเป็นตัวเลข เรียกว่า ค่าดัชนีความตรง (Content Validity Index, CVI) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินเนื้อหาแล้วให้ค่าคะแนนเป็น 4, 3, 2, 1 (โดยที่ 4 คือ เหมาะสม/เกี่ยวข้องมากที่สุด และ 1 คือ ไม่เหมาะสม/ไม่เกี่ยวข้องเลย) ค่าดัชนีความตรงของเครื่องมือในโปรแกรมคิดจากค่าร้อยละของข้อคำถามที่ได้ 3 คะแนนขึ้นไป

ค่าดัชนีความตรงที่มีค่าเข้าใกล้ 1 หรือมากกว่า 0.8 ขึ้นไป แสดงว่าเครื่องมือนั้นมีความตรงสูงขึ้นตามลำดับ (Polit & Beak, 2004) เมื่อวิเคราะห์เครื่องมือในโปรแกรมแต่ละชั้นแล้ว จึงทำการวิเคราะห์หาความสอดคล้องของเครื่องมือทั้งโปรแกรม โดยอาศัยความเห็นพ้องกันของผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ถ้าค่าดัชนีความตรงที่ได้มากกว่า 0.8 ขึ้นไปถือว่ามีความเหมาะสมเพียงพอที่จะนำไปใช้ต่อไป สำหรับข้อเสนอแนะจากคณะผู้เชี่ยวชาญในการปรับปรุงโปรแกรม ผู้วิจัยจะต้องนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำโปรแกรมไปทดลองใช้ต่อไป

2. ความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น มีความหมายรวมทั้งความคงที่ ความคงเส้นคงวา และความเชื่อถือวางใจได้ (วัลยา, 2536) โปรแกรมที่มีความเที่ยงจะสามารถให้ผลการใช้อย่างคงเส้นคงวาเมื่อมีการนำไปใช้ในครั้งต่อไป หรือโดยผู้ใช้คนต่อๆ ไป และไม่ว่าจะใช้กี่ครั้งหรือกี่คนก็สามารถใช้ได้เหมือนเดิมหรือใกล้เคียงของเดิมทุกครั้ง ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงที่คำนวณได้จะใกล้เคียง หรือเท่ากับ 1 เช่นกัน ในกรณีที่ไม่มี ความคลาดเคลื่อนเลยซึ่งมักเป็นไปได้ยาก ถ้าการวัดเข้าใกล้ 0 แสดงว่าไม่มีความเที่ยง มีความคลาดเคลื่อนในการใช้สูง การประเมินความเที่ยงมีหลายวิธี ได้แก่ 1) ประเมินด้วยวิธีวัดหรือทดสอบซ้ำ (test-retest method) เป็นวิธีที่แสดงถึงความคงที่ของการใช้โปรแกรมในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยการใช้เครื่องมือชุดเดียวกันวัดกลุ่มตัวอย่างเดียวกันซ้ำ 2 ครั้ง ถ้ามีความสัมพันธ์กันสูงแสดงว่ามีความเที่ยงสูง 2) วิธีวัดแบบแทนกันได้ (alternated form method) เป็นวิธีที่คล้ายกับวิธีวัดหรือทดสอบซ้ำ ต่างกันที่ใช้เครื่องมือคนละชุดแต่เป็นแบบแทนที่กันได้ มุ่งวัดสิ่งเดียวกันและวัดในเวลาที่แตกต่างกันด้วย 3) แบบใช้ผู้ให้คะแนนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ทดสอบการใช้โปรแกรม (inter-rater หรือ inter-observer) โดยการให้ผู้ประเมินตัดสินกิจกรรม/การปฏิบัติกิจกรรมอย่างหนึ่งภายในเวลาเดียวกันหรือพร้อมๆ กัน ในการวัดแบบที่ไม่สามารถให้เป็นคะแนนได้ หรือข้อมูลมีลักษณะเป็นมาตราจัดลำดับ การหาค่าความสอดคล้องกันระหว่างผู้ประเมินอาจนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยร้อยละความสอดคล้องกัน (percentage of agreement)

ถ้ามีค่าความสอดคล้องเป็น 0 หมายความว่า ผู้ประเมินมีความเห็น/การปฏิบัติกิจกรรมไม่ตรงกันเลย ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ถือว่ามีความเที่ยง อย่างไรก็ตามการประเมินความเที่ยงวิธีนี้มีข้อจำกัด คือ การประเมินอาจมีความคลาดเคลื่อนได้จากประสบการณ์ พื้นฐานความรู้ การตัดสินของผู้ประเมินและความละเอียดของมาตรการวัด ผู้วิจัยจึงต้องมีเกณฑ์ในการประเมิน

3. ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) เป็นการประเมินว่าโปรแกรมมีความสอดคล้องสัมพันธ์กับโครงสร้าง หรือคุณลักษณะตามทฤษฎีของสิ่งที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยต้องการให้เกิดขึ้นเพียงไร การประเมินความตรงเชิงโครงสร้างเป็นการประเมินทั้งเชิงเหตุผล และเชิงประจักษ์ (วัลยา, 2536) สามารถทำได้หลายวิธี เช่น ใช้เครื่องมือเดียวกันวัดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่

ทราบแน่ชัดว่ามีความแตกต่างกัน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความแตกต่าง ถ้าพบว่ามีความแตกต่างจริงแสดงว่าเครื่องมือที่ใช้มีความตรง (discriminace approach หรือ contrasted approach) หรือ วิธีที่ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานจากกรอบทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดแล้วทำการทดสอบสมมุติฐาน จากผลการทดสอบผู้วิจัยสามารถลงความเห็นได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความสัมพันธ์กับผลที่ต้องการให้เกิดขึ้นจริงหรือไม่ (causal inferences approach หรือ hypothesis testing approach) (วิจิตร, 2547)

### สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การผ่าตัดและประเภทของทวารเทียม รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 4 กลุ่ม คือ ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม การบาดเจ็บที่ทวารเทียม ทวารเทียมอุดตันและตีบ และใส่เลื่อนข้างทวารเทียม สาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแล การส่งเสริมความสามารถให้ผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น รับรู้ความเสี่ยง อันตราย และให้ความสำคัญกับการป้องกัน รวมทั้งมีความสามารถในการตัดสินใจและมีทักษะในการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปรับปรุงแก้ไขภาวะที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง หรือตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของโอเร็ม ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อกระบวนการเรียนรู้ของผู้มีทวารเทียม จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้มีทวารเทียมสามารถดำรงชีวิตขณะมีทวารเทียมได้อย่างมีความสุขตามภาวะสุขภาพของตน เพื่อให้โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับว่าเป็นโปรแกรมที่มีคุณภาพ สามารถนำไปส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้มีทวารเทียมได้จริง ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนาโปรแกรม ได้แก่ การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้มีทวารเทียม ทบทวนทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง การร่างและพัฒนาโปรแกรม และการประเมินคุณภาพของโปรแกรม 3 ด้าน คือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา เพื่อประเมินความครอบคลุมของเนื้อหาในโปรแกรมว่ามียอดั้ประกอบสำคัญอย่างครบถ้วนตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ด้านความเที่ยงเพื่อประเมินว่าโปรแกรมจะสามารถให้ผลการใช้อย่างคงเส้นคงวาเมื่อมีการนำไปใช้ในครั้งต่อไปหรือโดยผู้ใช้คนอื่นๆ ไปเพียงใด และสามารถให้ผลเหมือนเดิมหรือใกล้เคียงของเดิมทุกครั้งไม่ว่าจะใช้กี่ครั้งหรือกี่คน และด้านความตรง

เชิงโครงสร้างเพื่อเป็นการประเมินว่าโปรแกรมมีความสอดคล้องสัมพันธ์กับโครงสร้าง หรือคุณ  
ลักษณะตามทฤษฎีของสิ่งที่เกี่ยวข้องที่ต้องการให้เกิดขึ้นเพียงไร

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม ประกอบด้วย 2 ระยะเวลาคือ ระยะเวลาพัฒนาโปรแกรม และระยะประเมินคุณภาพโปรแกรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### ระยะเวลาพัฒนาโปรแกรม

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมในครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล (เพชรน้อยและวัลยา, 2536) ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดกับผู้ที่มีทวารเทียม การทบทวนทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง และ 2) พัฒนาโปรแกรมตามกรอบแนวคิด โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดกับผู้ที่มีทวารเทียม การทบทวนทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

#### 1.1 วัตถุประสงค์

เพื่อค้นหาอุบัติการณ์และสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งวรรณคดีและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในผู้ที่มีทวารเทียม และทฤษฎีทางการพยาบาลซึ่งมีรูปแบบที่ใช้ส่งเสริมความสามารถในการดูแลที่เหมาะสมของผู้ที่มีทวารเทียม และ/หรือผู้ดูแล ซึ่งจะนำไปกำหนดรูปแบบและกิจกรรมในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลทวารเทียมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

#### 1.2 การดำเนินการ

ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นตำรา งานวิจัยทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย และบทความต่างๆ ทั้งจากหนังสือ วารสาร และจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, MD consult, Proquest, Pubmed และ Ovid Technologies, Inc. โดยกำหนดคำสำคัญคือ ทวารเทียม ทวาร

ใหม่ การผ่าตัดเพื่อขับถ่ายทางหน้าท้อง การผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ostomy, stoma, colostomy, ileostomy, complication, guideline, programme, learning และ self-care agency

## ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมตามกรอบแนวคิด

### 2.1 วัตถุประสงค์

เพื่อกำหนดองค์ประกอบของเนื้อหา วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์จากการใช้โปรแกรม

### 2.2 เครื่องมือ

เครื่องมือในโปรแกรมนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรม และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพโปรแกรม

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรม การกำหนดองค์ประกอบของเนื้อหาได้จากการค้นหาภาวะแทรกซ้อน และวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้มีทวารเทียม แล้วนำมาวางแผนในการกำหนดเนื้อหาสาระสำคัญในโปรแกรม ซึ่งผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการใช้โปรแกรม คือ 1) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และ 2) กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลทวารเทียมและจัดการเบื้องต้นได้ถูกต้องด้วยตนเอง หรือพิจารณาขอความช่วยเหลือได้เหมาะสมกับความรุนแรงของภาวะนั้น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพโปรแกรม ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ได้แก่ เครื่องมือในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือตรวจสอบความเที่ยงในการนำไปใช้ และเครื่องมือตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโปรแกรม

### 2.3 การดำเนินการ

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรม โดยการปรึกษาผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญตามสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งด้านเนื้อหาและระเบียบวิธีวิจัย เพื่อให้ได้คำแนะนำในการสร้างโปรแกรมที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบท โดยผู้วิจัยดำเนินการสร้างแผนการพยาบาลและแนวทางการใช้โปรแกรม รวมทั้งได้วิธีการประเมินคุณภาพของโปรแกรมที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพของโปรแกรมดังนี้

เครื่องมือประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบให้ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ แผนการพยาบาล คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ

ผู้ที่มีทวารเทียม แผ่นภาพแสดงภาวะแทรกซ้อน ภาพแสดงการดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอุปกรณ์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการสอน และแนวทางการใช้โปรแกรม (ภาคผนวก ค)

เครื่องมือประเมินความเที่ยงในการนำไปใช้ ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกเป็นคำถามปลายเปิดโดยให้พยาบาลผู้ใช้โปรแกรมเป็นผู้บันทึกวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ในการส่งเสริมความสามารถของผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแล โดยให้ครอบคลุมการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยที่ผู้วิจัยกำหนดวิธีการในการปฏิบัติการพยาบาลให้พยาบาลผู้ใช้โปรแกรมได้ศึกษา ก่อนนำโปรแกรมไปใช้ (ภาคผนวก ค)

เครื่องมือประเมินความตรงเชิงโครงสร้างของโปรแกรม ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองของผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแล โดยให้ครอบคลุมกรอบแนวคิดตามทฤษฎีทางการพยาบาลที่เลือกใช้และภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เครื่องมือแบ่ง เป็น 3 ส่วน คือ 1) แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้มีทวารเทียมหรือผู้ดูแลเป็นผู้ตอบ 2) แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมของผู้มีทวารเทียมหรือผู้ดูแล โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ และตรวจสอบแล้วบันทึกในแบบประเมิน และ 3) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสอบลักษณะทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม (ภาคผนวก ค)

#### ระยะประเมินคุณภาพ โปรแกรม

ในระยะประเมินคุณภาพของโปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 2) การตรวจสอบความเที่ยงก่อนนำไปใช้ และ 3) การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโปรแกรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

##### 1.1 วัตถุประสงค์

เพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีเนื้อหาตรงกับแนวคิด/ทฤษฎี และเหมาะสมกับสถานการณ์ที่จะนำไปใช้

##### 1.2 เครื่องมือ

เครื่องมือประเมินความตรงเชิงเนื้อหา เป็นแบบให้ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ



### 1.3 การดำเนินการ

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการส่งเครื่องมือในโปรแกรม พร้อมแบบให้ข้อคิดเห็น ความตรงเชิงเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบ และส่งคืนกลับผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้แก่ ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลทวารเทียม และอาจารย์พยาบาลผู้อำนวยการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

### 1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา ใน 4 ด้าน คือ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการ ความซ้ำซ้อนของเนื้อหา และความชัดเจนของเนื้อหา โดยวิเคราะห์จากคะแนนของผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนเป็น 4, 3, 2, หรือ 1 (4 คือ เหมาะสม/เกี่ยวข้องมากที่สุด และ 1 คือ ไม่เหมาะสม/ไม่เกี่ยวข้องเลย) นำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรง (CVI) ซึ่งได้จากสัดส่วนของความเห็นที่ตรงกันของผู้เชี่ยวชาญว่าชุดเครื่องมือที่มีความเกี่ยวข้องกัน ต่อจำนวนชุดเครื่องมือในโปรแกรมทั้งหมด ถ้ามีความเห็นตรงกันในระดับคะแนน 4 หรือ 3 ทั้งหมด ค่า CVI จะเท่ากับ 1 แต่สำหรับโปรแกรมที่พัฒนาใหม่ค่า CVI ที่ยอมรับได้ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 โดยคิดจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสอดคล้องตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

## ขั้นตอนที่ 2. การตรวจสอบความเที่ยงก่อนนำไปใช้

### 2.1 วัตถุประสงค์

เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความคงเส้นคงวาในการนำไปใช้โดยผู้ใช้อื่น และสามารถใช้ได้เหมือนเดิม หรือใกล้เคียงของเดิมทุกครั้งในการใช้ครั้งต่อไป

### 2.2 เครื่องมือ

เครื่องมือประเมินความเที่ยงก่อนนำไปใช้ เป็นแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล โดยบันทึกการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลที่จำเป็นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ตามทฤษฎีการพยาบาลที่เลือกใช้ในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้มีทวารเทียม

### 2.3 การดำเนินการ

ผู้ที่เกี่ยวข้องในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย พยาบาลที่มีพื้นฐานความรู้การดูแลผู้มีทวารเทียมในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 1 คนและผู้วิจัย โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ขั้นตอนคือ ขั้นเตรียมการและขั้นดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### ขั้นเตรียมการ

2.3.1 ชี้แจงพยาบาลผู้ร่วมการทดสอบความเที่ยงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การใช้โปรแกรม และเครื่องมือต่างๆ ในโปรแกรม

2.3.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทฤษฎีทางการพยาบาลที่เลือกใช้ และชี้แจงวิธีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลแก่พยาบาลผู้ร่วมการทดสอบ

ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้พยาบาลผู้ร่วมการทดสอบได้ประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยคนเดียวเท่ากับผู้วิจัยจำนวน 3 ราย และส่งคืนข้อมูลกลับให้ผู้วิจัยภายใน 1 เดือน ผู้วิจัยพัทภยสิทธิ์พยาบาลผู้ร่วมการทดสอบโดยจะชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลและระยะเวลาในการส่งแบบสอบถามคืนกลับผู้วิจัย ทั้งนี้จะแจ้งให้พยาบาลผู้ร่วมการทดสอบทราบสิทธิในการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ โดยที่ไม่มีผลกระทบแต่อย่างใดและข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม

### 2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีหาค่าเฉลี่ยร้อยละความสอดคล้องตรงกันระหว่างผลการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ร่วมการทดสอบ และผู้วิจัยในการส่งเสริมความสามารถของผู้มีทวารเทียม ค่าที่ยอมรับได้ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 โดยใช้สูตร

$$r = \frac{\text{จำนวนการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนข้อปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมด}}$$

### ขั้นตอนที่ 3. การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโปรแกรม

#### 3.1 วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแล ทั้งในด้านการคาดการณ์ การตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งอาจเกิดกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม

### 3.2 เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความตรงเชิงโครงสร้างของโปรแกรมผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลทวารเทียม และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยมีลักษณะเป็นแบบสอบถาม แบบบันทึกการตรวจและการสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารเทียม ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (BMI) สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ภูมิลาเนา ข้อมูลเกี่ยวกับทวารเทียมก่อนได้รับการผ่าตัด และภาวะสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (ภาคผนวก ค)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย และการรักษาของผู้มีทวารเทียม ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดของทวารเทียม ระยะเวลาการผ่าตัดทวารเทียม ประเภทของวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย การรักษาร่วม เช่น การฉายแสงหรือการได้ยาเคมีบำบัด โรคประจำตัวของผู้มีทวารเทียม ผู้ดูแลและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้มีทวารเทียม (ภาคผนวก ค)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความสามารถในการดูแลทวารเทียมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 35 ข้อ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญด้านการวางแผนเตรียมความพร้อมมี 12 ข้อ การลงมือปฏิบัติ 15 ข้อ และการประเมินผลการปฏิบัติ 8 ข้อ ในจำนวนนี้ครอบคลุมภาวะแทรกซ้อน 4 ประเภท (30 ข้อ) ได้แก่ ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง 12 ข้อ การบาดเจ็บที่ทวารเทียม 5 ข้อ ทวารเทียมอุดตันและตีบ 6 ข้อ และภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม 7 ข้อ แบ่งระดับคะแนนคำตอบในแบบสอบถามนี้เป็น 4 ระดับ คำตอบในแต่ละข้อคำถามมีค่าคะแนน 1 ถึง 4 คะแนน โดย 1 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติน้อยมาก และ 4 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติมากที่สุด (ภาคผนวก ค)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลทวารเทียม เป็นแบบตรวจสอบและสัมภาษณ์มี 5 ข้อ ได้แก่ การตัดช่องเปิดแผ่นแปะ การเลือกชนิดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย ระยะเวลาในการเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย การใช้กาวย และวิธีการลอกแปะ/พลาสติก โดยคำตอบมี 2 ระดับ คือ เหมาะสม และ ไม่เหมาะสม (ภาคผนวก ค)

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการตรวจทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม แบบประเมินมี 5 ข้อ ได้แก่ ลักษณะผนังหน้าท้อง ผิวหนังรอบทวารเทียม ลักษณะของทวารเทียม ระดับ

ความสูงของทวารเทียม และการขับถ่ายทางทวารเทียม โดยคำตอบมี 2 ระดับ คือ ปกติ และ ผิดปกติ (ภาคผนวก ก)

### 3.3 การดำเนินการ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในโปรแกรมจะเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ผ่าตัดทำทวารเทียมในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 30 ราย รายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

#### ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้มีทวารเทียม
2. ผู้วิจัยชี้แจง และทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม พร้อมทั้งวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. เมื่อได้รับการอนุมัติจึงดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์กับหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลผู้รับผิดชอบประจำหอผู้ป่วย รวมถึงคลินิกศัลยกรรม หน่วยผู้ป่วยนอก และกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะต้องยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมประวัติการรักษาจากผู้มีทวารเทียมและเวชระเบียน
2. ก่อนการผ่าตัดผู้วิจัยจะสอบถาม และวางแผนร่วมกันกับผู้มีทวารเทียมในการหาผู้ดูแลหลักที่สามารถช่วยเหลือหรือให้การดูแลที่บ้าน ซึ่งต้องเป็นผู้ที่ตัดสินใจในการดูแลทวารเทียมได้ และให้การดูแลผู้มีทวารเทียมเพียงคนเดียวในทุกครั้งที่ปฏิบัติการดูแลทวารเทียม
3. ผู้วิจัยจะนัดผู้ดูแลหลักมาเรียนรู้วิธีการในการดูแลทวารเทียมพร้อมกันกับผู้มีทวารเทียมหลังการผ่าตัด รวมทั้งช่วยเหลือและ/หรือฝึกปฏิบัติร่วมกันระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้มีทวารเทียมไม่มีความพร้อม ผู้วิจัยจะมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลหลักสามารถปฏิบัติการดูแลให้ได้ก่อน
4. ผู้วิจัยจะนัดผู้ดูแลหลักให้มากับผู้มีทวารเทียมในวันที่แพทย์นัดตรวจครั้งแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (หลังผ่าตัด ประมาณ 1 เดือน) โดยผู้วิจัยจะประเมินระดับ

ความสามารถในการดูแลของผู้ที่ปฏิบัติการดูแลเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นผู้มีทวารเทียมเองหรือผู้ดูแลหลัก ประเมินวิธีการปฏิบัติการดูแลและประเมินอาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นก่อนการใช้โปรแกรม

5. ผู้วิจัยให้การพยาบาลตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น และนัดผู้ดูแลหลักให้มา กับผู้มีทวารเทียมในวันที่แพทย์นัดตรวจครั้งต่อไป

6. ในวันมาตรวจตามแพทย์นัดครั้งที่ 2 ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ประเมินระดับความสามารถในการดูแล วิธีการปฏิบัติการดูแล และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้แบบประเมินชุดเดิม และใช้ระดับความสามารถของผู้ที่ปฏิบัติการดูแลจริงเป็นหลักเช่นกัน ในกรณีที่ผู้มีทวารเทียมไม่มีความผิดปกติทางร่างกายที่มีผลต่อการดูแลตนเอง ผู้ช่วยวิจัยจะกระตุ้นและให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมให้ผู้มีทวารเทียมได้ดูแลตนเอง ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ช่วยวิจัยจะแนะนำการดูแลเพิ่มเติมหรือส่งต่อให้ผู้วิจัยดูแลต่อหลังการประเมิน

สถานที่เก็บข้อมูล ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ศัลยกรรมชาย 2 ศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษ และคลินิกศัลยกรรม หน่วยผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทุกราย โดยการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล รวมทั้งขออนุญาตใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนในการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิในการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยเมื่อไม่ต้องการ โดยที่ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการดูแลแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัยในงานวิจัยหรือการนำไปเผยแพร่ ในกรณีที่ผู้มีทวารเทียมมีการกระทบกระเทือนสภาวะจิตใจในการตอบคำถามจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้จะหยุดการเก็บข้อมูล และให้การดูแลประคับประคองด้านจิตใจ แล้วประเมินความต้องการเข้าร่วมการวิจัยใหม่อีกครั้งก่อนเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือยุติการเก็บข้อมูล ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้จะให้ความช่วยเหลือไปพร้อมกันด้วยการให้ความรู้และข้อมูลต่างๆ เพิ่มเติม ให้การสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาตามความเหมาะสม

### 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษาของผู้มีทวารเทียม โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

วิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินความสามารถในการดูแลทวารเทียมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และ ค่าสถิติทีคู่ (Paired t – test) เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างของความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

วิเคราะห์ข้อมูลจากการตรวจสอบ และสัมภาษณ์ประเมินการปฏิบัติการดูแล  
ทวารเทียม โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

วิเคราะห์ข้อมูลจากการตรวจทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม และการ  
สัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมจะถูกนำมาประมวลโดยผู้วิจัยเพื่อการ  
ปรับแก้โปรแกรมให้มีคุณภาพและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยจะปรับเนื้อหาและเครื่องมือใน  
โปรแกรมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งจะปรับแผนการพยาบาลและแนวทางการใช้  
โปรแกรมเพื่อให้เหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในระบบสนับสนุนและให้ความรู้ใน  
การดูแลตนเองของผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลหลัก และ/หรือส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้  
มีทวารเทียมแก่พยาบาลผู้ใช้โปรแกรม เพื่อให้โปรแกรมมีความพร้อมสำหรับการนำไปใช้ต่อไป

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

ในการวิจัยเพื่อการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง และระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) ทั้งนี้มีการดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาโปรแกรม ซึ่งมี 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีทวารเทียม ทบทวนทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม และ 2) การพัฒนาโปรแกรมตามกรอบแนวคิด สำหรับระยะประเมินคุณภาพของโปรแกรมมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 2) การตรวจสอบความเที่ยงในการนำไปใช้ และ 3) การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยการนำไปทดลองใช้ การนำเสนอผลการวิจัยจะแบ่งเป็น 1) ผลการพัฒนาโปรแกรม โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ผลการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีทวารเทียม การทบทวนทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง และส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมตามกรอบแนวคิด และ 2) ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรม โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ส่วนที่ 2 ผลการตรวจสอบความเที่ยงในการนำไปใช้ และส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้ ปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัดของการวิจัย

#### ผลการพัฒนาโปรแกรม

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

ผลการสำรวจผู้ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียมตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2549 ถึง 30 มีนาคม 2551 โดยการติดตามสอบถามปัญหาจากผู้ที่มีทวารเทียมร่วมกับค้นข้อมูลจากเวชระเบียน รวมจำนวน 182 ราย พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้รวม 28 ราย (ร้อยละ 15.38) แบ่งเป็น 1) ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองจำนวน 9

ราย (ร้อยละ 32.14) 2) ทวารเทียมบาดเจ็บจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 28.57) และ 3) ไล่เลื่อนข้างทวารเทียมจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 39.29) นอกจากนี้จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา ผู้วิจัยยังพบว่าผู้มีทวารเทียมจำนวนหนึ่งมีการอุดตันของลำไส้จนทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ในการทบทวนจากเวชระเบียนไม่พบข้อมูลดังกล่าว ในต่างประเทศจากการศึกษาของไนเบ็ค แบง นอร์การ์ด คาร์ลมาร์ค และเจเมค (Nybaek, Bang, Norgaard, Karlsmark, & Jemec, 2009) พบปัญหาของผิวหนังในผู้ที่มีทวารเทียมร้อยละ 45 จากจำนวนผู้ที่มีทวารเทียมทั้งหมด 199 ราย แต่ในบางการศึกษาพบได้สูงถึงร้อยละ 52 – 76 (Bosio et al., 2007; Richbourg et al., 2007) จากการศึกษาในประเทศออสเตรเลียของลินซ์และคณะ (Lynch, Hawkes, Steginga, Leggett, & Aitken, 2008) ที่ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีทวารเทียม โดยการสัมภาษณ์ติดตามเป็นระยะๆ หลังผ่าตัดจำนวน 332 ราย โดยผู้มีทวารเทียมจะได้รับคำปรึกษา คำแนะนำเรื่องอาหาร และการทำกิจวัตรประจำวันตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งแรก พบว่า จำนวนผู้มีทวารเทียมที่มีผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง มีร้อยละ 40 ในเดือนที่ 5 หลังผ่าตัด, ร้อยละ 32.5 ในเดือนที่ 12 และร้อยละ 20 ในเดือนที่ 24 ตามลำดับ ส่วนภาวะไล่เลื่อนข้างทวารเทียม จากการติดตามของทอมป์สันและเทรนเนอร์ (Thompson & Trainor, 2005) พบว่าในระยะ 1 ปีหลังผ่าตัดทวารเทียมพบภาวะไล่เลื่อนข้างทวารเทียม ร้อยละ 28 สำหรับภาวะทวารเทียมได้รับบาดเจ็บนั้น จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้มีทวารเทียมในประเทศอิหร่าน พบภาวะเลือดออกที่ทวารเทียมได้บ่อยถึงร้อยละ 34.5 (Mahjoubi et al., 2005) และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะทวารเทียมอุดตันและตีบในเด็กที่มีทวารเทียมร้อยละ 6.1 (Cigdem et al., 2006) สำหรับในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า จำนวนผู้มีทวารเทียมที่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมีน้อยกว่าการศึกษาในต่างประเทศ (ตาราง 7) อาจเป็นเพราะในผู้มีทวารเทียมบางรายผู้วิจัยไม่ได้สอบถามโดยตรง แต่ใช้การค้นหาประวัติจากเวชระเบียน ซึ่งภาวะเหล่านี้หากไม่ได้รับการสอบถาม ผู้มีทวารเทียมอาจไม่ทราบว่า เป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขจึงไม่แจ้งให้แพทย์ทราบ ทำให้ไม่มีการบันทึกในเวชระเบียน ดังเช่นผลการศึกษาที่พบว่า ร้อยละ 43 – 62 ของผู้มีทวารเทียมที่มีภาวะผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองไม่ทราบว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งผิดปกติ ผู้มีทวารเทียมร้อยละ 80 - 84 ไม่ได้แสวงหาความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เนื่องจากไม่รู้หรือไม่เข้าใจว่ามี การระคายเคืองที่ผิวหนังรอบทวารเทียม (Herlufsen et al., 2006; Nybaek et al., 2009) อย่างไรก็ตามผลการสอบถามผู้มีทวารเทียมที่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวถึงสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า เกิดจากปัจจัยคั้งนี้

1. ผู้มีทวารเทียมหรือผู้ดูแลให้การสอนและคำแนะนำไม่ได้ อาจเกิดจากการสอนที่มีเนื้อหามากเกินไป ทำให้สับสน หลงลืม และ/หรือ จับประเด็นสำคัญไม่ได้ จึงขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมมีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น การวัดขนาดทวารเทียมก่อนตัดอุปกรณ์รอง



รับสิ่งขับถ่ายซึ่งต้องอาศัยการสังเกตุอย่างละเอียด เนื่องจากทวารเทียมจะยุบบวมลงเรื่อยๆ ในระยะ 2 เดือนแรกหลังผ่าตัดจึงต้องวัดขนาดทวารเทียมทุกครั้งก่อนตัดแป้น แต่กลับพบว่าผู้มีทวารเทียม หรือผู้ดูแลหลายรายใช้แบบวัดขนาดที่พยาบาลทำไว้ให้ โดยไม่มีการวัดและทำใหม่เมื่อทวารเทียม ลดขนาดลง หรือใช้วิธีกะขนาดทวารเทียมแทนการวัดจริง จนทำให้เกิดแผลที่ทวารเทียมได้ในกรณี ที่ตัดช่องที่เป็นแคบจนเกินไป หรือกว้างจนเกินไปทำให้ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองเมื่อ สัมผัสกับอุจจาระบ่อยๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาของแรทลิฟฟ์และคณะ (Ratliff et al., 2005) ที่ พบว่าผู้มีทวารเทียมที่มีการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม ร้อยละ 20 เกิดจากการตัดแป้น กว้างเกินไป

2. วิธีการแก้ปัญหาของผู้มีทวารเทียมหรือผู้ดูแลไม่เหมาะสม เช่น เมื่อเป็นหลอด บ่อย มักจะแก้ปัญหาด้วยการทา膏ที่แผ่นแป้นให้กว้างขึ้น เพราะคิดว่าจะเพิ่มความเหนียวของแป้น ได้ เป็นสาเหตุให้น้ำอุจจาระขังได้เป็นนานขึ้นทำให้เกิดแผลที่ผิวหนังรอบทวารเทียมได้

3. ไม่มีการติดตามผู้มีทวารเทียมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากหลังผ่าตัดพยาบาลจะ เน้นการสอนผู้ดูแล เพราะผู้มีทวารเทียมยังไม่มีความพร้อมทั้งด้านกายภาพ การยอมรับภาวะโรค และ/หรือทวารเทียม เมื่อผู้มีทวารเทียมสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลอาจไม่สามารถถ่ายทอดราย ละเอียดได้ทั้งหมด ดังนั้นการที่พยาบาลไม่ได้ติดตามปัญหาหลังจำหน่าย และข้รายละเอียดในเรื่อง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จึงทำให้เกิดปัญหาที่เกิดจากความไม่รู้ของผู้มีทวารเทียมได้

จากปัญหาการขาดความรู้ หรือมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการดูแลทวารเทียมด้วย ตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ขาดความตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน รวมทั้ง การปฏิบัติการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ผู้วิจัยตระหนักถึงการเตรียมความพร้อมของผู้มีทวารเทียม และผู้ดูแล การประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง การสร้างแรงจูงใจ การจัด เนื้อหาการสอนที่เหมาะสม และการติดตามผลการดูแลตนเองของผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแล อย่างต่อเนื่อง จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยและการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า อุปสรรคที่ ทำให้ผู้มีทวารเทียมขาดความสามารถในการดูแลตนเองในระยะแรกหลังการผ่าตัด คือ ความเจ็บ ปวดจากแผลผ่าตัด ความเครียด ความวิตกกังวลซึ่งอาจเกิดได้ทั้งจากภาวะ โรคและการที่ต้องขับถ่าย อุจจาระทางหน้าท้อง (สมพร และมานี, 2552) ทั้งนี้เพราะความพร้อมของผู้มีทวารเทียม เป็น องค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต, 2534) การ เตรียมผู้มีทวารเทียมให้สามารถดูแลตนเองได้ดี จึงควรมีการวางแผนจำหน่ายโดยทำเป็นระบบเริ่ม ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและขณะอยู่ที่บ้าน ตลอดจนมีระบบการติดตามผลการดูแลตนเองอย่าง ต่อเนื่อง ได้มีการศึกษาพบว่า การวางแผนจำหน่ายจะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงใจและมีคุณภาพชีวิต ลด ภาวะเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว (Carroll & Dowling, 2007) และจากการ

ทบทวนทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้แต่ยังขาดความพร้อมในการดูแลตนเอง หรือมีความพร้อมในการดูแลตนเองแต่ไม่มีความรู้ความสามารถ ควรได้รับการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมและคำนึงถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้วยการใช้สัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้จะต้องมีวิธีการในการสนับสนุนและพัฒนาความสามารถที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลด้วย โดยความสามารถนั้นต้องมีทั้งความรู้ความสามารถในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การตัดสินใจ และการปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสม จึงจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ผู้มีทวารเทียมได้ มีการศึกษาพบว่าทำให้การพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็มช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่มีทวารเทียมรับรู้ถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Sampaio et al., 2008) มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น (แสงกล้า รสสุคนธ์ และสมพร, 2545) ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้มาส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้มีทวารเทียม และผู้ดูแลหรือครอบครัว โดยเริ่มจากการสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง ความไว้วางใจ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล เข้าใจผู้มีทวารเทียม รับฟังปัญหาและให้กำลังใจ ให้คำแนะนำอย่างสร้างสรรค์ สอนและชี้แนะด้วยการให้ข้อมูลที่จำเป็น เช่น ความสำคัญของการผ่าตัดทวารเทียม ความสำคัญของการดูแลที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ค้นหาพลังความสามารถ ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้มีทวารเทียม เช่น ความมุ่งมั่น ความตั้งใจในการเรียนรู้ และความใส่ใจต่อสุขภาพ เป็นต้น เน้นให้เนื้อหาครอบคลุมไปถึงการส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ (transitional capability) เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ได้แก่ การพิจารณาแก้ปัญหาด้วยตนเอง หรือพิจารณาขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการเตรียมความพร้อม การวางแผน การลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองและประเมินผล โดยอาศัยโปรแกรมการสอนที่ประกอบด้วยกระบวนการวิธีการ บุคลากร และสื่อในการให้ข้อมูลหลายอย่างร่วมกัน โดยสื่อแต่ละอย่างจะส่งเสริมซึ่งกันและกัน จากการศึกษาวิธีการส่งเสริมการเรียนรู้ของนุชรี (นุชรี, 2542) พบว่า การใช้โปรแกรมการสอนทำให้ผู้มีทวารเทียมมีความมั่นใจ มีพฤติกรรมการดูแลทวารเทียมที่เหมาะสมสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสอนตามปกติ

นอกจากนี้โปรแกรมต้องมีวิธีการสื่อสารที่สร้างความเข้าใจที่ดีที่สุด โดยต้องเริ่มจากสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้เรียน และวิธีการต้องมีการประสานกันทั้งการเขียน การพูด อธิบาย และการใช้ภาพประกอบ (Weiss, 2007) การเลือกใช้สื่อที่เหมาะสม ต้องคำนึงถึงความ

สะดวก ไม่ยุ่งยากในการใช้ สั้น และมีความชัดเจน (Safeer & Keenan, 2005) โดยคู่มือยังจัดว่าเป็นสื่อที่เหมาะสมในการสอน เนื่องจากผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลสามารถศึกษาเนื้อหาได้เอง อ่านได้ตามความสามารถของบุคคล เหมาะกับการทบทวนและใช้อ้างอิง ได้มีการศึกษาพบว่าคู่มือช่วยให้ประสบผลสำเร็จ บรรลุเป้าหมายในการเพิ่มทักษะการปฏิบัติ (Martins, Soler, Batigalia, & Moore, 2009) ช่วยให้ผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองในระยะยาว (Mahat, Scoloveno, & Bonnelly, 2007) สื่อการสอนที่เหมาะสมอีกชนิดหนึ่งคือ การใช้ภาพ (Safeer & Keenan, 2005) รวมทั้งอุปกรณ์ตัวอย่างที่ใช้ประกอบในการสอน เนื่องจากการใช้ภาพจะช่วยให้ผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลที่อาจมีปัญหาหรือความไม่เข้าใจในคำพูดหรือการอ่าน สามารถเข้าใจได้ง่าย เพิ่มความน่าสนใจ เห็นความสัมพันธ์ของเนื้อหา (Houts, Doak, Doak, & Loscalzo, 2006) เข้าใจสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถประเมินความผิดปกติหรือระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ แสดงลำดับขั้นตอนการปฏิบัติ เข้าใจได้ว่าตนเองต้องทำอะไร และยังเป็นสื่อที่ทำให้จำได้นานกว่าการใช้อักษรหรือคำพูด นอกจากนี้การเห็นหรือได้สัมผัสอุปกรณ์ตัวอย่างจะทำให้ผู้มีทวารเทียมหรือผู้ดูแลเข้าใจได้ง่าย สามารถนำไปปฏิบัติตามหรือปรับใช้ได้ตามความเหมาะสม (Weiss, 2007) และจากการศึกษาวิธีการสื่อสารเพื่อหาวิธีให้ผู้ใส่โปรแกรมสามารถเข้าใจ ใช้โปรแกรมได้ง่ายและรวดเร็ว พบว่า การเขียนเป็นแผนผัง แสดงการปฏิบัติทีละขั้นตอน จะทำให้ผู้ใส่โปรแกรมเข้าใจจุดประสงค์ และมองเห็นขั้นตอนในกระบวนการปฏิบัติได้ชัดเจน (Frantiska, n.d.)

ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มา กำหนดองค์ประกอบในโปรแกรม รวมทั้งเนื้อหาสาระสำคัญของโปรแกรมให้มีความครอบคลุมในการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม โดยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ 38 เรื่อง แบ่งเป็นระดับ 1 จำนวน 5 เรื่อง ระดับ 3.2 จำนวน 5 เรื่อง ระดับ 3.3 จำนวน 2 เรื่อง และระดับ 4 จำนวน 26 เรื่อง (ภาคผนวก ก)

## ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมตามกรอบแนวคิด

ผลการพัฒนาโปรแกรมแยกได้เป็น 3 ส่วนดังต่อไปนี้ คือ 1) กระบวนการพัฒนา 2) เครื่องมือและองค์ประกอบในโปรแกรม และ 3) สาระสำคัญของโปรแกรม ดังมีรายละเอียดดังนี้

## 1. กระบวนการพัฒนา

ผู้วิจัยได้กำหนดองค์ประกอบของเนื้อหาในโปรแกรมสนับสนุนและพัฒนาความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม โดยการค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และกำหนดเนื้อหาสาระสำคัญในโปรแกรมภายใต้กรอบแนวคิดการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) 3 ด้าน คือ 1) ด้านการคาดการณ์ 2) ด้านการตัดสินใจ และ 3) ด้านการลงมือปฏิบัติ โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทวารเทียม หรือผิวหนังรอบทวารเทียม โดยเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ 4 ชนิดคือ 1) การระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม 2) การบาดเจ็บที่ทวารเทียม 3) ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม และ 4) ทวารเทียมอุดตันและตีบ (RNAO, 2009)

### อภิปรายผล

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ที่มีทวารเทียมมีหลายชนิด สาเหตุการเกิด ภาวะแทรกซ้อนนั้นมีทั้งที่ไม่สามารถป้องกันได้ เช่น มีโรคประจำตัวหรือวิธีการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ที่มีทวารเทียมสามารถป้องกันได้ถ้ามีการดูแลตนเองที่เหมาะสม จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 17 เรื่อง มีระดับความน่าเชื่อถือระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 3.2 จำนวน 5 เรื่อง ระดับ 3.3 จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 4 จำนวน 9 เรื่อง พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ที่มีทวารเทียมสามารถป้องกันได้ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของผู้วิจัย ได้แก่ 1) การระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม (Ratliff, Scarano, & Donovan, 2005; Herlufsen et al., 2006) 2) การบาดเจ็บที่ทวารเทียม (Cigdem, Onen, Duran, Ozturk, & Otcu, 2006) 3) ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (Thompson & Trainor, 2005) และ 4) ทวารเทียมอุดตันและตีบ (Muneer, Shaikh, Shaikh, & Qureshi, 2007; Rogers, 2007) โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนอกจากจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแล้ว อาจทำให้ต้องมีการรักษาต่อเนื่องเช่น การผ่าตัด เป็นต้น ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนบางชนิดอาจไม่เกิดขึ้นในทันทีแต่อาจเกิดขึ้นได้ต่อไปในระยะยาว ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกระบวนการและวิธีการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ที่มีทวารเทียมและผู้ดูแล ด้วยการสนับสนุนให้ได้รับข้อมูลและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว โดยช่วยให้ผู้ที่มีทวารเทียมและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น มีความต้องการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติในการดูแลตนเอง มีการตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างที่มีชีวิตโดยใช้ทวารเทียม โดยใน

โปรแกรมมุ่งเน้นที่การส่งเสริมความสามารถในการดูแลด้วยวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี ภายใต้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยคำนึงถึงระยะเวลาที่เหมาะสมในการพัฒนาความสามารถ คุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถในการดูแลตนเองของผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแล

## 2. เครื่องมือและองค์ประกอบในโปรแกรม

เครื่องมือและองค์ประกอบในโปรแกรม ประกอบด้วย 1) แผนการพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 4 ส่วน คือ แผนปฏิบัติการกิจกรรมพยาบาล คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีทวารเทียม แผ่นภาพแสดงภาวะแทรกซ้อน ภาพแสดงการดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอุปกรณ์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการสอน และ 2) แนวทางการใช้โปรแกรม (ภาคผนวก ข)

### อภิปรายผล

การใช้เครื่องมือในโปรแกรม เช่น คู่มือ ภาพแสดงการดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอุปกรณ์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการสอนต้องใช้พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำอธิบาย ทำให้ต้องใช้เวลามากในผู้มีทวารเทียมแต่ละราย แต่มีข้อดี คือ เป็นการสื่อสารสองทาง มีโอกาสในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลหรือครอบครัว ทำให้ผู้มีทวารเทียมไม่รู้สึกละเลย ระหว่างการสอนพยาบาลสามารถซักถามและสังเกตได้ว่าผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลมีความเข้าใจการสอนเพียงใด ตอบข้อสงสัยหรือทดสอบการรับรู้เรื่องราวในเรื่องที่สอนได้ทันที สามารถประเมินได้ว่าควรให้ข้อมูลในแต่ละครั้งมากน้อยเพียงใด ควรเน้นย้ำที่จุดใด และปรับวิธีการให้เหมาะสมกับผู้มีทวารเทียมแต่ละคนได้ การสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้มีทวารเทียม ช่วยให้ผู้มีทวารเทียมมีความพึงพอใจ ลดความวิตกกังวล ความรู้สึกกดดันทางอารมณ์ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Weiss, 2007) สำหรับแผนปฏิบัติการการพยาบาล เป็นแผนที่เหมาะกับพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียม และต้องมีอุปกรณ์ช่วยสอนต่างๆ เพียงพอ แต่สิ่งนี้อาจทำให้การสอนมีคุณภาพต่างกัน คือ ความสามารถในการสังเกต หรือการประเมินการรับรู้ข้อมูลของผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแล และความสามารถในการสื่อสารเพื่อสร้างความเป็นกันเอง ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ ในส่วนของแนวทางการใช้สอนได้ระบุวันในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับสถานะของผู้มีทวารเทียม กรณีที่ผู้มีทวารเทียมมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีสามารถเริ่มสอนได้เลย แต่กรณีที่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดโดยทั่วไป เช่น การเสียเลือด การติดเชื้อ การต้องใส่เครื่องช่วยหายใจหรือมีอาการอื่นๆ ที่อาจทำให้ผู้มีทวารเทียมไม่พร้อมสำหรับการสอนดังกล่าว

พยาบาลผู้สอนต้องมีการปรับระยะเวลาในการใช้สอนออกไป โดยวันที่ 1 ของการสอนควรเริ่มจากวันที่อาการของผู้มีทวารเทียมดีขึ้น มีความสุขสบายเพียงพอในการรับรู้ข้อมูล โดยผู้มีทวารเทียมหรือผู้ดูแลต้องมีระยะเวลาเพียงพอในการฝึกปฏิบัติก่อนจำหน่าย และใช้เริ่มใช้โปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในการมาตรวจตามนัดครั้งแรก หลังจากนั้นติดตามผู้มีทวารเทียมหลังใช้โปรแกรมอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยเป็นการติดตามทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง การเกิดภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิตและการปรับตัวหลังมีทวารเทียม ซึ่งระยะเวลาอย่างน้อยควรเป็น 3 – 6 เดือน (Marquis, Marrel, & Jambon, 2003) แต่ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทของสถานพยาบาลนั้นๆ ด้วย นอกจากนี้ควรติดตามผลการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไปในระยะยาว โดยเฉพาะการเกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมซึ่งมีการศึกษาอุบัติการณ์พบว่า อัตราการเกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมจะมากขึ้นตามระยะเวลาที่มีทวารเทียม (Husain & Cataldo, 2008)

### 3. สาระสำคัญของโปรแกรม

แผนปฏิบัติการกิจกรรมพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง ระบุวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการ ระยะเวลาที่ควรปฏิบัติการ เนื้อหา / กิจกรรมที่ปฏิบัติ วิธีการพยาบาล ภาพและอุปกรณ์ที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และการประเมินผล โดยพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการดูแลทวารเทียมมาโดยเฉพาะ มีความรู้และทักษะในการดูแลทวารเทียม เนื่องจากต้องวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม ให้คำแนะนำในเรื่องการป้องกันและให้การดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวในบทบาทของพยาบาลได้ แผนปฏิบัติการพยาบาลระบุระยะเวลาที่ควรปฏิบัติการ โดยโปรแกรมนี้จะเริ่มจากการสร้างความคุ้นเคยกับลักษณะของทวารเทียม การสาธิตวิธีดูแลทวารเทียม การฝึกปฏิบัติภายใต้การควบคุมของพยาบาล การกลับไปดูแลด้วยตนเองที่บ้าน และการเรียนรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่ยากขึ้น คือ การป้องกันและการดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน สำหรับวิธีการพยาบาลในการพัฒนาความสามารถนั้นมีหลายรูปแบบประกอบด้วย การสาธิต การสร้างความมั่นใจด้วยการปฏิบัติโดยตรง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พูดให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อปฏิบัติถูกต้อง แนะนำให้รู้จักและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้มีทวารเทียมอื่น

คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีทวารเทียม เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้ง 4 ชนิด คือ 1) การระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม 2) การบาดเจ็บที่ทวารเทียม 3) ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม และ 4) ทวารเทียมตีบและอุดตัน รวมถึงการดูแล การป้องกัน การประเมินระดับความรุนแรงโดยมีภาพประกอบ และมี

รายละเอียดของผู้ที่สามารถให้คำปรึกษา และสถานพยาบาลใกล้บ้านที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้

ภาพประกอบการสอน ได้แก่ ภาพแสดงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาพผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง ผิวหนังรอบทวารเทียมเป็นแผล ทวารเทียมเป็นแผล หน้าท้องด้านที่มีทวารเทียมนูนขึ้นจากภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม และภาพแสดงสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ระดับผิวหนังรอบทวารเทียมไม่เรียบ การตัดช่องเปิดแผ่นเป็นกว้างเกินไป การทากาวกว้างเกินไป รวมทั้งภาพแสดงพยาธิสภาพของภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม และภาพแสดงการดูแลที่ถูกต้อง เช่น การเสริมระดับผิวหนังรอบทวารเทียมเมื่อผิวไม่เรียบ การตัดช่องเปิดของแผ่นเป็น และการทากาวที่เหมาะสม รวมทั้งการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง

ภาพและตัวอย่างอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในการสอน ได้แก่ ผ้ายึดรัดหน้าท้อง ถุงผ้าครอบถุงรองรับอุจจาระ และวัสดุที่ใช้ปรับระดับผิว

แนวทางการใช้โปรแกรมสำหรับพยาบาล โดยเขียนเป็นแผนผังขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เริ่มตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัดระหว่างอยู่โรงพยาบาล การติดตามเมื่อมาตรวจตามแพทย์นัด และการติดตามเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน โดยในโปรแกรมนี้อาจได้มีการติดตามผู้ป่วยเพียง 2 ครั้งหลังจำหน่าย ยกเว้นในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จึงทำการติดตามต่อไปให้เหมาะสมกับภาวะแทรกซ้อนแต่ละชนิด

#### อภิปรายผล

สาระสำคัญของเครื่องมือในโปรแกรมนี้นี้มีจุดแข็ง คือ มีความครอบคลุมทั้งในด้านความต้องการที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ การคาดการณ์ การตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติ และภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถป้องกันได้ด้วยตนเองทั้ง 4 ชนิด ภาพที่ใช้ประกอบการสอนช่วยให้ผู้ที่อาจมีปัญหาไม่เข้าใจในคำพูด สถานการณ์ หรือความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนนั้นสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น ทำให้ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงและรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเฮาท์ โด๊ค โด๊ค และลอสคัลโซ (Houts, Doak, Doak, & Loscalzo, 2006) ซึ่งศึกษาการใช้ภาพเพื่อพัฒนาการสื่อสารทางด้านสุขภาพ พบว่า ภาพจะเพิ่มความน่าสนใจ ทำให้จดจำข้อมูลได้ เพิ่มความเข้าใจ ทำให้มีความเชื่อตามการสอน และมีประโยชน์มากโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาในการอ่านและการเขียน นอกจากนี้อุปกรณ์ตัวอย่างจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจมากขึ้นและสามารถนำไปปรับใช้ได้ด้วยตนเอง อีกทั้งการมีคู่มือยังช่วยให้สะดวกต่อการทบทวนทำความเข้าใจเมื่อเกิดปัญหาขึ้น และเพิ่มทักษะในการปฏิบัติเมื่อต้องแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาการใช้คู่มือหลังการสอนสวนปัสสาวะในผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาการทำงานของระบบประสาท ทำให้กระเพาะปัสสาวะไม่สามารถบีบตัวได้ตาม

ปกติของมาร์ติน โซเลอร์ บาติกาเลีย และมอร์ (Martins, Soler, Batigalia, & Moore, 2009) พบว่าคู่มือช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กในการสวนปัสสาวะได้ในระดับดีถึงดีเยี่ยม นอกจากนี้แผนการพยาบาลที่ครอบคลุมการเตรียมการดูแลตนเองของผู้มีทวารเทียมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด รวมไปถึงหลังผ่าตัด จนกระทั่งติดตามหลังจากกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ช่วยให้ผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลมีความรู้ในสิ่งที่ควรรู้และมีทักษะในการปฏิบัติ มีข้อมูลในการเลือกปฏิบัติที่สามารถปรับให้เหมาะกับตนเอง ได้รับการสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของฟิลลิปส์และคณะ (Phillips et al., 2004) ที่พบว่าการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการติดตามและให้การสนับสนุนหลังจำหน่ายช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ทำให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

### ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรม

#### ส่วนที่ 1 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมโดยการนำเสนอเครื่องมือทุกชิ้นในโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา โดยพิจารณาใน 4 ด้าน คือ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการ ความซับซ้อน และความชัดเจนของเนื้อหา จากผลการให้คะแนนในแต่ละด้านของผู้เชี่ยวชาญ (คะแนนมีระดับ 1 – 4 โดย 4 คือ เหมาะสม/เกี่ยวข้องมากที่สุด และ 1 คือ ไม่เหมาะสม/ไม่เกี่ยวข้องเลย) นำข้อที่ได้คะแนน 3 หรือ 4 มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรง (CVI) โดยแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

1. คู่มือการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้ง 4 ด้านเท่ากับ 1 สำหรับคำแนะนำเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับ คือ การใช้ภาษาควรให้ผู้อ่านทั่วไปเข้าใจง่าย เรียงลำดับหัวข้อภาวะแทรกซ้อนตามลำดับความสำคัญ รูปที่ใส่ในคู่มือควรแสดงการปฏิบัติดูแลให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้อ่านที่ไม่ได้รับคำ อธิบายหรือฝึกปฏิบัติมาก่อนได้เข้าใจ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงโปรแกรม และจัดทำรูปเล่มพร้อมภาพ 4 สีประกอบ เพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น

2. แผนปฏิบัติการกิจกรรมพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้ง 4 ด้านเท่ากับ 1 เช่นกัน สำหรับคำแนะนำเพิ่มเติมจาก



ผู้เชี่ยวชาญ คือ ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติ ด้านจิตใจของผู้มีทวารเทียม การเสริมแรงจิตใจและปรับรูปแบบโดยระบุอุปกรณ์ประกอบการสอนในแต่ละหัวข้อให้ผู้ผู้ใช้โปรแกรมทราบ

3. ภาพภาวะแทรกซ้อนและอุปกรณ์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการสอน จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญครั้งแรก ด้านความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการและความซ้ำซ้อนของเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ยกเว้นด้านความชัดเจนของเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.55 เนื่องจากภาพประกอบที่ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นภาพตัวอย่างจึงใช้ภาพขาวดำขนาดประมาณ 2.5 x 2.5 นิ้ว ทำให้เห็นภาพไม่ชัด คำแนะนำเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ คือ ควรใช้ภาพสี นอกจากนี้การใช้นุ่มในการถ่ายภาพความผิดปกติของระดับผิวหนังรอบทวารเทียมที่อาจก่อให้เกิดการรั่วซึมของวัสดุรองรับได้ง่ายนั้นไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้นำภาพที่ชัดเจนมาใช้แทน แล้วส่งภาพสีในขนาดที่จะใช้จริงกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาด้านความชัดเจนเพิ่มขึ้นเป็น 0.91

4. แนวทางการใช้โปรแกรมสำหรับพยาบาล ได้ถูกนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเช่นกัน พบว่า มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้ง 4 ด้านเท่ากับ 1 และไม่มีข้อคิดเห็นใดๆ ในการปรับปรุง

#### *อภิปรายผล*

จากการสร้างโปรแกรมพบว่ามีความถูกต้องในเนื้อหา เนื่องจากเนื้อหานั้นได้นำมาจากการค้นคว้าจากหลักฐานเชิงประจักษ์ คัดเลือกสาระสำคัญ และนำหลักการในทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติโดยเน้นการปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ตามในแผนปฏิบัติการกรมพยาบาลพบว่ามีบางส่วนไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะเรื่องการประเมินผู้ป่วย และการประเมินผลการปฏิบัติกรพยาบาลในเรื่องการให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละช่วงเวลาปฏิบัติการกรมพยาบาล และมุมมองของภาพถ่ายซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ถ่ายเองนั้นไม่เหมาะสม ทำให้เห็นไม่ชัดเจน โดยเฉพาะภาพแสดงลักษณะผิวหนังหน้าท้องที่ไม่เรียบเสมอกัน การปรับปรุงในอนาคตควรถ่ายภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือการสร้างหุ่นจำลอง ซึ่งนอกจากจะช่วยให้เห็นในภาพ 3 มิติแล้ว ยังช่วยให้สามารถฝึกทักษะในการปฏิบัติได้ดียิ่งด้วย (อัปคูลอาซิด, วรวิทย์ และเจริญเกียรติ, 2551) และมีการใช้สื่อมัลติมีเดียเพิ่มเติมในการช่วยให้ผู้มีทวารเทียม และผู้ดูแลในการทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าใช้ได้ผลในการให้ความรู้ การปรับพฤติกรรมและทัศนคติในการดูแลตนเอง (Lo et al., 2009)

## ส่วนที่ 2 ผลการตรวจสอบความเที่ยงในการนำไปใช้

การตรวจสอบความเที่ยงในการนำไปใช้โปรแกรมไปใช้ ได้กระทำโดยการประเมินจากการปฏิบัติของพยาบาล 1 ราย หลังจากที่ได้มีการศึกษาเครื่องมือในโปรแกรม และการใช้โปรแกรมอย่างละเอียด มีการทบทวนความเข้าใจการใช้โปรแกรม และการบันทึกวิธีการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้วิจัย หลังจากนั้นพยาบาลผู้นั้นจะให้การพยาบาลผู้มีทวารเทียมคนเดียวกับกับผู้วิจัยจำนวน 3 ราย โดยมีการเขียนบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่จะเลือกใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลทวารเทียมให้เหมาะสมกับผู้ที่มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลในแต่ละราย จากนั้นผู้วิจัยจึงนำบันทึกดังกล่าวมาตรวจสอบความสอดคล้องตรงกันกับบันทึกการปฏิบัติของผู้วิจัย ด้วยการหาวิธีการพยาบาลที่ตรงกันกับผู้วิจัยแล้วให้คะแนน โดยมีคะแนนเต็มข้อละ 1 คะแนน กรณีที่ไม่มีครบ/ไม่ตรงกันจะหักคะแนนตามสัดส่วนของคะแนนเต็มในแต่ละข้อ จากนั้นนำผลที่ได้ทั้งหมดมารวมกันหารด้วยจำนวนข้อที่ตรวจสอบทั้งหมดผลพบว่า ค่าของความสอดคล้องจากการทดลองใช้กับผู้ที่มีทวารเทียมทั้ง 3 ราย มีค่า 0.81 0.87 และ 0.91 ซึ่งเป็นค่าที่สูงขึ้นตามลำดับ และเป็นค่าที่มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)

### อภิปรายผล

ค่าความสอดคล้องที่สูงอาจเป็นเพราะเครื่องมือในโปรแกรมสามารถอ่านเข้าใจได้ง่าย ผู้ใช้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้มีทวารเทียมเพียงพอ สามารถประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลได้ และจากการเปรียบเทียบค่าของความสอดคล้อง ค่าที่สูงขึ้นตามลำดับเวลาอาจเนื่องมาจากพยาบาลผู้ปฏิบัติคุ้นชินกับการใช้โปรแกรมการพยาบาลในระบบสนับสนุนและให้ความรู้มากขึ้น ความแตกต่างของกิจกรรมการพยาบาลในบันทึกของพยาบาลกับผู้วิจัย ส่วนใหญ่เกิดจากการที่พยาบาลผู้ปฏิบัติไม่ได้ระบุน่าจะมีการประเมินความรู้ หรือการปฏิบัติของผู้มีทวารเทียมก่อนที่จะทำการสอนและให้คำชี้แนะหรือไม่ ซึ่งส่วนนี้จึงมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้มีทวารเทียมได้รับการสนับสนุน และให้ความรู้ที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับผู้ที่มีทวารเทียมเฉพาะราย

## ส่วนที่ 3 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง

ความตรงเชิงโครงสร้างตรวจสอบโดยการทดสอบผลการทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยใหม่หลังทำผ่าตัดทวารเทียมที่มีความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองได้ หรือในกรณีที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ แต่มีผู้ดูแลใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

สามารถตัดสินใจในการดูแลทวารเทียมได้และเป็นผู้ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 30 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเมื่อผู้มีทวารเทียมมาตรวจตามแพทย์นัดหลังผ่าตัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2552 ถึง 4 พฤษภาคม 2553 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอโดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแล
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 3 ผลการประเมินระดับความสามารถในการดูแลทวารเทียม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม
- ส่วนที่ 4 ผลการประเมินการปฏิบัติการดูแลทวารเทียม
- ส่วนที่ 5 ผลการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม

#### ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแล

จากกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียมจำนวน 30 ราย พบว่า มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.67) เป็นเพศหญิง วัยผู้สูงอายุ (ร้อยละ 56.67) โดยมีอายุเฉลี่ย 60.8 ปี ( $\bar{x} = 60.80$ ,  $SD = 15.52$ ) และใช้สิทธิประกันสุขภาพ (ร้อยละ 60) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.67) ส่วนใหญ่มีสถานะภาพคู่ (ร้อยละ 76.67) เรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 70.00) และไม่เคยได้รับข้อมูลจากผู้ที่มีทวารเทียมอื่นๆ มาก่อน (ร้อยละ 86.67) เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.33) ไม่มีอาชีพหรือทำงานบ้าน และไม่มีปัญหาทางด้านร่างกายที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง (ร้อยละ 43.33) ร้อยละ 20 สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมดตั้งแต่การมาตรวจตามนัดครั้งแรก ดังแสดงในตาราง 1 สำหรับผู้ดูแลจำนวน 25 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นลูกหรือหลาน (ร้อยละ 76.00) และเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.00) อายุเฉลี่ย 38.73 ปี ( $\bar{x} = 38.73$ ,  $SD = 11.28$ ) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้มีทวารเทียม (N= 30)

| ข้อมูลส่วนบุคคล                            | จำนวน | ร้อยละ | ข้อมูลส่วนบุคคล                         | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|---|-------|--------|
| อายุ (ปี) ( $\bar{x}$ = 60.80, SD = 15.52) |       |        | อาชีพ เกษตรกร                           | 6     | 20.00  |
| 20 – 29                                    | 1     | 3.33   | รับจ้าง                                 | 6     | 20.00  |
| 30 – 59                                    | 12    | 40.00  | งานบ้าน/ไม่มีอาชีพ                      | 13    | 43.33  |
| 60 – 69                                    | 9     | 30.00  | ข้าราชการบำนาญ                          | 1     | 3.33   |
| 70 – 79                                    | 6     | 20.00  | ค้าขาย                                  | 4     | 13.33  |
| 80 - 85                                    | 2     | 6.67   | การศึกษา*                               |       |        |
|  |       |        | ไม่ได้เรียน                             | 2     | 6.67   |
| เพศ  |       |        | ประถมศึกษา                              | 21    | 70.00  |
| ชาย  | 13    | 43.33  | มัธยมศึกษา                              | 3     | 10.00  |
| หญิง                                       | 17    | 56.67  | ปริญญาตรี                               | 3     | 10.00  |
| ศาสนา                                      |       |        | สิทธิคำรึกษา                            |       |        |
| พุทธ                                       | 29    | 96.67  | เบิกได้                                 | 8     | 26.67  |
| อิสลาม                                     | 1     | 3.33   | ประกันสุขภาพ                            | 18    | 60.00  |
| สถานภาพสมรส                                |       |        | ประกันชีวิต                             | 1     | 3.33   |
| คู่  | 23    | 76.67  | จ่ายเอง                                 | 3     | 10.00  |
| หม้าย                                      | 3     | 10.00  | การได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยอื่นก่อนผ่าตัด |       |        |
| หย่า                                       | 2     | 6.67   | ได้รับ                                  | 4     | 13.33  |
| โสด  | 2     | 6.67   | ไม่ได้รับ                               | 26    | 86.67  |

\*ขาดข้อมูล 1 ราย

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล       | จำนวน | ร้อยละ | ข้อมูลส่วนบุคคล  | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------|-------|--------|------------------|-------|--------|
| ปัญหาในการดูแลตนเอง*  |       |        | ผู้ดูแลทวารเทียม |       |        |
| ไม่มี                 | 13    | 43.33  | ดูแลตนเอง        | 5     | 16.67  |
| มี                    | 17    | 56.67  | มีผู้ดูแล        | 25    | 83.33  |
| การมองเห็น            | 7     | 23.33  |                  |       |        |
| การได้ยิน             | 3     | 10.00  |                  |       |        |
| การใช้มือ             | 5     | 16.67  |                  |       |        |
| การเรียนรู้           | 3     | 10.00  |                  |       |        |
| คิดว่าผู้ดูแลทำดีกว่า | 3     | 10.00  |                  |       |        |

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (N= 25)

| ข้อมูลส่วนบุคคล                            | จำนวน | ร้อยละ | ข้อมูลส่วนบุคคล                  | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|----------------------------------|-------|--------|
| อายุ (ปี) ( $\bar{x}$ = 38.73, SD = 11.28) |       |        | ความสัมพันธ์กับผู้ที่มีทวารเทียม |       |        |
| 20-29                                      | 4     | 13.33  | ลูกหรือหลาน                      | 19    | 76.00  |
| 30-58                                      | 17    | 73.44  | คู่สมรส                          | 3     | 12.00  |
| ไม่ทราบ                                    | 4     | 13.33  | บิดา/ มารดา                      | 1     | 4.00   |
| เพศ  |       |        | พี่น้อง                          | 2     | 8.00   |
| ชาย  | 6     | 24.00  |                                  |       |        |
| หญิง                                       | 19    | 76.00  |                                  |       |        |
| การศึกษา                                   |       |        | มัธยมศึกษา                       | 4     | 16.00  |
| ไม่ได้เรียน                                | 0     | 0.00   | ปริญญาตรี                        | 11    | 44.00  |
| ประถมศึกษา                                 | 4     | 16.00  | ไม่ทราบ                          | 6     | 24.00  |

### ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.00) มีทวารเทียมเนื่องจากเป็นมะเร็ง โดยเป็นทวารเทียมลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง (ร้อยละ 70.00) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 63.33) ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างเดียว และไม่มีภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.00 มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 36.67 มีประวัติสูบบุหรี่ และร้อยละ 6.67 ได้รับการป้องกันลิ่มเลือด ระยะเวลาหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จนกระทั่งมาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 18 วัน (median = 18) และระยะเวลาหลังจากได้รับการประเมินครั้งแรก และได้รับการสอนหรือแนะนำเพิ่มเติมจนกระทั่งมาตรวจตามนัดและมีการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 21 วัน (median = 21) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียม (N=30)

| ข้อมูลการเจ็บป่วย/รักษา                                  | จำนวน | ร้อยละ | ข้อมูลการเจ็บป่วย/รักษา            | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|------------------------------------|-------|--------|
| BMI (Kg/m <sup>2</sup> ) ( $\bar{x}$ = 21.31, SD = 3.41) |       |        | ชนิดของทวารเทียม                   |       |        |
| 16.4 - 18.5  | 7     | 23.33  | Colostomy                          | 22    | 73.33  |
| 18.5 - 22.99   | 14    | 46.67  | Ileostomy                          | 8     | 26.67  |
| 23 - 31.3  | 9     | 30.00  | ลักษณะทวารเทียม                    |       |        |
| การวินิจฉัยโรค   |       |        | End                                | 14    | 46.67  |
| มะเร็งลำไส้ใหญ่  | 8     | 26.67  | Loop                               | 16    | 53.33  |
| มะเร็งไส้ตรง   | 13    | 43.33  | สิ่งที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน* |       |        |
| มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์                                    | 3     | 10.00  | ไม่มี                              | 18    | 60.00  |
| ลำไส้อักเสบ  | 1     | 3.33   | มี                                 | 12    | 40.00  |
| ลำไส้อุดตัน  | 1     | 3.33   | สูบบุหรี่                          | 11    | 36.67  |
| บาดเจ็บที่ลำไส้  | 4     | 13.33  | ได้ยาป้องกันลิ่มเลือด              | 2     | 6.67   |

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 3 (ต่อ)

| ข้อมูลการเจ็บป่วย/รักษา   | จำนวน | ร้อยละ | ข้อมูลการเจ็บป่วย/รักษา   | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|---|-------|--------|
| โรคประจำตัวที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน*                             |       |        | การรักษาร่วม  |       |        |
| ไม่มี   | 19    | 63.33  | ไม่มี   | 19    | 63.33  |
| มี  | 11    | 36.67  | มี  | 11    | 36.67  |
| ต่อมลูกหมากโต   | 5     | 16.67  | ฉายรังสี  | 6     | 20.00  |
| เบาหวาน   | 7     | 23.33  | เคมีบำบัด   | 3     | 10.00  |
| เลือดออกง่าย  | 1     | 3.33   | เคมีบำบัด/ฉายรังสี  | 2     | 6.67   |
| ระยะเวลาตั้งแต่กลับบ้านถึงเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 (วัน)<br>(median = 18) |       |        | ระยะเวลาเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 2 (วัน)<br>(median = 21) |       |        |
| 7 – 14  | 10    | 33.33  | 6 – 14  | 13    | 43.33  |
| 15 – 21   | 10    | 33.33  | 15 – 21   | 3     | 10.00  |
| 22 – 28   | 6     | 20.00  | 22 – 28   | 3     | 10.00  |
| 29 – 35   | 1     | 3.33   | 29 – 35   | 2     | 6.67   |
| 36 – 40   | 3     | 10.00  | 36 – 60   | 6     | 20.00  |
|   |       |        | 60 – 120  | 3     | 10.00  |

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

### อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 86.70) สาเหตุที่ทำให้ต้องมียาหรือการแทรกแซงเกิดจากโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 80.00) สอดคล้องกับการศึกษาของมาโจบี โมจิมี เมอเซีย และบิจารี (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005) ที่ศึกษาในประเทศอิหร่าน โดยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมักพบในผู้ที่มีอายุเฉลี่ยประมาณ 45 ปี (Markowitz & Bertagnolli, 2009) แตกต่างกับการศึกษาในประเทศอิตาลีซึ่งพบว่า สาเหตุอันดับหนึ่งที่ต้องมียาหรือการแทรกแซง คือ ภาวะที่ลำไส้บิดเกลียวขนาดเล็กรองลงมาจึงเป็นมะเร็งลำไส้ (ร้อยละ 29) (Bekele, Kotisso, & Tesfaye, 2009) กลุ่มตัวอย่างผู้มีอาการแทรกแซงส่วนใหญ่มีผู้ดูแล

เนื่องด้วยมากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุทำให้มีปัญหาทางด้านสายตา การได้ยิน และการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง นอกจากนี้บางรายไม่กล้ามองทวารเทียม คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถร่วมกับอาการปวดแผลที่หน้าท้อง อ่อนเพลีย หรืออาจมีภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้ดูแลตนเองได้ยากขึ้น ดังเช่นมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีทวารเทียมจะมีภาวะทางอารมณ์ทางลบมากกว่าผู้ที่ไม่มียทวารเทียม (Tminic, Vidacak, Vrhovac, Petrov, & Setka, 2009) ทั้งนี้เพราะทวารเทียมมีผลต่อภาพลักษณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของโรป แมคอาเธอร์ และริชาร์ดสัน (Thorpe, McArthur, & Richardson, 2009) ที่พบว่า ความรู้สึกที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปมีผลต่อการจัดการดูแลทวารเทียม และอาจมีผลต่อการดูแลตนเองในระยะยาว เช่นเดียวกับการศึกษาของมาเกีลา และนิสกาเชียร (Makela & Niskasaari, 2006) ซึ่งพบว่า ผู้มีทวารเทียมประมาณร้อยละ 10 ไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นได้ และปัญหาทางภาพลักษณ์นี้จะมีอยู่แม้จะผ่าตัดมานานกว่า 1 ปี (Gervaz et al., 2008) จึงทำให้การดูแลทวารเทียมต้องเป็นหน้าที่ของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลบางรายอาจรู้สึกเป็นภาระ มีความยากลำบาก และวิตกกังวล ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีผู้ดูแลมาขอคำปรึกษาจากผู้วิจัย เพื่อหาวิธีการในการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้มีทวารเทียมได้ดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของคอทริมและพีเรียรา (Cotrim & Pereira, 2008) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมมีความกังวลในระดับสูง พยายามจึงต้องให้การดูแล ให้กำลังใจ และความมั่นใจทั้งผู้ที่มีทวารเทียมและผู้ดูแล

*ผลการประเมินระดับความสามารถในการดูแลทวารเทียม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม*

ผลการประเมินระดับความสามารถในการดูแลทวารเทียมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม พบว่า หลังใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมทั้ง 4 ชนิด โดยเฉพาะความสามารถในการป้องกันการบาดเจ็บที่ทวารเทียมพบว่ามีคะแนนมากที่สุด ในขณะที่คะแนนความสามารถในการป้องกันภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมพบว่ามีคะแนนน้อยที่สุดทั้งก่อนและหลังใช้โปรแกรม เมื่อเทียบกับภาวะแทรกซ้อนชนิดอื่นๆ ดังแสดงในตาราง 4



## ตาราง 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกรดูแล ทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างผู้มืทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมจำแนก ตามภาวะแทรกซ้อน (N=30)

| ความสามารถในการปฏิบัติกร<br>ดูแลเพื่อป้องกัน | ก่อนใช้โปรแกรม |      | หลังใช้โปรแกรม |      |
|--|----------------|------|----------------|------|
|  | $\bar{x}$      | SD   | $\bar{x}$      | SD   |
| ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง                | 2.69           | 0.53 | 3.60           | 0.37 |
| การบาดเจ็บที่ทวารเทียม                       | 2.75           | 0.66 | 3.62           | 0.40 |
| ทวารเทียมอุดตันและตีบ                        | 2.86           | 0.48 | 3.37           | 0.56 |
| ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม                   | 1.92           | 0.64 | 3.12           | 0.73 |

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกรดูแลตนเองโดย รวมของกลุ่มตัวอย่างหลังจากการใช้โปรแกรม พบว่า สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ( $t = 9.50, p < .01$ ) และเมื่อพิจารณาตามขั้นตอนของการปฏิบัติ พบว่า ความสามารถในการวางแผนมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ทั้งนี้คะแนนเฉลี่ยความ สามารถในการลงมือปฏิบัติมีค่าเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด ( $t = 9.18, p < .01$ ) และคะแนนเฉลี่ยความ สามารถในการประเมิน และติดตามผลมีค่าเพิ่มขึ้นมากที่สุด ( $t = 6.74, p < .01$ ) ดังแสดงในตาราง 5

## ตาราง 5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทีคู่ ของคะแนนความสามารถในการ ปฏิบัติกรดูแลทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างผู้มืทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรม แกรมจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติ 3 ขั้นตอน (N=30)

| ความสามารถในการปฏิบัติ | ก่อนใช้โปรแกรม |      | หลังใช้โปรแกรม |      | t     |
|------------------------|----------------|------|----------------|------|-------|
|                        | $\bar{x}$      | SD   | $\bar{x}$      | SD   |       |
| การวางแผน              | 2.41           | 0.53 | 3.29           | 0.52 | 8.34* |
| การลงมือปฏิบัติ        | 2.61           | 0.47 | 3.47           | 0.42 | 9.18* |
| การประเมิน และติดตามผล | 2.72           | 0.71 | 3.60           | 0.39 | 6.74* |
| รวม                    | 2.58           | 0.47 | 3.45           | 0.43 | 9.50* |

\* $p < 0.01$

### อภิปรายผล

หลังการใช้โปรแกรมนี้ผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลมีความรู้และข้อมูลเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถสูงขึ้นในทุกด้าน มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมากและได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารมากจะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง (เพ็ญศรี, 2538) นอกจากนี้ในผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.00) ซึ่งมีการศึกษา พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้ดี (สุชาพร สุนุตตรา เพลินพิศ และวิไลวรรณ, 2547) อีกทั้งสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับทวารเทียมส่วนใหญ่เป็นลูกหรือหลาน (ร้อยละ 76.00) โดยสัมพันธ์ภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลด้วย (เดียนใจ, 2548) เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถด้านการวางแผนน้อยที่สุดทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมอาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อยจึงอาจไม่คุ้นชินกับทักษะการวางแผนที่ต้องอาศัยการคิดวิเคราะห์ และการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เพราะระดับการศึกษาที่สูงช่วยให้บุคคลมีทักษะในการคิดและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น ซึ่งความรู้ความสามารถในการแสวงหาข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลตนเอง เนื่องจากช่วยให้ทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง (Orem, 2001) เมื่อมีข้อมูลไม่เพียงพอ ขาดความรู้และทักษะ จึงทำให้มีความสามารถในการวางแผนป้องกันภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าด้านอื่นๆ อีกประการหนึ่งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการจดจำ ดังเช่นการศึกษาของอมาวลี (อมาวลี, 2539) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 213 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันตามระดับการศึกษา

สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถด้านการประเมิน และติดตามผลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดก่อนและหลังการใช้โปรแกรม อาจเนื่องมาจากการมีทวารเทียมมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของร่างกายและการขับถ่ายอุจจาระที่แตกต่างไปจากปกติ ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ให้ความสนใจใส่ใจในการประเมินและติดตามผล ทั้งนี้เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของตน (Orem, 2001) การที่ได้ปฏิบัติการดูแลตนเองบ่อยๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีทักษะมากขึ้น เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะเมื่อไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเมื่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้นดีขึ้น รวมทั้งการได้รับคำชมและการให้กำลังใจจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการลงมือปฏิบัติเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดิกสันและริเกิล (Dickson & Riegel, 2009) ที่ศึกษาการเสริมสร้างทักษะในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเรื้อรัง พบว่า ทักษะในการ

คุณตนเองจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาและการปฏิบัติ โดยที่ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าจะดูแลตนเองอย่างไรให้เหมาะกับชีวิตประจำวัน โดยสรุปผลการทดลองใช้โปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองในครั้งนี้ พบว่า ช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกรดูแลทวารเทียมในทุกด้าน ส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นลดลง เช่น เดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลในระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ช่วยให้มีการรับรู้ถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม (แสงกล้า และคณะ, 2545; Sampaio et al., 2008; Wonghongkul, Sawasdisingha, Aree, Thummathai, Tungpunkorn, & Muttarak, 2008)

### *ผลการประเมินการปฏิบัติการดูแลทวารเทียม*

การประเมินการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยใช้แบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์วิธีการปฏิบัติ รวมทั้งการให้สาธิตวิธีการปฏิบัติ พบว่า หลังใช้โปรแกรม จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นเกือบทุกด้าน โดยวิธีการลอกแผ่นแปะออกจากผิวมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้เหมาะสมมากที่สุด (ร้อยละ 100) และไม่เกิดแผลที่ผิวหนังรอบทวารเทียมจากการลอกเป็น รองลงมา คือ ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปะ โดยสามารถติดแปะได้นานกว่า 5 วัน และการเลือกขนาดและชนิดแผ่นแปะ (ร้อยละ 96.67) ส่วนข้อที่จำนวนกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้เหมาะสมน้อยที่สุดทั้งก่อนและหลังใช้โปรแกรม คือ การตัดช่องที่แผ่นแปะ ดังรายละเอียดในตาราง 6

ตาราง 6

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มีความรู้หรือผู้ดูแลจําแนกตามการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (N=30)

|                                    | ก่อนใช้โปรแกรม               |                                 | หลังใช้โปรแกรม               |                                 |
|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
|                                    | เหมาะสม<br>จำนวน<br>(ร้อยละ) | ไม่เหมาะสม<br>จำนวน<br>(ร้อยละ) | เหมาะสม<br>จำนวน<br>(ร้อยละ) | ไม่เหมาะสม<br>จำนวน<br>(ร้อยละ) |
| การตัดช่องที่แผ่นแปะ               | 15<br>(50.00)                | 15<br>(50.00)                   | 24<br>(80.00)                | 4 *<br>(13.33)                  |
| การเลือกขนาดและ<br>ชนิดแผ่นแปะ     | 29<br>(96.67)                | 1<br>(3.33)                     | 29<br>(96.67)                | 1<br>(3.33)                     |
| การใช้กาวป้ายที่แผ่นแปะ            | 21<br>(70.00)                | 5**<br>(16.67)                  | 27<br>(90.00)                | 0 **<br>(0.00)                  |
| ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปะ            | 19<br>(63.33)                | 11<br>(36.67)                   | 29<br>(96.67)                | 0 *<br>(0.00)                   |
| วิธีการลอกแผ่นแปะออกจาก<br>ผิวหนัง | 23<br>(76.67)                | 7<br>(23.33)                    | 30<br>(100)                  | 0<br>(0.00)                     |

\* ขาดข้อมูล      \*\* ผู้มีความรู้หรือผู้ดูแลไม่ใช้กาว

### อภิปรายผล

การประเมินผลหลังใช้โปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการลอกแปะเหมาะสมมากที่สุด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่จําเป็นต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีการฝึกทักษะ นอกจากนี้ผู้มีความรู้หรือผู้ดูแลทุกรายใช้แปะแบบที่มีแผ่นป้องกันผิวหนัง โดยแปะชนิดนี้มีความเหนียว จึงพบว่าผู้ดูแลบางรายดึงแปะอย่างนุ่มนวลเพราะกลัวผู้มีความรู้จะเจ็บ อีกทั้งมีการศึกษาพบว่า การลอกแปะชนิดนี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังได้น้อยถ้าใช้แรงดึงน้อยกว่า 2 นิวตัน แต่ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองจะเกิดได้จากการลอกแปะบ่อยๆ (Omura, Yamabe, & Anazawa, 2010) นอกจากนี้ระยะเวลาในการติดแปะกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้เหมาะสมเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 33.34 และติดได้นานกว่า 5 วัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใน

ประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งพบว่าระยะเวลาคิดเป็นโดยเฉลี่ยเท่ากับ 5 วัน (Richbourg, Fellows, & Arroyave, 2008) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษาคั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่จำเป็นและผ่านการฝึกทักษะในการดูแลทวารเทียมเป็นรายบุคคล สำหรับการตัดช่องที่แผ่นแปะมีการปฏิบัติได้เหมาะสมน้อยที่สุดทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรม อาจเนื่องมาจากการตัดต้องใช้เวลาละเอียด ประณีต และใช้ทักษะในการปฏิบัติ ทำให้มีความผิดพลาดได้ง่ายต้องอาศัยการปฏิบัติซ้ำๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเรียนรู้และฝึกทักษะช่วงสั้นๆ โดยมีระยะเวลาตั้งแต่หลังการประเมินครั้งแรกจน ถึงตรวจตามนัดครั้งที่ 2 เฉลี่ย 21 วัน โดยมีระยะเวลาในการติดตามนานที่สุดคือ 120 วัน

#### *ผลการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม*

ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนซึ่งสามารถป้องกันได้ที่ทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียมลดลงทุกชนิด ชนิดที่ลดลงมากที่สุด คือ ผิวหนังรอบทวารเทียมมีการระคายเคือง ดังรายละเอียดในตาราง 7

#### ตาราง 7

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียม จำแนกตามความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม (N=30)

| ความผิดปกติ        | จำนวน      | ผืนหนังท้อง | ผิวหนัง<br>คัน /มีรอยแดง/<br>มีแผล | ทวารเทียม<br>เลือดออก/<br>มีแผล | อุจจาระ<br>ก้อนเล็กกล |
|--------------------|------------|-------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| ก่อนใช้<br>โปรแกรม | รวม<br>(%) | 1<br>(3.33) | 12<br>(40.00)                      | 2<br>(6.67)                     | 0<br>(0.00)           |
| หลังใช้<br>โปรแกรม | รวม<br>(%) | 1<br>(3.33) | 4<br>(13.33)                       | 0<br>(0.00)                     | 1<br>(3.33)           |
| เกิดใหม่           | รวม<br>(%) | 0<br>(0.00) | 1<br>(3.33)                        | 0<br>(0.00)                     | 1<br>(3.33)           |
| ลดลง               | รวม<br>(%) | 1<br>(3.33) | 3<br>(10.00)                       | 0<br>(0.00)                     | 0<br>(0.00)           |

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียมลดลงมากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดภาวะผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง มีข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลเมื่อผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองและมีการป้องกันไม่ให้อาการดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น โดยการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียมเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ใน 5 ปัญหาที่ก่อความยุ่งยากให้ผู้มีทวารเทียม (Richbourg, Thorpe, & Rapp, 2007) นอกจากนี้การระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียมส่วนใหญ่พบในผู้ที่ทำทวารเทียมลำไส้เล็ก (Black, 2007) เนื่องจากมีอุจจาระเหลว ความเป็นด่างของน้ำอุจจาระจะระคายผิวได้ง่ายถ้าตัดเป็นกว้าง (Ratliff et al., 2005) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของภาวะผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองเกิดในผู้ที่ทำทวารเทียมลำไส้เล็ก (ร้อยละ 58.33) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) เกิดจากการตัดเป็นกว้างเกินไป นอกจากนี้ร้อยละ 3.33 ของผู้ที่มีภาวะผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองตัดเป็นกว้างร่วมกับทากาวที่ช่องเปิดของเป็นเป็นบริเวณกว้างด้วย ทำให้อุจจาระเซาะและขังอยู่ได้เป็นได้ง่าย โดยกาวจะเป็นตัวกั้นให้น้ำอุจจาระออกมานอกเป็นได้ยากขึ้น น้ำอุจจาระที่ขังอยู่ได้เป็นนานจะระคายผิวหนังจนเป็นแผลได้ สาเหตุอื่นที่พบบ่อย คือ การรั่วซึมของอุจจาระ (Nybaek et al., 2009) การลอกเป็นบ่อยๆ (Omura et al., 2010) สาเหตุอีกประการหนึ่งคือ กลุ่มตัวอย่าง เกือบ 1 ใน 4 มีความสูงของทวารเทียมในระดับต่ำหรือระดับเดียวกับผิวหนังหน้าท้องทำให้เสี่ยงต่อผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองได้ง่าย เช่นเดียวกับการศึกษาของคอตตัมและคณะ (Cottam et al., 2007) ที่พบว่าทวารเทียมที่มีความสูงที่น้อยกว่า 10 มิลลิเมตรจะทำให้เกิดปัญหาในการดูแล และจะพบอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะระยะหลังผ่าตัดมานานกว่า 2 เดือน ทวารเทียมจะยุบบวมลง ทำให้ความสูงของทวารเทียมลดลงอีก จึงควรมีการติดตามการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อไปอีกอย่างน้อย 2 – 3 เดือน ในการศึกษาภาวะผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองลดลงหลังการใช้โปรแกรมจากร้อยละ 40.00 เหลือร้อยละ 13.33 โดยในจำนวนนี้มีรายใหม่เกิดขึ้นเพียง 1 ราย แสดงว่าการใช้โปรแกรมนี้ ช่วยให้ผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ความผิดปกติ สามารถป้องกันรวมทั้งดูแลแก้ปัญหาได้ สนับสนุนความเห็นของซุงและคณะ (Sung et al., 2010) ว่าในโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ที่มีทวารเทียมควรจะเน้นและให้ความสำคัญในเรื่องการให้ความรู้ในการป้องกัน เช่น การใช้วัสดุที่เหมาะสมและการป้องกันผิวหนังรอบทวารเทียม

สำหรับภาวะทวารเทียมมีเลือดออกหรือมีแผล ในการติดตามผู้ที่มีทวารเทียมครั้งแรกพบได้ ร้อยละ 6.67 โดยพบว่า เป็นเพราะทวารเทียมยังบวม เป็นผลจากการที่ตัดช่องที่เป็นแคบเกินไป ทำให้เกิดการเสียดสีกับทวารเทียมจนเป็นแผลแต่ไม่พบภาวะเลือดออกที่รุนแรง และหลังการใช้โปรแกรมไม่พบภาวะนี้อีก อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีทวารเทียมส่วนใหญ่ไม่มี

ปัจจัยที่เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่าย มีส่วนน้อย คือ ร้อยละ 3.33 ที่มีประวัติเลือดออกง่าย และร้อยละ 10.00 ที่ได้รับยาป้องกันลิ่มเลือด นอกจากนี้ยังมีความระมัดระวังในการความสะอาดทวารเทียมด้วยความนุ่มนวลเบามือ เนื่องจากกลัวเจ็บ ยังไม่ชำนาญ ไม่กล้า และ/หรือเห็นความสำคัญในการป้องกัน รวมทั้งมีการใช้วัสดุที่เหมาะสม เนื่องจากการใช้วัสดุที่ไม่เหมาะสมมีผลต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อที่ทวารเทียมได้รับบาดเจ็บด้วยเช่นกัน (Mahjoubi, et al., 2005)

ในการศึกษานี้ไม่พบภาวะทวารเทียมอุดตันหรือตีบ มีเพียง 1 รายที่สังเกตว่า อุจจาระก้อนเล็กลงแต่จากการติดตามต่อเนื่องพบว่าอุจจาระเป็นปกติดี อาจเป็นเพราะผู้มีทวารเทียมถ้าใส่เล็กมีความรู้ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายในระยะหลังผ่าตัด 6 – 8 สัปดาห์แรก หรืออาจเป็นเพราะผู้มีทวารเทียมมากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 56.67) ซึ่งมักมีปัญหาสุขภาพในช่องปาก หรือใส่ฟันปลอมจึงรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายอยู่แล้ว จึงไม่เกิดภาวะทวารเทียมอุดตัน สำหรับภาวะทวารเทียมตีบ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะสามารถดูแลทวารเทียมได้ดีทำให้ไม่มีแผลที่ทวารเทียม หรือเป็นผลจากการผ่าตัดที่เปิดช่องผนังหน้าท้องที่กว้างพอดี ไม่แคบจนอาจเป็นสาเหตุของภาวะทวารเทียมตีบ (Cigdem et al, 2006) แต่ทั้งนี้ต้องมีการติดตามต่อไป เพราะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อระยะเวลายาว

ส่วนภาวะใส่เลื่อนข้างทวารเทียมยังไม่พบอุบัติการณ์ในการศึกษาครั้งนี้เช่นกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียมทั้งหมดไม่มีการติดเชื่อที่แผลเย็บรอบทวารเทียม หรือมีแรงดันในช่องท้องสูงบ่อยๆ และต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ เช่น การไอบ่อยๆ ยกของหนัก หรือต้องเบ่งถ่ายปัสสาวะ ซึ่งในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียม 1 ราย ที่มีหน้าท้องด้านที่ทำทวารเทียมขนาดเล็กน้อย มีอาการไอบ่อยและแรง เนื่องจากมีความผิดปกติที่ระบบการหายใจทำให้ต้องหายใจทางท่อหลอดลมคอและเป็นผู้ที่มีหน้าท้องมากอยู่ก่อน จึงเป็นรายที่ต้องมีการติดตามต่อเนื่องเพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะใส่เลื่อนข้างทวารเทียมได้สูง ทั้งนี้ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทราบเรื่องการใช้ผ้ายึดรัดหน้าท้องในการป้องกันภาวะใส่เลื่อนข้างทวารเทียม ได้จัดเตรียมผ้ายึดแล้วแต่ไม่ใช้เพราะคิดว่าแผลยังไม่หายจึงคาดไม่ได้ หรือไม่อยากคาดเพราะอึดอัดต้องมีการแน่นอ้าและแนะนำซ้ำ แต่บางรายไม่ใช้เพราะทราบว่าตนเองไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง จึงใช้การบริหารหน้าท้องแทน โดยภาวะใส่เลื่อนข้างทวารเทียมเป็นภาวะที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดเป็นระยะเวลานานจึงอาจยังไม่พบในการศึกษาครั้งนี้ที่ติดตามผู้ป่วยเพียง 2 ครั้งหลังผ่าตัด ซึ่งจากการศึกษาภาวะใส่เลื่อนข้างทวารเทียมของพิลกริม แมคอินไคย และไบเลย์ (Pilgrim, McIntyre, & Bailey, 2010) พบว่า ความเสี่ยงของการเกิดภาวะใส่เลื่อนข้างทวารเทียมเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 ในแต่ละปีหลังจากผ่าตัดมีทวารเทียม

### ปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัด

ปัญหาสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลหลักเนื่องจากความจำเป็นในครอบครัว หรือผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลบางรายเกิดจากความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองจึงต้องการให้ผู้ดูแลอื่นที่มีความรู้สูงกว่า หรือเป็นผู้ที่ทำงานด้านสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลแทนเพราะคิดว่าจะดูแลได้ดีกว่า จึงทำให้ต้องถูกคัดออกจากการเข้าร่วมโปรแกรม และมักพบว่าผู้ดูแลใหม่จะมีข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมไม่ครบถ้วน ทำให้มีการดูแลที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสม และผู้ดูแลบางรายมีเวลาในการฝึกปฏิบัติระหว่างอยู่โรงพยาบาลน้อย

อุปสรรคในการศึกษาครั้งนี้เกิดจากการที่ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยไม่สามารถกำหนดเวลาในการประเมินผลของการใช้โปรแกรมที่แน่ชัดกับผู้ที่มีทวารเทียมได้ เนื่องจากผู้มีทวารเทียมบางรายไม่ได้เป็นเวลาในการมาก่อนนัดเพื่อการทำกิจกรรมอื่น เช่น การเจาะเลือดก่อนตรวจ เป็นต้น อีกทั้งผู้ช่วยวิจัยมีเวลาจำกัด ทำให้ผู้มีทวารเทียมบางรายขาดการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมาตรวจตามนัดครั้งที่ 2 และต้องเลื่อนการประเมินเป็นการมาตรวจในครั้งต่อไป โดยรายที่นานที่สุดคือ 120 วัน

ข้อจำกัดในการศึกษา ได้แก่ การที่มีภาพหรือตัวอย่างภาวะแทรกซ้อนที่ใช้ในการสอนไม่มาก อีกทั้งเป็นภาพที่ไม่ได้ถ่ายโดยช่างภาพอาชีพ ทำให้ภาพที่ได้ไม่มีความคมชัดหรือมุมมองที่ดี เช่น ภาพระดับผนังหน้าท้องที่ไม่เรียบเสมอกัน ซึ่งอาจทำให้ผู้มีทวารเทียมหรือผู้ดูแลมองเห็นไม่ชัด หรือนึกภาพไม่ออกกว่าจะเป็นสาเหตุของการเกิดแผลที่ผิวหนังรอบทวารเทียมได้อย่างไร และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพโปรแกรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม แต่ไม่ได้ขอข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญอื่น

อย่างไรก็ตามผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมที่ได้พัฒนาขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองของโอเร็มในครั้งนี้ ก็พบว่าโปรแกรมห่วงคำมีคุณภาพทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยง และความตรงเชิงโครงสร้าง โดยสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดทำทวารเทียม รวมถึงสาเหตุ โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน มีความสามารถในการวางแผนเพื่อการป้องกัน มีทักษะในการลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผลในการปฏิบัติเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งผลที่ได้้นอกจากจะช่วยให้ผู้มี



ทวารเทียมไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน      ยังช่วยลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการต้อง  
รักษา ภาวะแทรกซ้อนนั้น

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมโดยใช้กรอบแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งประกอบด้วย 1) การคาดการณ์ 2) การตัดสินใจ และ 3) การลงมือปฏิบัติ และใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วย 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4 ชนิด คือ ผิวน้ำรอบทวารเทียมระคายเคือง การบาดเจ็บที่ทวารเทียม ทวารเทียมอุดตันและตีบ และภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม ทั้งนี้ได้ใช้ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือที่มีคุณภาพ (เพชรน้อยและวัลยา, 2536) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ ระยะพัฒนาโปรแกรม และระยะประเมินคุณภาพโปรแกรม

ผลจากการพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้ ทำให้ได้โปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมที่มีเนื้อหาสาระ และวิธีการส่งเสริมความสามารถในการดูแลในแผนปฏิบัติการกิจกรรมพยาบาลซึ่งได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อม โดยสื่อประกอบด้วย คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีทวารเทียม ภาพแสดงภาวะแทรกซ้อน สาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลที่ถูกต้อง ภาพและอุปกรณ์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการสอน รวมทั้งแนวทางการใช้โปรแกรม

ผลจากการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมพบว่า

1. ความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม วิเคราะห์จากคะแนนของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง (CVI) ในด้านความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการ ความซ้ำซ้อนของเนื้อหาและความชัดเจนของเนื้อหาเท่ากับ 1 ยกเว้นภาพแสดงภาวะแทรกซ้อน สาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ได้ค่า CVI เฉพาะในด้านความชัดเจนของเนื้อหาเท่ากับ 0.91

2. ความเที่ยงในการนำโปรแกรมไปใช้ ทดสอบโดยประเมินผลการนำไปปฏิบัติของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยรายเดียวกับผู้วิจัย ในผู้ป่วยจำนวน 3 ราย วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยร้อยละของความสอดคล้องตรงกันระหว่างการปฏิบัติของพยาบาลกับผู้วิจัยได้เท่ากับ 0.91

3. ความตรงเชิงโครงสร้าง จากการนำโปรแกรมไปทดลองใช้ ประเมินผลการใช้โปรแกรมโดย 1) แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลทวารเทียม และ 3) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมิน จากการตรวจทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม วิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และ สถิติทีคู่ (Paired t – test) เปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม 30 ราย ซึ่งมาพบแพทย์ตามนัดหลังผ่าตัดครั้งแรก และติดตามผลการใช้โปรแกรมเมื่อมาตรวจตามนัดครั้งต่อไป พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นในทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ( $\bar{X} = 2.41$ , SD = 0.53 เพิ่มขึ้นเป็น  $\bar{X} = 3.29$ , SD = 0.52) ด้านการลงมือปฏิบัติ ( $\bar{X} = 2.61$ , SD = 0.47 เพิ่มขึ้นเป็น  $\bar{X} = 3.47$ , SD = 0.42) ด้านการประเมินและติดตามผล ( $\bar{X} = 2.72$ , SD = 0.71 เพิ่มขึ้นเป็น  $\bar{X} = 3.60$ , SD = 0.39) เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทีคู่ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 9.50$ ,  $p < .01$ ) จึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมที่พัฒนาขึ้นนี้ มีคุณภาพทั้งทางด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงและความตรงเชิงโครงสร้างเหมาะสมต่อการนำไปใช้ โดยมีจุดเด่น คือ ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนและลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการต้องรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้น ทั้งนี้พยาบาลผู้ใช้โปรแกรมต้องเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมการดูแลทวารเทียมมาก่อน

#### ลักษณะเด่นของโปรแกรม

1. การพัฒนาโปรแกรมนี้ได้ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นฐานในการกำหนดโครงสร้าง อีกทั้งเครื่องมือและเนื้อหาในเครื่องมือได้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐานในการพัฒนา
2. โปรแกรมประกอบด้วยสื่อหลายชนิดในการส่งเสริมความสามารถในการดูแล โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล
3. การใช้โปรแกรมนอกจากจะให้ผลในการป้องกันแล้วยังช่วยรักษา และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียมด้วย

### ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัด 4 ประการ ที่อาจมีผลต่อความตรงของข้อสรุปจากการทดสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยเฉพาะผลการทดสอบคุณภาพด้านการนำไปใช้ ดังนี้

1. การกำหนดเวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลของโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถกำหนดเวลาที่แน่นอนกับผู้เข้าร่วมและผู้ดูแลให้ชัดเจนได้ ทำให้บางรายต้องคลาดการประเมินกับผู้ช่วยวิจัย และต้องเลื่อนการประเมินออกไปนานกว่าปกติ โดยรายที่นานที่สุด คือ 120 วัน ซึ่งอาจทำให้คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสูงขึ้น เนื่องจากมีการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติมากขึ้น และ/หรือ ได้รับข้อมูล/ความรู้เพิ่มเติมได้มากกว่าผู้เข้าร่วมและผู้ดูแลอื่น ในทางตรงกันข้ามอาจทำให้คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลต่ำกว่าปกติ เนื่องจากความเมื่อยหน่ายจากการดูแลตนเองและไม่ได้รับการกระตุ้นจากแพทย์/พยาบาลผู้ดูแล

2. การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแล ผู้มีทวารเทียม 1 ราย มีข้อจำกัดเกี่ยวกับผู้ดูแลหลักที่ตกลงใจเข้าร่วมโปรแกรมในระหว่างอยู่โรงพยาบาลแต่ไม่สามารถดูแลได้ตลอด ต้องเปลี่ยนผู้ดูแลคนใหม่ ซึ่งมักพบว่าผู้ดูแลคนใหม่จะมีข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลไม่ครบถ้วน จึงต้องคัดออกจากกรวิจัย และผู้ดูแลอีก 1 รายมีเวลาในการฝึกปฏิบัติระหว่างอยู่โรงพยาบาลน้อย จึงอาจทำให้คะแนนความสามารถในการดูแลน้อยกว่าคนอื่นๆ

3. ภาพที่ใช้บางภาพไม่ชัดเจน เนื่องจากไม่ได้ถ่ายโดยช่างภาพมืออาชีพ ทำให้ภาพที่ใช้ประกอบการสอนบางภาพมีมุมมองที่เห็นไม่ชัดเจน เช่น ภาพระดับผนังหน้าท้องไม่เรียบเสมอกัน ซึ่งอาจทำให้ผู้มีทวารเทียมหรือผู้ดูแลบางรายมองเห็นไม่ชัด โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาทางสายตาหรือสูงอายุ อาจทำให้ไม่เข้าใจและไม่สามารถประเมินหรือเฝ้าระวังการเกิดแผลที่ผิวหนังรอบทวารเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจมีผลให้เกิดผิวหนังระคายเคืองได้แม้ว่าจะเข้าร่วมโปรแกรมเป็นอย่างดี

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพด้านความเที่ยงและความตรงเชิงโครงสร้างของโปรแกรม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม แต่ไม่ได้ขอข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลทวารเทียมที่จะช่วยให้การประเมินคุณภาพของโปรแกรมมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น จึงอาจทำให้เครื่องมือที่ใช้มีข้อจำกัดในการประเมินผลของโปรแกรมในครั้งนี้

## ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมควรมีโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ

1.2 พยาบาลควรมีการติดตามผู้ที่มีทวารเทียมในเรื่องการดูแลตนเองที่บ้าน นอกเหนือจากการสอบถามควรมีการตรวจสภาพทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียมด้วย เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติ

1.3 ควรมีติดตามผู้ที่มีทวารเทียมในระยะยาว ประเมินการดูแลตนเองของผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลเพราะมีผู้ที่มีทวารเทียมบางรายต้องเปลี่ยนผู้ดูแล ซึ่งอาจมีความสามารถน้อยกว่าผู้ที่ได้เข้าร่วมในโปรแกรม

1.4 ควรมีการจัดอบรมพยาบาลเพื่อดูแลผู้ที่มีทวารเทียมก่อนการใช้โปรแกรม

2. ด้านการวิจัยในอนาคต

2.1 ควรทำการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและสื่อการสอนที่ทำให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น และนำมาใช้ฝึกปฏิบัติได้ เช่น การใช้หุ่นจำลองภาวะแทรกซ้อนชนิดต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลด้านการวางแผนป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2.2 ควรทำการวิจัยเพื่อติดตามผลการใช้โปรแกรมและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไปในระยะยาว โดยเฉพาะภาวะทวารเทียมตีบและภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้มากขึ้นตามระยะเวลาที่มีทวารเทียม

2.3 ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมเฉพาะสำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมเนื่องจากยังมีอุบัติการณ์สูง

2.4 ควรมีการทำวิจัยซ้ำเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรม โดยทำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และมีมาตรการในการดำเนินการที่ชัดเจน ทั้งจำนวนครั้งในการฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติและการติดตามประเมินผล รวมทั้งอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ ภาพ หุ่นจำลอง และเครื่องมือในการประเมินผล

## บรรณานุกรม

- จันทร์ฉาย แซ่ตั้ง. (2547). Pre-post operative management for stomal surgery. ในชนพล ไหมแพง, จันทร์ฉาย แซ่ตั้ง, นภาศิริ โชติแก้ว, โสมนัส นาคนวน และมาณี ชัยวีระเดช (บรรณาธิการ). *การอบรมเชิงปฏิบัติการดูแลบาดแผลและทวารเทียมครั้งที่ 4* (หน้า 54-79). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จันทร์ฉาย แซ่ตั้ง. (2549). หลักการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทำทวารเทียม. ในชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์, มณฑิรา ตัณฑนุช, สูดจิต ไตรประคอง และ นพวรรณ โอสถากุล (บรรณาธิการ). *การประชุมวิชาการศาสตร์สงขลานครินทร์ครั้งที่ 2 และการประชุมวิชาการพยาบาลศาสตร์ครั้งที่ 3* (หน้า 46-68). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เดือนใจ ภักดีพรหม. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์. (2551). พยาธิสรีรวิทยาของระบบทางเดินอาหารและการผ่าตัดช่องรูเปิดและภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม. ในจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง (บรรณาธิการ). *คู่มือการดูแลบาดแผลและทวารเทียม* (หน้า 19-65). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นุชรี ไล่พันธ์. (2542). *ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2549). การดูแลทวารเทียมสำหรับขับถ่ายของเสียทางหน้าท้อง (Stoma Care). เอกสารประกอบการประชุมอบรมเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมที่มีรูเปิดที่ผิดปกติระหว่างช่องอวัยวะภายในร่างกายและผิวหนังที่มีแผลเรื้อรัง (หน้า 57-68). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามธิบดี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย. *การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ* (หน้า 227-246). นนทบุรี: สร้างสื่อ จำกัด.
- เปรมวดี บุญภัทรานนท์. (2550). *การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- ผ่องศรี ศรีมรกต และ สุวิมล กิมปี. (2532). รายงานผลการวิจัยเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบ  
ประสิทธิภาพของการสอนเรื่องการ ดูแลโคลอสโตมีย์โดยใช้วีดีโอเทปกับการสอนปกติ.  
กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพิมล อุปลัมภ์. (2530). การศึกษาเปรียบเทียบผลการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วย  
โคลอสโตมีย์ โดยใช้สไลด์ประกอบเสียงกับภาพพลิก. *รามาริบัติเวชสาร*, 11, 129 - 133.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และ วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์. (2536). *เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย  
ทางการพยาบาล*. สงขลา: อัสลาฮ์เพรส จำกัด.
- เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์. (2538). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน  
ที่มารับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก (โรคเรื้อน) โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทร  
ปราการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พฤติกรรมศาสตร์) สถาบันวิจัยพฤติกรรม  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- วงเดือน เอี่ยมสกุล. (2548). *แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่  
ผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ  
ภัณฑ์ (ร.ส.พ.).
- วรรณ สุวรรณชาติ. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทวารเทียม. ใน *จันทร์ฉาย แซ่ตั้ง  
(บรรณาธิการ). คู่มือการดูแลบาดแผลและทวารเทียม* (หน้า 101 – 129). สงขลา: ชานเมือง  
การพิมพ์.
- วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์. (2536). ความเที่ยงในการวัดสำหรับเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. ในเพชร  
น้อย สิงห์ช่างชัย และ วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์ (บรรณาธิการ). *เทคนิคการสร้างและพัฒนา  
เครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล* (หน้า 158-232). สงขลา: อัสลาฮ์เพรส จำกัด.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2547). *การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียง  
ใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีลา สำเภา. (2544). Management of stomal complication. ใน *ชนพล ไหมแพง และ ชีรนุช บุญ  
พัฒนาพงศ์ (บรรณาธิการ). การดูแลบาดแผลและทวารเทียม* (หน้า 81-91). สงขลา: มหา  
วิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์. (2526). *การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม ในการพยาบาลผู้ป่วยที่  
ได้รับการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิศุทธิ์สิน จำกัด.
- สมพร วรรณวงศ์ และมาณี ชัยวีระเดช. (2552). ประสบการณ์และการดำเนินชีวิตขณะมีโคลอสโตมีแบบถาวรในผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารวิชาการ เขต 12, 20*, 24-34.
- สุรศักดิ์ สังขทัต ณ อรุชยา. (2551). ปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและท่อกระเพาะอาหารในเด็ก. ในจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง (บรรณาธิการ). *คู่มือการดูแลบาดแผลและทวารเทียม* (หน้า 67-85). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุชาพร ทิพย์สินวล, สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, เฟลีนพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และ วิไลวรรณ วิริยะไชโย. (2547). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และเทคนิคการใช้ยาสุดพ่นของผู้ป่วยโรคหืด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 22, 237-247.
- แสงหล้า พลนอก, รสสุคนธ์ วาริตสกุล, และ สมพร เจษฎาญาณเมทา. (2545). *การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองและความผาสุกในชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- อมาวลี อัมพันศิริรัตน์. (2539). *ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเขตชนบท อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลชุมชน) มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อับดุลอาซิด นิมูสา, วรวิทย์ จิตติถาวร, และ เจริญเกียรติ ฤกษ์เกลี้ยง. (2551). เครื่องมือช่วยสอน: หุ่นฝึกใส่สายระบายทรวงอก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26, 515-517.
- Ada, S., & Sckin, D. (2010, March 4). Patch testing in allergic contact dermatitis: Is it useful to perform the cosmetic series in addition to the European standard series?. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereol*, 1-5, Retrieved July 21, 2010, from <http://www3.interscience.wiley.com/journal/>
- Bales, I. (2010). Testing a computer-based ostomy care training resource for staff nurses. *Ostomy Wound Management*. 56(5), 60-69.
- Barr, J.E. (2004, September 1). Assessment and management of stomal complications: A framework for clinical decision making. *Ostomy Wound Management*, 50(9), Retrieved December 21, 2008, from <http://www.o-wm.com/article /3021-3022>
- Bekele, A., Kotisso, B., & Tcsfaye, M. (2009). Patterns and indication of colostomies in Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 47, 285-290.



- Black, P. (2007). Peristomal skin care: An overview of available products. *British Journal of Nursing*, *16*, 1048–1056.
- Bosio, G., Pisani, F., Lucibello, L., Fonti, A., Scrocca, A., Morandell, C., et al. (2007). A Proposal for classifying peristomal skin disorders: Results of a multicenter observational study. *Ostomy Wound Management*, *35* (9): 38–43.
- Burch, F., & Sleca, J. (2008). Common peristomal skin problems and potential treatment options. *British Journal of Nursing* (Stomal Care Supplement), *17*, S4-11.
- Carne, P. W., Robertson, G. M., & Frizelle, F. A. (2003). Parastomal hernia. *British Journal of Surgery*, *90*, 784-793.
- Caricato, M., Ausania, F., Ripetti, V., Bartolozzi, F., Campoli, G., & Coppola, R. (2007). Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. *Colorectal Disease*, *9*, 559-561.
- Carroll, A., & Dowling, M. (2007). Discharge planning: Communication, education and patient participation. *British Journal of Nursing*, *16*, 882-886.
- Chandler, J. P., & Orkin, B. A. (1998). Rectal carcinoma. Operative treatment. In D. E. Back & S. D. Wexner (Eds), *Fundamental of Anorectal surgery* (2nd ed.), (pp.344-345). London: W.B. Saunders Company Limited.
- Cigdem, M. K., Onen, A., Duran, H., Ozturk, H., & Otcu, S. (2006). The mechanical complications of colostomy in infants and children: Analysis of 473 cases of a single center. *Pediatric Surgery International*, *22*, 671-676.
- Clark, J. (2008, Jan 4). Ileostomy guide. *The American Cancer Society*. Retrieved November 2, 2008, from <http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/>
- Clark, J & Grover, P. (2004). Colostomy guide. The United Ostomy Association. Retrieved October 10, 2010, from <http://www.fowusa.org/newsite/pdf/>
- Cottam, J., Richards, K., Hasted, A., & Blackman, A. (2007). Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Disease*, *9*, 834-838.
- Cotrim, H., & Pereira, G. (2008). Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. *European Journal of Oncology Nursing*, *12*, 217-226.
- Dickson, V. V., & Riegel, B. (2009). Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. *Heart Lung*, *38*, 253-261.

- Duchesne, J. C., Wang, Y. Z., Weintraub, S. L., Boyle, M., & Hunt, J. P. (2002). Stoma complications: A multivariate analysis. *The American Surgeon*, *68*, 961-966.
- Essig, M. G. (2009). Folliculitis. Retrieved March 4, 2009, from [http://www. Healthbanks. com/ PatientPortal/Public/ArticlePromoted.aspx?](http://www.Healthbanks.com/PatientPortal/Public/ArticlePromoted.aspx?)
- Frantiska, J. (n.d.). Knowing the flow: How flowcharting can help visualize software application development. Retrieved August 16, 2010, from <http://www.iste.org/Content/>
- Fulham, J. (2008). Providing dietary advice for the individual with a stoma. *British Journal of Nursing*[Stoma Care Supplement], *17*(2), S22-7.
- Gervaz, P., Bucher, P., Konrad, B., Morel, P., Beyeler, S., Lataillade, L., et al.. (2008). A prospective longitudinal evaluation of quality of life after abdominoperineal resection. *Journal of Surgical Oncology*, *97*, 14-19.
- Goodwin, P.J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H et al., (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine*. *345*, 1719-1726.
- Grotz, R. L., & Pemberton, J. H. (1993). Stoma physiology. In J. M. Mackegan & P. A. Cataldo (Eds), *Intestinal stomas: Principles, techniques, and management* (pp. 38-51). St.Louis, Missouri: Quality Medical Publishing.
- Harris, D. A, Egbeare, D., Jones, S., Benjamin, H., Woodward, A., & Foster, M. E. (2005). Complications and mortality following stoma formation. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, *87*, 427-431.
- Herlufsen, P., Olsen, A., Carlsen, B., Nybaek, H., Karlsmark, T., Laursen, T., et al. (2006). Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *British Journal of Nursing*, *15*, 854-862.
- Houts, P. S., Doak, C. C., Doak, L. G., & Loscalzo, M. J. (2006). The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Education and Counseling*, *61*, 173-190.
- Husain, S. G., & Cataldo, T. E. (2008). Late stomal complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, *21*, 31 – 40.
- Koukourakis, G. V., Kelekis, N., Kouvaris, J., Beli, I. K., & Kouloulias, V, E. (2010). Therapeutics interventions with anti-inflammatory creams in post radiation acute skin

- reactions: A systematic review of most important clinical trials. *Recent Patents on Inflammation & Allergy Drug Discovery*, 4, 149-158.
- Lo, S. F., Wang, Y. T., Wu, L. Y., Hsu, M. Y., Chang, S. C., & Hayter, M. (2009). A cost-effectiveness analysis of a multimedia learning education program for stoma patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1844 – 1854.
- Lorig, K., Ritter, P.L., Villa, F., & Pierrc, J.D. (2008). Spanish diabetes self-management with and without automated telephone reinforcement two randomized trials. *Diabetes Care*, 31, 408-414.
- Lynch, B.M., Hawkes, A.L., Steginga, S.K., Leggett, B., & Aitken, J.F., (2008). Stoma surgery for colorectal cancer: A population-based study of patient concerns. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35, 424–428.
- Lyon, C. C., Smith, A. J., Griffiths, C. E. M., & Beck, M. H. (2000). The spectrum of skin disorders in abdominal stoma patients. *British Journal of Dermatology*, 143, 1248-1260.
- Mahjoubi, B., Moghimi, A., Mirzaei, R., & Bijari, A. (2005). Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. *Colorectal Disease*, 7, 582-587.
- Mahat, G., Scoloveno, M. A., & Bonnelly, C. B. (2007). Written educational materials for families of chronically ill children. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 471-476.
- Makela, J.T., & Niskasaari, M. (2006). Stoma care problems after stoma surgery in Northern Finland. *Scandinavian Journal of Surgery*, 95(1), 23-27.
- Martins, G., Soler, Z. A., Batigalia, F., & Moore, K. N. (2009). Clean intermittent catheterization: educational booklet directed to caregivers of children with neurogenic bladder dysfunction. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 36, 545-549.
- Marquis, P., Marrel, A., & Jambon, B. (2003). Quality of life in patients with stomas: The Montreux Study. *Ostomy Wound Manage*, 49(2), 48-55.
- Markowitz, S. D., & Bertagnolli, M. M. (2009). Molecular basis of colorectal cancer. *The New England Journal of Medicine*, 25, 2449-2460.
- McGrath, A., Porrett, T., & Heyman, B. (2006). Parastomal hernia: An exploration of the risk factors and the implications. *British Journal of Nursing*, 15, 317-321.

- Muneer, A., Shaikh, A. R., Shaikh, G. A., & Qureshi, G. A., (2007). Various complications in ileostomy construction. *World Applied Sciences Journal*, 2, 190-193.
- National Health and Medical Research Council. (1999). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Canberra: AusInfo.
- Nugent, P., Daniels, P., Stewart, B., Patankar, R., & Johnson, D. (1999). Quality of life in stoma patients. *Diseases of the Colon & Rectum*, 42, 1569-1574.
- Nybaek, H., Bang, K. D., Norgaard L. T., Karlsmark, T., & Jemec, G. B. (2009). Skin problems in ostomy patients: A case-control study of risk factors. *Acta Dermato-Venereologica*, 89, 64-67.
- Nybaek, H., & Jemec, G. B. E. (2010). Skin problems in stoma patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 24, 249 – 257.
- Olejnik, B., Maciorkowska, E., Lenkiewicz, T., & Sierakowska, M. (2005). Educational and nursing problems of parents of children with stoma. *Annales Academiae Medicae Bialostocensis*, 50, 163-166.
- Oakley, A. (2007). Skin problems from stomas. *New Zealand Dermatological Society Incorporated*. Retrieved November 2, 2008, from <http://www.dermnetnz.org/reactions/stoma.html>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed.). St.Louis, Missouri: Mosby.
- 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 of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 37, 289-298.
- Parmar, K., Zammit, M., Smith, A., Kenyon, D., & Lees, N. (2010, March 4). A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Network. *Colorectal Disease*, Retrieved July 26, 2010, from <http://www3.interscience.wiley.com/>
- Phillips, C. O., Wright, S. M., Kern, D. E., Singa, R. M., Sheppcrd, S., & Rubin, H. R. (2004). Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: A meta-analysis. *The Journal Of the American Medical Association*, 291, 1358-1367.

- Pilgrim, C. H., McIntyre, R., & Bailey, M. (2010). Prospective audit of parastomal hernia: Prevalence and associated comorbidities. *Diseases of the Colon and Rectum*, *53*(1), 71-76.
- Pittman, J., Rawl, S. M., Schmidt, C. M., Grant, M., Ko, C. Y., Wendel, C., et al. (2008). Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *35*, 493-503.
- Polit, D. E., & Beak, C. T. (2004). Assessing data quality. *Nursing Research: Principles and Methods* (7th ed.), (pp. 413-447). Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.
- Ratliff, C. R., Scarano, K. A., & Donovan, A. M. (2005). Descriptive study of peristomal complications. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *32*, 33-37.
- Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO. (2009). Clinical best practice guidelines. Ostomy care and management. Toronto, Canada. Retrieved October 9, 2010, from <http://www.rnao.org/>
- Richbourg, L., Thorpe, J. M., & Rapp, C. G. (2007). Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *34*, 70-79.
- Richbourg, L., Fellows, J., & Arroyave, W. D. (2008). Ostomy pouch wear time in the United States. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *35*, 504-508.
- Robertson, I., Leung, E., Hughes, D., Spiers, M., Donnelly, L., Mackenzie, I., et al. (2005). Prospective analysis of stoma-related complications. *Colorectal Disease*, *7*, 279-285.
- Rogers, V.E. (2007). Care of the child with an ostomy. In N.T. Brown, C.A. McComiskey, P. Pipeper, & L.M. Flanigan (Eds), *Nursing care of the pediatric surgical patient* (2 nd ed.)( pp. 121). Sudbury: Johns and Bartlett publishers.
- Ross, L., Abild-Nielsen, A. G., Thomsen, B. L., Karlsen, R. V., Boesen, E. H., & Johansen, C. (2007). Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. *Support Care Cancer*, *15*, 505-513.
- Sampaio, F. A. A., Aquino, P. S., Araujo, T. L., & Galvao, M. T. G. (2008). Nursing care to an ostomy patient: Application of the Orem's theory. *Acta Paulista de Enfermagem*, *21*, 94-100.

- Safeer, R. S., & Keenan, J. (2005). Health literacy: The gap between physicians and patients. *American Family Physician, 72*, 463-468. Retrieved July 26, 2010, from <http://www.aafp.org/>
- Spier, B. J., Fayyad, A. A., Lucey, M. R., Johnson, E. A., Wojtowycz, M., Rikkers, L., et al. (2008). Bleeding stomal varices: Case series and systematic review of the literature. *Clinical Gastroenterology and Hepatology, 6*, 346-352.
- Sung, Y. H., Kwon, I., Jo, S., & Park, S. (2010). Factors affecting ostomy-related complications in Korea. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 37*, 166-172.
- The Joanna Briggs Institute. (2008, February 21). The JBI approach to evidence-based practice. Retrieved October 8, 2010, from <http://www.joannabriggs.edu.au/about/documents/>
- Thompson, M. J. (2008). Parastomal hernia: Incidence, prevention and treatment strategies. *British Journal of Nursing (Stoma Care Supplement), 17*, 16 -20.
- Thompson, M. J., & Trainor, B. (2005). Incidence of parastomal hernia before and after a prevention programme. *Gastrointestinal Nursing, 3(2)*, 23-27.
- Thorpe, G., McArthur, M., & Richardson, B. (2009). Bodily change following faecal stoma formation: Qualitative interpretive synthesis. *Journal of Advanced Nursing, 65*, 1778-1789.
- Trninc, Z., Vidacak, A., Vrhovac, J., Petrov, B., & Setka, V. (2009). Quality of life after colorectal cancer surgery in patients from University Clinical Hospital Mostar, Bosnia and Herzegovina. *Collegium Antropologicum, 33(2)*, 1-5.
- Turnbull, G. B. (n.d.). Infections of the peristomal skin. *Ostomy Wound Management, 51(6)*. Retrieved November 2, 2008, from <http://www.o-wm.com/>
- Turnbull, G. B. (n.d.). Sexuality after ostomy surgery. *Ostomy Wound Management, 52(3)*. Retrieved July 25, 2010, from <http://www.o-wm.com/>
- Wang, J., Boerma, M., Fu, Q., & Hauer-Jensen, M. (2006). Radiation responses in skin and connective tissues: Effect on wound healing and surgical outcome. *Hernia, 10*, 502-506.
- Weiss, B. D. (2007). Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians. *Health literacy educational toolkit* (2 nd ed.), (pp.4-53). American Medical Association Foundation and American Medical Association. Retrieved July 16, 2010, from <http://www.ama-assn.org/>

Wonghongkul, T., Sawasdisingha, P., Aree, P., Thummathai, K., Tungpunkorn, P., & Muttarak, M. (2008). Effect of educative and supportive program on quality of life in breast cancer survivors. *Thai Journal of Nursing Research*, 12, 179-193.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก.  
หลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ การดูแลทวารเทียม 7 เรื่อง ภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน 17 เรื่อง และการสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเอง 14 เรื่อง ดังนี้

#### การดูแลทวารเทียม

เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีเนื้อหาในการดูแลทวารเทียมโดยทั่วไป ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด อุปกรณ์และวิธีการที่ใช้ในการดูแล รวมถึงภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการมีทวารเทียม

| ลำดับ | ที่มา   | หลักฐานเชิงประจักษ์   | ระดับ |
|-------|---|---|-------|
| 1     | Omura, Y., Yamabe, M., & Anazawa, S. (2010). Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 37, 289-298.  | Peristomal skin disorders in patients with intestinal and urinary ostomies: influence of adhesive forces of various hydrocolloid wafer skin barriers. | 3.3   |
| 2     | Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO. (2009). Retrieved October 9, 2010, from <a href="http://www.mao.org/">http://www.mao.org/</a>                                      | Clinical best practice guidelines. Ostomy care and management.  | 4     |
| 3     | Clark, J., & Grover, P. (2004). The United Ostomy Association. Retrieved October 10, 2010, from <a href="http://www.fowusa.org/newsite/pdf/">http://www.fowusa.org/newsite/pdf/</a> | Colostomy guide   | 4     |
| 4     | Makela, J.T., & Niskasari, M. (2006). Scandinavian Journal of Surgery, 95(1), 23-27.  | Stoma care problems after stoma surgery in northern Finland   | 4     |
| 5     | Richbourg, L., Thorpe, J. M., & Rapp, C. G. (2007). Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 34, 70-79.   | Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge.  | 4     |

| ลำดับ | ที่มา   | หลักฐานเชิงประจักษ์                                       | ระดับ |
|-------|---|---|-------|
| 6     | Richbourg, L., Fellows, J., & Arroyave, W. D. (2008). Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 35, 504–508. | Ostomy pouch wear time in the United States.              | 4     |
| 7     | Fulham, J. (2008). British Journal of Nursing[Stoma Care Supplement], 17(2), S22-7.                                 | Providing dietary advice for the individual with a stoma. | 4     |

ภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทำทวารเทียม โดยส่วนใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ทวารเทียมสามารถป้องกันได้ทั้ง 4 ชนิด คือ 1) ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม 2) การบาดเจ็บที่ทวารเทียม 3) ทวารเทียมอุดตันและตีบ และ 4) ใต้เดือนข้างทวารเทียม

| ลำดับ | ที่มา   | หลักฐานเชิงประจักษ์   | ระดับ |
|-------|---|---|-------|
| 1     | Cottam, J., Richards, K., Hasted, A., & Blackman, A. (2007). <i>Colorectal Disease</i> , 9, 834-838.  | Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery.   | 3.2   |
| 2     | Parnar, K., Zammit, M., Smith, A., Kenyon, D., & Lees, N. (2010, March 4) <i>Colorectal Disease</i> , Retrieved July 26, 2010, from <a href="http://www3.interscience.wiley.com">http://www3.interscience.wiley.com</a> | A Prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Network. | 3.2   |
| 3     | Pittman, J., Rawl, S. M., Schmidt, C. M., Grant, M., Ko, C. Y., Wendel, C., et al. (2008). <i>Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing</i> , 35, 493-503.  | Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy.  | 4     |
| 4     | Harris, D. A, Egbeare, D., Jones, S., Benjamin, H., Woodward, A., & Foster, M. E. (2005). <i>Annals of The Royal College of Surgeons of England</i> , 87, 427-431.  | Complications and mortality following stoma formation   | 3.2   |
| 5     | Caricato, M., Ausania, F., Ripetti, V., Bartolozzi, F., Campoli, G., & Coppola, R. (2007). <i>Colorectal Disease</i> , 9, 559-561.  | Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery  | 4     |

| ลำดับ | ที่มา   | หลักฐานเชิงประจักษ์   | ระดับ |
|-------|---|---|-------|
| 6     | Herlufsen, P., Olsen, A., Carlsen, B., Nybaek, H., Karlsmark, T., Laursen, T., et al. (2006). <i>British Journal of Nursing</i> , 15, 854-862.                          | Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas  | 4     |
| 7     | Nybaek, H., & Jemec, G. B. E. (2010). <i>Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology</i> , 24, 249 – 257.  | Skin problems in stoma patients   | 1     |
| 8     | Ratliff, C. R., Scarano, K. A., & Donovan, A. M. (2005). <i>Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing</i> , 32, 33-37.  | Descriptive study of peristomal complications   | 4     |
| 9     | Robertson, I., Leung, E., Hughes, D., Spiers, M., Donnelly, L., Mackenzie, I., et al. (2005). <i>Colorectal Disease</i> , 7, 279-285.                                   | Prospective analysis of stoma-related complications   | 3.2   |
| 10    | Koukourakis, G. V., Kelekis, N., Kouvaris, J., Beli, I. K., & Kouloulas, V. E. (2010). <i>Recent Patents on Inflammation &amp; Allergy Drug Discovery</i> , 4, 149-158. | Therapeutics interventions with anti-inflammatory creams in post radiation acute skin reactions: a systematic review of most important clinical trials. | 1     |
| 11    | Burch, F., & Slca, J. (2008). <i>British Journal of Nursing (Stomal Care Supplement)</i> , 17, S4-11.   | Common peristomal skin problems and potential treatment options   | 4     |
| 12    | Black, P. (2007). <i>British Journal of Nursing</i> , 16, 1048–1056.  | Peristomal skin care: An overview of available products   | 4     |
| 13    | Nybaek, H., Bang, K. D., Norgaard L. T., Karlsmark, T., & Jemec, G. B. (2009). <i>Acta Dermato-Venereologica</i> , 89, 64-67.   | Skin problems in ostomy patients: A case-control study of risk factors  | 3.2   |

| ลำดับ | ที่มา  | หลักฐานเชิงประจักษ์   | ระดับ |
|-------|--|---|-------|
| 14    | Thompson, M. J. (2008). British Journal of Nursing (Stoma Care Supplement), 17, 16 -20.                          | Parastomal hernia: incidence, prevention and treatment strategies.  | 4     |
| 15    | Thompson, M. J., & Trainor, B. (2005). Gastrointestinal Nursing, 3(2), 23-27.                                    | Incidence of parastomal hernia before and after a prevention programme.                                     | 3.3   |
| 16    | Muneer, A., Shaikh, A. R., Shaikh, G. A., & Qureshi, G. A., (2007). World Applied Sciences Journal, 2, 190-193.  | Various complications in illeostomy construction  | 4     |
| 17    | Cigdem, M. K., Onen, A., Duran, H., Ozturk, H., & Otcu, S. (2006). Pediatric Surgery International, 22, 671-676. | The mechanical complications of colostomy in infants and children: analysis of 473 cases of a single center | 4     |

การสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเอง  
 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ที่สามารถ  
 นำมาปรับใช้ในการดูแลทวารเทียมของผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแล

| ลำดับ | ที่มา   | หลักฐานเชิงประจักษ์   | ระดับ |
|-------|---|---|-------|
| 1     | Sampaio, F. A. A., Aquino, P. S., Araujo, T. L., & Galvao, M. T. G. (2008). <i>Acta Paulista de Enfermagem</i> , 21, 94-100.                              | Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem's theory   | 4     |
| 2     | แสงกล้า พลนออก รสสุคนธ์ วาริตสกุล และ สมพร เจริญญานเมทา. (2545). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์, พิษณุโลก.  | การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และความผาสุกในชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม | 4     |
| 3     | สมพร วรรณวงศ์ และมานี ชัยวีระเดช. (2552). วารสารวิชาการ เขต 12, 20, 24-34.  | ประสบการณ์และการดำเนินชีวิตขณะมีโคลอสโตมีแบบถาวรในผู้ป่วย ผู้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์     | 4     |
| 4     | Bales, I. (2010). <i>Ostomy Wound Management</i> . 56(5), 60-69.  | Testing a computer-based ostomy care training resource for staff nurses   | 4     |
| 5     | Lorig, K., Ritter, P.L., Villa, F., & Pierre, J.D. (2008). <i>Diabetes Care</i> , 31, 408-414.  | Spanish diabetes self-management with and without automated telephone reinforcement two randomized trials         | 1     |
| 6     | Goodwin, P.J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., et al., (2001). <i>The New England Journal of Medicine</i> . 345, 1719-1726. | The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer.                                 | 1     |
| 7     | Carroll, A., & Dowling, M. (2007). <i>British Journal of Nursing</i> , 16, 882-886.   | Discharge planning: communication, education and patient participation.   | 4     |

| ลำดับ | ที่มา   | หลักฐานเชิงประจักษ์  | ระดับ |
|-------|---|--|-------|
| 8     | นุชรี้ ใต้พันธ์. (2542). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.   | ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง       | 4     |
| 9     | Weiss, B. D. (2007). Health literacy educational toolkit (2 nd ed.), (pp.4-53). American Medical Association Foundation and American Medical Association. Retrieved July 16, 2010, from <a href="http://www.ama-assn.org/">http://www.ama-assn.org/</a> | Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians.   | 4     |
| 10    | Houts, P. S., Doak, C. C., Doak, L. G., & Loscalzo, M. J. (2006). Patient Education and Counseling, 61, 173-190.  | The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. | 4     |
| 11    | Martins, G., Soler, Z. A., Batigalia, F., & Moore, K. N. (2009). Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 36, 545-549.  | Clean intermittent catheterization: educational booklet directed to caregivers of children with neurogenic bladder dysfunction.  | 4     |
| 12    | Phillips, C. O., Wright, S. M., Kern, D. E., Singa, R. M., Shepperd, S., & Rubin, H. R. (2004). The Journal Of the American Medical Association, 291, 1358-1367.  | Comprehensive discharge planning with post discharge support for older patients with congestive heart failure: A meta-analysis.  | 1     |
| 13    | Mahat, G., Scoloveno, M. A., & Bonnelly, C. B. (2007). Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 19, 471-476.   | Written educational materials for families of chronically ill children.  | 4     |
| 14    | Safeer, R. S., & Keenan, J. (2005). American Family Physician, 72, 463-468.   | Health literacy: the gap between physicians and patients.  | 4     |



**ภาคผนวก ข.**  
**เครื่องมือในโปรแกรม**

ตัวอย่าง

แผนการพยาบาลในโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถ  
ในการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม

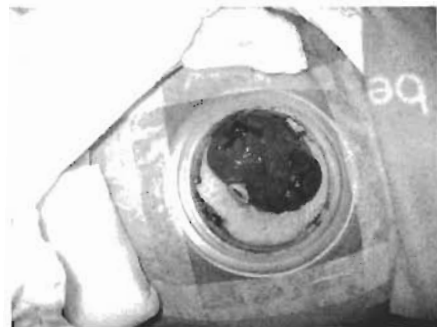
วันก่อนการผ่าตัด

| วัตถุประสงค์  | เนื้อหา / กิจกรรม   | วิธีการพยาบาล   | อุปกรณ์   | การประเมิน   |
|---|---|---|---|--|
| <p>- ผู้ป่วยเข้าใจความจำเป็นของการผ่าตัดทำทวารเทียม</p> <p>- ผู้ป่วยยอมรับการมีทวารเทียม</p> <p>- ลดความวิตกกังวล</p> <p>- มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน</p> <p>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยดูแลตนเองได้ง่าย</p> | <p>1. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง</p> <p>- ความสามารถในการเรียนรู้</p> <p>- ความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น สายตา การได้ยิน การใช้มือ และนิ้ว</p> <p>- สภาพครอบครัว / ผู้ดูแล / สังคม / สิ่งแวดล้อม</p> <p>2. ประเมินสภาพจิตใจ และการยอมรับทวารเทียม</p> <p>3. ให้ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลตนเองก่อนผ่าตัด</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>4. การเลือกตำแหน่งทวารเทียมที่เหมาะสม</p> | <p>- ตรวจร่างกาย</p> <p>- ให้คำปรึกษา</p> <p>- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทวารเทียม</p> <p>- เลือกตำแหน่งทวารเทียม</p> | <p>- ภาพระบบทางเดินอาหาร</p> <p>- ภาพลักษณะทวารเทียม</p> <p>- วัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย</p> <p>- คู่มือการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง (โดยทั่วไป)</p> | <p>- สอบถามความเข้าใจของผู้ป่วย</p> <p>- การซักถาม / การให้ความสนใจของผู้ป่วย</p> <p>- สังเกตการแสดงถึงหน้า สายตา และท่าทาง</p> <p>- การยินยอมให้เลือกตำแหน่งทวารเทียม</p> |

วันที่แพทย์นัดตรวจครั้งแรกหลังจำหน่าย (ประมาณ 1 เดือนหลังผ่าตัด)

| วัตถุประสงค์   | เนื้อหา / กิจกรรม  | วิธีการพยาบาล  | อุปกรณ์  | การประเมิน                                       |
|--|--|--|--|--|
| - ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และการยอมรับทวารเทียม<br>- ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่<br>เกิดจากการดูแลตนเองไม่<br>ถูกต้อง<br>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถ<br>พึ่งตนเอง เห็นคุณค่าของ<br>ตนเองมากขึ้น | 1. ประเมินสภาพจิตใจ และการยอมรับทวารเทียม<br>2. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลใน<br>การดูแลทวารเทียมด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะ<br>แทรกซ้อน<br>-<br>-<br>-<br>3. ประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับทวารเทียม<br>และภาวะแทรกซ้อน<br>-<br>-<br>- | - รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นจาก<br>การดูแลตนเองที่บ้าน<br>- สอนและชี้แนะเพิ่มเติม<br>- จัดหาวัสดุที่เหมาะสม<br>กับผู้ป่วย<br>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแล<br>ทวารเทียมด้วยตนเอง<br>-<br>-<br>-<br>- | - คู่มือการดูแลตนเองเพื่อ<br>ป้องกันภาวะแทรกซ้อน<br>- ภาพแสดงภาวะแทรกซ้อน<br>และการดูแลตนเองที่ไม่<br>ถูกต้อง<br>- ตัวอย่างอุปกรณ์ที่ใช้ในการ<br>ป้องกันภาวะแทรกซ้อน<br>- ผู้มีทวารเทียมอื่น | - แบบสอบถาม<br>- การตรวจร่างกาย<br>- การสัมภาษณ์ |

ภาพภาวะแทรกซ้อนและอุปกรณ์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการสอน



ภาพแสดงการตัดช่องเปิดของแป้น  
ใหญ่กว่าขนาดของทวารเทียม



ภาพผิวหนังระคายเคืองจากน้ำอุจจาระ



ภาพผิวหนังเป็นแผลถลอกเพราะตัด  
ช่องเปิดของแป้นกว้างเกินไป



ภาพแสดงการตัดช่องเปิดของแป้น  
พอดีขนาดของทวารเทียม



แผลที่ผิวหนังเป็นซึ่งเกิดจาก  
การทากาวกว้างเกินไป



# คู่มือการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดทวารเทียม



## คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดทวารเทียม

การผ่าตัดทวารเทียมเป็นการผ่าตัดที่ทำช่องเปิดลำไส้เพื่อขับถ่าย อุจจาระออกทางหน้าท้อง การดูแลหลังผ่าตัดจะมุ่งเน้นให้ท่านสามารถ ดูแลตนเองได้ พื้นที่ในสภาพอยู่ในภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ท่านได้รับทราบข้อมูลการดูแลทวารเทียม ได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เหมาะสม ประเมินความผิดปกติ และสามารถ ดูแลตนเองเบื้องต้นได้ รวมถึงสามารถประเมินความรุนแรงของภาวะ ผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อพิจารณาขอความช่วยเหลือจากแพทย์ หรือพยาบาล ที่เกี่ยวข้องได้ ภาวะผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่

1. ทวารเทียมเป็นแผล และมีเลือดออก
2. ผิวนิ่งรอบทวารเทียมระคายเคือง เป็นแผล
3. ทวารเทียมอุดตัน และตีบ
4. ใต้เลื่อนข้างทวารเทียม

ลักษณะทวารเทียมปกติควรเป็นสีแดง ชุ่มชื้นคล้ายเยื่อในช่องปาก ผิวนิ่งโดยรอบควรมีลักษณะผิวที่สมบูรณ์ไม่แตกต่างจากผิวหนัง ท้องรอบทวารเทียม อุจจาระจากทวารเทียมลำไส้เล็กจะค่อนข้างเหลว ในขณะที่ทวารเทียมลำไส้ใหญ่อุจจาระจะเป็นก้อนนิ่มเหมือนการขับถ่ายตามปกติทางทวารหนัก ในกรณีที่เกิดความผิดปกติขณะกลับมากักพื้นที่บ้าน ท่านควรปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ หรือพยาบาลเฉพาะทางผู้ดูแลทวารเทียม

ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



**สิ่งที่ท่านควรสังเกตและให้ความสนใจ ได้แก่**

1. สังเกตความผิดปกติที่ทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม  
ทุกครั้งที่ทำความสะอาด เช่น มีเลือดออกหรือมีแผล
2. สังเกตอาการหรือการขับถ่ายที่ผิดปกติ เช่น ไม่ขับถ่ายตาม  
เวลาปกติ มีอาการปวดแน่นท้อง หรือปวดท้องแบบปวดบิด คลื่นไส้ อาเจียน
3. ลักษณะสิ่งขับถ่ายที่ผิดปกติ เช่น อุจจาระมีลักษณะเป็นลำเล็ก  
ลงเรื่อยๆ จนมีลักษณะเป็นเส้น หรือ อุจจาระเป็นน้ำมีกลิ่นเหม็น มากผิดปกติ
4. หน้าท้องด้านที่มีทวารเทียมบวมมากขึ้นกว่าหน้าท้องอีกด้านหนึ่ง

**ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น**

**1. กวาระกัมเป็นแผล และบวมอักเสบ**

ทวารเทียมเป็นแผลเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ที่พบบ่อยคือการ  
ตัดช่องเปิดของแบ้นแคบเกินไป เมื่อปิดแบ้นทำให้เกิดการเสียดสีทวาร  
เทียมจนเป็นแผล การถูกระแทก หรือ อาจเกิดจากการโกนขนที่ผิวหนัง  
รอบทวารเทียมด้วยใบมีดโกนแล้วบาดจนเป็นแผล แผลที่เกิดขึ้นที่ทวาร  
เทียมในช่วงแรกจะเป็นสีแดง มีเลือดซึมให้เห็นเหมือนแผลทั่วไป แต่หลัง  
จากนั้นจะเห็นเป็นสีขาวหรือเหลือง

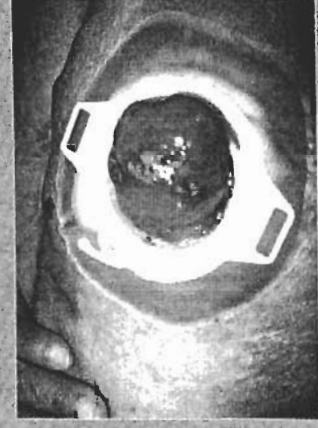
**การป้องกัน**

- ทำความสะอาดทวารเทียมด้วยความนุ่มนวล กรณีที่เลือดออก  
ง่ายอาจต้องใช้การซับเบา ๆ
- ควรใช้ถุงรองรับอุจจาระที่ไม่เหนียว เพื่อให้อุจจาระไหลลงถุงได้  
ง่ายขึ้น ไม่ติดค้างที่ทวารเทียม จะทำให้ทำความสะอาดทวารเทียม ได้ง่าย

- หากทวารเทียมบวมขึ้น อาจพิจารณาเปลี่ยนขนาดของแบ้นให้  
ใหญ่ขึ้น เพื่อให้ปิดแบ้นได้สะดวก และไม่เสี่ยงต่อการปิดถุงทับทวารเทียม
- ดัดขนาดช่องเปิดของแบ้นให้พอเหมาะ ไม่คับจนเกินไป เพราะ  
อาจเสียดสีทำให้ทวารเทียมเป็นแผล ถ้าปล่อยให้เป็นแผลซ้ำ ๆ อยู่นาน  
อาจทำให้ทวารเทียมทะลุ หรือ ทวารเทียมตีบได้
- เลือกรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ก็ฟ้า หรือ ทาร่วมแพค ที่ไม่เสี่ยงต่อ  
การกระทบกระแทกทวารเทียม
- ใช้กรรไกรปลายมน หรือ เครื่องโกนขนไฟฟ้า แทนการใช้ใบ  
มีดโกน ในการโกนขนรอบทวารเทียม

**การดูแลเบื้องต้น**

ใช้ลาลิสกได้ไว้เบา ๆ จนเลือดหยุด จากนั้นทำความสะอาดทวาร  
เทียมด้วยน้ำสะอาด ไม่จำเป็นต้องใช้ยาฆ่าเชื้อใดๆ แผลจะหายได้เองภายใน  
2-3 วัน แต่ถ้ามีการกระทบกระแทกรุนแรงเลือดออกมาก กดแล้วเลือดไม่  
หยุดต้องมาพบแพทย์ หรือถ้าเลือดออกซ้ำหลายครั้ง จำเป็นต้องหาสาเหตุ  
เพิ่มเติมและแก้ปัญหาด้วยวิธีอื่น



ภาพทวารเทียมบวม ทำให้ขนาด  
ทวารเทียมโตขึ้น ทำให้เสียดสีกับแบ้น  
หรือถูกหนีบเวลาตัดถุง  
กรณีนี้จำเป็นต้องเปลี่ยนขนาดของ  
แบ้นและถุงให้ดีขึ้นกว่าเดิม



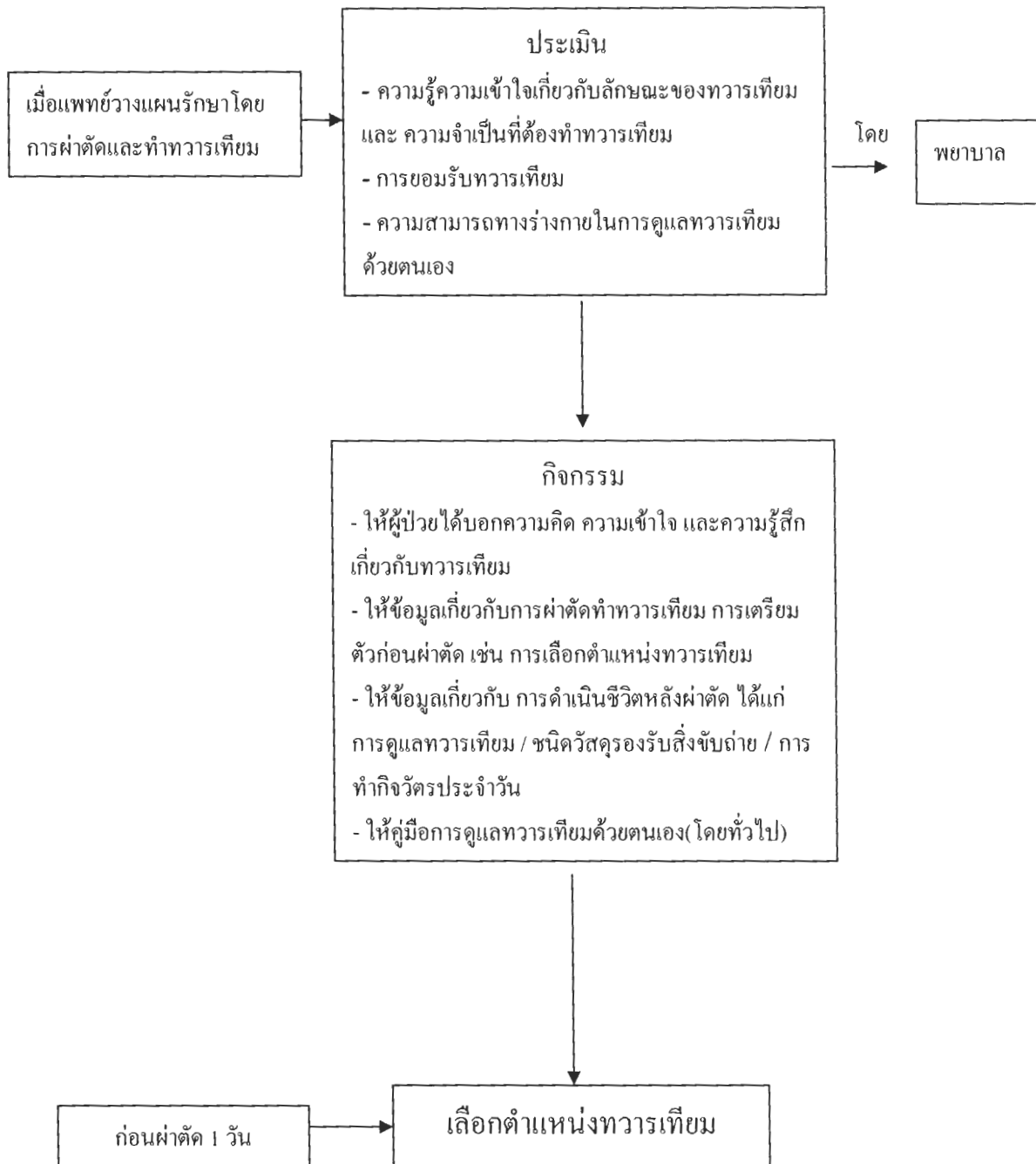
ภาพทวารเทียมเป็นแผลจากการ  
ตัดช่องเปิดของแบ้นแคบหรือคับ  
จนเกินไป จนเกิดแผลตามรอยกด  
ของขอบแบ้น

## แนวทางให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทวารเทียม

แนวทางให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทวารเทียมนี้ เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมสนับสนุนและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม โดยเครื่องมือในโปรแกรมนี้ประกอบด้วยแผนการพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง ที่มีคู่มือการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ใช้ต้องมอบให้ผู้มีทวารเทียมนำไปศึกษาและเป็นแนวปฏิบัติการดูแลตนเอง และภาพภาวะแทรกซ้อนและอุปกรณ์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการสอน

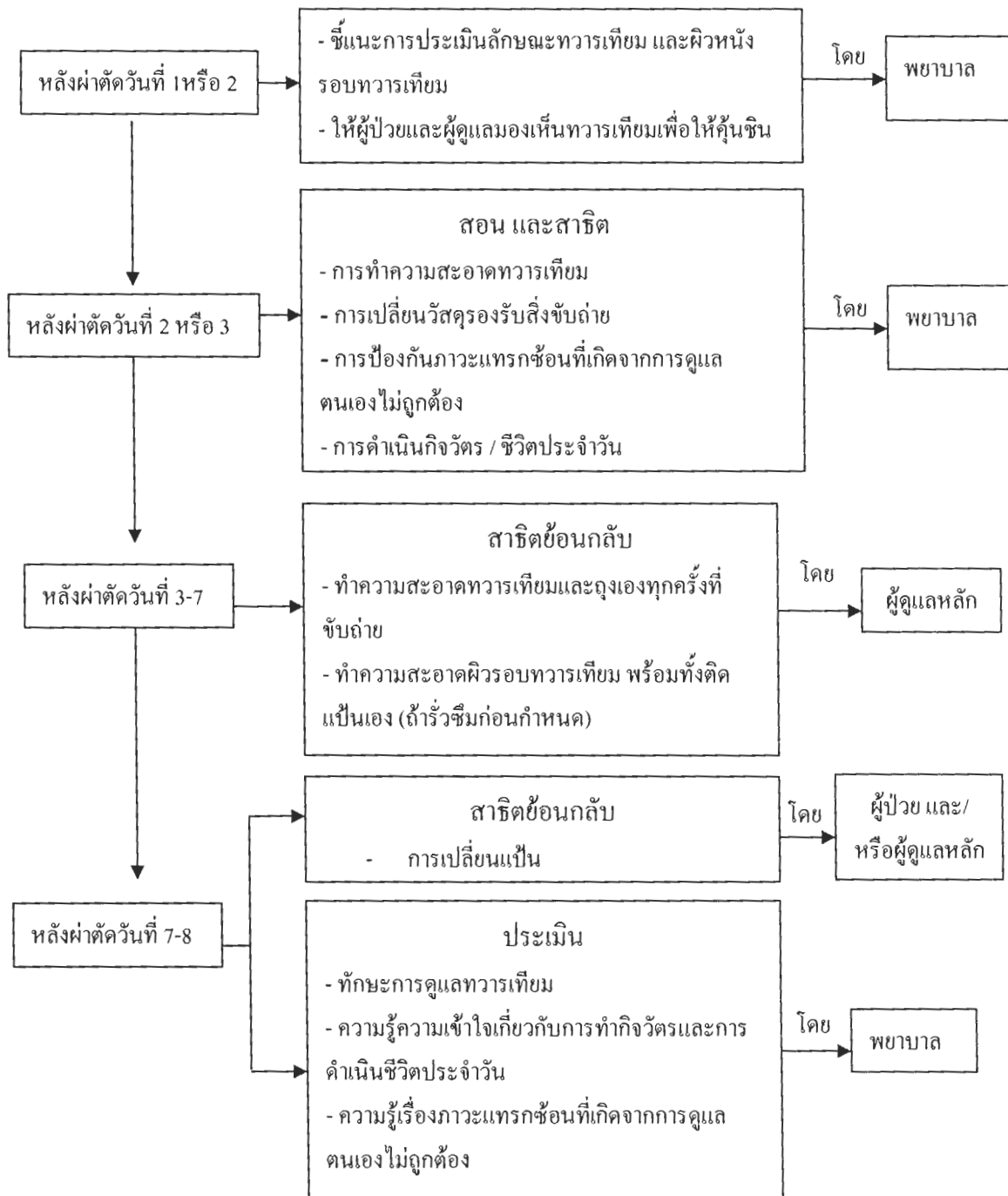
ผู้ใช้โปรแกรมนี้ต้องผ่านการอบรมและมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม รวมทั้งศึกษาและทำความเข้าใจกับเครื่องมือในโปรแกรมนี้อย่างละเอียด เพื่อให้สามารถวางแผนการให้การพยาบาลแบบสนับสนุนและพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยตามโปรแกรมได้ และมีคู่มือการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง (โดยทั่วไป) ให้ผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัดด้วย ถือเป็น การพยาบาลตามปกติก่อนใช้โปรแกรม

## แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทวารเทียม (แนวทางเดิม)





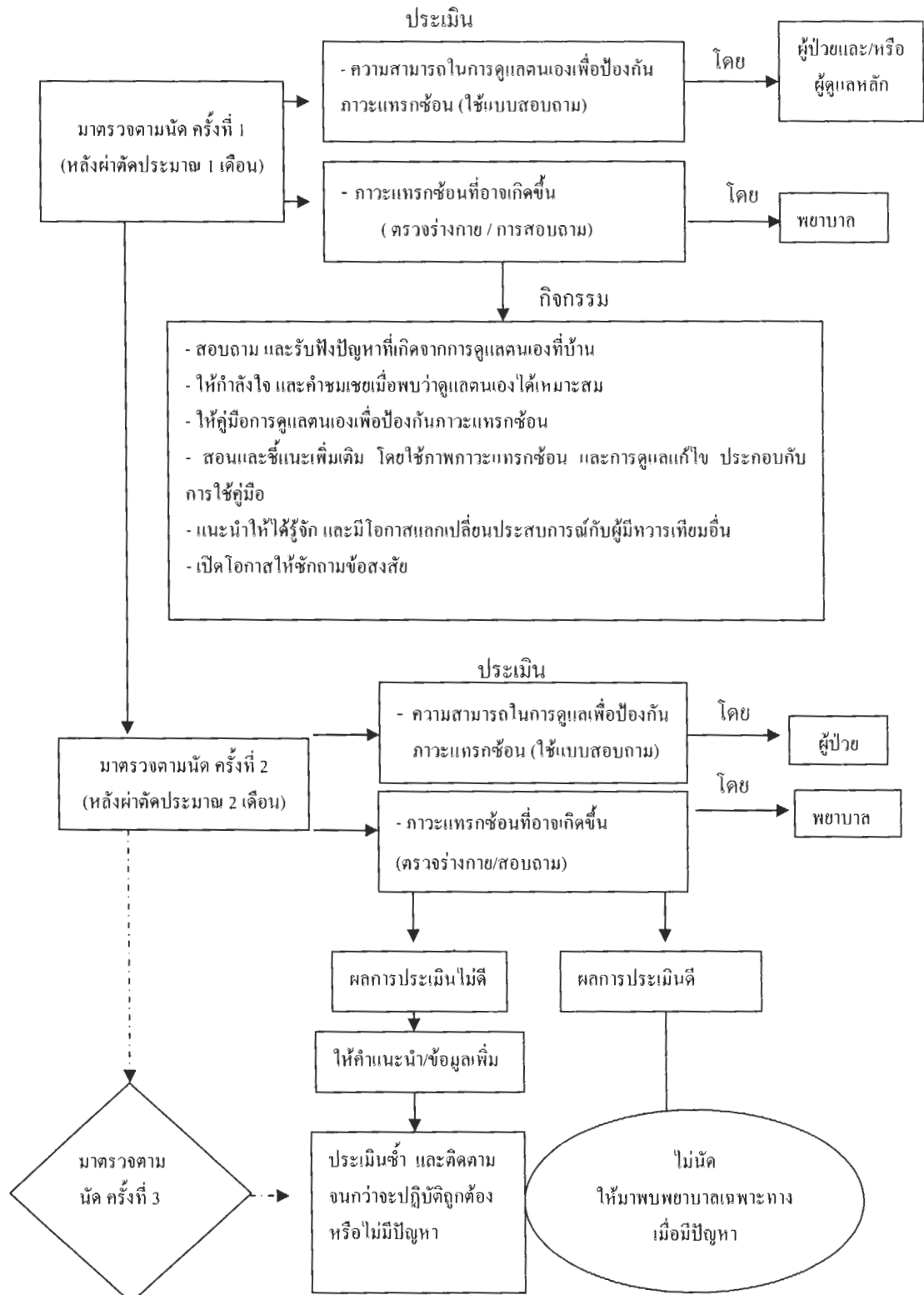
**แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารเทียม**  
**ระหว่างอยู่โรงพยาบาล**  
 (แนวทางเดิม)



## แนวทางให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทวารเทียม

### หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

(แนวทางการใช้โปรแกรม)



ภาคผนวก ก.  
เครื่องมือตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

ตัวอย่าง  
แบบตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ส่วนที่ 1 คู่มือการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

| ข้อคำถาม   | สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ |   |   |   | สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการ |   |   |   | ความเข้าใจของเนื้อหา |   |   |   | ข้อคิดเห็นในการปรับปรุง |  |
|--|-------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|---|----------------------|---|---|---|-------------------------|--|
|  | 4                       | 3 | 2 | 1 | 4                            | 3 | 2 | 1 | 4                    | 3 | 2 | 1 |                         |  |
| 1. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับทวารเทียมซึ่งสามารถป้องกันได้ หากมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ได้แก่ ทวารเทียมเป็นแผล และมีเลือดออก<br>- ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง เป็นแผล หรือมีการติดเชื้อ |                         |   |   |   |                              |   |   |   |                      |   |   |   |                         |  |
| -  |                         |   |   |   |                              |   |   |   |                      |   |   |   |                         |  |
| -  |                         |   |   |   |                              |   |   |   |                      |   |   |   |                         |  |
| -  |                         |   |   |   |                              |   |   |   |                      |   |   |   |                         |  |
| 2. สิ่งที่มีผู้ทวารเทียมควรสังเกตและให้ความสนใจ ได้แก่   |                         |   |   |   |                              |   |   |   |                      |   |   |   |                         |  |
| - การสังเกตทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียมทุกครั้งที่ทำความสะอาด   |                         |   |   |   |                              |   |   |   |                      |   |   |   |                         |  |
| - สังเกตการขับถ่ายว่าเป็นไปตามปกติ   |                         |   |   |   |                              |   |   |   |                      |   |   |   |                         |  |
| -  |                         |   |   |   |                              |   |   |   |                      |   |   |   |                         |  |
| -  |                         |   |   |   |                              |   |   |   |                      |   |   |   |                         |  |





ตัวอย่าง  
แบบตรวจสอบความเที่ยง  
แบบบันทึกการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทวารเทียม  
ในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

คำชี้แจง กรุณาระบุวิธีการ/อุปกรณ์ที่ท่านคิดว่าเหมาะสมที่จะใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแล  
เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลรายนี้

ผู้มีทวารเทียมชื่อ.....การวินิจฉัย.....  
ผ่าตัด.....เมื่อวันที่.....

1. ท่านจะพัฒนาทักษะผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลในการประเมินลักษณะปกติของทวารเทียม  
และผิวหนังรอบได้อย่างไรบ้าง.....  
.....  
.....
2. ท่านจะพัฒนาทักษะผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลในการเลือกวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายที่เหมาะสม  
อย่างไร.....  
.....  
.....
3. ท่านจะช่วยให้ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลคุ้นชินกับการมีทวารเทียมได้อย่างไร.....  
.....  
.....
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
15. ท่านจะพัฒนาทักษะผู้ป่วย และ/หรือผู้ดูแลในการควบคุมโรคหรืออาการที่เป็นอยู่เพื่อ  
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างไรบ้าง.....

**ตัวอย่าง**  
**แบบตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง**

แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อมูลหรือทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

1. อายุ.....ปี
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. BMI.....
4. สถานภาพสมรส  คู่  หม้าย  หย่า  แยก  โสด
5. ศาสนา  พุทธ  อิสลาม  คริสต์  อื่นๆ
6. การศึกษา  ไม่ได้เรียน  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  
 มัธยมศึกษาตอนปลาย  ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี
7. อาชีพ  รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ.....  รับจ้าง.....  
 เกษตรกร.....  อื่นๆ.....
8. สติธิกรรรักษา  เบิกได้  ประกันสังคม  
 ประกันสุขภาพ  ประกันชีวิต  จ่ายเอง
9. ภูมิลำเนา จ. ....
10. เคยรู้จัก/มีข้อมูลจากผู้ที่มีทวารเทียมมาก่อนได้รับการผ่าตัด  เคย  ไม่เคย
11. ปัญหาทางกายภาพที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง  
 การมองเห็น.....  การใช้มือ.....  
 การได้ยิน.....  การเรียนรู้.....  ไม่มีปัญหา



ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษา

12. การวินิจฉัยโรค  มะเร็งลำไส้ใหญ่  มะเร็งไส้ตรง  
 มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์  ลำไส้อักเสบ  
 ลำไส้อุดตัน  บาดเจ็บที่ลำไส้
13. ชนิดของทวารเทียม  End  Loop  อื่นๆ.....  
 Colostomy  Ileostomy .
14. ผ่าตัด.....เมื่อ.....
15. ประเภทของวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย  ซิ่นเดียว.....  2 ซิ่น.....ขนาด.....
16. การรักษาร่วม  การฉายแสง  การได้ยาเคมีบำบัด  การฉายแสง/ได้ยาเคมีบำบัด  ไม่มี
17. โรคประจำตัว  มี  ไม่มี  
 ถ้ามี  โรคหอบหืด  โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง  ต่อมลูกหมากโต  
 เบาหวาน  เลือดออกง่าย  โรคตับ
18. ประวัติอื่นๆ  มี  ไม่มี  
 ถ้ามี  สูบบุหรี่  ได้รับยาสเตียรอยด์  ได้รับยาป้องกันลิ่มเลือด  
 มีประวัติการติดเชื้อแผลทวารเทียม
19. ผู้ดูแลทวารเทียม  ดูแลตนเอง  มีผู้ดูแล ต้องมีผู้ดูแลเพราะ.....
- ข้อมูลของผู้ดูแล  
 ผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับ.....เพศ.....อายุ.....  
 การศึกษา.....อาชีพ.....
20. กลับบ้านวันที่.....ประเมินครั้งที่ 1 วันที่.....ประเมินครั้งที่ 2 วันที่.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกรดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ใช้วัดความสามารถในการดูแลทวารเทียมของท่าน โดยในแต่ละข้อคำถามมีค่าคะแนน 1 ถึง 4 คะแนน โดย 1 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติน้อยมาก และ 4 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติมากที่สุด

กรุณาทำเครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่องที่ตรงกับความสามารถในการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

| การปฏิบัติกรดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน   | ระดับ<br>ความสามารถ<br>ในการปฏิบัติ |   |   |   |
|---|-------------------------------------|---|---|---|
|   | 1                                   | 2 | 3 | 4 |
| 1. ท่านสามารถใช้คู่มือการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง ได้อย่างครบถ้วนตามที่คู่มือระบุไว้เพียงใด   |                                     |   |   |   |
| 2. ท่านแสวงหาความรู้เพื่อใช้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทวารเทียมได้ดีเพียงใด (อาจจากอ่านหนังสือหรือสอบถามผู้รู้ เช่น แพทย์พยาบาล ผู้มีประสบการณ์อื่นหรือผู้ที่มีทวารเทียมด้วยกัน) |                                     |   |   |   |
| .   |                                     |   |   |   |
| .   |                                     |   |   |   |
| .   |                                     |   |   |   |
| .   |                                     |   |   |   |
| .   |                                     |   |   |   |
| .   |                                     |   |   |   |
| .   |                                     |   |   |   |
| 33. ท่านสามารถบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อป้องกันภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม ได้ดีเพียงใด   |                                     |   |   |   |
| 34. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรงพยาบาลใกล้บ้านที่สามารถดูแลและให้คำปรึกษาแก่ท่านได้เมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับทวารเทียมได้ดีเพียงใด  |                                     |   |   |   |
| 35. ท่านสามารถหาข้อมูล หรือ ปรึกษาแพทย์และ/หรือพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติได้ดีเพียงใด  |                                     |   |   |   |

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลทวารเทียม

| สิ่งที่ต้องสังเกต/สัมภาระณ์  | เหมาะสม | ไม่เหมาะสม |
|--|---------|------------|
| 1. การตัดช่องเปิดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย                                    |         |            |
| 2. การเลือกขนาดและชนิดวัสดุที่เหมาะสมกับขนาดทวารเทียมและรูปร่างของหน้าท้อง |         |            |
| 3. การใช้กาว (paste) ป้ายรอบช่องเปิดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย                 |         |            |
| 4. ระยะเวลาในการใช้ (หรือการเปลี่ยน) เป็น                                  |         |            |
| 5. วิธีการลอกแป้นและพลาสติกอร์   |         |            |

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม

| สิ่งที่ต้องสังเกต / สัมภาระณ์                            | ปกติ | ผิดปกติ |
|--|------|---------|
| 1. ผื่นงหน้าท้องด้านที่ทำทวารเทียม                       |      |         |
| 2. ผิวหนังรอบทวารเทียม                                   |      |         |
| 3. ลักษณะทวารเทียม (ประมาณกว้าง.....x ยาว.....มิลลิเมตร) |      |         |
| 4. ความสูงของทวารเทียม (ประมาณ.....มิลลิเมตร)            |      |         |
| 5. การขับถ่ายทางทวารเทียม                                |      |         |

ภาคผนวก ง.

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

## แบบขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย

(สำหรับพยาบาลผู้ร่วมโปรแกรม)

ดิฉัน นางสาวพรรณ วรรณวงศ์ ขณะนี้กำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม” เพื่อนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลในด้านการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้ผู้ที่มีทวารเทียมมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน กรุณาให้ข้อมูลตามที่ได้ปฏิบัติจริง โดยท่านจะได้รับแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อใช้กรอกข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ทำทวารเทียม

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ขอให้เป็นการสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัยได้ตามต้องการตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบในการทำงานแต่อย่างใด ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม ดิฉันขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

สมพร วรรณวงศ์

ผู้วิจัย

ลายมือชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย

## แบบขอความร่วมมือเข้าร่วมงานวิจัย

(สำหรับผู้มีทวารเทียมที่เข้าร่วม โปรแกรม)

ดิฉัน นางสาวพรรณ วรรณวงศ์ ขณะนี้ศึกษาในระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม” เพื่อนำผลวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาล การให้คำแนะนำ การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ที่ผ่าตัดทำทวารเทียมท่านอื่นๆ ให้มีความสามารถดูแลตนเองได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านกรุณาให้ข้อมูลตามที่ได้ปฏิบัติจริง โดยท่านจะได้รับแบบสอบถามที่ใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 นาที นอกจากนี้ท่านจะได้รับการตรวจทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม และจะได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมที่เหมาะสมกับท่านเพื่อการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ขอให้ปฏิบัติตามความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ได้ตามต้องการตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบในการรักษาต่อไปแต่อย่างใด ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ดิฉันขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

(นางสาวพรรณ วรรณวงศ์)

ผู้วิจัย

ลายมือชื่อ.....ผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ภาคผนวก จ.  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงธีรนุช บุญพัฒนาพงศ์  
ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก  
ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขนิษฐา นาคะ  
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นางสาวจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง  
ผู้ตรวจการพยาบาล ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล                                  นางสมพร วรรณวงศ์

รหัสประจำตัวนักศึกษา     5010421053

## วุฒิการศึกษา

| วุฒิ   | ชื่อสถาบัน                            | ปีที่สำเร็จการศึกษา |
|--|---------------------------------------|---------------------|
| วิทยาศาสตรบัณฑิต<br>(พยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์) | โรงพยาบาลรามธิบดี<br>มหาวิทยาลัยมหิดล | 2528                |

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง                                  พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8

สถานที่ทำงาน                          หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 8 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

## การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

สมพร วรรณวงศ์ และมาณี ชัยวีระเดช. (2552). ประสบการณ์และการดำเนินชีวิตขณะมีโคลอสโตมีแบบถาวรในผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารวิชา การ เขต* 12, 20, 24-34.