

การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม



นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF NURSING OUTCOME INDICATORS FOR PATIENTS
WITH AN INTESTINAL OSTOMY

Miss Kukwan Maleewong



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิด
ทวารเทียม
โดย นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา ประจุศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา ประจุศิลป์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คูขวัญ มาลีวงษ์ : การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม (A STUDY OF NURSING OUTCOME INDICATORS FOR PATIENTS WITH AN INTESTINAL OSTOMY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.กัญญาดา ประจุกีฬา, 177 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผู้ให้ข้อมูลคือผู้เชี่ยวชาญจำนวน 20 คน ประกอบด้วย พยาบาลเฉพาะทางด้าน การดูแลผู้ป่วยแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ อาจารย์และ/หรือคณะกรรมการจัดอบรมหลักสูตรพยาบาลแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ผู้บริหารทางการพยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 รอบ คือ รอบที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม รอบที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหาแล้วสร้างเป็นแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม และรอบที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากรอบที่ 2 มาคำนวณหาค่า มัชยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จัดทำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็น เพื่อสรุปเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 17 ตัวชี้วัด
- 2) ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จำนวน 9 ตัวชี้วัด
- 3) ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจำนวน 4 ตัวชี้วัด
- 4) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จำนวน 13 ตัวชี้วัด

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977158536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: NURSING OUTCOME INDICATORS / OSTOMY

KUKWAN MALEEWONG: A STUDY OF NURSING OUTCOME INDICATORS FOR PATIENTS WITH AN INTESTINAL OSTOMY. ADVISOR: ASSOC. PROF. GUNYADAR PRACHUSILPA, Ph.D., 177 pp.

The purpose of this descriptive research was to identify of nursing outcome indicators for patient with intestinal ostomy by using Delphi technique. Participants were 20 expert including; enterostomal therapy nurse (ET nurse), instructors who has responsibility for enterostomal therapy nurse, advanced practice nurse, nursing managers and physicians involved in enterostomal therapy. The Delphi technique consisted of three steps. Step one, all experts were asked to described indicators of outcome for ostomy nursing. Step two, the data were analyzed by using content analysis to develop a rating scale questionnaire. All items in the questionnaire were ranked the level of competency by a prior panel of experts. In step three, items were analyzed by using median and interquartile range to develop a new version of questionnaire. The new questionnaire was sent to previous experts for confirming. Data were analyzed again by median and interquartile range to summarize indicators of outcome for ostomy nursing.

According to research, the nursing outcome indicators for patient with intestinal ostomy composed of 4 categories and 43 indicators:

- 1) Nursing outcome indicator of safety post operation ostomy (17 indicator)
- 2) Nursing outcome indicator of nursing needs to physical, psychological, sociocultural (9 indicator)
- 3) Nursing outcome indicator of self-care of patients (4 indicator)
- 4) Nursing outcome indicator of quality of patients's life (13 indicator)

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์ ผู้ซึ่งเสียสละเวลาอันมีค่าใน การให้คำปรึกษา แนะนำ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใย และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ทำให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น อดทน และมีความพยายามจนมาถึงความสำเร็จในครั้งนี้นี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ สาขาการบริหารการพยาบาลทุกท่านที่ช่วยให้แนวทาง และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาเป็นวิทยานิพนธ์ที่สมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์ที่ทรงคุณค่าแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาที่ได้เข้ารับการศึกษ ณ สถาบันแห่งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลา ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล คำแนะนำ ข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่า และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย เป็นอย่างดีขอขอบพระคุณความมีน้ำใจ ความช่วยเหลือ และกำลังใจจากเพื่อนนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาที่ให้การสนับสนุน เจ้าหน้าที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี พี่ๆน้องๆผู้ร่วมงาน ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ที่คอยห่วงใยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้

สารบัญ

หน้า

| | |
|---|----|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ญ |
| สารบัญแผนภูมิ..... | ฎ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| คำถามการวิจัย | 4 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย | 4 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 5 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... | 5 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 7 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 8 |
| 1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม | 9 |
| 2. สถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม | 16 |
| 3. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม | 18 |
| 4. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการ ขับถ่ายไม่ได้..... | 27 |
| 5. แนวคิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล | 29 |
| 6. แนวคิดตัวชี้วัด..... | 33 |
| 7. เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย | 42 |
| 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 47 |

| | |
|---|-----|
| 9. กรอบแนวคิดการวิจัย | 50 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 51 |
| การทบทวนวรรณกรรม | 51 |
| กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ | 51 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 53 |
| การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 53 |
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... | 55 |
| การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... | 56 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 57 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 59 |
| การแปลความหมายค่ามัธยฐาน..... | 74 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 77 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 88 |
| สรุปและอภิปรายผลการวิจัย | 89 |
| ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้..... | 98 |
| ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป | 98 |
| รายการอ้างอิง | 99 |
| ภาคผนวก..... | 108 |
| ภาคผนวก ก รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ | 109 |
| ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ | 120 |
| ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัย..... | 123 |
| ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 130 |

| | |
|--|-----|
| ภาคผนวก จ ตารางตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ที่ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรม..... | 170 |
| ภาคผนวก ฉ ตารางแสดงเหตุผลการตอบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์ และตารางแสดงการ เปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3..... | 173 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ | 177 |



สารบัญตาราง

| | หน้า |
|---|------|
| ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 4 ด้าน ตามแนวคิดการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมของสถาบัน และสมาคมทั้งในและต่างประเทศ..... | 40 |
| ตารางที่ 2 อัตราความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่สัมพันธ์กับจำนวนผู้เชี่ยวชาญ..... | 44 |
| ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนามาสร้าง เป็นแบบสอบถาม..... | 60 |
| ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมรอบที่ 2 และ รอบที่ 3..... | 76 |
| ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ด้านความ ปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3..... | 78 |
| ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ด้านได้รับการ ตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการ วิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3..... | 81 |
| ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ด้านการดูแล ตนเองของผู้ป่วย จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และ รอบที่ 3..... | 83 |
| ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ด้านคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วย จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และ รอบที่..... | 84 |

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 50



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก อีกทั้งยังทวีความรุนแรงมากขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2558 (World Health Organization, 2015) พบว่าประชากรโลกได้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากถึง 8.8 ล้านคน หรือร้อยละ 16 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก และคาดว่าอีก 21 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นปีละ 24 ล้านคน ในประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรไทย โดยมีอัตราการตายต่อแสนคน ตั้งแต่ปี 2554-2558 มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนี้ 95.2, 98.5, 104.8, 107.9 และ 113.7 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร และพบมากในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยอายุมากขึ้นอุบัติการณ์จะมากขึ้น แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยโรคนี้นั้นในคนที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะอายุน้อยกว่า 40 ปี พบได้ร้อยละ 2-8 (Keswani et al., 2002) จากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558) พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากเป็นอันดับที่ 2 ร้อยละ 16.29 ของมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในเพศชาย และในเพศหญิงพบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 ร้อยละ 8.66 ของมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในเพศหญิง และมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ตั้งแต่ปี 2554-2557 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังนี้ 369, 417, 454, และ 483 รายตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557) และจากข้อมูลสถิติของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ปีพ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ จำนวน 122, 215 และ 293 รายตามลำดับ

การรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ การผ่าตัด โดยการพยายามตัดส่วนที่เป็นมะเร็งออกให้หมด รวมถึงการป้องกันการกระจายของมะเร็ง (ไพบูลย์ จิวะไพศาลพงศ์, 2555) การผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (ปริญญา ทวีชัยการ, 2549) แต่ถ้าโรคอยู่ในระยะลุกลามเกินกว่าที่จะสามารถรักษาให้หายได้ จุดมุ่งหมายของการรักษาคือ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ (ไพศิษฐ์ ศิริวิทยาการ, 2554) ในปี 2554-2558 การทำผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 29.3, 17.6, 7.79, 2.90 และ 28.08 ของวิธีการรักษาโรคมะเร็งทั้งหมดตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558) และเนื่องจากในการผ่าตัด จำเป็นต้องมีการเย็บลำไส้เข้าด้วยกันในบริเวณใกล้รูเปิดทวารหนัก ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการรั่วภายหลังการผ่าตัดได้ จึงต้องมีการยกลำไส้มาเปิดที่หน้าท้อง

เป็นทวารเทียม (ostomy) จากข้อมูลสถิติของคลินิกออสโตมี และแผล โรงพยาบาลศิริราช พบว่าปี พ.ศ.2551-2553 มีผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายใหม่จำนวน 206, 212, และ 213 ราย ตามลำดับ (กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2556) และจากข้อมูลสถิติของคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบว่า ปีพ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายใหม่ จำนวน 75, 78, และ 125 ราย ตามลำดับ จากสถิติที่ได้กล่าวมาจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมนั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

การผ่าตัดเปิดทวารเทียมจะทำให้ผิวหนังที่ปกตีมึเปิดของลำไส้ ซึ่งทวารเทียมนี้ไม่มีหูรูด จึงไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ผู้ป่วยจึงต้องใช้อุปกรณ์รองรับที่มีลักษณะคล้ายถุง ถ้าเป็นทวารใหม่ ที่เปิดจากลำไส้เล็ก ส่วนใหญ่จะอยู่บริเวณหน้าท้องด้านขวา ลักษณะของอุจจาระจะค่อนข้างเหลว เป็นน้ำปนเนื้อ ถ้าทวารเทียมเป็นส่วนของลำไส้ใหญ่ อาจอยู่ได้หลายตำแหน่ง โดยลักษณะของ อุจจาระจะนิ่มจนถึงเป็นก้อนเหมือนปกติ มักมีปัญหาจากกลิ่น และแก๊ส ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม ลำไส้ปลิ้น การบาดเจ็บที่ทวารเทียม ผิวหนังรอบทวาร เทียมระคายเคือง (McMullen et al., 2012) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ นอกจากทำให้ผู้ป่วยผ่าตัด เปิดทวารเทียมไม่สุขสบายแล้ว ยังเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การนอน การ รับประทานอาหาร การแต่งกาย การอาบน้ำ การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ และการออกกำลังกาย (สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์, 2552) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การดำเนินชีวิต (จุฬาร พรประสังสิต, 2558) ผู้ป่วยจะรู้สึกด้อยค่า ซึมเศร้า บางรายแสดงอารมณ์โกรธก้าวร้าว ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ และเกิดปัญหาทางจิตได้ (ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์, 2555) เนื่องจากการที่ผู้ป่วยต้องมีช่องเปิดลำไส้ หรือทวารเทียม ที่มีลักษณะเหมือนกับบาดแผลที่เปิดตลอดเวลา แม้ทวารเทียมจะไม่มี ความเจ็บปวด แต่การที่มีผู้อื่นมองเห็นการขับถ่าย เกิดกลิ่น และลมที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลว่าจะ มีบุคคลรอบข้างรังเกียจ ผู้ป่วยจะแยกตัวจากสังคม (สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์, 2552) และอีก ผลกระทบหนึ่ง คือ ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลที่จำเป็น เช่น เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ราคาแพงที่จำเป็นต้องใช้

จากที่กล่าวมานั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม เกิดผลกระทบในหลายด้าน ทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นการให้การพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ และเป็นมาตรฐาน ในปีพ.ศ. 2528 2541 และ 2549 ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช และ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ได้จัดหลักสูตรการพยาบาลอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ระยะเวลาการศึกษา 8 สัปดาห์) โดยผ่านการรับรองจากสภาการ พยาบาลตามลำดับ และในปีพ.ศ. 2557 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยได้จัดอบรมหลักสูตรการ

พยาบาลเฉพาะทาง (ระยะเวลาการศึกษา 16 สัปดาห์) จุดประสงค์การอบรมคือ ให้พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมมีความรู้ความเข้าใจในระบบสุขภาพ แก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพ ชี้แจงนโยบายสุขภาพ ระบบสุขภาพ และนำแนวคิดทางการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ได้ อธิบายความคิดเห็นในการดูแล และหลักการบริหารจัดการผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ประยุกต์ศาสตร์ทางการพยาบาลมาใช้วางแผนแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในผู้ป่วย มีทักษะในการแนะนำ สอน และเป็นทีปรึกษาให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิเคราะห์และตัดสินใจประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้นำและบริหารจัดการในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสิ่งหนึ่งที่จะแสดงให้เห็นถึงคุณภาพการดูแล นั่นคือ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ในการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินคุณภาพการพยาบาล คือ การวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล คือ ข้อบ่งชี้สภาวะที่เกิดขึ้นในผู้รับบริการ ที่มาจากการให้การพยาบาลที่สามารถวัดได้ และการวัดผลลัพธ์การพยาบาลเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงได้จากการเกิดผลลัพธ์ที่ดี (ริชชี สุจิตจันทร์รัตน์, 2550) ผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลถือได้ว่ามีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประเภทของเครื่องชี้วัดประกอบด้วย 3 ประเภทได้แก่ 1) เครื่องชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structural indicators) เป็นการประเมินโครงสร้างการจัดบริการของระบบ 2) เครื่องชี้วัดด้านกระบวนการ (Process indicators) เป็นการประเมินกระบวนการ กิจกรรม หรือขั้นตอนการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย 3) เครื่องชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcomes indicators) ประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อันเป็นผลลัพธ์จากกระบวนการให้บริการ ซึ่งจะเป็นปัจจัยนำเข้าขั้นตอนต่อไปในการบริการ และผลลัพธ์ขั้นสุดท้าย ได้แก่สิ่งที่ได้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงความพึงพอใจ การเสียชีวิต หรือความพึงพอใจของผู้ป่วย

การศึกษาตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล จะสามารถสะท้อนการดูแลผู้ป่วยที่แสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่มีความครอบคลุม และชัดเจน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดด้านกระบวนการ เช่น อัตราผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาร้อยละ 100 (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2010 ; WCET Guideline, 2014) อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลมากกว่าร้อยละ 70 (คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราชินี, 2559) ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ เช่น อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดน้อยกว่าร้อยละ 10 ความพึงพอใจในบริการมากกว่าร้อยละ 80 (คลินิกออสโตมีและแผล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2556) ซึ่งตัวชี้วัดเหล่านี้ เป็นผลจากการดูแลร่วมกันกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ไม่ได้สะท้อนการดูแลของพยาบาลโดยตรงสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ทำให้ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาลได้ชัดเจน (Anders & Huber, 2010) การกำหนดตัวชี้วัดให้มีความเฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วย

โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก ทำให้การประเมินผลการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ตรงประเด็น น่าเชื่อถือ และช่วยให้การดูแลติดตามผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ซึ่งเน้นใช้ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (Patient outcome) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม หรือการรับรู้ ทัศนคติของผู้ป่วย และครอบครัว ที่ส่วนใหญ่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2554) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย มีผลต่อการกำหนดบทบาทการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับพรทิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ (2549) ที่กล่าวว่า การบริการพยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมิน และควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากเหตุผลดังกล่าว จึงสนใจที่จะศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ตามแนวคิดระบบจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC) (Moorhead, et al., 2013) ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมของ Grinspun (2009) Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers (2012) WCET Guideline (2014) และ Watts & Croves (2016) รวมถึงการทบทวนวรรณกรรม เอกสารทางวิชาการและตำราที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล ร่วมกับการบูรณาการความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจง ใช้เป็นทิศทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำถามการวิจัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมประกอบด้วยอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่เป็นผลลัพธ์จากพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยให้ผ่าตัดเปิดทวารเทียม จนถึงการจำหน่าย

2. การวิจัยนี้ใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็น ที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการและ/หรือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 20 คน ได้แก่ 1) กลุ่มพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) จำนวน 6 คน 2) กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ/อาจารย์/นักวิชาการ/และ/หรือ คณะกรรมการจัดอบรมหลักสูตรพยาบาลแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวน 4 คน 3) กลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ดูแลผู้ป่วยออสโตมีจำนวน 4 คน 4) กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดตัวชี้วัด จำนวน 3 คน 5) กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 3 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

3. ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม** หมายถึง ข้อความหรือสารสนเทศ ที่ระบุถึงสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม และ/หรือครอบครัว/ผู้ดูแล ในเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยให้ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ทำให้เกิดการตอบสนองหรือเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม จิตวิญญาณ ทักษะคิด คุณค่า ความรู้ และพฤติกรรมของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม และ/หรือครอบครัว/ผู้ดูแล โดยใช้แนวคิดตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ที่ได้จากการบูรณาการระบบจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC) (Moorhead, et al., 2013) ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมของ Grinspun (2009) Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers (2012) WCET Guideline (2014) และ Watts & Croves (2016) จากแนวคิดทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยนำมากำหนดเป็นคำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

1.1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม

หมายถึง ความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ที่เป็นผลเกิดขึ้นภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยการกำหนดตำแหน่งเปิดทวารเทียมที่ถูกต้อง เหมาะสมสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรค และการวินิจฉัยของแพทย์ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินปริมาณการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียม หรือจากท่อระบายของเสียต่างๆ การดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

1.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ

อารมณ์ และสังคม หมายถึง การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ที่เป็นผลเกิดขึ้นภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี ได้แก่ ผู้ป่วย และ/หรือครอบครัว/ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีความสุขสบายขณะนอนรับการรักษาตัว ไม่มีภาวะเจ็บปวด นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ได้รับโภชนาการที่เหมาะสมเพียงพอ ปรับตัวยอมรับการมีทวารเทียมได้ ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว/ผู้ดูแล ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ และแหล่งสนับสนุนตามแผนการจำหน่ายความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับทวารเทียมลดลง จากการได้ข้อมูลตามแผนการรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วย และ/หรือครอบครัว/ผู้ดูแล ต่อการบริการพยาบาล

1.3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเอง ที่เป็นผลเกิดขึ้นภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลก่อน และหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความรู้/ทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การเลือกใช้ถุงรองรับอุจจาระ /อุปกรณ์เสริม การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นและแก๊ส ความเตรียมพร้อมในการเดินทาง การติดตั้งถุงรองรับอุจจาระไม่ให้เกิดการรั่วซึม การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การทำความสะอาดทวารเทียม เป็นต้น

1.4 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านความสามารถในการปรับตัวกับการสูญเสีย

ภาพลักษณ์ หมายถึง ความรับรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารถึงความพึงพอใจในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ ที่เป็นผลเกิดขึ้นภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ไม่มี ความลำบากใจ กลัวในการมองหรือสัมผัสทวารเทียม ไม่รู้สึกรายที่ต้องมีถุงรองรับสิ่งขับถ่ายติดตัวอยู่ตลอดเวลา สวมใส่เสื้อผ้าได้ตามปกติ ปกปิดถุงรองรับอุจจาระได้ ควบคุมกลิ่นและแก๊สทางทวารเทียมได้ ไม่แยกตัวจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด

2. ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม หมายถึง ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการ

วินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม และได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ และทวารหนัก หรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการแพทย์บาลใช้ในการกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม
2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลใช้ในการปฏิบัติงาน ประเมินตนเอง และประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้าหนังสือ วารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญตามลำดับเนื้อหา ดังต่อไปนี้

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ซึ่งเป็น การศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงานที่มีการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยใช้ เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ ประกอบการวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญตามลำดับเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม
 - 1.1 สถานการณ์ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม
 - 1.2 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.3 การผ่าตัดเปิดทวารเทียม
 - 1.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม
 - 1.5 ผลกระทบของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม
2. สถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม
3. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม
4. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขากการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
5. แนวคิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล
 - 5.1 ความหมายผลลัพธ์ทางการพยาบาล
 - 5.2 การพัฒนาคุณภาพด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล
 - 5.3 การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล
 - 5.4 การประเมินคุณภาพการพยาบาล
6. แนวคิดตัวชี้วัด
 - 6.1 ความหมายของตัวชี้วัด
 - 6.2 ประเภทของตัวชี้วัด

- 6.3 หลักการการกำหนดตัวชี้วัด
- 6.4 ประโยชน์ของตัวชี้วัด
- 6.5 วิธีการสร้างและพัฒนาตัวชี้วัด
- 6.6 แนวคิดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม
7. เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

1.1 สถานการณ์ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

โรคมะเร็งนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก และทวีความรุนแรงมากขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2558 (World Health Organization, 2015) พบว่าประชากรโลกได้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากถึง 8.8 ล้านคน หรือร้อยละ 16 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก และคาดว่าอีก 21 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นปีละ 24 ล้านคน ในประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรไทย โดยมีอัตราการตายต่อแสนคนตั้งแต่ปี 2554-2558 มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนี้ 95.2, 98.5, 104.8, 107.9 และ 113.7 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร และพบมากในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยอายุมากขึ้น อุบัติการณ์จะมากขึ้น แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยโรคนี้นั้นในคนที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะอายุน้อยกว่า 40 ปี พบได้ร้อยละ 2-8 (Keswani et al., 2002)

การรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ การผ่าตัด โดยต้องพยายามตัดส่วนที่เป็นมะเร็งออกให้หมด รวมถึงการป้องกันการกระจายของมะเร็ง (ไพบูลย์ จิวะไพศาลพงศ์, 2555) เนื่องจากในการผ่าตัดจำเป็นต้องมีการเย็บลำไส้เข้าด้วยกันบริเวณใกล้รูเปิดทวารหนัก ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการรั่วภายหลังการผ่าตัดได้ จึงจำเป็นต้องยกลำไส้มาเปิดที่หน้าท้องเป็นทวารเทียม (ostomy) เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ภาวะทางทวารหนักเหมือนเดิม การผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (ปริญญา ทวีชัยการ, 2549) แต่ถ้าโรคอยู่ในระยะลุกลามเกินกว่าที่จะสามารถรักษาให้หายได้ จุดมุ่งหมายของการรักษา คือ มุ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ (ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร, 2554) โดยในปี 2554-2558 การทำผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 29.3, 17.6, 7.79, 2.90 และ 28.08 ของวิธีการรักษาโรคมะเร็งทั้งหมดตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ,

2558) จากข้อมูลสถิติของคลินิกออสโตมีและแผล โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ปี พ.ศ.2551-2553 มีผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายใหม่จำนวน 206, 212, และ 213 รายตามลำดับ (กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2556) และจากข้อมูลสถิติของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบว่า ปีพ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายใหม่จำนวน 75, 78, และ 125 รายตามลำดับ จากสถิติที่ได้กล่าวมาจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมนั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้น การผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Intestinal ostomy) นอกจากจะทำในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแล้ว ยังทำในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ลำไส้ ได้แก่ การติดเชื้อที่ทำให้ลำไส้เกิดเนื้อตาย (Ulcerative colitis and Crohn's disease) การมีถุงยื่นออกมาร่วมกับการอักเสบของลำไส้ใหญ่ (Diverticulitis) การมีติ่งเนื้อในลำไส้ (Familial polyposis) การอุดตันของลำไส้ใหญ่จากลำไส้กลืนกัน (Volvulus) การอักเสบของลำไส้ใหญ่จากการได้รับรังสีรักษา เป็นต้น (ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย, 2560)

1.2 การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในปัจจุบันเป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัด การใช้รังสีรักษา และการให้ยารักษาตรงเป้า (Targeted therapy) โดยมีการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก (Kendal et al., 2002) มีจุดมุ่งหมายหลัก คือ การทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค หรือมีโอกาสกลับเป็นซ้ำน้อยที่สุด แต่ถ้าโรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามเกินกว่าที่จะสามารถรักษาให้หายได้ จุดมุ่งหมายของการรักษา คือ มุ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ส่วนยาเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษา นิยมใช้เป็นการรักษาเสริม เพื่อเพิ่มผลการรักษาให้ดียิ่งขึ้น สรุปการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในปัจจุบัน ดังนี้ (ปริญญา ทวีชัยการ, 2549)

1.2.1 การรักษาโดยการผ่าตัด (Surgery)

การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นการรักษาที่สามารถทำได้ในทุกๆระยะของโรคมะเร็ง โดยอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ในโรคระยะที่ 1 คือ ประมาณ ร้อยละ 75 ระยะที่ 2 ประมาณร้อยละ 40-70 ระยะที่ 3 ประมาณร้อยละ 20-60 และระยะที่ 4 ประมาณร้อยละ 0-10 (ปริญญา ทวีชัยการ, 2549) วิธีการผ่าตัดนั้นจะขึ้นอยู่กับชนิด ตำแหน่ง และระยะการเกิดเนื้องอก ตลอดจนสภาพร่างกายของผู้ป่วย เป้าหมายของการผ่าตัดคือ การตัดลำไส้ช่วงที่เป็นมะเร็งออกให้มากที่สุดพออย่างน้อยให้เหลือส่วนที่มองเห็นว่าเป็นมะเร็งข้างละ 5 เซนติเมตร รวมทั้งตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นออกให้หมดด้วย (ฉัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์, 2553; กษยา ตันติผลาชีวะ, 2554)

1.2.2 การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy)

การใช้ยาในการรักษาโรคมะเร็ง ยาที่ใช้เรียกว่ายาเคมีบำบัด โดยจะออกฤทธิ์ในการทำลายเซลล์มะเร็ง หรือยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง การใช้ยาเคมีบำบัดใน 2 รูปแบบคือ รูปแบบที่ใช้เสริมการรักษาโดยการผ่าตัด และรูปแบบที่ใช้เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยที่มีโรคคลุกคลามเกินกว่าที่จะรักษาด้วยการผ่าตัดได้ สำหรับการเลือกวิธีการใช้ยาเคมีบำบัดนั้นจะขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็ง และระยะของเซลล์มะเร็งเป็นสำคัญ ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับผลข้างเคียงจากการใช้เคมีบำบัด เช่น อากาศแพ้ยา การอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณที่ให้อาหาร อากาศบริเวณปลายมือปลายเท้า คลื่นไส้อาเจียน การอักเสบของเยื่อช่องปาก และระบบทางเดินอาหาร ท้องเสีย การติดเชื้อ ภาวะเลือดออกง่าย เป็นต้น (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548)

1.2.3 การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy)

รังสีรักษา คือ เทคนิคการใช้เอ็กซเรย์พลังงานสูง (High energy x-ray) หรือรังสีชนิดอื่นๆ ในการทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง สามารถทำได้ 2 วิธี คือ การฉายแสง (External radiation) โดยการฉายรังสีจากภายนอกร่างกายผ่านเข้าไปยังก้อนมะเร็งที่อยู่ภายใน และการฝังแร่ (Internal radiation) คือ การใช้สารกัมมันตภาพรังสีซึ่งบรรจุในรูปเข็มหรือสายสวนใส่เข้าไปในก้อนมะเร็งหรือในบริเวณใกล้เคียงๆ กับก้อนมะเร็ง ซึ่งการเลือกวิธีการใช้รังสีรักษาขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็ง และระยะของโรคเป็นหลัก ส่วนอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีขึ้นอยู่กับขนาดของรังสี และตำแหน่งที่ได้รับรังสี เช่น ผื่นแดง แผลคล้ายไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ท้องเสีย เม็ดเลือดขาวต่ำ ลำไส้เล็กอุดตัน เป็นต้น (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548)

1.2.4 การให้ยารักษาตรงเป้า (Targeted therapy)

เป็นการรักษาด้วยยาหรือสารอื่นที่สามารถทำลายเฉพาะเซลล์มะเร็งได้โดยไม่ทำลายเซลล์ปกติ แต่ยังไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้และยังมีราคาแพงเกินกว่าผู้ป่วยทุกคนจะเข้าถึงได้ โดยวิธีที่ใช้ ได้แก่ Angiogenesis inhibitors เป็นการหยุดการเจริญเติบโตของหลอดเลือดใหม่ที่เข้าไปเลี้ยงเซลล์มะเร็ง Monoclonal antibodies เป็นการเตรียมภูมิคุ้มกันจากห้องปฏิบัติการ ซึ่งภูมิคุ้มกันนี้จะเลือกเฉพาะเซลล์มะเร็งและทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง

สรุปได้ว่าในปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการทำผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด การรักษาด้วยรังสีรักษา และการให้ยารักษาตรงเป้า โดยการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก มีจุดมุ่งหมายสำคัญ คือ การทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือมีโอกาสกลับเป็นซ้ำน้อยที่สุด และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่

1.3 การผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Stoma surgery)

การผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Stoma surgery) เป็นการผ่าตัดให้เกิดรูเปิดของลำไส้ นำส่วนของลำไส้เล็ก หรือลำไส้ใหญ่มาเปิดบริเวณหน้าท้อง เรียกว่า ทวารเทียม หรือทวารใหม่ หรือเรียก

ทับศัพท์ว่า ออสโตมี การผ่าตัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัย การป้องกัน หรือในการรักษาอาการ ความผิดปกติ หรือโรคของผู้ป่วย โดยมีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมดังนี้ (ธีรานุ บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรณวงศ์, 2553) 1) เพื่อลดแรงดันในระบบทางเดินอาหาร และระบาย สารคัดหลั่งจากระบบทางเดินอาหารเหนือบริเวณที่ลำไส้อุดตัน 2) เพื่อไม่ให้สารคัดหลั่งจากระบบ ทางเดินอาหารผ่านรอยต่อของลำไส้ ซึ่งอาจจะมีรอยรั่ว หรือไม่ให้ผ่านบริเวณที่เป็นรูติดต่อ เช่น การ ทะลุระหว่างลำไส้ และช่องคลอด 3) เพื่อทำหน้าที่แทน Anus ในผู้ที่ทำ Abdominoperineal resection (APR) หรือในกรณีที่ยังไม่สามารถต่อลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดได้ 4) ลำไส้มีความผิดปกติแต่ กำเนิด (Congenital anomalies) เช่น ไม่มีรูทวารหนัก (Imperforated anus) หรือมีการตีบแคบ ของรูทวารหนัก (Constrictive anus) 5) ลำไส้ใหญ่มีการทะลุ หรือมีการติดเชื้อ เช่น Ulcerative colitis, Crohn's disease หรือ Diverticulitis 6) มะเร็งของลำไส้ใหญ่ และทวารหนักบริเวณไส้ตรง CA rectum หรือ CA sigmoid colon มักจะทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน 7) ลำไส้ใหญ่ได้รับการ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เช่น ถูกยิง ถูกแทงหรือรูทวารหนักได้รับบาดเจ็บมีแผลทะลุ (ประทีน ไชยศรี, 2550)

ชนิดของทวารเทียม แบ่งตามระยะเวลาการใช้งาน แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ (Gordon et al., 2007) 1) ทวารเทียมชนิดถาวร (Permanent colostomy) หมายถึง การทำผ่าตัดลำไส้ เปิดทางหน้าท้องที่ไม่มีโอกาสจะต่อลำไส้ หรือแก้ไขให้กลับไปมีการขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ เหมือนเดิมได้ ผู้ป่วยต้องมีทวารเทียม (Ostomy) ไปตลอดชีวิต เช่น ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งทวารหนักส่วน ปลาย จำเป็นต้องตัดทวารหนักออกหมด ไม่มีส่วนของทวารหนักเหลืออยู่เลย ผู้ป่วยจะต้องมี End sigmoid colostomy ตลอดชีวิต 2) ทวารเทียมชนิดชั่วคราว (Temporary colostomy) หมายถึง การทำทางเปิดหรือทางเบี่ยงชั่วคราว เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในผู้ป่วยที่จำเป็นการให้การรักษา ผ่าตัดแบบเต็มรูปแบบยังไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยในขณะนั้น เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงทำการปิดทวาร เทียม ภายหลัง

1.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม

การทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม เป็นวิธีการรักษาที่ศัลยแพทย์ใช้เพื่อการรักษาหรือ ประกอบการรักษา ภายหลังการผ่าตัดอาจพบปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียมได้ โดย สามารถแบ่งภาวะแทรกซ้อนออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.4.1 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียม

1.4.1.1 ภาวะลำไส้ขาดเลือด (Stomal ischemia and necrosis) สาเหตุ ของการขาดเลือดมาเลี้ยง จนทำให้เกิดลำไส้ขาดเลือด คือ มีการ เคลื่อนย้ายลำไส้ไม่เพียงพอ ทำให้ เกิดแรงดันขณะดึงลำไส้มาเปิดที่ผนังหน้าท้อง มีการตัดเลาะไขมันรอบๆ ลำไส้ใหญ่ออก เนื่องจากเส้น

เลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ใหญ่จะม้วนตัวอยู่ในไขมันนี้ มีการทำรูที่ผนังหน้าท้องที่จะให้ลำไส้ไหลขึ้นมา มีขนาดเล็กเกินไป

1.4.1.2 ภาวะลำไส้บวม (Stomal edema) อาการบวมของทวารเทียมเป็น ภาวะปกติหลังผ่าตัด อาการบวมจะค่อยๆ ลดน้อยลงจนช่องเปิดของลำไส้มีขนาดคงที่ ภายหลังจากผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ หรืออาจเกิดขึ้นได้ เมื่อเกิดอาการท้องเสีย เยื่อบุลำไส้อักเสบหรือได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น การได้รับยาเคมีบำบัด

1.4.1.3 ภาวะเลือดออก (Stomal bleeding) ภาวะเลือดออกของช่องเปิด ทวารเทียม เป็นเรื่องปกติหากออกเล็กน้อย และหยุดได้เอง แต่ในระยะหลังผ่าตัดใหม่มีเลือดออกนั้น หมายถึง อาจมีปมใหม่เย็บหลุด ทำให้มีเลือดออกทางช่องเปิด

1.4.1.4 ภาวะลำไส้อุดตัน (Stomal obstruction) แบ่งตามสาเหตุได้เป็น 2 กลุ่ม คือ สาเหตุจากภายนอกลำไส้ เกิดจากพังผืด การมีภาวะไส้เลื่อนภายในช่องท้อง หรือลำไส้บิดเกลียว ทำให้มีการกดเบียดลำไส้จากภายนอก จนช่องว่างในลำไส้แคบลงจนถึงอุดตัน ส่วนสาเหตุภายในลำไส้ อาจเกิดจากการอุดตันของอาหาร อาการที่แสดงถึงภาวะอุดตันได้แก่ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องและไม่มีการขับถ่ายอุจจาระ เป็นต้น

1.4.1.5 ภาวะตีบแคบของช่องเปิดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stomal stenosis) อาจมีสาเหตุจากการเปิดแผลที่ผนังหน้าท้องแคบเกินไปในขณะที่ทำผ่าตัด หรือส่วนใหญ่มักมีสาเหตุจากการเน่าตาย หรือการติดเชื้อของเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุลำไส้ การดูแล ทวารเทียมไม่ถูกวิธี ทำให้เกิดแผลเรื้อรังที่บริเวณทวารเทียมจนเกิดเป็นพังผืด ซึ่งทำให้เกิดการตีบของ ทวารเทียมที่ระดับผิวหนัง อาการที่พบ ได้แก่ อุจจาระที่ออกมา มีลักษณะเป็นลำเล็กลงเรื่อยๆ จนมีลักษณะเป็นเส้น

1.4.1.6 ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal prolapse) สาเหตุเกิดจากการ ผ่าตัดรูเปิดที่ผนังหน้าท้องกว้างเกินไป การเพิ่มแรงดันในช่องท้องจากการไอหรือจาม อาจทำให้มีลำไส้ ยื่นออกมาได้มากถึง 5-13 นิ้ว โดยสามารถหดกลับได้เอง หรือใช้นิ้วดันกลับเข้าไปในช่องทวารเทียมได้ ยกเว้นในรายที่ลำไส้ยื่นมาก ซึ่งอาจทำให้เกิดการบอบซ้ำของลำไส้และเกิดเลือดออกได้ (Doenges, 2014) จึงควรมีการประเมินระดับการยื่นของลำไส้ การระคายเคืองของเยื่อบุลำไส้ และสีของลำไส้ เนื่องจากการยื่นออกมาแบบเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตันได้ (Benson, 2013) ต้องมีการ เฝ้าระวังเรื่องการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยง เพราะอาจทำให้เกิดภาวะลำไส้ขาดเลือดได้ (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548)

1.4.1.7 ภาวะลำไส้เปิดทางหน้าท้องถูกดึงรั้ง (Stomal retraction) อาจเกิด ได้จากหลายสาเหตุ เช่น การทำผ่าตัดที่ทำให้การเคลื่อนที่ของลำไส้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการดึงรั้ง บริเวณทวารเทียมกลับลงไปช่องท้อง ไม่ได้ทำการถ่างขยายรูทวารเทียมในระยะแรก ใช้ลำไส้ส่วนที่

เคยถูกฉายรังสีมาทำทวารเทียม ผู้ป่วยอ้วนมากขึ้นหลังจากทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม จึงเกิดการดึงรั้งของทวารเทียมทำให้เกิดปัญหาในการดูแลทวารเทียม เนื่องจากติดแป้นรองรับสิ่งขับถ่ายยาก และเกิดการรั่วซึมของสิ่งขับถ่ายได้ง่ายขึ้น และทำให้เกิดการระคายเคืองผิวหนังบริเวณรอบๆ ทวารเทียม

1.4.1.8 ภาวะไส้เลื่อน (Peristomal hernia) เกิดจากการมีกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรง หรือเกิดจากเทคนิคการผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยไม่ผ่านชั้นกล้ามเนื้อ rectus จึงไม่มีกล้ามเนื้อพุงช่องเปิดลำไส้ไว้ทำให้ ileum หรือ colon ไหลมากองที่ชั้น subcutaneous

1.4.2 ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียม (Peristomal complication) เกิดจากการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม จากการสัมผัสกับสิ่งขับถ่าย พบมากในรายที่ทำทวารเทียมตรงตำแหน่งลำไส้เล็ก (Ileostomy) และลำไส้ส่วนขวาง (Transverse colostomy) เนื่องจากอุจจาระในส่วนนี้ค่อนข้างเหลว น้ำอุจจาระสามารถซาเข้าใต้แป้นรองรับสิ่งขับถ่ายได้ง่ายกว่า การระคายเคือง และอักเสบมีดังนี้

1.4.2.1 การอักเสบของรูขุมขน (Folliculitis) การอักเสบของรูขุมขนในบริเวณผิวหนังรอบๆ ช่องเปิดทวารเทียม มีสาเหตุจากแบคทีเรียเข้าไปเมื่อผิวหนังได้รับอันตราย มีลักษณะผิวหนังเป็นสีแดง มีผื่นขึ้น อาจเกิดจากการบาดเจ็บระหว่างการดึงลอกแป้นรองรับอุจจาระหรือจากการที่ขนถูกดึงถอนอย่างไม่เหมาะสม การอักเสบเล็กน้อยอาจหายได้เองภายใน 7-10 วัน โดยการทำ ความสะอาดผิวหนังรอบๆ ทวารเทียมให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ หากมีการติดเชื้อรุนแรงอาจต้องใช้ยาปฏิชีวนะตามการพิจารณาของแพทย์ (Burch & Sica, 2008)

1.4.2.2 ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (Irritant dermatitis) มักเกิดจากการสัมผัสหรือเสียดสีกับวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย หรือสัมผัสกับอุจจาระโดยตรง จนทำให้เกิดการแพ้หรืออักเสบและเกิดเป็นแผล (Herlufsen et al., 2006) สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการดูแลทวารเทียมไม่ถูกต้อง เช่น การตัดขนาดรูเปิดของแป้นรองรับสิ่งขับถ่ายกว้างเกินไป (Ratliff et al., 2005) อาการในระยะแรกผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้องจะแดงและคัน ถ้าปล่อยให้เป็นเรื้อรังจนเกิดแผลถลอกได้

1.5 ผลกระทบของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

การทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมนั้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน ทั้งผลจากการมีทวารเทียม และการปรับตัวของผู้ป่วยให้รับกับสภาพดังกล่าว ซึ่งสามารถแบ่งผลกระทบได้ 3 ด้าน ดังนี้ (ไพบูลย์ จิวะไพศาลพงศ์, 2555)

1.5.1 ด้านร่างกาย ผลกระทบนี้จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งกายวิภาค และสรีระ รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของทวารเทียม ซึ่งมีผลดังนี้

1.5.1.1 ภาพลักษณ์ การมีทวารเทียมที่ผนังหน้าท้อง จะเกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเป็นผู้พิการ มีความน่ารังเกียจ ทำให้เสียความรู้สึก ไม่มั่นใจ ไม่เชื่อมั่นในตัวเอง

เกิดความกดดัน บางครั้งรู้สึกกลัว กลัวว่าไม่สามารถจะทนอยู่ได้ ผู้ป่วยโดยเฉพาะวัยหนุ่มสาวจึงมักจะทนกับการเปลี่ยนภาพลักษณ์ไม่ได้ และไม่ยินยอมรับการผ่าตัด

1.5.1.2 โภชนาการ เนื่องจากลำไส้เล็กจะมีหน้าที่ย่อยอาหาร และดูดซึมสารอาหาร โดยเฉพาะส่วนปลาย จะทำหน้าที่ดูดซึม เกลือแร่ ไขมัน และวิตามินที่ละลายในไขมัน โดยเฉพาะวิตามิน B12 จึงอาจทำให้เกิดการขาดวิตามิน B12 ได้ ซึ่งวิตามิน B12 มีความจำเป็นในการสร้างเม็ดเลือดแดงส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางได้ ส่วนลำไส้ใหญ่มีหน้าที่ดูดซึมสารน้ำเป็นส่วนใหญ่ จึงส่งผลกระทบต่อ

1.5.1.3 ความสมดุลของสารน้ำ และค่าอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย การผ่าตัดบริเวณลำไส้เล็ก ระยะแรกจะมีการสูญเสียสารน้ำและแร่ธาตุค่อนข้างมาก คือเสียน้ำปริมาณ 500-1,000 มิลลิลิตร และโซเดียม 60 มิลลิโมลต่อวัน (มากกว่าในอุจจาระปกติ 2-3 เท่า) และในบางรายอาจออกมากถึง 6-7 ลิตรต่อวัน ในระยะเวลาต่อช่วง 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด ปริมาณจะลดลงเหลือเพียง 50-100 มิลลิลิตรต่อวัน ในผู้ป่วยที่ยังออกมาก จะมีภาวะขาดสารน้ำ และภาวะกรดในปัสสาวะ มีผลให้เกิดนิ่วในไตได้

1.5.1.4 ของเสียที่ออกทางทวารเทียม ลักษณะอุจจาระที่ออกมาจะขึ้นกับชนิดของทวารเทียม ถ้าเป็นลำไส้ใหญ่ อุจจาระมักจะเป็นก้อน ลำไส้ใหญ่ส่วนขวางอุจจาระที่ออกมาจะเหลวขึ้นร่วมกับมีกลิ่นเหม็น ส่วนของเสียจากลำไส้เล็ก มักจะเป็นน้ำเหลว สีเขียว หลังผ่าตัดใหม่ๆจะออกในปริมาณมาก ต่อมาอุจจาระจะเหนียวขึ้นมากขึ้น มีปริมาณลดลง ไม่ค่อยมีกลิ่น

1.5.1.5 ช่วงเวลาปรับตัวของลำไส้ ในรายที่ทำผ่าตัดทวารเทียมที่ลำไส้เล็ก พบว่า จะมีการปรับตัวช้าลงเพื่อให้มีเวลาย่อย และดูดซึมสารอาหารได้ดีขึ้น ในภาพรวมแล้วอุจจาระจะออกมาเรื่อยๆ ตลอดเวลา และจะออกมาเมื่อรับประทานอาหาร จนหลังอาหาร 2 ชั่วโมงไปแล้วจะออกลดน้อยลง เป็นเวลาที่เหมาะจะทำความสะอาดหรือเปลี่ยนถุงรองรับ ส่วนการผ่าตัดทวารเทียมที่ลำไส้ใหญ่ อาจถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้งได้

1.5.1.6 เชื้อปกติ โดยทั่วไปเชื้อที่อยู่ในลำไส้เล็กส่วนปลายมีจำนวนน้อย หลังจากการผ่าตัดทวารเทียมที่ลำไส้เล็ก ปริมาณหรือจำนวนแบคทีเรียจะเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ สเตรปโตค็อกคัส สเตรปโทค็อกคัส และเชื้อรา

1.5.2 ด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนมากจะเกิดความอาย และความกลัว โดยอายที่มีรูปลักษณะที่เปลี่ยนไป รู้สึกกลัวที่ไม่สามารถควบคุมร่างกายได้ โดยเฉพาะการขับถ่ายอุจจาระ กลัวว่าจะไม่สามารถดูแลทวารเทียม และปรับตัวให้อยู่กับทวารเทียมได้ สิ่งสำคัญ คือ กลัวความสกปรก หรือกลิ่นเหม็นจากการรั่วซึมของอุจจาระ รวมถึงการที่มีเสียงลมผ่านทวารเทียมออกมา บางครั้งเหมือนการผายลมแต่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลกระทบเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับการมีทวารเทียมได้ และมักแยกตนเองออกไปอยู่คนเดียว ห่างจากครอบครัวและสังคม ไม่อยากไปทำงาน เกิดความวิตก

กังวล เครียด จนอาจเกิดปัญหาทางจิต เกิดความคิดทำร้ายตัวเอง หรือทำร้ายสังคมได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพพื้นฐานด้านจิตใจของผู้ป่วย หรือความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากทวารเทียม เช่น การรั่วซึมของอุปกรณ์รองรับอุจจาระ และปัญหาที่ผิวหนัง ถ้าผลแทรกซ้อนของทวารเทียมก่อปัญหามาก ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี มีโอกาสเกิดปัญหาทางจิตได้มาก

1.5.3 ด้านเศรษฐกิจ และสังคม ในรายที่เกิดปัญหาทางกาย และเกิดปัญหาทางจิตร่วมด้วย จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความเครียด สุดท้ายจะแยกตัวออกจากสังคม ไม่ทำงาน ทำให้เกิดปัญหาทั้งกับครอบครัว ญาติพี่น้องของผู้ป่วยเกิดความห่วงใย และยิ่งถ้าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัวหรือในหน่วยงาน จะทำให้เกิดปัญหาภายในครอบครัว และภายในหน่วยงานได้

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมมีมากขึ้น การผ่าตัดเปิดทวารเทียมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ และความเรื้อรังของพยาธิสภาพ ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลที่จำเป็น หากไม่ได้รับการดูแล และให้คำแนะนำในเรื่องของการดูแลทวารเทียมที่ดี อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้ พยาบาลถือเป็นบุคคลสำคัญ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีความรู้ในการดูแลตนเอง โดยการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้เรียนรู้ มีทักษะการดูแลต่างๆเกี่ยวกับทวารเทียม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตจากภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น อีกทั้งให้คำแนะนำ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

2. สถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

สถานบริการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในปัจจุบัน มีในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การบริการที่มีประสิทธิภาพ

หน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้จะขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด (Sub-specialty) เช่น สาขาต่อยอดของอายุรศาสตร์ คือ อายุรศาสตร์โรคไต โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคเลือด ตจวิทยา โรคทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อ เป็นต้น สาขาต่อยอด ศัลยศาสตร์ คือ ประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ทรวงอก กุมารศัลยศาสตร์ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลอดเลือด ตกแต่ง เป็นต้น สาขาต่อยอดกุมารเวชศาสตร์ คือ ระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือด เป็นต้น

หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม หรือคลินิกออสโตมี เป็นหน่วยงานพิเศษซึ่งมีในระดับตติยภูมิทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ-ภูเก็ต โรงพยาบาลกรุงเทพ-อุดร และในบางโรงพยาบาลได้มีการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมในคลินิกศัลยกรรม/ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และคลินิกโรคมะเร็ง แต่ไม่ได้จัดตั้งเป็นคลินิกออสโตมี ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และโรงพยาบาลสมิติเวช-สุขุมวิท เป็นต้น

คลินิกออสโตมี ประกอบด้วยบุคลากร คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกเป็นผู้ดูแลการดำเนินงานของคลินิก และมีพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม เป้าหมายของการจัดตั้งคลินิกนี้ คือ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนอย่างครอบคลุม และเป็นระบบทั้งโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง เพื่อมุ่งความเป็นเลิศระดับสากล เป็นแหล่งบริการวิชาการ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการดูแลทวารเทียมของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแหล่งสนับสนุน ส่งเสริมการศึกษา ค้นคว้า วิจัย เพื่อพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม มีบทบาทในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยสูติกรรม และหอผู้ป่วยเด็ก หน้าที่ของพยาบาลออสโตมี บทบาทในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมสามารถแบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้ (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ , 2556)

1. ด้านการพยาบาล คือ 1) ประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ซับซ้อน รวมทั้งติดตามประเมินผล 2) ให้การพยาบาลในด้านเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ซับซ้อน ด้วยความชำนาญแก่ผู้รับบริการ และตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม 3) ให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในด้านการพยาบาลเฉพาะทางดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 4) มีการพัฒนาวิธีปฏิบัติการพยาบาล อันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน 5) เป็นต้นแบบการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง ด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

2. ด้านวิชาการ คือ 1) ให้ความรู้/คำแนะนำ แก่บุคลากรทีมสุขภาพ/นักศึกษาในทีมสุขภาพ/ผู้มาศึกษาดูงาน ในการปฏิบัติการพยาบาลในด้านการพยาบาลเฉพาะทางด้านดูแล

2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีความเป็นผู้นำ/มีส่วนร่วมในการจัดโครงการวิชาการ/นวัตกรรม/โครงการในด้านการพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 3) จัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย ปีละ 1 ครั้ง 4) จัดประชุมวิชาการ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 2 ปี/ครั้ง

3. ด้านการเป็นที่ปรึกษา คือ 1) เป็นที่ปรึกษาแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ ในการปฏิบัติการพยาบาลในด้านการพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการในปัญหาสุขภาพ การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ 2) เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ใช้บริการในปัญหาสุขภาพด้าน การพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 3) ความสามารถด้านคิดวิเคราะห์งานด้านการพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

4. ด้านการวิจัย คือ ความสามารถนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม รวมทั้งการวิจัย/นวัตกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง

5. ด้านประสานงาน คือ สามารถบริหารจัดการ/ประสานงาน/มีส่วนร่วม กับ บุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง และสนองตอบความต้องการของผู้ใช้บริการ

สรุปได้ว่า สถานบริการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ได้มีการจัดตั้งคลินิกออสโตมี ซึ่งมีพยาบาลเฉพาะทางออสโตมี เป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยให้ผ่าตัดเปิดทวารเทียม จนถึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีบทบาทการบริหารจัดการทั้งในด้านการพยาบาล ด้านวิชาการ ด้านการเป็นที่ปรึกษา ด้านการวิจัย และด้านประสานงาน คลินิกออสโตมี ยังเป็นแหล่งบริการวิชาการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการดูแลทวารเทียมของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแหล่งสนับสนุน ส่งเสริมการศึกษา ค้นคว้า วิจัย เพื่อพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

3. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ หรือระดับอื่นๆ ซึ่งมักจะเป็นผู้ป่วยที่มีระยะของโรค ตั้งแต่ระยะสองขึ้นไป ที่ต้องการการรักษาที่ซับซ้อนด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทั้งการผ่าตัด และ/หรือ การใช้ยาเคมีบำบัด (ตรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์ และคณะ, 2548) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เน้นการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยรุนแรง จนถึงภาวะวิกฤต ครอบคลุมไปถึงการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง และส่งกลับไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัดอย่างมี

ประสิทธิภาพ (ทัศนีย์ สงกา และยุพิน อังสุโรจน์, 2550) พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการรักษา และบริบทของโรค การปฏิบัติการพยาบาลต้องมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวกับการมีทวารเทียม ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548)

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม เริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยให้เข้ารับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วย และวิเคราะห์ปัญหาอย่างละเอียด ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กำหนดแผนการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย โดยบูรณาการความรู้ทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุนที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มาตัดสินใจให้การพยาบาลอย่างอิสระ (อุบล จ้วงพานิช, 2554) ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม แบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้ (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548)

1. ช่วงก่อนผ่าตัด-วันผ่าตัด (Initial period) คือ ช่วงระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงวันก่อนผ่าตัด

1.1 ประเมินการรับรู้ การยอมรับในการวินิจฉัยโรค ความรู้ ทัศนคติเรื่องโรค แผนการรักษาและการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม พร้อมทั้งอธิบายและให้คำแนะนำในเรื่องสภาพลักษณะใหม่เมื่อมีทวารเทียม การเปลี่ยนแปลงการขับถ่าย การดูแลทวารเทียมเบื้องต้น ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เสริมที่ใช้กับทวารเทียม

1.2 ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการประเมินสภาพร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะการมองเห็น การสัมผัส ความสามารถ/การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันโรคประจำตัว การแพ้ยา แพ้อาหาร รวมทั้งการแพ้ของผิวหนังต่อสารเคมี และประวัติการผ่าตัด/การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.3 ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคมพร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือต่างๆ

1.4 ประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนการทำการผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยอธิบาย และให้คำแนะนำในเรื่องการเตรียมความสะอาดของร่างกายทั่วไป การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด การเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด อธิบายถึงสภาพภายหลังออกจากห้องผ่าตัด สอน สาธิต ผูกวิธีการไอ และการหายใจลึกๆอย่างมีประสิทธิภาพ กำหนดตำแหน่งเปิดของทวารเทียม (Stoma siting) ร่วมกับผู้ป่วย โดยพิจารณาจากแผนการรักษา และความสมบูรณ์ของผิวหนังหน้าท้อง ตรวจสอบความพร้อมเกี่ยวกับการรับรู้และยินยอมผ่าตัดพร้อมทั้งเซ็นยินยอมผ่าตัด จงเลือกตามแผนการรักษา ตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ EKG film x-ray อุปกรณ์และยาที่ต้องเตรียมไป

ห้องผ่าตัด ดูแลให้ได้รับสารน้ำ สารอาหารและยาครบตามแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับการพักผ่อน งดอาหาร และน้ำดื่มตามแผนการรักษา

2. ช่วงระยะผ่าตัด-วันที่ 7 หลังผ่าตัด (Interim period) แบ่งเป็น

2.1 ระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

2.1.1 ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับจากห้องผ่าตัด โดยตรวจสอบความรู้สึกตัว ประเมินการหายใจและสัญญาณชีพ จัดท่านอนให้เหมาะสม ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และสารอาหารตามแผนการรักษา

2.1.2 ประเมินภาวะเสียเลือด โดยประเมินปริมาณการเสียเลือดจากแผลผ่าตัด ตรวจสอบสัญญาณชีพ และบันทึก ถ้ามีสัญญาณผิดปกติรายงานแพทย์ทันที และประเมินปริมาณการเสียเลือดจากท่อระบายของเสียต่างๆ บันทึกลักษณะเลือดที่ออกจากท่อระบาย ถ้ามากกว่า 200 ซีซี/ ชั่วโมง รายงานแพทย์

2.1.3 ประเมินทวารเทียม (Stoma) โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ (บุญชื่น อิ่มมาก, 2555)

2.1.3.1 ชนิดของทวารเทียม คือ ส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดทางหน้าท้อง เช่น ลำไส้เล็กส่วน Ileum เรียกว่า Ileostomy ลำไส้ใหญ่ส่วน Transverse เรียกว่า Transverse colostomy ลำไส้ใหญ่ส่วน Sigmoid เรียกว่า Sigmoid colostomy เป็นต้น

2.1.3.2 โครงสร้างของทวารเทียม ได้แก่ 1) End stoma เป็นการตัดลำไส้ และยกส่วนต้นลำไส้มาเปิดทางหน้าท้อง มีรูเปิดรูเดียว 2) Loop stoma เป็นการยกลำไส้ขึ้นมาบริเวณหน้าท้อง แล้วกรีดลำไส้ให้มีช่องเปิดทั้งส่วนต้น และส่วนปลาย โดยที่ลำไส้ไม่ได้ขาดออกจากกัน อุจจาระออกทางส่วนต้น 3) Double barrel stoma เป็นการตัดลำไส้ และยกมาเปิดทางหน้าท้อง เป็น 2 ช่อง แยกจากกัน มีส่วนต้น และส่วนปลาย อุจจาระออกทางส่วนต้น

2.1.3.3 ความชุ่มชื้น และสีของทวารเทียม โดยทวารเทียมที่ปกติ จะมีลักษณะสีแดงหรือสีชมพู ชุ่มชื้น มีเลือดมาเลี้ยงดี อาการลำไส้บวม พบในระยะหลังผ่าตัด จะยุบบวม และเล็กลงใน 6-8 สัปดาห์ ถ้าสีแดงคล้ำ แสดงว่าทวารเทียม เริ่มขาดเลือดไปเลี้ยง และถ้ากลายเป็นสีดำ นั่นหมายถึง ลำไส้เกิดภาวะขาดเลือด

2.1.3.4 ขนาด และรูปร่าง ขนาดของทวารเทียม เปิดวัดเส้นผ่าศูนย์กลางเป็น มิลลิเมตร ถ้าเป็นวงกลมอาจวัดขนาดโดยใช้ Stoma guide ถ้าเป็นวงรี หรือรูปร่างไม่สมมาตร ใช้วิธีการวาดแบบ ลอกลาย

2.1.3.5 ความสูง โดยความสูงของทวารเทียมที่ดี ควรอยู่สูงเหนือระดับผิวหนังประมาณ 1.5 - 2.5 ซม. เรียกว่า Moderate protruding ถ้าอยู่ต่ำเกินไป เรียก Mild protruding อยู่ระดับผิวหนัง เรียกว่า Flush stoma และถ้าอยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง เรียกว่า

Retraction ในกรณีที่ Stoma ออกมายาวเกินไป เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้ เรียกว่า Prolapsed stoma

2.1.3.6 รูเปิดของ Stoma ควรอยู่ตรงกลางทวารเทียม เรียกว่า Apex แต่บางกรณีอาจจะมีรูเปิดไปทางด้านซ้าย หรือด้านขวา หรือรูเปิดอยู่ที่ระดับผิวหนังได้

2.1.3.7 รอยเย็บระหว่างทวารเทียมกับผิวหนัง โดยปกติจะติด ไม่มีรอยแยก เรียกว่า Mucocutaneous suture line intact ถ้ามีรอยแยก เรียกว่า Mucocutaneous suture line separation และถ้ามีรอยแยก จำเป็นต้องระบุตำแหน่ง เช่น เกิดรอยแยกที่บริเวณ 2-3 นาฬิกา เป็นต้น

2.1.3.8 ผิวหนังรอบทวารเทียม ปกติไม่ควรมีแผล ผื่นแดงใดๆ แต่ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น เป็นรอยแดง หรือเป็นแผลจากการสัมผัสกับอุจจาระ หรือเปียกชื้น เปื่อยจากการสัมผัสกับปัสสาวะ ให้ระบุตำแหน่งที่เกิดความผิดปกติ

2.1.4 สังเกตและบันทึกลักษณะ สี และจำนวนของสิ่งขับหลัง (Effluent) ที่ออกจาก ทวารเทียม โดยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด สิ่งขับหลังที่ออกจะเป็นน้ำเลือดใสๆ ที่ค้างในลำไส้ ต่อมาเมื่อลำไส้เริ่มทำงานมากขึ้น สิ่งขับหลังที่ออกจะแตกต่างกัน ตามตำแหน่งของทวารเทียม ได้แก่ 1) Ileostomy เริ่มทำงานภายใน 48-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด สิ่งขับหลังที่ออกมีลักษณะเหนียว สีซีขาว ออกประมาณ 1500-1800 มิลลิลิตรต่อวัน ระวังการอุดเข็มของลำไส้ยังไม่ดีพอ อาจเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ผู้ป่วยควรได้รับสารทดแทน ทางหลอดเลือดดำ เมื่อลำไส้เริ่มปรับตัว และอุดเข็มได้มากขึ้น สิ่งขับหลังจะเป็นมูกสีน้ำตาล และข้นมากขึ้น ปริมาณลดลง 500-800 มิลลิลิตรต่อวัน 2) Transverse colostomy เริ่มทำงานในวันที่ 3-4 หลังผ่าตัด สิ่งขับหลังที่ออกมีลักษณะเหลวข้น ปนเนื้ออุจจาระมากขึ้น และมีกลิ่น 3) Sigmoid colostomy เริ่มทำงานประมาณวันที่ 5 หลังผ่าตัด อาจมีของเหลว และลมออกมาในวันที่ 3-4 หลังผ่าตัด เมื่อลำไส้ทำงานมากขึ้น เนื้ออุจจาระที่ออกมาจะมีลักษณะใกล้เคียงปกติมีกลิ่น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาหารที่รับประทาน ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดนี้ ควรเลือกใช้ถุงรูดรับขึ้นเดียวแบบใส ปลายเปิด เพื่อสังเกตลักษณะสีของสิ่งขับหลัง และทวารเทียม

2.1.5 สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด

2.1.6 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1.7 ประเมิน และควบคุมอาการปวด โดยประเมินอาการปวด จัดทำนอนให้สบาย และให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา

2.2 ระยะ 48 ชั่วโมง-วันที่ 7 หลังผ่าตัด

2.2.1 ประเมินภาวะทวารเทียมขาดเลือดมาเลี้ยง

2.2.2 ประเมินภาวะเลือดออกจากทวารเทียม

2.2.3 ประเมินและป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

2.2.4 ประเมินและป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

2.2.5 ประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทวารเทียม และผิวหนัง โดยรอบ

2.2.6 ประเมินการยอมรับความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเผชิญความเครียดกับการสูญเสียภาพลักษณ์

2.2.7 ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดย ตรวจเยี่ยมอาการ ให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง สร้างความมั่นใจในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง สนับสนุนให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง โดยให้ความรู้ในเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทวารเทียม พร้อมทั้งสาธิตวิธีการทำความสะอาดทวารเทียม และผิวหนังโดยรอบ การเปลี่ยน และปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย วิธีการใช้ และทำความสะอาดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย

3. ช่วงระยะพักฟื้น-ก่อนกลับบ้าน (Pre-discharge)

3.1 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องโดย

3.2 ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

3.3 ประเมินความรู้และทักษะในการดูแลทวารเทียม และความรู้เพื่อสนับสนุน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการกลับสู่สังคมเดิมอย่างมีคุณภาพของผู้ป่วย รวมทั้งทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง

3.4 การประเมินความต้องการด้านอุปกรณ์ทวารเทียม และแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพ พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.5 ประเมินความพร้อมเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา

การดูแลด้านจิตใจ ภายหลังจากผ่าตัดเปิดทวารเทียม ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีภาวะอารมณ์แตกต่างกันไป จึงควรมีการประเมินภาวะอารมณ์ด้านจิตใจก่อนให้การพยาบาล (จุฬาพร ประสงค์, 2557) เช่น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะโกรธ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความโกรธ ความคับข้องใจ ชุ่นเคืองใจ ในการรักษา และการผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยพยาบาลและญาติร่วมรับฟังด้วยความใส่ใจ ใช้ความเจียม รับผิดชอบ พยายามรับรู้ ได้ตอบผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบลง และรับรู้ว่ามีคนรับฟัง และอยู่เป็นเพื่อน ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปฏิเสธ ใช้ความเจียมและการสัมผัส แสดงถึงความเข้าใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น และอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย อธิบายให้ข้อมูลถึงความจำเป็นของการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ผู้ป่วยอยู่ในภาวะซึมเศร้า ใช้ความเจียม รับผิดชอบ พยายามรับรู้ และการสัมผัส แสดงถึงความเข้าใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น และอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย พุดให้กำลังใจ ยกตัวอย่างผู้ป่วยอื่นที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ แต่อาจจะต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวการผ่าตัดเปิดทวารเทียม การมีญาติ

รองรับอุจจาระติดบริเวณหน้าท้อง การมีอุจจาระออกบริเวณหน้าท้อง ไม่สามารถควบคุมการไหลของอุจจาระได้ และมีกลิ่นรบกวน การผ่าตัดเปิดทวารเทียม เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะในโครงสร้าง และการทำหน้าที่ในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ที่มีผลกระทบต่อจิตใจที่จะยอมรับการมีทวารเทียม การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะในผู้ที่มีทวารเทียม ในระยะแรกหลังผ่าตัด จะทำให้เกิดความเครียด ประมาณ 1-2 วัน จากนั้นจะเริ่มรับรู้ โดยแสดงความวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ บางคนมีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว หรือแยกตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์ จึงเริ่มเข้าสู่ระยะที่ผู้ป่วยสามารถจะปรับตัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ หรือ ความสามารถในการทำงานของร่างกายลดลง จะมีผลกระทบเกิดพฤติกรรมตอบสนองในทางลบ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (จุฬาพร ประสงค์, 2557) ซึ่งแนวทางการเตรียมผู้ป่วยด้านจิตใจ เพื่อการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์, 2555) คือ 1) ให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียมได้ถูกต้อง และเพื่อให้ยอมรับการผ่าตัด 2) ให้คำปรึกษา เพื่อให้พร้อมทั้งกาย จิตใจ และลดความวิตกกังวล 3) ให้ความเชื่อมั่น และมีทัศนคติที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับทวารเทียมได้ 4) ให้คำแนะนำ กำลังใจ เพื่อให้สามารถปรับตัวและอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมจะมีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลดังที่กล่าวข้างต้นแล้ว พยาบาลต้องมีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ และเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้อีกด้วย เนื่องจากสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม คือความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง และสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตัวเองได้ดีนั้น ตามทฤษฎีของ Orem (2001) พยาบาลต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ 3 ด้านคือ 1) ความสามารถในการคาดการณ์ โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ อาการ การรักษา 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม และ 3) การสังเกตอาการผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียม โดยความสามารถในการตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติทุกด้านตามที่กล่าวมา พยาบาลผู้ให้การดูแล จำเป็นต้องมีการให้ความรู้ที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมสำหรับการดูแลทวารเทียม โดยเนื้อหาในการให้ความรู้ และคำปรึกษา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ชนิดของทวารเทียม เช่น แบบถาวร เป็นการเปลี่ยนการขับถ่ายมาขับทางหน้าท้องตลอดชีวิต ทวารเทียมจะไม่มีเส้นประสาทมาเลี้ยง แต่มีเลือดมาเลี้ยงมาก จึงเห็นเป็นสีแดง ดังนั้นจึงต้องระวังการกระทบกระแทก เพราะจะทำให้เลือดออกได้ง่าย ไม่มีหูรูดเหมือนทวารหนัก จึงต้องมีถุงครอบเพื่อรองรับสิ่งขับหลัง (บุญชื่น อิ่มมาก, 2555)

2. การเลือกใช้ถุง หรืออุปกรณ์รองรับสิ่งขับหลัง ขึ้นอยู่กับสภาพผิวหนัง ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และลักษณะของทวารเทียม ควรระบายสิ่งขับหลังเมื่อมีปริมาณ 1 ใน 3 ของถุง หรือ ครึ่งถุง โดยปกติแป้นถุงจะอยู่ได้นาน 5-7 วัน แต่หากมีสิ่งขับหลังกักเซาะทำให้แถบถาวร่อน ก็ควรเปลี่ยนก่อนกำหนด และการเปลี่ยนถุงควรทำด้วยความนุ่มนวล โดยการใช้นิ้วมือข้างหนึ่ง

กตที่ผิวหนังที่ติดกับแป้นไว้ แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งค่อยๆลอกแป้นออกจากผิวหนัง ลอกแป้นออกจากด้านบนลงมาด้านล่าง ตรงข้ามกัน พยายามไม่ถึงแป้นข้างเดียว เพื่อลดอันตรายที่จะเกิดกับผิวหนัง (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548)

3. หลักการเลือกใช้ถุงรองรับสิ่งขับหลัง ต้องคำนึงถึงขนาดของทวารเทียม ซึ่งจะหดเล็กน้อย ควรวัดขนาดทวารเทียมทุกสัปดาห์ ในระยะ 6-8 สัปดาห์ ทวารเทียมจะเริ่มมีขนาดคงที่ ส่วนขนาดของแป้นถุงควรกว้างกว่าขนาดของทวารเทียม 2-4 มิลลิเมตร (บุญชื่น อิมมาก, 2555)

4. วิธีการทำความสะอาดทวารเทียม และผิวหนังโดยรอบ ภายหลังจากผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ ทวารเทียมจะเริ่มมีขนาดคงที่ ระยะนี้สามารถทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด และสบู่อ่อนที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำมัน เพราะจะทำให้การยึดติดของแป้นถุงไม่แน่น ขับให้แห้งทุกครั้งหลังมีการเปลี่ยนถุง ขณะอาบน้ำสามารถทำความสะอาดเหมือนการทำทำความสะอาดทวารหนัก ไม่จำเป็นต้องปิดปากถุง ขณะอาบน้ำ เนื่องจากน้ำจะไม่สามารถผ่านเข้าทางนี้ได้ เพราะลำไส้จะบีบจากส่วนต้น ไปยังส่วนปลายเสมอ แต่ในรายที่ติดอุปกรณ์ ชนิดที่เป็นแป้นกาวหรือชนิด 2 ชั้น ควรมีการป้องกันไม่ให้เปียกน้ำ เพื่อลดน้ำที่ซึมไปได้แป้น และทำให้แป้นหลุด โดยการหาผ้าพลาสติกเป็นแถบมาพันรอบเอวให้คลุมส่วนแป้นไว้ และหลังอาบน้ำควรซับบริเวณแป้นให้แห้ง

5. การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ เคี้ยวอาหารให้ละเอียด เพื่อป้องกันการอุดตันที่ทวารเทียม ควบคุมอาหารที่จะก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับทวารเทียม ได้แก่ อาหารที่ก่อให้เกิดแก๊ส เช่น อาหารจำพวกถั่ว กะหล่ำ ข้าวโพด แดงกวา เห็ด เครื่องดื่มอัดลม เป็นต้น อาหารที่ก่อให้เกิดกลิ่น เช่น ผักกลุ่มกะหล่ำ หัวหอม พืชตระกูลถั่ว หน่อเปลี่ยนไม้ฝรั่ง อาหารเครื่องเทศ สะตอ ปลา ไข่ กุ้ง เป็นต้น อาหารที่อาจเกิดการอุดตัน เช่น ผลไม้แห้ง สับประรด ข้าวโพด ข้าวโพดคั่ว เป็นต้น อาหารที่ทำให้ท้องเสีย เช่น น้ำผลไม้ อาหารรสจัด ผักดิบ ผลไม้สดบางชนิด เป็นต้น อาหารที่เพิ่มมวลอุจจาระ เช่น เส้นก๋วยเตี๋ยว ก๋วยเตี๋ยว เนยแข็ง มันสำปะหลัง สาकु โยเกิร์ต ขนมปัง เค็ม เป็นต้น การดื่มน้ำ ดื่มครั้งละน้อยๆ แต่ดื่มบ่อยๆ เพื่อให้ลำไส้ดูดซึมได้ทัน ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว

6. การแต่งกาย ในภาพรวมนั้นผู้ป่วยยังสามารถสวมเสื้อผ้าได้ตามปกติ เพียงปรับสีให้มีความเข้มขึ้น ผ้าไม่บาง และสิ่งสำคัญ คือ ไม่ให้เข็มขัดไปพาดผ่านทวารเทียม เพราะจะทำให้ทวารเทียม ยุบตัว หรือทำให้อุจจาระออกจากทวารเทียมไม่ได้ และถ้าต้องการความมั่นใจอาจมีการใส่ชุดชั้นในรัด หรือที่มีส่วนพุงถุงรองรับ

7. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เพียงแต่ต้องมีการดูแลทวารเทียมเพิ่มขึ้นเท่านั้น โดยจัดเวลาช่วงหนึ่งเพื่อการดูแล ทำความสะอาด เปลี่ยนอุปกรณ์รองรับสิ่งขับหลัง และตรวจสอบความผิดปกติของทวารเทียม เมื่อออกนอกบ้าน จะต้องมีการเตรียมอุปกรณ์ดูแลทวารเทียมให้พร้อมเสมอ

8. การทำงาน เมื่อร่างกายแข็งแรงแล้ว ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ แต่ต้องหลีกเลี่ยงการออกแรงยกของหนัก เนื่องจากมีผลกระทบต่อทวารเทียม ทำให้เกิดภาวะไส้เลื่อน (Peristomal hernia) หรือ ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal prolapse) ได้ (ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์, 2555)

9. การมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ เพียงแต่กิจกรรมเพศสัมพันธ์อาจผิดแปลกไปจากเดิมเล็กน้อย ขึ้นกับชนิดของการผ่าตัด ต้องมีการให้ความรู้ด้วยกันทั้ง 2 ฝ่ายในเรื่องข้อจำกัดทางร่างกาย ความเจ็บปวด ความกลัว สิ่งที่ต้องการให้ทำหรือไม่อยากให้ทำ ในการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อร่วมมือกันทำให้สามารถมีเพศสัมพันธ์ที่ดีได้ แนะนำการเตรียมร่างกาย อาบน้ำให้สะอาด และไม่ควรรับประทานอาหารก่อน เพราะจะทำให้เกิดการขับถ่ายระหว่างนั้น เทอูจจาระออกจากถุงให้หมด ตรวจสอบให้แน่ใจว่าเป็นถุงติดแน่น ไม่หลุดง่าย ระวังการเคลื่อนไหว

10. การเดินทาง ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมสามารถเดินทางได้เป็นปกติ เพียงแต่ในการเดินทางควรใช้ระยะเวลาไม่นานมากนัก ควรเตรียมอุปกรณ์ดูแลทวารเทียมให้พร้อม และมีจำนวนมากพอ เพื่อในกรณีฉุกเฉินด้วย เมื่อต้องมีการเดินทางไปสถานที่อื่นนานๆ ควรติดต่อสอบถามถึงบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่จะให้คำแนะนำหรือรักษา เมื่อเกิดปัญหาทั้งในบริเวณนั้น และบริเวณใกล้เคียง รวมถึงสถานที่ขายอุปกรณ์รองรับสิ่งขับหลัง เพื่อการจัดหาอุปกรณ์สำรอง

11. อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย มักพบในผู้ป่วยที่ขาดความรู้ และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จึงต้องมีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2558) ได้แก่

11.1 การติดเชื้อ (Infection) เป็นการติดเชื้อของผิวหนังรอบทวารเทียม โดยเชื้อที่พบบ่อยได้บ่อยคือ candida albican ซึ่งเป็นเชื้อราที่อยู่ประจำในทางเดินอาหาร และลำไส้ใหญ่

11.2 การระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม (Peristomal irritation) เกิดจากการที่ผิวหนังสัมผัสกับอุจจาระ หรือสิ่งขับหลังจากลำไส้เล็ก สามารถป้องกันได้ ด้วยการเลือกถุงรองรับสิ่งขับหลังที่มีขนาดเหมาะสมกับทวารเทียม

11.3 การแพ้ (Allergic contact dermatitis) ซึ่งเกิดจากการแพ้สารต่างๆ จากแป้นถุง พลาสติก หรือผลิตภัณฑ์เคลือบผิวป้องกันการระคายเคือง เป็นต้น

11.4 การตีบของทวารเทียม (Stoma stenosis) ได้แก่ อุจจาระที่ออกมา มีลักษณะเป็นลำเล็กลงเรื่อยๆ จนมีลักษณะเป็นเส้น

11.5 ภาวะลำไส้อุดตัน (Bowel obstruction) เช่น ทวารเทียมหยุดการขับอุจจาระ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

11.6 ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stoma prolapse) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังมากกว่า 2.5 เซนติเมตร

11.7 ภาวะเลือดออกจากทวารเทียม (Stoma bleeding) ได้แก่ มีจุดเลือดออกบริเวณทวารเทียม

11.8 ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (Parastomal hernia) ได้แก่ ผื่นงหน้ำท้องรอบทวารเทียมโป่งพอง

11.9 การทะลุของลำไส้ (Perforate) มักเกิดจากการใส่เครื่องมือเข้าไป เช่น สายยางสวนล้างลำไส้ หรือเกิดจากการอักเสบของลำไส้ เป็นต้น

11.10 อาการท้องเสีย หรืออุจจาระออกทางทวารเทียมมากผิดปกติ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหาร

สำหรับเป้าหมายระยะสั้นของการพยาบาล ในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล (บุญชื่น อิ่มมาก, 2555) คือ 1) มีผู้ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ 2) ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม หรือผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลง และถูกรองรับสิ่งขับหลังได้ 3) ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม หรือผู้ดูแล สามารถสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียมได้ 4) ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม และผู้ดูแล ยอมรับทวารเทียมได้ 5) ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม หรือผู้ดูแล ได้รับทราบแหล่งประโยชน์ 6) ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม หรือผู้ดูแลเลือกอุปกรณ์รองรับสิ่งขับหลังที่มีความเหมาะสมกับตนเอง โดยเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ก่อนกลับบ้าน คือ ผู้ป่วยต้องศักยภาพ และความมั่นใจการดูแลตนเองในเรื่องต่อไปนี้ 1) ถ่ายเทสิ่งขับหลังได้ 2) บอกวิธีทำความสะอาดทวารเทียม/ถูกรองรับสิ่งขับหลังได้ 3) สามารถเลือกอุปกรณ์รองรับสิ่งขับหลังที่เหมาะสมกับตนเอง 4) ทราบชื่อของถูกรองรับสิ่งขับหลัง มีช่องทางติดต่อ และรู้แหล่งจัดหาอุปกรณ์รองรับสิ่งขับหลัง 5) บอกวิธีการเปลี่ยนแปลงและถูกรองรับได้ และรู้ว่าต้องเปลี่ยนเมื่อใด พร้อมทั้งทราบอายุการใช้งานของถูกรองรับ 6) ทราบถึงอาการผิดปกติของทวารเทียม 7) อธิบายการใช้ชีวิตประจำวันได้ 8) สามารถยอมรับทวารเทียม มองดูทวารเทียมของตนเองได้ 9) ได้รับคู่มือการดูแลตนเอง และใบนัดตรวจติดตามการรักษา ส่วนเป้าหมายระยะยาวของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในระยะติดตามการรักษาต่อเนื่อง (บุญชื่น อิ่มมาก, 2555) ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ใช้ชีวิตร่วมกับการมีทวารเทียมได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากที่กล่าวมาข้างต้น เพื่อให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาล พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม คือ ประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม มีการบริหารจัดการเมื่อพบอาการผิดปกติ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นมากที่สุด พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิด

ทวารเทียม เป็นผู้ที่มิพบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข อีกทั้งยังมีบทบาทในการประสานงานเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพในทีมสุขภาพ และหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขากการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

หลักสูตรการเฉพาะทาง/อนุสาขากการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เป็นหลักสูตรการอบรมพยาบาลเพื่อให้มีทักษะพิเศษในการพยาบาลเฉพาะทางในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินปัญหาความต้องการ แก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการผู้ป่วย สามารถป้องกัน และจัดการกับความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย สามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม และแผลที่มีความซับซ้อน สามารถดูแลผิวหนังให้คงสภาพและดูแลรักษาให้ผิวหนังที่ถูกทำลายฟื้นฟูและป้องกันไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถใช้อุปกรณ์หรือเทคโนโลยีเกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประสานการทำงานกับบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องสามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และภาวะผู้นำในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้ารับการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มาจากทั่วประเทศโดยมีคุณสมบัติดังนี้ คือ 1) เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้น 1 จากสภาการพยาบาล 2) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 3 ปี 3) เป็นผู้มีความประพฤติดีประวัติการทำงานดี มีความรับผิดชอบและได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชา 4) มีสุขภาพสมบูรณ์ไม่เป็นโรคอันจะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและฝึกปฏิบัติ สถาบันที่จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ได้กำหนดองค์ประกอบหลักสูตร โดยแบ่งเป็น 3 วิชา คือ 1) วิชาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี 2) วิชาการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 3) วิชาหลักการประเด็นปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี

ประเทศไทยได้มีการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลอนุสาขากการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ โดยเริ่มจากในปีพ.ศ. 2528 2541 และ 2549 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช และวิทยาลัยพยาบาล

สภากาชาดไทย ได้จัดหลักสูตรการพยาบาลอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แพล และควบคุม การขับถ่ายไม่ได้ (ระยะเวลาการศึกษา 8 สัปดาห์) โดยผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาลตามลำดับ เป็นหลักสูตรอบรมพยาบาลเพื่อให้มีทักษะพิเศษในการพยาบาลเฉพาะด้านคลินิกในผู้ป่วยออสโตมี แพล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินปัญหาความต้องการ แก้ไข ปัญหาและตอบสนองความต้องการผู้ป่วย สามารถป้องกัน และจัดการกับความเครียดต่างๆที่อาจเกิด ขึ้นกับผู้ป่วย สามารถดูแลผิวหนังให้คงสภาพ ดูแลรักษาให้ผิวที่ถูกทำลายฟื้นหาย และป้องกันไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน สามารถใช้อุปกรณ์หรือเทคโนโลยีเกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวาร เทียม แพลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประสานการทำงานกับทีม สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม แพลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ได้รับความรู้ การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และภาวะผู้นำในการพัฒนา คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

ในปีพ.ศ. 2557 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยได้จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะ ทาง (ระยะเวลาการศึกษา 16 สัปดาห์) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความรู้ ความเข้าใจในระบบสุขภาพ มีความสามารถ และทักษะในการพยาบาลระดับสูง สามารถนำ กระบวนการพยาบาล และงานวิจัยมาใช้ในการประเมินวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ไข ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยที่มีบาดแผลเฉียบพลันและเรื้อรัง ทวารเทียม และควบคุมการ ขับถ่ายไม่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และร่วมมือประสานงาน ปฏิบัติงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรทีม สุขภาพ หรือผู้เกี่ยวข้องได้ วัตถุประสงค์เฉพาะ คือ เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษามีความสามารถ ดังนี้ 1) ชี้แจงนโยบายสุขภาพ ระบบสุขภาพ และนำแนวคิดทางการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ได้ 2) อธิบาย ความคิดเห็นในการดูแล และหลักการบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีบาดแผลเฉียบพลันและเรื้อรัง ทวาร เทียม และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 3) มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมในการดูแล ผู้ป่วยที่มีบาดแผลเฉียบพลันและเรื้อรัง ทวารเทียม และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 4) ใช้เทคโนโลยี ในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลเฉียบพลันและเรื้อรัง ทวารเทียม และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ได้อย่าง ถูกต้อง ปลอดภัย และคุ้มค่าคุ้มทุน 5) ประยุกต์ศาสตร์ทางการพยาบาลมาใช้วางแผนแก้ปัญหา สุขภาพที่ซับซ้อนในผู้ป่วยที่มีบาดแผลเฉียบพลันและเรื้อรัง ทวารเทียม และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ได้ 6) มีทักษะในการแนะนำ สอน และเป็นพี่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลบาดแผลเฉียบพลันและเรื้อรัง ทวารเทียม และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ 7) วิเคราะห์และตัดสินใจประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล เฉียบพลันและเรื้อรัง ทวารเทียม และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 8) เป็นผู้นำและบริหารจัดการในการ พยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลเฉียบพลันและเรื้อรัง ทวารเทียม และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 9) มีเจตคติ ที่ดีต่อการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลเฉียบพลันและเรื้อรัง ทวารเทียม และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ชมรมพยาบาลออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ได้มีการจัดตั้งในปีพ.ศ. 2547 โดยมีการจัดประชุมวิชาการประจำปี เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาองค์ความรู้ และศักยภาพของพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนให้มีความผาสุก และสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลต่างๆได้อย่างไร้ขีดจำกัด มีการเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายต่างประเทศ Asia Pacific Enterostomal Therapists Nurses Association (APETNA) และ World Council of Enterostomal Therapists (WCET) ทุก 2 ปี จากข้อมูลของชมรมพยาบาลออสโตมีและแผลในปี พ.ศ. 2558 มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/การพยาบาลอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จาก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 32 รุ่น ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช 16 รุ่น และวิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย 11 รุ่น รวมแล้วเป็นจำนวนทั้งสิ้น 446 คน (ชมรมพยาบาลออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้, 2558)

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมนั้นจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ มีความรู้ และมีทักษะพิเศษในการพยาบาลเฉพาะด้านคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นสิ่งหนึ่งที่จะแสดงให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลได้อย่างชัดเจน

5. แนวคิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล

5.1 ความหมายผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ แสดงให้เห็นได้จากการเกิดผลลัพธ์ที่ดี การวัดผลลัพธ์เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการให้บริการ ในอนาคตระบบบริการทางการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลด้านผลลัพธ์เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจในการเลือกใช้บริการ ผลลัพธ์เหล่านี้จะทำให้เกิดการกระตุ้นการปรับปรุงกระบวนการมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ (รัชณี ศุภจินทรรัตน์, 2550) ซึ่งผลลัพธ์ทางการพยาบาลมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Moorhead et al (2010) กล่าวถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลไว้ว่า หมายถึง ผลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการ ทักษะ คุณค่า พฤติกรรม และสถานะสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และชุมชน ภายหลังให้การพยาบาล

รัชณี ศุภจินทรรัตน์ (2550) ให้ความหมายของผลลัพธ์ทางการพยาบาลไว้ว่า เป็นสภาวะที่เกิดขึ้นในผู้รับบริการ ทั้งด้านสุขภาพ ความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจ ละการปฏิบัติตามคำแนะนำที่เกิดขึ้นจากการให้การพยาบาล ซึ่งสามารถวัดได้

สรุปผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย และครอบครัว โดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวแบบองค์รวม เป็นสิ่งที่มี การคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า และเป็นสิ่งที่สามารถวัดได้

5.2 การพัฒนาคุณภาพด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การวัดผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (Patient outcome) พบว่าเริ่มตั้งแต่สมัยของ Florence Nightingale ตั้งแต่ยุคสงครามไครเมียในปีค.ศ. 1852-1856 ซึ่งใช้อัตราการติดเชื้อจากแผล อัตราการ เกิดโรค เป็นตัวชี้วัด ต่อมา Donabedian (1982) ได้ทำการพัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพ ซึ่ง ประกอบด้วย การประเมินด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ส่งผลให้การวิเคราะห์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผลลัพธ์การบริการเป็นระบบมากขึ้น และใช้เป็นแนวทางการประเมินคุณภาพระบบ บริการสุขภาพมาจนถึงปัจจุบัน (วิภาดา คุณาวิฑิตกุล, 2556)

แนวทางการประเมินนี้มีความสำคัญต่อการปฏิบัติทางการแพทย์ ทำให้การศึกษา ผลลัพธ์ทางการแพทย์ (Medical Outcome Study : MOS) ได้มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่ใช้เฉพาะ ผลลัพธ์ด้านคลินิก สู่การวัดผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการวัดผลลัพธ์ทางระบบสุขภาพ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล การกำหนดนโยบาย และมาตรฐานของระบบข้อมูลทางการพยาบาล รวมทั้งการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Moorhead et al., 2010) ในปัจจุบันสำหรับประเทศไทย การพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเน้นการ ควบคุมคุณภาพด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น อัตราการตาย อัตราการเกิด ระดับความพึงพอใจ ภาวะแทรกซ้อน (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ, 2543) ผลลัพธ์ของผู้ป่วยเหล่านี้สะท้อนถึงคุณภาพ การดูแล ซึ่งสามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ และในการตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผล คุณภาพการพยาบาล เป็นการตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะอย่างในเวลาที่กำหนด เป็นการ ตรวจสอบใน 3 ลักษณะคือ (วิภาดา คุณาวิฑิตกุล, 2556)

5.2.1 การตรวจสอบโครงสร้าง (Structure audit) เน้นสถานที่ที่ให้บริการ รวมถึงสิ่ง อำนวยความสะดวกต่างๆ เครื่องมือ นโยบาย การจัดองค์การ วิธีการ และการบันทึกทางการแพทย์ มาตรฐานนี้จัดทำโดย Check list ว่ามีหรือไม่มีตรวจสอบโครงสร้างนี้ รวมถึงความรู้แล ประสบการณ์ของพยาบาลร่วมด้วย ซึ่งการศึกษาพบว่า การตรวจสอบโครงสร้างไม่สามารถรับประกัน คุณภาพในการดูแลได้ เนื่องจากต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น อัตราส่วนของพยาบาลกับผู้ป่วย อัตราการขาดงาน สิ่งเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาล

5.2.2 การตรวจสอบกระบวนการ (Process audit) เป็นการตรวจสอบกิจกรรมที่ เกิดขึ้นจริง ที่ดำเนินการโดยผู้ให้บริการ รวมถึงการปฏิบัติทางจิตสังคมด้วย เช่น การสอน การจัดการ ทางด้านร่างกาย การเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งการกิจกรรมของสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary) ซึ่ง การตรวจสอบนี้ ใช้การสังเกต การตรวจสอบรายงาน บันทึกภายหลังการให้การดูแล

5.2.3 การตรวจสอบผลลัพธ์ (Outcome audit) เป็นการตรวจสอบผลที่ได้จากการปฏิบัติกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วย โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการพยาบาล รวมทั้งความรู้ ทักษะ ทักษะคิด ความพึงพอใจ และความร่วมมือในการรักษา ตรวจสอบโดยใช้วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วย การสอบถามความพึงพอใจ และการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ ส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นผลจากการดูแลรักษา ประเมินโดยการใช้เครื่องมือสำหรับประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ มีทั้งการประเมินทั่วไปและการประเมินเฉพาะ แต่ยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม อีกทั้งการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลเฉพาะโรคยังมีน้อย (ประคอง อินทรสมบัติ, 2550) ทั้งที่พยาบาลเป็นผู้ให้การดูแล และให้บริการบริการแก่ผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่องค์กรกำหนด ตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน การกำหนดตัวชี้วัดการพยาบาลเฉพาะโรคจะเป็นการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลของผู้ป่วยที่ไวต่อการปฏิบัติการพยาบาล สามารถเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และมีความเฉพาะเจาะจง (Moorhead et al., 2010)

5.3 การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล

ระบบการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcomes Classification : NOC) เป็นภาษามาตรฐานด้านผลลัพธ์การพยาบาล ที่พัฒนาโดยทีมวิจัยของมหาวิทยาลัยไอโอวา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 ได้นิยามคำของการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาลว่า หมายถึงภาษามาตรฐานที่อธิบายผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ไวต่อการตอบสนองกิจกรรมทางการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยขณะเก็บข้อมูล ก่อนและหลังทำกิจกรรมทางการพยาบาลเท่านั้น NOC สามารถเชื่อมโยงกับการวินิจฉัยทางการพยาบาลของสมาคมแห่งอเมริกา (The North American Nursing Diagnosis Association : NANDA) และระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention Classification : NIC) ซึ่งทำให้กระบวนการมีความสมบูรณ์ และยังสามารถใช้ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลจำเป็นทางการพยาบาล (Nursing Minimum Data Set: NMDS) ที่เป็นรูปธรรมสำหรับการบันทึกปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เพื่อใช้วัดคุณภาพการพยาบาลในทุกกลุ่มโรคของผู้ป่วย ทั้งในระดับของโรงพยาบาล การดูแลที่บ้าน และชุมชน (อินซาสาระสิต, 2550) และยังใช้เป็นเครื่องมือประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการจัดกลุ่มผลลัพธ์การพยาบาล NOC ใช้ได้ง่าย เป็นการจัดโครงสร้างตำแหน่งของผลลัพธ์ให้คงที่สามารถบรรจุผลลัพธ์ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ หรือเพิ่มเติมผลลัพธ์ที่ไม่ครบถ้วน และสะดวกในการเลือกผลลัพธ์สำหรับการวินิจฉัยการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน (Moorhead et al., 2013) กลุ่มของ NOC มีการพัฒนาครั้งล่าสุดเมื่อปี ค.ศ. 2004 ซึ่งประกอบด้วยผลลัพธ์การพยาบาล 7 กลุ่ม (Domains) (Moorhead et al., 2013) ได้แก่

- 1) กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional health)
- 2) กลุ่มสุขภาพด้านสรีระวิทยา (Physiologic health)
- 3) กลุ่มสุขภาพด้านจิตสังคม (Psychosocial health)
- 4) กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ (Health knowledge and behavior)
- 5) กลุ่มรับรู้สุขภาพ (Perceived health)
- 6) กลุ่มสุขภาพครอบครัว (Family health)
- 7) กลุ่มสุขภาพชุมชน (Community health)

รายการผลลัพธ์การพยาบาลแต่ละรายการ จะประกอบด้วย 1) รหัสผลลัพธ์ (Code) เพื่อความสะดวกในการใช้งานทางคอมพิวเตอร์ของระบบสารสนเทศทางคลินิก 2) ชื่อของผลลัพธ์ (Labels) 3) ความหมาย (Definition) 4) ตัวชี้วัด (Indicator) ซึ่งเป็นข้อความเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรม ที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่ได้จากคำบอกเล่าตามการรับรู้ของผู้ป่วยมีการประเมินของพยาบาล 5) มาตรการวัดผลลัพธ์ (Outcome measurement) สำหรับประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นมาตรวัดอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5-point likert scale) สำหรับการลงบันทึก ทั้งการจดบันทึก และทางอิเล็กทรอนิกส์ใช้เป็นฐานข้อมูลทางการพยาบาลสำหรับการพัฒนาคุณภาพ เชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลสำคัญของระบบสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการใช้กลุ่มของ NOC เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับการวิจัยนี้ เนื่องจาก NOC เป็นระบบการจำแนกด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่มีความชัดเจน สามารถใช้สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีความครอบคลุมแบบองค์รวมผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวตลอดจนชุมชน ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการ

5.4 การประเมินคุณภาพการพยาบาล

การประเมินคุณภาพการพยาบาล เป็นการสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงมีผลกระทบจากการรักษาขั้นตอน หรือการปฏิบัติ การโดยทั่วไปในทางปฏิบัติมักใช้อัตราการตาย และอัตราการเกิดโรคในการติดตามผลของการรักษา ซึ่งเป็นการวัดคุณภาพที่ไม่เหมาะสม เพราะเน้นผลลัพธ์ทางคลินิกหรือด้านสรีระวิทยา ไม่ได้อธิบายผลที่เกิดกับด้านอื่น (Nel, Müller, & Colyn, 2011) การวัดผลลัพธ์ปัจจุบันมีหลายแนวทางที่ใช้วัดผลทางสุขภาพรวมถึงด้านสรีระวิทยา เช่น การเต้นของหัวใจ น้ำหนัก ด้านจิตสังคม เช่น การต่อต้านการง่วงใจ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การประกอบกิจวัตรประจำวัน ด้านคุณภาพชีวิต เช่น ภาวะความเป็นอยู่ที่ดี การควบคุมอาการ ด้านความรู้ เช่น การใช้ยาอาหาร และความพึงพอใจทั้งของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน (Moorhead et al., 2010) ด้านการเงิน เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

ปัจจุบันการประเมินคุณภาพการพยาบาลมีความสำคัญ คือ ช่วยประเมินผลของการใช้วิธีทางการพยาบาลต่างๆว่าผลการพยาบาลเป็นอย่างไร ช่วยในการเปรียบเทียบวิธีการพยาบาลเพื่อ

ประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุด ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยในการยืนยันคุณภาพทางการแพทย์พยาบาล สามารถบอกถึงผลกระทบของการพยาบาลต่อสุขภาพ และชีวิตของผู้ป่วยต่อองค์กรหรือหน่วยงาน เช่น ต้นทุนประสิทธิภาพ ความพึงพอใจ นอกจากนั้นทำให้ทราบว่าควรพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเรื่องใดบ้าง ซึ่งวัตถุประสงค์การประเมินผลลัพธ์การพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2554) ได้กล่าวไว้ว่าเป็นการมุ่งเน้นผลของการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และความปลอดภัย ใช้ตรวจสอบความเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่สามารถรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาสาเหตุแก้ไข้ปัญหาได้ทันที และมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพการดูแลมีการจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ได้มีการแบ่งวัตถุประสงค์ในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลออกเป็น 4 ด้าน (Fulton, Lyon, & Goudreau, 2014) ได้แก่ 1) ด้านคลินิกในการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา 2) ด้านการปฏิบัติการดูแล เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีขึ้น 3) ด้านการเงิน เพื่อบรรลุการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) ด้านการรับรู้ในการตอบสนองความพึงพอใจของผู้ป่วย

การประเมินคุณภาพการพยาบาลในปัจจุบัน ใช้ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในการประเมิน ซึ่งตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลมักพิจารณาตามลักษณะบริบทของสถานให้บริการพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ เช่น การพลัดตกหล่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นต้น การพัฒนาตัวชี้วัดที่มีความเฉพาะเจาะจงและสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย จะสามารถใช้ประเมินคุณภาพได้อย่างครอบคลุมและเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมสำหรับการพยาบาลผู้ป่วย

6. แนวคิดตัวชี้วัด

6.1 ความหมายของตัวชี้วัด ความหมายของตัวชี้วัดได้มีผู้ให้ความหมายตัวชี้วัดต่างๆ มากมายดังนี้

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2548) ได้ให้ความหมายของตัวชี้วัด หมายถึง สารสนเทศที่บ่งบอกถึงสถานภาพ หรือสถานการณ์การดำเนินงานขององค์กร ซึ่งอาจอยู่ในรูปค่าที่สังเกตได้เป็นตัวเลข ข้อความ องค์กรประกอบ ตัวแปร หรือปัญหาในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร (2551) ให้ความหมายของตัวชี้วัด หมายถึง ค่าที่สังเกตได้เพื่อนำมาใช้บ่งชี้สถานภาพหรือสะท้อนลักษณะการดำเนินงานหรือผลการดำเนินงาน และผลสัมฤทธิ์ ซึ่งเป็นสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนหรือกำหนดนโยบายขององค์กร

ธิดา นิงสานนท์ (2551) ได้ให้ความหมายของตัวชี้วัด หมายถึง เป็นดัชนี ดัชนีวัด หรือค่าบ่งชี้ เป็นเครื่องมือในการวัด เป็นตัวแปรที่ใช้บอกสถานการณ์หรือพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งมีการ

พัฒนาให้เป็นตัวแปรมาตรฐาน มีความถูกต้องและเชื่อถือได้ เหมาะแก่การใช้วัดซ้ำๆ หรือวัดสิ่งเดียวกันในหลายที่ เพื่อเปรียบเทียบกันได้

สรุปความหมายของคำว่า ตัวชี้วัด (Indicator) หมายถึง ตัวแปรหรือค่าที่สังเกตได้จาก อยู่ในรูปตัวเลข ข้อความ องค์ประกอบ ตัวแปร หรือปัญหาในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง นำมาใช้บ่งชี้ สถานภาพหรือสะท้อนลักษณะการดำเนินงาน ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพทั้งด้าน กระบวนการ และผลลัพธ์ในการดูแล

6.2 ประเภทของตัวชี้วัด การจำแนกประเภทตัวชี้วัดอาจจำแนกได้หลายลักษณะ ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัว ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวัดและประเด็นที่ต้องการตัวชี้วัดนั้นไปวัด ซึ่งได้มีผู้แบ่งประเภทตัวชี้วัดไว้มากมายดังนี้

Teleki, S (2006) ได้จำแนกตัวชี้วัดเป็น 3 ด้าน คือ

1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย/ผู้รับบริการ (Patient outcome) ได้แก่ ความพึงพอใจและความพึงพอใจของผู้ป่วย พฤติกรรมการตอบสนอง ความรู้สึกที่มีต่อผู้ให้บริการ

2) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (Provider outcome) ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นหลังได้รับการรักษาพยาบาล เช่น สัญญาณชีพ การเกิดภาวะแทรกซ้อน

3) ผลลัพธ์ด้านผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (Payer outcome) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแล อัตราการตาย การเกิดความพิการหรือการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543 ได้แบ่งตัวชี้วัดเป็น 4 ประเภทดังนี้

1) ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structure indicator) เป็นตัวชี้วัดด้านคุณภาพของ Input หรือ Resource ที่ใช้ในองค์กรเพื่อให้เกิดการรักษา หรือการบริการขององค์กร อาจเป็นด้าน บุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือ หรืออาคารสถานที่

2) ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process indicator) เป็นตัวชี้วัดกิจกรรมหรืองานต่อเนื่อง ที่อยู่ในกระบวนการที่ทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและนำผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

3) ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome indicator) เป็นการประเมินผลที่เกิดกับผู้รับบริการ รวมถึงครอบครัวและชุมชน ที่เป็นผลจากการดูแลดังนี้

3.1 ผลลัพธ์ที่เฉพาะกับผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง (Disease - specific outcome) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่นจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด

3.2 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยรวม (General health outcome) ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือประชาชน การใช้ชีวิตที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่นผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองได้ภายหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพก 3 เดือน ต่อจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมด

3.3 ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย (Patient performance outcome) เป็นการวัดความรู้ความเข้าใจในโรคต่างๆ และสิ่งที่ทำให้มีสุขภาพดี รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง และเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น ผู้ป่วยที่หยุดสูบบุหรี่หลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจที่เคยสูบบุหรี่

4) ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient satisfaction outcome) เป็นการวัดความพึงพอใจในด้านต่างๆของผู้ป่วย ทั้งการรักษาและอื่นๆ เช่น ระยะเวลาการรอคอย ความสะอาด ความสะดวก การสื่อสารข้อมูล

สรุปประเภทของตัวชี้วัด สามารถจำแนกได้หลายลักษณะ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ และประเด็นที่ต้องการตัวชี้วัดนั้นไปวัด ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ เนื่องจากเป็นการประเมินผลที่เกิดกับผู้รับบริการ รวมถึงครอบครัวและชุมชน ที่เป็นผลจากการดูแลได้อย่างชัดเจน และตรงประเด็น

6.3 หลักการกำหนดตัวชี้วัด หลักการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ที่ควรพิจารณามี 5 ประเด็น (พรทิพย์ มาลาคำ และประคอง อินทรสมบัติ 2549) คือ

ประเด็นที่ 1 ปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

ประเด็นที่ 2 ตัวชี้วัดที่ไวต่อผลการพยาบาล (Nursing-sensitive quality indicator) คือตัวบ่งชี้ที่บ่งบอกว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการพยาบาลมากที่สุด ซึ่งจะไวต่อการบ่งชี้คุณภาพการพยาบาล

ประเด็นที่ 3 ตัวชี้วัดต้องมีคุณภาพในการวัด ทั้งความตรง ความเที่ยง และความไว

ประเด็นที่ 4 ตัวชี้วัดในการพยาบาล นอกจากพิจารณาผลลัพธ์ทางการรักษาแล้ว ยังต้องครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การจัดการกับอาการต่างๆ รวมทั้งการบรรเทาอาการเจ็บป่วยทั้งระยะเฉียบพลัน และเรื้อรัง

ประเด็นที่ 5 การกำหนดกรอบเวลาที่จะบรรลุเป้าหมาย ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินคุณภาพ เนื่องจากผลลัพธ์ของกิจกรรมการพยาบาลแต่ละรายการ จะใช้เวลาในการสัมฤทธิ์ผลต่างกัน

ดังนั้นการกำหนดตัวชี้วัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมในงานวิจัยนี้ จึงกำหนดตัวชี้วัดการพยาบาลที่ไวต่อผลการปฏิบัติการพยาบาล มีคุณภาพทั้งความตรง ความเที่ยง ความไว และสะดวกต่อการนำไปใช้ สะท้อนถึงพันธกิจในการดูแลรักษา และครอบคลุม

6.4 ประโยชน์ของตัวชี้วัด จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของตัวชี้วัดไว้ดังนี้ 1) ทำให้รู้ตนเอง สามารถประเมินสถานะปัจจุบันได้ 2) แสดงให้เห็นถึงผลการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม เป็นเครื่องมือในการติดตามการปฏิบัติงาน 3) ช่วยในการค้นหาโอกาสในการพัฒนา วางแผนการฝึกอบรมให้แก่บุคลากร และจัดสรรทรัพยากรบนพื้นฐานของผลการปฏิบัติงาน 4) เป็นเครื่องมือในการเปรียบเทียบผลงาน สร้างโอกาสในการเรียนรู้ร่วมกัน

6.5 วิธีการสร้างและพัฒนาตัวชี้วัด วิธีการสร้าง และพัฒนาตัวชี้วัดมีหลายวิธี แต่ส่วนใหญ่จะพิจารณาหลักเกณฑ์เพื่อการตัดสินใจ 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นแรก การกำหนดนิยามตัวชี้วัด วิธีการกำหนดนิยามตัวชี้วัดจำแนกออกได้เป็น 3 วิธีการ ได้แก่ 1) การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยนิยามเชิงปฏิบัติการ การสร้างตัวชี้วัดประเภทนี้แบ่งได้เป็น 2 วิธี วิธีแรกคือ การสร้างตัวชี้วัดในลักษณะที่เป็นตัวแทน (Representative indicator) โดยการเลือกตัวแปรที่มีอยู่มาใช้ ส่วนวิธีที่สอง คือ การสร้างตัวชี้วัดรวม โดเมนการนำเอาตัวแปรจำนวนหนึ่งมารวม หรือผสมกัน โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ตัวแปรเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กัน แต่อาจไม่มีการกำหนดค่าน้ำหนักให้ตัวชี้วัดแต่ละตัว การรวมตัวแปรแบบนี้มักกำหนดขึ้นเพื่อนำไปใช้ในงานเฉพาะอย่าง อาจเกิดความลำเอียงได้ ขึ้นอยู่กับบุคคลที่เลือกหรือจัดกลุ่มตัวแปร 2) การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยนิยามเชิงทฤษฎี การสร้างตัวชี้วัดประเภทนี้อาศัยการสร้างจากผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการคือ การรวมตัวแปรหนึ่งเข้าด้วยกัน โดยวิธีการทางเลขคณิต ซึ่งตัวแปรเหล่านั้นจะถูกเลือกมาตามลำดับความสำคัญ และมีความสัมพันธ์กัน โดยกำหนดค่าน้ำหนักให้กับตัวแปรแต่ละตัว โดยอาศัยฐานแนวคิดหรือทฤษฎีที่มีอยู่ และสังเคราะห์ขึ้นเป็นตัวชี้วัด ซึ่งวิธีนี้มีข้อดีคือ ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลน้อย แต่มีข้อเสียคือ เป็นความคิดของคนเพียงกลุ่มเดียว และ 3) การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยนิยามเชิงประจักษ์ วิธีนี้คล้ายกับวิธีที่สอง ต่างกันคือ ในการสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยทฤษฎี ในการเลือกกำหนดน้ำหนักนั้นเลือกจากลำดับความสำคัญ แต่การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยนิยามเชิงประจักษ์ เป็นการกำหนดน้ำหนักจากการวิเคราะห์ข้อมูลชุดหนึ่ง และดูความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยวิธีการทางสถิติ แล้วนำผลการวิเคราะห์มาจัดกลุ่มตัวแปร ซึ่งวิธีนี้มีข้อดีคือ ข้อมูลน่าเชื่อถือ แต่ใช้เวลามากและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

ประเด็นที่สอง การคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษา การคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษาจะต้องนำตัวแปรสำคัญทั้งหมดที่เกี่ยวข้องมารวมกันสร้างเป็นตัวชี้วัด ด้วยการระบุคุณลักษณะของสิ่งที่มุ่งศึกษาอย่างชัดเจน โดยอาศัยข้อเสนอทางทฤษฎี เอกสารต่างๆ หรือการลงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งควรหลีกเลี่ยงจำนวนตัวแปรที่มาก เพราะอาจทำให้สิ่งที่มุ่งศึกษามีความซับซ้อนและยากในการแปลความหมาย หลังจากนั้นเลือกตัวแปรให้ครอบคลุมในแต่ละคุณลักษณะ หลีกเลี่ยงตัวแปรหลายตัวที่มุ่งคุณลักษณะเดียวกัน และตัวแปรที่มีความคลาดเคลื่อนในการวัดมาก

ประเด็นที่สาม การกำหนดวิธีรวมตัวแปร วิธีการรวมตัวแปรเพื่อสร้างตัวชี้วัด โดยทั่วไปใช้ 2 วิธีคือ การรวมทางพีชคณิต และการรวมแบบทวิคูณ ซึ่งข้อตกลงเบื้องต้นและวัตถุประสงค์การใช้แตกต่างกัน การรวมทางพีชคณิตมีข้อตกลงเบื้องต้นคือ ความสามารถของตัวแปรสามารถทดแทนกันได้ และมีวัตถุประสงค์ในการเปรียบเทียบระบบตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ไม่ว่าเรื่องที่ศึกษานั้นมีความแตกต่างกันกี่หน่วย ส่วนการรวมแบบทวิคูณนั้นการเปลี่ยนแปลงค่าตัวแปรหนึ่งตั้งบนฐานของอีกตัว

แปรหนึ่ง ไม่สามารถทดแทนกันได้ การรวมตัวแปรด้วยวิธีการนี้มักใช้ในการเปรียบเทียบระบบตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ว่าระบบหนึ่งมีค่าตัวชี้วัด สูงกว่าอีกระบบหนึ่งกี่เท่า

ประเด็นที่สี่ การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร ในการกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร สามารถทำได้ 2 วิธีคือ การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรให้เท่ากัน และให้ต่างกัน อาจใช้การพิจารณาตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert judgment) วิธีวัดความสำคัญของตัวแปร (Measure effort required) โดยพิจารณาจากเวลา (Time taken) หรือค่าใช้จ่าย (Cost) ของการกระทำใดๆที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนั้น หรือวิธีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Impirical data) โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) วิธีการพิจารณาตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert judgment) เป็นการพิจารณาถึงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ต้องการศึกษานั้นๆ ซึ่งอาจเป็นนักวิจัยหรือนักวางแผนที่เกี่ยวข้อง โดยให้แต่ละคนเสนอค่าน้ำหนักของตัวแปร แล้วพิจารณาหาข้อยุติด้วยการใช้ค่าเฉลี่ย หรือการอภิปรายลงความเห็น หรือใช้แบบสอบถาม เพื่อหาค่าร้อยละที่ผู้ตอบเห็นด้วยกับน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรที่ระบุ นอกจากนี้อาจใช้วิธีการที่เป็นระบบมากขึ้น เช่น การใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อสำรวจหาฉันทมติจากผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ต้องเผชิญหน้ากัน แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้หาค่าน้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวแปรต่อไป 2) วิธีวัดความสำคัญของตัวแปร (Measure effort required) โดยพิจารณาจากเวลา (Time taken) หรือค่าใช้จ่าย (Cost) ของการกระทำใดๆที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนั้น วิธีการนี้ถ้าเวลาหรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการกระทำบางสิ่งบางอย่างสำหรับตัวแปรหนึ่งมากกว่าอีกตัวหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทที่ต้องการศึกษา และ 3) วิธีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) เป็นการใช่วิธีทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรแต่ละตัว อาจใช้หลักการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) การวิเคราะห์จำแนก (Discriminal analysis) หรือการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ คาโนนิคัล (Canonical correlation analysis) วิธีการกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรไม่มีหลักเกณฑ์ตายตัวว่า ควรใช้วิธีการใดจึงจะเหมาะสมมากที่สุด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบในการพิจารณา

ประเด็นที่ห้า การตรวจสอบคุณภาพตัวชี้วัด มีหลัก 2 ประการคือ การตรวจสอบคุณภาพภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี และการตรวจสอบด้วยวิธีทางสถิติ การตรวจสอบคุณภาพภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ชัดเจน มีคุณภาพและนิยามเชิงปฏิบัติการที่ถูกต้อง สอดคล้องกับเป้าหมายในการนำตัวชี้วัดไปใช้ประโยชน์ รวมถึงลักษณะ ประเภท และระดับของการวัด กรอบแนวคิดในการสร้างตัวแปร และการสร้างโมเดลหรือการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร สิ่งเหล่านี้จะให้ข้อมูลที่ได้มีคุณภาพ และได้ตัวชี้วัดที่มีความหมายตรงภายในมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การศึกษาและสร้างตัวชี้วัดตามหลักทฤษฎี โดยอาศัยนิยามเชิงทฤษฎี โดยการทบทวนทางทฤษฎี ตำรา เอกสารต่างๆ และพิจารณาตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้วย

เทคนิควิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อสำรวจหาฉันทามติจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม จากกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ/อาจารย์/นักวิชาการ และ/หรือคณะกรรมการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ กลุ่มพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดตัวชี้วัด

สรุป ตัวชี้วัดการพยาบาลเป็นสิ่งที่บ่งบอกแนวทาง หรือเป้าหมายในการปฏิบัติงาน สามารถใช้เป็นเกณฑ์กำหนดในการประเมินคุณภาพการพยาบาล และเป็นเครื่องมือในการควบคุมคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการกำหนดตัวชี้วัดให้มีความเฉพาะ และสอดคล้องของผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นนั้น จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และก่อให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่มีคุณภาพ ตอบสนองเป้าหมายขององค์การ

6.6 แนวคิดตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

เนื่องจากตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ยังไม่มีผู้ศึกษาไว้ อย่างชัดเจน ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมของสถาบัน และสมาคมทั้งในและต่างประเทศ ถึงแม้มีความคล้ายคลึงกัน แต่ก็ยังไม่แสดงถึงตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่เป็นปัจจุบัน และเหมาะกับบริบทหรือนโยบายสาธารณสุขในประเทศไทยที่ชัดเจน ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องมีความเฉพาะเจาะจง และมีความครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมของผู้ป่วย เหมาะสมกับบริบทด้านสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุดผู้วิจัยจึงบูรณาการแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC) (Moorhead et al., 2013) แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมของ Grinspun (2009) Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers (2012) WCET Guideline (2014) Watts & Croves (2016) และจากการทบทวนเอกสารทางวิชาการ และตำราที่เกี่ยวข้องทั้งนอก และต่างประเทศ เพื่อพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

6.6.1 การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC) (Moorhead et al., 2013) ได้กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ดังนี้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว สภาวะระบบขับถ่าย สัญญาณชีพ ความสมดุลของสารน้ำ อิเล็กโตรไลต์ ภาวะโภชนาการ การตอบสนองต่อการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ความเจ็บปวด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทศนคติเกี่ยวกับโรค และการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การยอมรับ

สุขภาพและการเจ็บป่วย ความพึงพอใจในการดูแล ความสามารถในการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดำเนินโรค การดูแลตนเอง และแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพ

6.6.2 Grinspun (2009) ได้กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมไว้ใน Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) ดังนี้ ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจเกี่ยวกับการรับการผ่าตัดทวารเทียมของผู้ป่วย ดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด วางแผนในการดูแลทวารเทียมสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กำหนดตำแหน่งเปิดทวารเทียม จัดโปรแกรมคลายเครียด ระยะเวลาหลังผ่าตัด ประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประเมินสิ่งขับหลัง และลักษณะทวารเทียม ประเมินภาวะโภชนาการ เตรียมผู้ป่วย และครอบครัวในการดูแลทวารเทียมเมื่อกลับบ้าน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ประเมินภาวะจิตใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์

6.6.3 Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers Guideline (2012) ได้กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมไว้ดังนี้ ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดทวารเทียม แนะนำความรู้ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสำหรับครอบครัว ผู้ดูแล ดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยเพื่อลดภาวะเครียด และกำหนดตำแหน่งเปิดทวารเทียม ระยะเวลาหลังผ่าตัด ประเมินอาการปวด ภาวะแทรกซ้อน และสิ่งขับหลัง แนะนำผู้ป่วย และผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการสูญเสียภาพลักษณ์ วางแผนการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

6.6.4 WCET Guideline (2014) ได้มีการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมไว้ ดังนี้ ดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม กำหนดตำแหน่งเปิดทวารเทียม โดยแพทย์ผ่าตัด หรือพยาบาลเฉพาะทาง (ET nurse) ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแล ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ประเมินผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม และการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์

6.6.5 Watts & Croves (2016) ได้กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมไว้ ดังนี้ ระยะเวลาก่อนผ่าตัด เตรียมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจโดยให้คำปรึกษาก่อนการผ่าตัด โดยพยาบาลเฉพาะทาง (ET nurse) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด กำหนดตำแหน่งเปิดทวารเทียม โดยแพทย์ผ่าตัด หรือพยาบาลเฉพาะทาง ระยะเวลาหลังผ่าตัด ประเมิน และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประเมินสิ่งขับหลัง ลักษณะทวารเทียม และการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ แนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการดูแลทวารเทียม และการดูแลต่อเนื่องจากทีมเฉพาะทาง

จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมของสถาบัน และสมาคมทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งสามารถสรุปเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 4 ด้าน คือ ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และด้านความสามารถในการปรับตัวกับการสูญเสียภาพลักษณ์ โดยแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 4 ด้าน ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมของสถาบัน และสมาคมทั้งในและต่างประเทศ

| ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล | Grinspun, Calvert, Disley, Moorhead, (2009) | WCET Guideline (2016) | Watts Croves, (2013) |
|--|---|-----------------------|----------------------|
| 1. ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2. ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม | ✓ | ✓ | ✓ |
| 3. ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย | ✓ | ✓ | ✓ |
| 4. ด้านความสามารถในการปรับตัวกับการสูญเสียภาพลักษณ์ | ✓ | ✓ | ✓ |

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 4 ด้าน ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม เรียงลำดับความสำคัญได้ดังนี้

1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (NOC: Moorhead, et al., 2013; Grinspun, 2009; Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers, 2012; WCET Guideline, 2014; Watts & Croves, 2016) ได้แก่ การกำหนดตำแหน่งเปิดทวารเทียมที่ถูกต้อง เหมาะสมสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรค และการวินิจฉัยของแพทย์ ประเมินสัญญาณชีพ ปริมาณการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียม หรือจากท่อระบายของเสียต่างๆ การดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (NOC: Moorhead, et al., 2013; Grinspun, 2009; Calvert, Disley, Jowett, &

Chalmers ,2012; WCET Guideline, 2014; Watts & Croves, 2016) ได้แก่ ผู้ป่วย และ/หรือครอบครัว/ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีความสุขสบายขณะนอนรับการรักษาดัว ไม่มีความเจ็บปวด นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ได้รับโภชนาการที่เหมาะสมเพียงพอ ปรับตัวยอมรับการมีทวารเทียมได้ ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว/ผู้ดูแล ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ และแหล่งสนับสนุนตามแผนการจำหน่ายความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับทวารเทียมลดลง จากการได้ข้อมูลตามแผนการรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วย และ/หรือครอบครัว/ผู้ดูแล ต่อการบริการพยาบาล

3. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านความสามารถในการดูแลตนเอง (NOC: Moorhead et al., 2013; Grinspun, 2009; Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers ,2012; WCET Guideline, 2014; Watts & Croves, 2016) ได้แก่ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลก่อน และหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถอธิบายถึงวิธีในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การเลือกใช้ถุงรองรับอุจจาระ /อุปกรณ์เสริม การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นและแก๊ส ความเตรียมพร้อมในการเดินทาง การติดแป้นถุงรองรับอุจจาระไม่ให้เกิดการรั่วซึม การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การทำความสะอาดทวารเทียม เป็นต้น และผู้ป่วยไม่กลับมารักษาศ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน หลังการจำหน่าย

4. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านความสามารถในการปรับตัวกับการสูญเสียภาพลักษณ์ (NOC: Moorhead, et al., 2013; Grinspun, 2009; Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers ,2012; WCET Guideline, 2014; Watts & Croves, 2016) ได้แก่ สามารถควบคุมกลิ่นและแก๊สทางทวารเทียมได้ สวมใส่เสื้อผ้าได้ตามปกติ ปกปิดถุงรองรับอุจจาระได้ เดินทาง/ท่องเที่ยวได้ด้วยความมั่นใจไม่กลั่น หรือการรั่วซึมจากทวารเทียม ไม่มีความลำบากใจ กลัวในการมองหรือสัมผัสทวารเทียม ไม่รู้สึกอายที่ต้องมีถุงรองรับสิ่งขับถ่ายติดตัวอยู่ตลอดเวลา ไม่แยกตัวจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม จากการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC) (Moorhead, et al., 2013) แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมของ Grinspun (2009) Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers, (2012) WCET Guideline (2014) และ Watts & Croves (2016) มาบูรณาการเป็นกรอบแนวคิดของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม เพื่อให้ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมมีความเฉพาะเจาะจง และมีความครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วย ที่ครอบคลุมองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตสังคมของผู้ป่วย

7. เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

เดลฟาย (Delphi) เป็นชื่อวิหารศักดิ์สิทธิ์สมัยกรีกโบราณ ที่ประชาชนนิยมไปขอคำพยากรณ์ในอนาคตหรือเหตุการณ์สำคัญ การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายจึงเป็นเทคนิคการทำนายเหตุการณ์หรือความเป็นไปได้ในอนาคต โดยอาศัยฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันน่าเชื่อถือในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ข้อสรุปจากฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนี้ จะสามารถนำมาใช้ประกอบในการตัดสินใจด้านต่างๆได้ ทั้งในเชิงวิชาการและเชิงบริหาร (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2553) เทคนิคเดลฟายเกิดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2495 แต่ถูกเก็บเป็นความลับเนื่องจากเป็นเทคนิคที่กองทัพอากาศอเมริกันใช้ศึกษาและวิจัยสิ่งต่างๆ ได้รับการเปิดเผยเมื่อปี พ.ศ. 2505 โดย โอลาฟเฮลเมอร์ (Olaf Helmer) และนอร์แมน ซี ดาลกี (Norman C. Dalkey) ซึ่งเป็นนักวิจัยของบริษัทแรนด์ (Rand corporation) ในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ทั้งสองได้เขียนบทความเรื่อง An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts ซึ่งได้ตีพิมพ์ในวารสาร Management science ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 เมษายน 2506 และได้พัฒนาจนเป็นเทคนิคที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2553) เดลฟายกลายเป็นแบบวิธีวิจัยประเภทหนึ่ง ที่ได้รับความสนใจ และเป็นที่ยอมรับของนักวิทยาศาสตร์ และนักสังคมศาสตร์ในปัจจุบัน โดยมีความครอบคลุมทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปรัชญา และประโยชน์ในการสร้างความรู้และความเข้าใจที่เกี่ยวกับอนาคตได้เป็นอย่างดี สามารถบรรยายทางเลือกในอนาคตที่เป็นไปได้ในแต่ละทางเลือก ซึ่งจะนำไปสู่การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สามารถควบคุม ผลักดันรวมทั้งการวางแผนอนาคตให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ (จุมพล พุฒภัทรชีวิน, 2544)

7.1 คุณลักษณะของเทคนิคเดลฟาย

คุณลักษณะของเทคนิคเดลฟาย มีดังต่อไปนี้ (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2553) 1) ผู้เข้าร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญในการศึกษาวิจัย ไม่ทราบว่าใครบ้างที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และไม่ทราบว่าผู้อื่นมีความเห็นอย่างไรในประเด็นที่ศึกษา ทั้งนี้เพราะผู้เชี่ยวชาญทุกคนจะตอบแบบสอบถามตามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นในแต่ละขั้นตอนในเวลาใกล้เคียงกัน 2) ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในการวิจัยต้องตอบแบบสอบถามตามที่ผู้วิจัยกำหนดให้ครบทุกขั้นตอน อาจเป็น 2-4 รอบ โดยที่การสอบถามครั้งแรกจะเป็นคำถามปลายเปิด ส่วนคำถามรอบต่อไปจะอยู่ในลักษณะมาตราประเมินค่า ผู้เชี่ยวชาญสามารถทบทวนคำตอบของตนได้ทุกขั้นตอน มีโอกาสถ่วงน้ำหนักคำตอบของตนอย่างละเอียดรอบคอบจนกระทั่งมีความมั่นใจในคำตอบและสามารถแสดงความคิดเห็นของตนได้อย่างอิสระ 3) ผู้วิจัยจะนำคำตอบไปวิเคราะห์ใหม่และป้อนข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอีกครั้ง โดยปกติกระบวนการทำซ้ำ (Iterative process) แบบนี้จะดำเนินไปจนกว่าจะได้คำตอบที่เป็นฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จุดประสงค์การทำซ้ำก็เพื่อที่จะกรอง (Refine) ความ

ผู้เชี่ยวชาญของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนั่นเอง 4) ความน่าเชื่อถือได้ของคำตอบ และความสำเร็จของการวิจัยขึ้นอยู่กับ แบบสอบถามความรอบรู้ของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถาม และความร่วมมือในการวิจัย 5) การใช้สถิติวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยทั่วไปจะใช้สถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและการวัดการกระจาย

7.2 ความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability)

ความตรง และความเที่ยงของเทคนิคเดลฟายขึ้นอยู่กับจำนวน และอัตราการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จะต้องมีการตั้งคำถามด้วยความระมัดระวัง สิ่งสำคัญคือการเลือกผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากผลลัพธ์ของเทคนิคเดลฟายเป็นคำตอบจากความคิดเห็นที่ผ่านการถามซ้ำ โดยการผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสตรวจคำตอบของตนเองหลายรอบ จึงเป็นการหาความเที่ยงและความตรงอยู่ในกระบวนการของเทคนิคเดลฟาย ดังนั้น ความเที่ยงและความตรงของข้อมูลที่ได้รับจึงขึ้นอยู่กับวิธีการเลือกผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะส่งผลให้การวิจัยที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น (Sharkey & Sharples, 2001)

7.3 การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (ชนินดา รักษ์พลเมือง, 2553)

ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ผู้ที่มีทักษะ ความรู้ ประสบการณ์ที่ได้รับการฝึกฝนในเรื่องนั้น เป็นอย่างดี การเลือกสรรผู้เชี่ยวชาญเพื่อใช้ในงานวิจัยในการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายจึงมีความสำคัญมาก เพราะความถูกต้องของผลการวิจัยขึ้นอยู่กับสภาพของผู้เชี่ยวชาญที่ผู้วิจัยคัดเลือกมา ผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัยไม่ได้กำหนดจำนวนแน่นอน ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มเป็นหลัก ผู้วิจัยจึงควรกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดสรรกลุ่มคนที่เข้าร่วมในงานวิจัย หรืออาศัยการสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิในวงการนั้นๆ ให้เสนอรายชื่อบุคคลที่ควรได้รับการคัดเลือกให้เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ การคัดเลือกนี้จำเป็นต้องพิจารณากันอย่างละเอียดถี่ถ้วน เพื่อให้ได้มาซึ่งผู้ที่เหมาะสมที่สุด และเมื่อคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้แล้ว ผู้วิจัยควรติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัย การที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบอย่างเต็มใจและให้ความสำคัญแก่งานวิจัย จะเป็นตัวแปรคำตอบที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นของข้อมูลที่ได้รับ สำหรับจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัยนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่ม และประเด็นปัญหาที่ศึกษาเป็นสำคัญ หากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเหมือนกัน (Homogeneous group) อาจใช้เพียง 10 ถึง 15 คน แต่ถ้ากลุ่มมีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน (Heterogeneous group) อาจต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นจำนวนมากขึ้น (เกษม บุญอ่อน, 2522) พบว่าหากจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีตั้งแต่ 17 คนขึ้นไปความคลาดเคลื่อนจะมีอัตราลดลงและเริ่มคงที่ 0.02

ตารางที่ 2 อัตราความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่สัมพันธ์กับจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

| จำนวนผู้เชี่ยวชาญ (panel size) | ความลดลงของ ความคลาดเคลื่อน (error reduction) | ความคลาดเคลื่อนลดลง (net change) |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| 1-5 | 1.20-0.70 | 0.50 |
| 5-9 | 0.70-0.58 | 0.12 |
| 9-13 | 0.58-0.54 | 0.04 |
| 13-17 | 0.54-0.50 | 0.04 |
| 17-21 | 0.50-0.48 | 0.02 |
| 21-25 | 0.48-0.46 | 0.02 |
| 25-29 | 0.46-0.44 | 0.02 |

ที่มา: Macmillan (1971 อ้างถึงใน เกษม บุญอ่อน, 2552)

7.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยของเทคนิคเดลฟาย มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

7.4.1 การกำหนดปัญหาที่จะศึกษาวิจัย ปัญหาที่จะศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟายควรเป็นปัญหาที่ยังไม่มีคำตอบที่ถูกต้องแน่ชัด และสามารถวิจัยปัญหาได้จากการให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ เป็นผู้ตัดสิน ประเด็นปัญหาควรจะนำไปสู่การวางแผนนโยบาย หรือการคาดการณ์ในอนาคต

7.4.2 เลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากคุณลักษณะเฉพาะของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายคือการอาศัยข้อคิดเห็นจากการตอบของผู้เชี่ยวชาญ ผลการวิจัยจะนำเชื่อถือหรือไม่ ขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่คัดเลือกมานั้นสามารถให้ข้อมูลที่นำเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด ดังนั้นสิ่งที่ผู้วิจัยจะต้องคำนึงถึงในการเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ คือ ความสามารถของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญ และวิธีการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ

7.4.3 การทำแบบสอบถามในกระบวนการทำวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามจำนวน 3 รอบ ดังนี้

7.4.3.1 การสร้างแบบสอบถามรอบที่ 1 การทำแบบสอบถามฉบับแรกโดยทั่วไป แบบสอบถามฉบับแรกเป็นแบบสอบถามปลายเปิด และเป็นการถามแบบกว้างให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาที่จะวิจัยนั้น เพื่อระดมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยส่งทางไปรษณีย์ ที่สอดซองซึ่งจำหน่ายและปิดดวงตราไปรษณีย์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้เชี่ยวชาญ กำหนดเวลาในการส่งคำตอบนี้คืนภายใน 2 สัปดาห์ ถ้าผู้เชี่ยวชาญคนใดไม่ส่งคืนควรมีการติดตามสำหรับการวิเคราะห์คำตอบแบบสอบถามรอบแรก ผู้วิจัยจะต้องรวบรวมความคิดเห็น วิเคราะห์โดย

ละเอียด และนำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นประเด็น โดยตัดข้อมูลที่ซ้ำซ้อนออกเพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามในรอบต่อไป

7.4.3.2 การสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นการนำคำตอบที่วิเคราะห์ได้จากรอบแรก มาสร้างเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วน (Rating scale) อาจใช้ 5 ระดับเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้นำหนักความสำคัญของแต่ละข้อ รวมทั้งเหตุผลที่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ของแต่ละข้อลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตอนท้ายประโยค หรือแก้ไขสำนวนที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะเพิ่มเติมได้ แล้วส่งแบบสอบถามในรอบนี้ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม อำนวยความสะดวกในการส่งคืนทางไปรษณีย์ เช่นเดียวกับรอบแรก สำหรับการวิเคราะห์คำตอบจากแบบสอบถามรอบที่ 2 คือการนำคำตอบแต่ละข้อมาหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang)

7.4.3.3 การวิเคราะห์ในรอบที่ 3 นำคำตอบแต่ละข้อจากการวิเคราะห์รอบที่ 2 โดยพิจารณาจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ กล่าวคือ ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แคบ แสดงว่าคำตอบที่วิเคราะห์ได้นั้นมีความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกัน และถ้าผู้วิจัยได้ข้อมูลเพียงพอ ก็อาจสรุป ผลการวิจัยได้รอบนี้เลย แต่ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้าง (มีค่ามาก) แสดงว่าคำตอบที่วิเคราะห์แบบสอบถามรอบที่ 3 โดยมีข้อความเดียวกันกับแบบสอบถามรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งของค่า มัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นๆ ได้ตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 ลงไป แล้วส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นๆ ได้ยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่

สำหรับจำนวนรอบที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมาย งบประมาณ เวลา ของการวิจัย จำนวนรอบสำหรับการวิจัยควรพิจารณาจุดคำตอบที่ได้ในรอบต่างๆ ว่ามีความสอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และครอบคลุมเรื่องที่ศึกษาหรือไม่ ถ้ามีมากพออาจจะหยุดในรอบที่ 2 หรือรอบที่ 3 ได้ ในเรื่องของจำนวนรอบได้มีการศึกษาพบว่า การส่งแบบสอบถาม 3 รอบเป็นจำนวนรอบที่พอดี ความคลาดเคลื่อนมีไม่มาก ตั้งแต่รอบที่ 3 ขึ้นไป ความแตกต่างของผลที่ได้ไม่มีนัยสำคัญ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2530) และยังพบว่ารอบที่ 2-3 มีความสอดคล้องกันในการพยากรณ์อนาคตได้ และจำนวนรอบยังขึ้นอยู่กับจำนวนข้อคำถามและเหตุการณ์ (Couper, 1984)

7.5 ข้อดีของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

ข้อดีของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย คือ 1) ผู้วิจัยสามารถรวบรวมข้อความคิดจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากได้โดยไม่ต้องเสียเวลาจัดประชุม กลไกในการใช้เทคนิคง่ายแก่การดำเนินการ ผู้วิจัยสามารถรวบรวมหาความ สอดคล้องของแนวคิดได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว 2) ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบได้อย่างอิสระไม่ถูกครอบงำความคิด ไม่ต้องเผชิญหน้ากันและไม่ทราบว่ามีใครเข้าร่วมอยู่การวิจัยบ้าง และใครให้คำตอบว่าอย่างไร ผู้ตอบจะทราบเพียงแต่คำตอบของกลุ่มทั้งหมด โดยการแสดงด้วยสถิติต่างๆ เท่านั้น 3) ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน

เพราะทุกคนจะตอบแบบสอบถามฉบับเดียวกันทุกขั้นตอน และยังมีโอกาสรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นเท่าๆ กันมีโอกาสปรับเปลี่ยนหรือยืนยันความคิดเห็นของตนจนเกิดความมั่นใจ และช่วยให้มีการพิจารณาประเด็นปัญหาได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น 4) ผู้เชี่ยวชาญต้องผ่านการพิจารณาไตร่ตรองหลายขั้นตอน ในการตอบประเด็นปัญหาซ้ำหลายรอบ ความสอดคล้องกันของความคิดเห็นหรือฉันทามติจึงได้มาจากการพิจารณาร่วมกันอย่างละเอียดรอบคอบ ช่วยให้ความเชื่อมั่นของคำตอบที่ได้รับนั้นสูงขึ้น

7.6 ข้อจำกัดของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

ข้อจำกัดของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย คือ 1) การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญและเกณฑ์การพิจารณาเลือกผู้เชี่ยวชาญให้ได้มาซึ่งผู้ที่มีความรอบรู้ ความเต็มใจ และเห็นความสำคัญของการวิจัยเป็นส่วนสำคัญมากในด้านความเชื่อถือของการวิจัย 2) หากเป็นการวิจัยเพื่อวางแผนหรือนโยบาย ควรคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่โดยตรงเข้าร่วมกันวิจัย 3) การกำหนดให้ตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบอาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความเบื่อหน่าย หรือเกิดความรู้สึกว่าถูกรบกวนมากเกินไป อาจไม่ร่วมมือตอบแบบสอบถามรอบต่อไป 4) ผู้เชี่ยวชาญต้องเข้าใจในประเด็นปัญหาโดยรวมและข้อความในแบบสอบถามแต่ละข้อตรงกัน เพื่อให้เกิดความสอดคล้องทางความคิดและไม่มือคดตี 5) หากกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายเหตุการณ์ในระยะยาวไกลหรือไกลเกินไป อาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายได้ด้วยความยากลำบากและเกิดความคลาดเคลื่อนได้มีผู้ศึกษาไว้ว่าช่วงเวลาของการทำนายอนาคตควรอยู่ในช่วงเวลา 10-15 ปี 6) ผู้วิจัยขาดความรอบคอบ และมีความลำเอียงในการพิจารณาวิเคราะห์คำตอบที่ได้ในแต่ละรอบ7 เนื่องจากมีการส่งแบบสอบถามหลายรอบ อาจมีการสูญหายของแบบสอบถามหรือไม่ได้รับคำตอบคืนกลับมา การวิจัยแบบเดลฟายเป็นการระดมความคิดเพื่อหาข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจ ซึ่งโดยปกติจะเป็นข้อมูลเชิงอนาคต หากได้ข้อมูลมาอย่างเป็นระบบแบบแผน จะช่วยให้ทราบข้อมูลอันน่าเชื่อถือ เพื่อประกอบการกำหนดหรือวางแผนทางปรับเปลี่ยนสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ให้นำไปสู่อนาคตที่คาดหวัง และสามารถใช้อ้างอิงข้อมูลที่ได้รับเป็นแนวทางสร้างสรรค์อนาคตที่ดียิ่งขึ้น

7.7 การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) มีวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ดังนี้ (ศิริรัตน์ ศรีโพลาณ, 2560)

ขั้นตอนที่ 1 การจัดระบบจำแนกประเภทเนื้อหา มีรายละเอียดดังนี้ 1) สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย นำไปสู่การตอบปัญหาการวิจัย 2) มีความครอบคลุมในรายละเอียดของเนื้อหา มากพอ 3) ข้อมูลมีความชัดเจนในตนเอง 4) ไม่ซ้ำซ้อนหรือคล้ายคลึงเหลือมกัน 5) ใช้หลักเดียวกันในการจำแนกประเภท

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดหน่วยของเนื้อหาที่จะจำแนก เพื่อการแจกแจง

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวิธีแจกแจง เช่น นับเวลา ความถี่ สถานที่ เป็นต้น

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กาญจนา อุบลพงศ์ (2555) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีการดำเนินการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบบริการพยาบาล 3) การนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย 4) การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 17 คน พยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 35 คน กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 21 คน และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 21 คน ผลการศึกษาพบว่าเกิดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ชัดเจน ประกอบด้วย 1) ทีมบุคลากรที่ดูแลด้วยการจัดการรายกรณี 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดูแล 3) ระบบการนิเทศควบคุม กำกับ การปฏิบัติตามรูปแบบ ผลลัพธ์การนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยพบว่า พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยต่อรูปแบบบริการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นในภาพรวม และปฏิบัติตามรูปแบบร้อยละ 92.57 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการพยาบาลในระดับมาก และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับดี ผลการวิจัยนำไปใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพของรูปแบบการบริการพยาบาล การปรับปรุงการให้ข้อมูลและคำแนะนำผู้ป่วยและญาติ การเพิ่มสมรรถนะพยาบาล

สมพร วรรณวงศ์ (2555) ศึกษาการพัฒนาและประเมินคุณภาพของโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิด ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และส่งเสริมความสามารถในการดูแลของโอเร็ม และได้มีการดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาโปรแกรม และระยะประเมินคุณภาพโปรแกรม โดยระยะพัฒนาโปรแกรมมี 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดกับผู้ที่มีทวารเทียม การทบทวนทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 2) การออกแบบโปรแกรมตามกรอบแนวคิด และระยะประเมินคุณภาพโปรแกรม มี 2 ขั้นตอน คือ 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และ 2) การตรวจสอบความเที่ยงในการนำไปใช้ผลการพัฒนา ทำให้ได้ แผนการพยาบาล คู่มือการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แผนภาพแสดงภาวะแทรกซ้อน การดูแลและการป้องกัน อุปกรณ์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการสอน และแนวทางการใช้โปรแกรม ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ยกเว้นในส่วนของภาพที่ใช้ในโปรแกรมได้ค่า เท่ากับ 0.91 และผลการตรวจสอบความเที่ยงในการนำไปใช้โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลทวารเทียม ได้ค่าร้อยละของความสอดคล้องตรงกันเท่ากับ 0.91 แสดงว่า โปรแกรมมีคุณภาพ เหมาะสมในการนำไปใช้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ที่มีทวารเทียม

สายสมร เฉลยกิตติ และคณะ (2556) ศึกษากระบวนการสร้างความหมาย ความรู้ความเข้าใจต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งเพื่อทำความเข้าใจต่อความรู้สึกนึกคิด และทัศนคติของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม เพื่อนำไปสู่การปรับตัว และสร้างกระบวนการดูแลผู้มีทวารเทียม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต และสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า บันทึกเทปจนข้อมูลอิ่มตัวได้จากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 11 ราย นำข้อมูลที่ได้มาถอดความ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์สรุปประเด็นสะท้อนแนวคิด ผลการวิจัยพบว่า วิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ประกอบด้วย ความหมาย ความรู้ความเข้าใจต่อวิถีชีวิตใหม่ของผู้ที่มีทวารเทียมของตนเอง การปรับตัวในการดูแลตนเอง ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาและการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

Person, Ifargen, Lachter, Duek, Kluge, & Assalia (2012) ได้ศึกษาผลกระทบของการทำ การกำหนดตำแหน่งเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Stoma site marking) ก่อนการทำผ่าตัด ต่ออุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิต และความเป็นอิสระของผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบของการกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ก่อนการทำผ่าตัด ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความเป็นอิสระ และภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่า การกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma site marking) ก่อนการทำผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นภายหลังการผ่าตัด ส่งเสริมความเป็นอิสระและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลออสโตมี มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญมากในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

Bhzeh, Teleb, Mahmoud & Soliman (2013) ได้ศึกษาการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของพยาบาลกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลทวารเทียมในระดับที่ไม่พึงประสงค์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M=0.8269) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (M=2.2308) พยาบาลทุกคนให้คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน ในระดับที่ไม่พึงประสงค์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M=19.42) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (M=2.4615) และพบว่ามีความสัมพันธ์ที่ต่ำระหว่างความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ($r=0.15$, $p=0.3$)

Jia, Ying, & Chun (2014) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของสัมพันธภาพในสังคม กับความหวังของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมแบบถาวร โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมแบบถาวร จำนวน 86 ราย เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 4 โรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า คะแนนสัมพันธภาพในสังคม และคะแนนความหวัง เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์

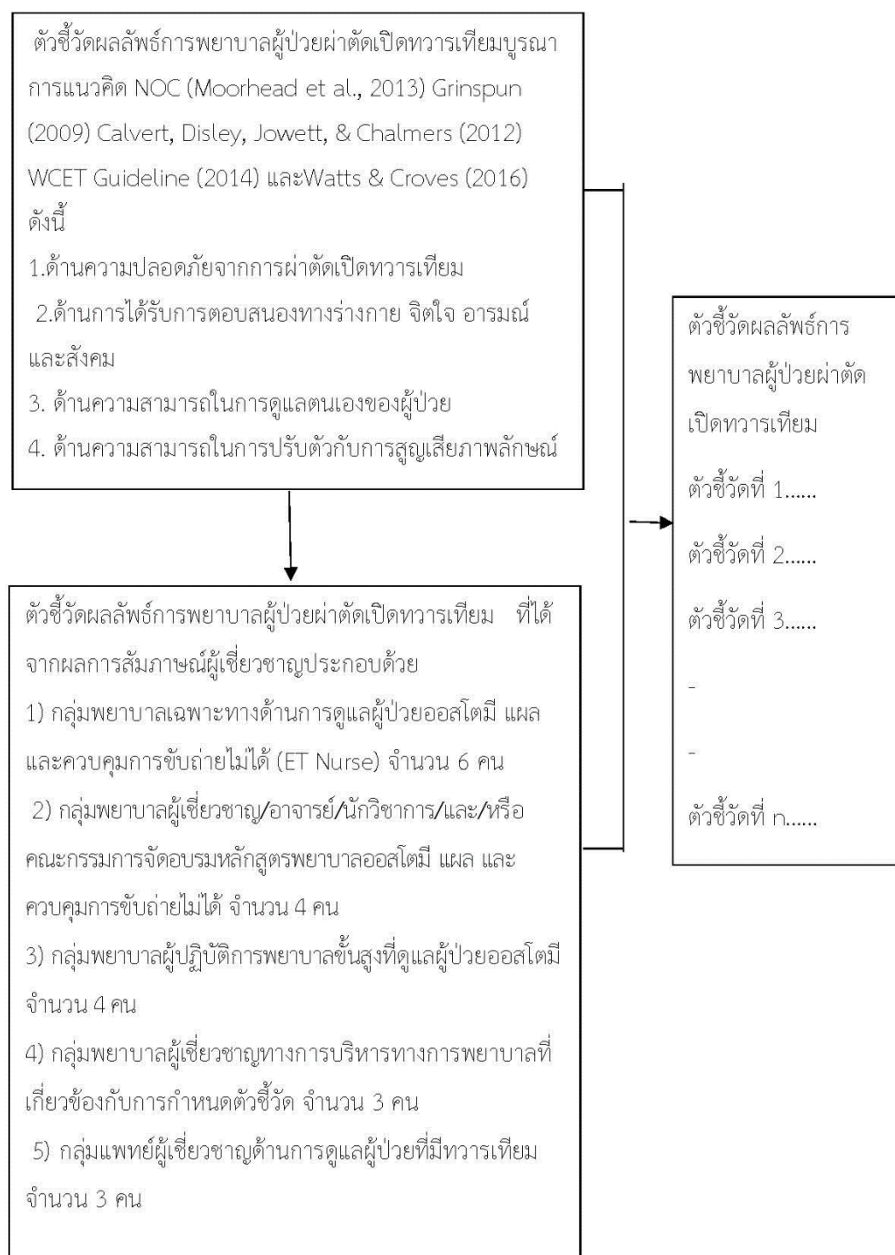
พบว่าสัมพันธ์ภาพในสังคม และความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.324 - 0.680$; $p < 0.01$)

Tao, et al. (2014) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองที่ดี: งานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมชาวจีน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในหัวข้อ การดูแลตนเองที่ดี กับผู้ป่วยจำนวน 7 คน ที่อยู่ในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม สามารถแบ่งเป็น 3 แบบ คือ 1) กลุ่มตัวอย่าง รู้สึกว่าสามารถจัดการกับการดูแลทวารเทียมได้ ทั้งการเปลี่ยนถุง การจัดการภาวะการระคายเคือง ผิวหนังรอบทวารเทียมได้ด้วยตนเอง แต่ช่วงได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ต้องให้ผู้ดูแลช่วยจัดการ เนื่องจากอ่อนเพลียมาก 2) กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่า การมีทวารเทียม ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ต้องมีการปรับกิจวัตรเท่าที่ทำได้ เพื่อไม่ให้เกิดการกระแทกหรือฉีกทวารเทียม ส่วน เรื่องการเข้าสังคม ผู้ป่วยพยายามปรับตัวให้เข้ากับสังคม โดยการแต่งกายให้เหมาะสม และปรับ พฤติกรรมการขับถ่ายทางทวารเทียม เช่น พยายามไม่หัวเราะบ่อย เพื่อลดการเกิดลม ส่วนในเรื่องการ มีเพศสัมพันธ์ การมีทวารเทียม ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์มาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อายุน้อย ซึ่ง ผู้ป่วยต้องการคำแนะนำจากทีมสุขภาพ 3) การควบคุมอารมณ์ และการจัดการความเครียด เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างนับถือลัทธิขงจื้อ จึงส่งผลให้มีผลต่อการปรับอารมณ์ และสภาพจิตใจเมื่อมีทวารเทียม ยอมรับชะตากรรม และพยายามมองโลกในแง่บวก อยู่กับปัจจุบัน และปรับตัวต่อการมีทวารเทียมได้ ดี ในส่วนของสมาชิกในครอบครัว ผลของการนับถือลัทธิขงจื้อทำให้สมาชิกในครอบครัวใส่ใจ และ ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี

สรุปในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้นำแนวคิดการระบบจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC) (Moorhead et al., 2013) ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมของ Grinspun (2009) Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers (2012) WCET Guideline (2014) และ Watts & Croves (2016) ประกอบกับวิเคราะห์ และทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จึงสามารถสรุปการศึกษา ตัวชี้วัดทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) ด้านความปลอดภัย จากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม 2) ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม 3) ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ 4) ด้านความสามารถในการปรับตัวกับการ สูญเสียภาพลักษณ์

9. กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC) (Moorhead et al., 2013) แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมของ Grinspun (2009) Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers (2012) WCET Guideline (2014) และ Watts & Croves (2016) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เอกสารทางวิชาการ และตำราที่เกี่ยวข้อง นำมาบูรณาการวิเคราะห์และสังเคราะห์ตัวชี้วัดการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม จากแนวคิดดังกล่าวสามารถนำมาเสนอเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

การทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดต่างๆทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม รวบรวมเนื้อหาจากระบบจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC) (Moorhead et al., 2013) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมของ Grinspun (2009) Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers (2012) WCET Guideline (2014) และ Watts & Croves (2016) นำมาเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม
- 2) ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
- 3) ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
- 4) ด้านความสามารถในการปรับตัวกับการสูญเสียภาพลักษณ์

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการทำวิจัย โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผู้วิจัยดำเนินการโดยศึกษาจากประวัติความเชี่ยวชาญ ผลงานการวิจัย ตลอดจนประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม และการบอกต่อของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Snowball technique) เพราะการได้รับคำแนะนำบอกต่อจากผู้เชี่ยวชาญมีความน่าเชื่อถือ และมีผลในเรื่องการให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยมากขึ้น (Burns & Grove, 2001) เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมมากที่สุด โดยผู้เชี่ยวชาญครั้งนี้ ใช้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 20 คน ตามเกณฑ์การกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญของ Macmillan (1971) จำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป ระดับความคลาดเคลื่อนจะลดลง และความคลาดเคลื่อนเริ่มคงที่คือ 0.02 ซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้สามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมได้เป็นอย่างดี และกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) จำนวน 6 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

1.2 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 5 ปีขึ้นไป

2. กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ/อาจารย์/นักวิชาการ/ และ/หรือคณะกรรมการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวน 4 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท หรือปริญญาเอกด้านพยาบาลศาสตร์

2.2 มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการสอนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ หรือปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป หรือเป็นคณะกรรมการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาล ออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

3. กลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ดูแลผู้ป่วยออสโตมีจำนวน 4 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

3.1 ได้รับวุฒิปัตรีปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์แขนงโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3.2 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 5 ปีขึ้นไป

4. กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดตัวชี้วัด จำนวน 3 คนซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

4.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท

4.2 เป็นคณะกรรมการฝ่ายพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดตัวชี้วัด 3 ปีขึ้นไป

5. กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 3 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

5.1 แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้รับวุฒิปัตรีสาขาศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากแพทยสภาหรือจากต่างประเทศ

5.2 มีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และแบบสอบถาม 2 ชุด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมนำมาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง โดยใช้คำถามปลายเปิด (ภาคผนวก ง) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที

2. แบบสอบถามรอบที่ 2 ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 นำมาสร้างเป็นข้อคำถาม ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นจึงนำข้อความที่มีเนื้อหาในลักษณะเดียวกันมาจัดหมวดหมู่ในแต่ละด้าน โดยเรียงลำดับตามความสำคัญสร้างเป็นแบบสอบถามชนิดแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือระดับความคิดเห็นมากที่สุด จนถึงระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมในแต่ละด้าน ใช้เวลาในการตอบ แบบสอบถาม 25-30 นาที

3. แบบสอบถามรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามชนิดแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือระดับความคิดเห็นมากที่สุด จนถึงระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด เกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณายืนยันการคงคำตอบหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบจากแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งแสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ที่ได้จากการวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและจากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนในรอบที่ 2 โดยแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 มีระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 แบบสัมภาษณ์เรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยใช้คำถามปลายเปิดจำนวน 2 คำถาม (ภาคผนวก ง) มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีขั้นตอนการสร้างแบบสัมภาษณ์ดังนี้

1. ศึกษา และทบทวนวรรณกรรมจากตำรา วารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมทั้งใน และต่างประเทศ นำมาวิเคราะห์ และบูรณาการเพื่อกำหนดเป็นกรอบแบบสัมภาษณ์ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

2. สร้างแบบสัมภาษณ์ โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อกำหนดเป็นแบบสัมภาษณ์ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงาน วุฒิการศึกษา และความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ในการทำงานในปัจจุบัน เพื่อเป็นข้อมูลในการอ้างอิงถึงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยเป็นข้อคำถามเป็นแบบรายการ (Check list) และเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 2 คำถาม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ประกอบด้วย

1) ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลควรมีที่ด้านอะไรบ้าง

2) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมในแต่ละด้านควรประกอบด้วยรายละเอียดที่เป็นตัวชี้วัดย่อยอะไรบ้าง

3. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา

4. นำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บข้อมูลในรอบที่ 1 โดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเองจำนวน 8 คน การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 5 และผู้เชี่ยวชาญที่แสดงความจำนงขอตอบแบบสอบถามจำนวน 7 คน ตามความสะดวกของผู้เชี่ยวชาญ

แบบสอบถามรอบที่ 2 แบบสอบถามเรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่าแต่ละตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลมีตัวชี้วัดย่อยที่จำเป็นหรือสำคัญในระดับใด และมีข้อคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างอิสระ มีขั้นตอนการสร้างแบบสัมภาษณ์ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คนในรอบที่ 1 นำมาสร้างเป็นข้อคำถาม จากนั้นจึงนำข้อความที่มีเนื้อหาในลักษณะเดียวกันมาจัดด้านหมวดหมู่ โดยเรียงลำดับตามความสำคัญ ได้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผ่าตัดเปิดทวารเทียม ทั้งหมด 4 ด้านรวมทั้งหมด 44 ข้อย่อย (ภาคผนวก ง)

2. จัดทำแบบสอบถามตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม เป็นแบบสอบถามชนิดแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือระดับความคิดเห็นมากที่สุดจนถึงระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา

4. ปรับแก้ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้ข้อคำถาม มีความชัดเจน

แบบสอบถามรอบที่ 3 แบบสอบถามเรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความเหมือน และความแตกต่าง ระหว่างคำตอบของตนเอง กับของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณายืนยันการคงคำตอบ หรือเปลี่ยนแปลง คำตอบจากแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งแสดงค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ที่ได้จากการ วิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และจากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนในรอบที่ 2 มีวิธี สร้างแบบสอบถามดังนี้

1. นำคำตอบที่ได้รับจากแบบสอบถามรอบที่2 มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณหาค่า มัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile Range: IR) ในแต่ละข้อคำถาม
2. สรุปข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากแบบสอบถามรอบที่2 ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ เพื่อนำมาพิจารณาความเหมาะสมในการปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
3. สร้างแบบสอบถามจากข้อความเดิม รวมข้อความที่มีความหมายซ้ำซ้อนกัน ปรับปรุง ภาษาให้ชัดเจน ตัดและเพิ่มข้อความใหม่ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากแบบสอบถามรอบที่ 2

โดยแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ เป็นแบบสอบถามชนิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับเหมือนรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และ ตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบ รวมข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลในรอบที่ 3 มีทั้งหมด 4 ด้านคงเดิม ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อย 43 ข้อ ซึ่งข้อคำถามลดลงจากเดิม 1 ข้อ (ภาคผนวก ง)

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นในรอบที่ 3 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน ตอบแบบสอบถามเพื่อ พิจารณายืนยันการคงคำตอบหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ พร้อมทั้งให้เหตุผลประกอบในกรณีที่คำตอบ อยู่นอกกรอบพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile Range: IR)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เนื่องจากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายในครั้งนี้ ได้ผ่านกระบวนการ ศึกษาอย่างเป็นระบบด้วยความละเอียดรอบคอบในทุกขั้นตอน ทำให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพสูง ทั้ง ความตรงตามเนื้อหาที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงโดยแฝงอยู่ในกระบวนการวิจัย ในขั้นตอน การกำหนดขนาด หรือจำนวนของผู้เชี่ยวชาญพบว่าความคลาดเคลื่อนเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถาม ของผู้เชี่ยวชาญจะลดลงตามจำนวนที่เพิ่มขึ้นของสมาชิกในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งพบว่าค่าความเที่ยงตรง

จะเพิ่มขึ้นและเข้าใกล้ .90 เมื่อผู้เชี่ยวชาญมีมากกว่า 13 คน (Dobbins, 1999 อ้างถึงใน น้ำผึ้ง มีศิล, 2559) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 20 คน และในแบบสอบถามปลายเปิดความตรงตามเนื้อหาได้จากการที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโดยตรง รวมทั้งมีการใช้เทคนิคการสรุปสะสมในเนื้อหาระหว่างการสัมภาษณ์ ทำให้มีความตรงตามเนื้อหาสูง ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือในการวิจัยนี้อยู่ที่การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของแต่ละรอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่คงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แสดงว่ามีความเที่ยงสูง (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2539)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ได้นำเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมของเครื่องมือทุกชุด ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการรวบรวมข้อมูลให้เวลาอย่างเพียงพอแก่ผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญมีการปรับแก้สำนวนภาษาในแบบสอบถามด้วย ซึ่งเสมือนว่าผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามควบคู่กับการตอบแบบสอบถามไปด้วย ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือพิจารณาได้จากการที่ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตนเองเมื่อตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 และเมื่อพบว่าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 15 ซึ่ง Linstone (1975) เสนอว่าสามารถยุติการส่งแบบสอบถามได้ อาจถือได้ว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นมนุษย์ ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมจำนวน 20 คน เพื่อป้องกันผลกระทบทางจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้น ดังนี้

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561 จากนั้นผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีโรงพยาบาลทั่วไป ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้วิจัยจัดส่งเอกสารชี้แจงข้อมูล หรือคำแนะนำผู้เข้าร่วมวิจัย (Information sheet) และหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (Informed consent form) เพื่อชี้แจงว่า การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิจะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งผู้วิจัย เมื่อสิ้นสุดการวิจัยข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และไฟล์ที่ใช้ในการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์จะถูกลบ และ

การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นในลักษณะภาพรวม การรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอในลักษณะที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยใช้เทคนิคเดลฟายในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 รอบ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 81 วัน ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2561 ถึง 31 มีนาคม 2561 ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่ 5 เมษายน 2561 ถึง 30 เมษายน 2561 และระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่ 4 พฤษภาคม 2561 ถึง 20 พฤษภาคม 2561 มีรายละเอียดการดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ดำเนินการทำหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้บังคับบัญชา หรือผู้เชี่ยวชาญโดยตรง จำนวน 20 คน
2. การติดต่อผู้เชี่ยวชาญ ติดต่อทางโทรศัพท์ แนะนำตัว และนัดหมายการส่งเอกสาร รายละเอียด หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ โครงร่างวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient or participation information sheet) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ศึกษาก่อนนัดหมายสัมภาษณ์
3. การนัดหมายผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน โดยนำส่งเอกสารด้วยตัวเอง และส่งทางไปรษณีย์ พร้อมทั้งนัด วัน เวลา สถานที่ ที่จะสัมภาษณ์ และขออนุญาตติดต่อทางโทรศัพท์ เพื่อทบทวนกำหนดนัดหมายล่วงหน้าอย่างน้อยก่อนถึงวันนัด
4. การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องบันทึกเสียง กระดาษสำหรับจดบันทึกย่อ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) และโทรศัพท์สอบถามเพื่อยืนยันกำหนดการนัดหมายล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน
5. การสัมภาษณ์ด้วยตัวเองจำนวน 8 คน โดยในวันนัดเดินทางไปยังสถานที่ก่อนเวลานัดหมาย 30 นาที ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ในการสัมภาษณ์ให้เรียบร้อยในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแนะนำตัว บอกรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และการตอบแบบสอบถามอีก 2 ครั้ง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญเต็มใจลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) และขออนุญาตบันทึกเทปในการสัมภาษณ์ ในขณะที่สัมภาษณ์ ขอจดบันทึกย่อระหว่างการสัมภาษณ์ ใช้คำถามตามแนวทางที่กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์ แสดงความสนใจ ตั้งใจฟัง สรุปลงความตามประเด็น สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมจนครอบคลุมประเด็นทั้งหมด

เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นตามต้องการ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที พร้อมทั้งยืนยันว่าจะลบทำลายเทปที่บันทึกหลังสิ้นสุดการวิจัย และกล่าวขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ จากการสัมภาษณ์ด้วยตัวเอง ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นไม่ครอบคลุม 4 ท่าน ได้ติดต่อทางโทรศัพท์กลับไปสอบถามเพิ่มเติม โดยใช้เวลาสอบถามประมาณ 30-45 นาที จึงได้ข้อมูลครบถ้วน

7. การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 5 คน ผู้วิจัยเตรียมตัวเหมือนการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง เพิ่มเติมในเรื่องการตรวจสอบความพร้อมของโทรศัพท์แจ้งให้ผู้เชี่ยวชาญทราบว่าจะมีการบันทึกเสียงทางโทรศัพท์ จากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นไม่ครอบคลุม 3 ท่าน ได้ติดต่อทางโทรศัพท์กลับไปสอบถามเพิ่มเติม โดยใช้เวลาสอบถามประมาณ 30-45 นาที จึงได้ข้อมูลครบถ้วน

8. ผู้เชี่ยวชาญที่แสดงความจำนงขอตอบแบบสอบถามจำนวน 7 คน โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่า ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นได้ครอบคลุมมากกว่า ผู้วิจัยได้จัดส่งแบบสอบถามที่มีคำถามแบบเดียวกับการสัมภาษณ์ด้วยตัวเอง และเพิ่มเนื้อหาในการเขียนตอบมากขึ้น ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพร้อมกับเอกสารอื่นๆติดสแตมป์ ให้ส่งกลับแบบส่งด่วนพิเศษ กำหนดการตอบกลับไม่เกินสองสัปดาห์ หลังได้รับแบบสอบถาม จากการจำนงขอตอบแบบสอบถาม ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นไม่ครอบคลุม 1 ท่าน ได้ติดต่อทางโทรศัพท์กลับไปสอบถามเพิ่มเติม โดยใช้เวลาสอบถามประมาณ 30-45 นาที จึงได้ข้อมูลครบถ้วน

9. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2561 ถึง 31 มีนาคม 2561 ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 32 วัน

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 โดยการใช้แบบสอบถาม มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. จัดเตรียมเอกสารส่งผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมทั้ง 20 คน ทำหนังสือแจ้งเอกสารแบบไม่เป็นทางการ พร้อมแบบสอบถามรอบที่ 2 ใส่ซอง แบนซองเปล่าติดสแตมป์ด่วนพิเศษ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญส่งกลับทางไปรษณีย์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นำส่งเอกสารทางไปรษณีย์ 2 คน นำส่งด้วยตนเองจำนวน 8 คน และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 10 คน โดยกำหนด วัน เวลา ในการรับแบบสอบถามกลับภายใน 2 สัปดาห์

2. เมื่อครบกำหนดเวลาได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 10 ฉบับ ยังไม่รับอีก 10 ฉบับ เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญบางท่านติดภาระกิจ ไม่สามารถส่งแบบสอบถามได้ตามกำหนด ผู้วิจัยจึงติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์ จนได้รับคืนอีก 10 ฉบับ รวมได้รับแบบสอบถามคืน 20 ฉบับ

3. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน 2561 ถึง 30 เมษายน 2561 ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 26 วัน

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 โดยการใช้แบบสอบถาม มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. จัดเตรียมเอกสารส่งผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมทั้ง 20 คน ทำหนังสือแจ้งเอกสารแบบไม่เป็นทางการ พร้อมแบบสอบถามรอบที่ 3 ใส่ซอง แบนซองเปล่าติดสแตมป์ดวงพิเศษ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญส่งกลับทางไปรษณีย์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นำส่งเอกสารทางไปรษณีย์ 2 คน นำส่งด้วยตนเองจำนวน 7 คน และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 11 คน โดยกำหนด วัน เวลา ในการรับแบบสอบถามกลับภายใน 2 สัปดาห์

2. เมื่อครบกำหนดเวลาได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 20 ฉบับ ได้รับการตอบกลับทางไปรษณีย์ จำนวน 3 ฉบับ ตอบกลับทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 11 ฉบับ และไปรษณีย์ด้วยตนเอง จำนวน 6 ฉบับ

3. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 4 พฤษภาคม 2561 ถึง 20 พฤษภาคม 2561 ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 17 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 รอบ โดยในรอบแรกเป็นการสัมภาษณ์และตอบแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นการตอบแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละรอบ ดังนี้

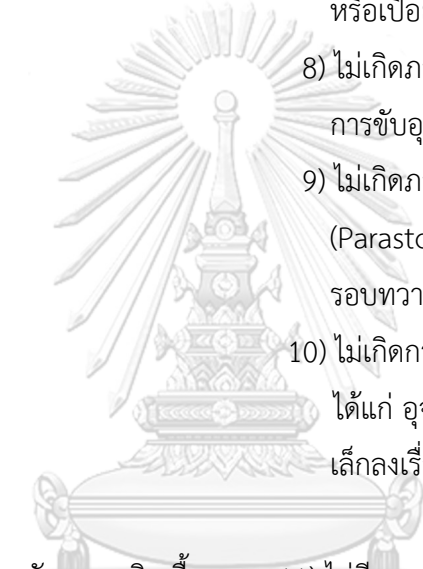
การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยการถอดเทปการสัมภาษณ์ทันทีหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ และข้อมูลจากการตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน นำมาตรวจสอบเนื้อหาที่ผู้เชี่ยวชาญให้เป็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมในแต่ละด้าน ก่อนนำมาสรุปเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทุกคน โดยแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนามาสร้างเป็นแบบสอบถาม

| จากการทบทวนวรรณกรรม | วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ | สร้างข้อคำถาม |
|--|--|--|
| <p>1.ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลตามแนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม - ได้รับการกำหนด ตำแหน่งเปิดทวารเทียม(Stoma siting) เหมาะสม - สัญญาณชีพปกติ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียม | <p>1.ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม - ร้อยละการกำหนด ตำแหน่งเปิดทวารเทียม - ไม่เกิดอันตรายภายหลังการผ่าตัด - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคภายหลังการผ่าตัด ทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง เช่น ภาวะลำไส้ขาด การแยกของรอยต่อเลือดออกที่ทวารเทียม การระคายเคืองรอบทวารเทียม ลำไส้เลื่อน เป็นต้น | <p>1.ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม</p> <p>ระยะ 24-48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในตำแหน่ง ที่ถูกต้อง เหมาะสมสัมพันธ์กับการวินิจฉัยของแพทย์ 2) ไม่เกิดสัญญาณชีพผิดปกติ 3) ไม่เกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด (Stoma ischemia) เช่น ทวารเทียมมีสีคล้ำลงเป็นสีม่วง หรือสีน้ำตาล 4) ไม่เกิดการแยกของรอยต่อบริเวณผ่าตัด (Mucocutaneous separation) ได้แก่ รอยเย็บระหว่างทวารเทียมกับผิวหนังหน้าท้อง แยกจากกัน 5) ไม่เกิดภาวะลำไส้เปิดทาง หน้าท้องถูกดึงรั้ง (Stoma retraction) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังน้อยกว่า 1.5 เซนติเมตร 6) ไม่เกิดภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stoma prolapse) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังมากกว่า 2.5 เซนติเมตร |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| จากการทบทวนวรรณกรรม | วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ | สร้างข้อความ |
|---------------------|--|---|
| - |  | <p>ระยะ 48 ชั่วโมง-วันที่ 7 หลังผ่าตัด</p> <p>7) ไม่เกิดการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม(Peristomal irritation) เช่น ผิวหนังรอบทวารเทียมมีรอยแดง ผิวหนังเปิดหรือหรือเปื่อย เป็นต้น</p> <p>8) ไม่เกิดภาวะลำไส้อุดตันเช่น ทวารเทียมหยุดการขับอุจจาระ มีคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น</p> <p>9) ไม่เกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (Parastomal hernia)ได้แก่ ผังหน้าท้องรอบทวารเทียมโป่งพอง</p> <p>10) ไม่เกิดการตีบของลำไส้(Stoma stenosis) ได้แก่ อุจจาระที่ออกมามีลักษณะเป็นลำเล็กลงเรื่อยๆ จนมีลักษณะเป็นเส้น</p> <p>- อัตราการติดเชื้อ - ไม่เกิดภาวะติดเชื้อ</p> <p>11) ไม่มีอาการแสดงภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียมรวมถึงบริเวณที่ใส่ท่อระบายบริเวณแผลผ่าตัด ต่างๆ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณรอบแผลผ่าตัด เป็นต้น</p> <p>- อัตราการเกิดภาวะ ลิ้มเลือดอุดตันที่ขา</p> <p>12) ไม่เกิดภาวะลิ้มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำส่วนลึก เช่น อาการปวด บวมที่ขา เป็นต้น</p> <p>- ปริมาณสารน้ำและ เกลือแร่ในร่างกาย เป็นปกติ</p> <p>13) มีความสมดุลของสารน้ำเข้า- ออก (Intake-output balance) จากการไม่เสียน้ำทางลำไส้อย่างรวดเร็ว (High output stoma) เช่น</p> |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| จากการทบทวน วรรณกรรม | วิเคราะห์ข้อมูล จากการสัมภาษณ์ | สร้างข้อความ |
|--|--|---|
| | - ความสมดุลของสาร น้ำเข้า-ออกเป็นปกติ | ใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด สิ่งขับหลัง(Effluent) มีปริมาณ 2000-2500 มิลลิลิตรต่อวันตาม ตำแหน่งเปิดทวารเทียม เป็นต้น 14) ผลการตรวจระดับวิตามินบี 12 ในเลือดทาง ห้องปฏิบัติการ มีค่าระหว่าง 191-663 พิโคกรแ มต่อมิลลิลิตร |
| | - อัตราการติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะ | 15) ไม่เกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะขุ่น หรือพบเชื้อจากการเพาะเชื้อ ปัสสาวะ เป็นต้น |
| | - ไม่เกิดการติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะ | 16) ไม่เกิดภาวะท้องอืด เช่น หน้าท้องบวม ตึง ไม่มี |
| | - ไม่เกิดภาวะท้องอืด | การขับลม เป็นต้น |
| | - การขับลมเป็นปกติ | การขับลม เป็นต้น |
| 2. ด้านการได้รับการ ตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และ สังคม | 2. ด้านการได้รับการ ตอบสนองทาง ร่างกาย จิตใจ และสังคม | 2. ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม |
| - ร่วมมือในการรักษา | - ให้ความร่วมมือใน การรักษา | 1) ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา |
| - ไม่มีความเจ็บปวด | - ปวดแผลผ่าตัดลดลง หรือไม่มีอาการ ปวด | 2) บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีความเจ็บปวด หรือความ ความเจ็บปวดลดลงทั้งความถี่ ความรุนแรง ช่วงเวลา โดยประเมินความปวดได้คะแนนต่ำ กว่า 3 (Pain score 0-10) |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| จากการทบทวนวรรณกรรม | วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ | สร้างข้อความ |
|--|--|---|
| - การขยับถ่ายเป็นปกติ | - มีความสะดวกสบายขณะนอนในโรงพยาบาลทานได้ นอนหลับ | 3) มีความสุขสบายด้านสุขอนามัยทางร่างกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย การขยับถ่ายทางทวารเทียมเป็นปกติ 4) พักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 4-6 ชั่วโมง |
| - การเผาผลาญ การย่อยและการดูดซึมอาหารเป็นปกติ | - การรับประทานเป็นปกติ ได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการเฉพาะบุคคล | 5) ได้รับสารอาหารเพียงกับความต้องการของร่างกาย และเหมาะสมกับโรค |
| - ความวิตกกังวล กลัว และความเครียดจากโรคและแผนการรักษาตลอด | - ความวิตกกังวล/ความเครียด เกี่ยวกับการรักษาลดลง | 6) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียมลดลง 7) ความเครียดลดลง จากการได้ข้อมูลตามแผนการรักษา |
| - ยอมรับการทวารเทียมได้ | - ยอมรับการผ่าตัดและการมีทวารเทียมได้ | 8) ยอมรับการมีทวารเทียมได้ |
| - ได้รับความช่วยเหลือและคำปรึกษาจากทีมเฉพาะทางเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ | - ได้ข้อมูลแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม - ได้รับการวางแผนการจำหน่าย | 9) มีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ และแหล่งสนับสนุนตามแผนการจำหน่าย |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| จากการทบทวน วรรณกรรม | วิเคราะห์ข้อมูล จากการสัมภาษณ์ | สร้างข้อความ |
|--|--|---|
| - ความพึงพอใจใน บริการพยาบาล | - ความพึงพอใจในบริการ พยาบาลไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 | 10) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย และครอบครัว ต่อการบริการพยาบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 |
| 3. ด้านการดูแล ตนเองของ ผู้ป่วย | 3. ด้านการดูแล ตนเองของ ผู้ป่วย | 3. ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย |
| - การปฏิบัติตาม คำแนะนำ | - อัตราการปฏิบัติ ตัวถูกต้องก่อน และหลังผ่าตัด | 1) ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาก่อนและหลัง ผ่าตัด |
| - ไม่เกิดภาวะแทรก ซ้อนที่ป้องกันได้ | - อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อน | 2) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เกิดจาก การปฏิบัติตัว เช่น การระคายเคืองผิวหนัง รอบทวารเทียม การติดเชื้อ การบาดเจ็บ การ กระแทก กระเทือนต่อทวารเทียม เป็นต้น |
| - ผู้ป่วยมีความรู้ เช่น | - อัตราความรู้ และ | 3) มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง |
| และมีทักษะใน การดูแลทวาร เทียม | ทักษะในการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับการดูแล ทวารเทียมถูกต้อง | เลือกใช้แป้นถุง/อุปกรณ์เสริม การควบคุมกลิ่น แก๊ส การมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น |
| | - การใช้อุปกรณ์เสริมได้ อย่างมีประสิทธิภาพ | |
| | - ไม่มีการรั่วซึมของ อุจจาระ | |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| จากการทบทวน วรรณกรรม | วิเคราะห์ข้อมูล จากการสัมภาษณ์ | สร้างข้อความ |
|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - มีทักษะในการดูแล ทวารเทียม - มีทักษะในการใช้อุปกรณ์เสริม | <ul style="list-style-type: none"> 4) มีทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การ อูจจาระไม่ให้เกิดการรั่วซึม การใช้ผลิตภัณฑ์ เคลือบผิว ป้องกันการระคายเคืองรอบทวารเทียม การทำความสะอาดทวารเทียม เป็นต้น |
| <ul style="list-style-type: none"> - การไม่กลับเป็นซ้ำ | <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน | <ul style="list-style-type: none"> 5) ไม่กลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน หลังการจำหน่าย |
| <p>4. ด้านความสามารถในการปรับตัวกับการสูญเสียภาพลักษณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - จับต้อง และมองดูทวารเทียมได้ | <p>4. ด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ลำบากใจในการอยู่ร่วมกับทวารเทียม - จับต้องทวารเทียมด้วยความเต็มใจ | <p>4. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ไม่มีความลำบากใจในการมอง หรือจับต้องทวารเทียม |
| <ul style="list-style-type: none"> - ไม่อายในการเข้าสังคม | <ul style="list-style-type: none"> - ไม่อายในการเข้าสังคมโดยมีถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ติดตัว | <ul style="list-style-type: none"> 2) ไม่รู้สึกอายที่ต้องมีถุงรองรับสิ่งขับถ่ายติดตัวอยู่ตลอดเวลา |
| <ul style="list-style-type: none"> - แต่งกายได้ปกติ | <ul style="list-style-type: none"> - แต่งกายได้ปกติ | <ul style="list-style-type: none"> 3) สวมใส่เสื้อผ้าได้ตามปกติปกปิดถุงรองรับอุจจาระได้ |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| จากการทบทวน วรรณกรรม | วิเคราะห์ข้อมูล จากการสัมภาษณ์ | สร้างข้อคำถาม |
|--|--|---|
| - คุ่มกลืน และ แก๊สจากทวาร เทียมได้ | - ควบคุมกลืนและ แก๊สทางทวาร เทียมได้ดี | 4) ควบคุมกลืนและแก๊สทางทวารเทียมได้ |
| - ไม่ถูกทอดทิ้งจาก ครอบครัว | - ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง - ไม่แยกตัวจาก สังคม | 5) ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัวหรือ บุคคลใกล้ชิด |
| - ไม่แยกตัวจากสังคม | - ทำกิจวัตรประจำวัน ได้ปกติ | 6) สามารถทำงานบ้าน หรืองานประจำหรือ กิจกรรมที่พึงประสงค์ได้ |
| - ใช้ชีวิตได้เป็นปกติ | - ไม่อ่อนล้า | 7) ร่างกายมีความแข็งแรงไม่มีอาการอ่อนเพลีย |
| - มีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น เดินทางท่องเที่ยว ได้ตามที่ต้องการ | - มีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น เดินทางท่องเที่ยว ได้ตามที่ต้องการ | 8) เดินทาง/ท่องเที่ยวได้โดยไม่กลัวกลืน การรื้อซึม จากทวารเทียม |
| - มีความสุขในงานอดิเรก การทำงาน | - มีความสุขในงานอดิเรก การทำงาน | 9) มีความสุขในงานอดิเรก การพักผ่อน และเข้า สังคมได้ปกติ |
| - อดิเรกได้เหมือนเดิม เข้าร่วมกิจกรรม ของสังคมได้เป็นปกติ เป็นต้น | - อดิเรกได้เหมือนเดิม เข้าร่วมกิจกรรม ของสังคมได้เป็นปกติ เป็นต้น | |
| - มีเพศสัมพันธ์ได้ ปกติ | - มีเพศสัมพันธ์ได้ตาม ความต้องการ | 10) มีเพศสัมพันธ์ได้ |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| จากการทบทวนวรรณกรรม | วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ | สร้างข้อความ |
|---------------------|---|--|
| | - รับรู้ว่าการผ่าตัดทวารเทียมเป็นสิ่งจำเป็นต่อชีวิต ทำให้มีชีวิตอยู่ต่อ | 11) รับรู้ว่าการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต |
| | - ติดต่อกับเพื่อนหรือคนในสังคม | 12) ติดต่อและมีสัมพันธภาพกับเพื่อนและคนในสังคม |
| | - มีความสุขตามอัตภาพ | 13) มีความสุขในการดำเนินชีวิต |

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าว ได้ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 4 ด้าน คือ 1) ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม 2) ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม 3) ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ 4) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และข้อความตัวชี้วัดการพยาบาลย่อย 44 ข้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน 16 ข้อ ดังนี้

ระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

1.1 ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในตำแหน่งที่ถูกต้อง เหมาะสม สัมพันธ์กับการวินิจฉัยของแพทย์

1.2 ไม่เกิดสัญญาณชีพปกติ

1.3 ไม่เกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด (Stoma ischemia) เช่น ทวารเทียมมีสีคล้ำลงเป็นสีม่วง สีสน้ำตาล เป็นต้น

1.4 ไม่เกิดการแยกของรอยต่อบริเวณผ่าตัด (Mucocutaneous separation) ได้แก่ รอยเย็บระหว่างทวารเทียมกับผิวหนังหน้าท้องแยกจากกัน

- 1.5 ไม่เกิดภาวะลำไส้เปิดทางหน้าท้องถูกรั้ง (Stoma retraction) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังน้อยกว่า 1.5 เซนติเมตร
- 1.6 ไม่เกิดภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stoma prolapse) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังมากกว่า 2.5 เซนติเมตร
- ระยะ 48 ชั่วโมง-วันที่ 7 หลังผ่าตัด
- 1.7 ไม่เกิดการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม (Peristomal irritation) เช่น ผิวหนังรอบทวารเทียมมีรอยแดง ผิวหนังเปิด หรือเปื่อย เป็นต้น
- 1.8 ไม่เกิดภาวะลำไส้อุดตัน (Bowel obstruction) เช่น ทวารเทียมหยุดการขับอุจจาระ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น
- 1.9 ไม่เกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (Parastomal hernia) ได้แก่ ผื่นงื่นหน้าท้องรอบทวารเทียมโป่งพอง
- 1.10 ไม่เกิดการตีบของลำไส้ (Stoma stenosis) ได้แก่ อุจจาระที่ออกมา มีลักษณะเป็นลำเล็กกลิ้งเรื่อยๆ จนมีลักษณะเป็นเส้น
- 1.11 ไม่มีอาการแสดงภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียม รวมถึงบริเวณที่ใส่ท่อระบายต่างๆ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณรอบแผลผ่าตัด เป็นต้น
- 1.12 ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis) เช่น อาการปวด บวมที่ขา เป็นต้น
- 1.13 มีความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก (Intake-output balance) จากการไม่สูญเสียน้ำทางลำไส้อย่างรวดเร็ว (High output stoma) เช่น ใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด สิ่งขับหลัง (Effluent) มีปริมาณ 2000-2500 มิลลิลิตรต่อวัน ตามตำแหน่งเปิดทวารเทียม เป็นต้น
- 1.14 ผลการตรวจระดับวิตามินบี 12 ในเลือดทางห้องปฏิบัติการ มีค่าระหว่าง 191-663 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตร
- 1.15 ไม่เกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น สีปัสสาวะขุ่น หรือพบเชื้อจากการเพาะเชื้อปัสสาวะ เป็นต้น
- 1.16 ไม่เกิดภาวะท้องอืด เช่น หน้าท้องบวม ตึง ไม่มีการขับลม เป็นต้น
2. ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน 10 ข้อ ดังนี้
- 2.1 ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาพยาบาล
- 2.2 บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีความเจ็บปวด หรือความเจ็บปวดลดลงทั้งความถี่ ความรุนแรง และช่วงเวลา โดยประเมินความปวดได้คะแนนต่ำกว่า 3 (Pain score 0-10)

2.3 มีความสุขสบายด้านสุขอนามัยทางร่างกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย การ
 ซักถ่ายทางทวารเทียมปกติ เป็นต้น

2.4 พักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 4-6 ชั่วโมง

2.5 ได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และเหมาะสมกับโรค

2.6 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียมลดลง

2.7 ความเครียดลดลง จากการได้ข้อมูลตามแผนการรักษา

2.8 ยอมรับการมีทวารเทียมได้

2.9 มีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ และแหล่งสนับสนุนตามแผนการจำหน่าย

2.10 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย และครอบครัวต่อการบริการพยาบาล ไม่น้อยกว่า
 ร้อยละ 80

3. ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน 5 ข้อ
 ดังนี้

3.1 ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาก่อน และหลังผ่าตัด

3.2 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เกิดจากการปฏิบัติตัว เช่น การระคายเคือง
 ผิวหนังรอบทวารเทียม การติดเชื้อ การบาดเจ็บและการกระทบกระเทือนต่อช่องเปิดลำไส้ เป็นต้น

3.3 มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การเลือกใช้แป้นรองรับสิ่งขับถ่าย/
 อุปกรณ์เสริม การควบคุมกลิ่นและแก๊ส การมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

3.4 มีทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การติดแป้นรองรับอุจจาระไม่ให้เกิดการรั่วซึม การใช้ผลิตภัณฑ์เคลือบผิวป้องกันการระคายเคืองรอบทวารเทียม (Skin protectant
 or moisture barrier) การทำความสะอาดทวารเทียม เป็นต้น

3.5 ไม่กลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน หลังการจำหน่าย

4. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน 13 ข้อ

4.1 ไม่มีความลำบากใจในการมองหรือจับต้องทวารเทียม

4.2 ไม่รู้สึกอายที่ต้องมีอุปกรณ์รับสิ่งขับถ่ายติดตัวอยู่ตลอดเวลา

4.3 สวมใส่เสื้อผ้าได้ตามปกติ ปกปิดอุปกรณ์รับอุจจาระได้

4.4 ควบคุมกลิ่นและแก๊สทางทวารเทียมได้

4.5 ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด

4.6 สามารถทำงานบ้าน งานประจำ หรือกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้

4.7 ร่างกายมีความแข็งแรง ไม่มีอาการอ่อนเพลีย

4.8 เดินทาง/ท่องเที่ยวได้โดยไม่กลัวกลิ่น การรั่วซึม จากทวารเทียม

4.9 มีความสุขในงานอดิเรก การพักผ่อน และการเข้าสังคม

- 4.10 มีเพศสัมพันธ์ได้
- 4.11 รับรู้ว่าการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต
- 4.12 ติดต่อและมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและคนในสังคม
- 4.13 มีความสุขในการดำเนินชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) ในแต่ละข้อคำถาม ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ปรับแก้ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้ข้อคำถามมีความชัดเจน ดังต่อไปนี้

1. ตัดข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลออก 1 ข้อคือ ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียมข้อ 14 (ผลการตรวจระดับวิตามินบี 12 ในเลือดทางห้องปฏิบัติการ มีค่าระหว่าง 191-663 พิโคแกรมต่อมิลลิกรัม) เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า ระดับวิตามินบี 12 จะเกิดการเปลี่ยนแปลงต้องใช้ระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป อาจไม่ใช่ผลลัพธ์จากการพยาบาลเพียงอย่างเดียว ควรเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. ปรับข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียมข้อ 5 (ไม่เกิดภาวะลำไส้เปิดทางหน้าท้องถูกดึงรั้ง (Stoma retraction) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังน้อยกว่า 1.5 เซนติเมตร) และข้อ 6 (ไม่เกิดภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stoma prolapse) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังมากกว่า 2.5 เซนติเมตร) จากอยู่ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ไปอยู่ในระยะ 48 ชั่วโมง-วันที่ 7 หลังผ่าตัด

3. รวมข้อความที่มีความซ้ำซ้อนกันคือ ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ข้อ 6 (ความวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียมลดลง) รวมกับข้อ 7 (ความเครียดลดลงจากการได้ข้อมูลตามแผนการรักษา) เนื่องจากเป็นความวิตกกังวล และความเครียดจะลดลงจากการได้ข้อมูลตามแผนการรักษาเช่นเดียวกัน และด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยข้อ 2 (ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เกิดจากการปฏิบัติตัว) รวมกับข้อ 4 (มีทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง) เนื่องจากการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เกิดจากการปฏิบัติตัว เป็นผลจากการมีทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง

4. ปรับปรุงภาษาให้มีความชัดเจน จำนวน 16 ข้อ เพื่อความครอบคลุมของเนื้อหา คือ ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ข้อ 1 (ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในตำแหน่งที่ถูกต้อง เหมาะสมสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรค และการวินิจฉัยของแพทย์) ข้อ 8 (ไม่เกิดภาวะลำไส้อุดตัน (Bowel obstruction) เช่น ไม่ถ่ายอุจจาระหรือไม่มีสิ่งขับหลังออกจากทวารเทียม คลื่นไส้และอาเจียน เป็นต้น) ข้อ 10 (ไม่เกิดการตีบแคบของรูเปิดลำไส้ (Stoma stenosis)) ข้อ 12 (ไม่เกิด

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis) เช่น อาการปวด บวมที่ขา มีรอยแดง หรือสีผิวที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด ข้อ15 (ไม่เกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น มีอาการปวดท้องน้อย เป็นไข้ สีปัสสาวะขุ่น หรือพบเชื้อจากการเพาะเชื้อปัสสาวะ) ข้อ16 (ไม่เกิดภาวะท้องอืด เช่น หน้าท้องบวม ตึง ไม่มีการผายลม) ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ข้อ1 (มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล) ข้อ4 (นอนหลับ พักผ่อน ได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง) ข้อ 5 (ได้รับสารน้ำ สารอาหารเพียงพอ เหมาะสมกับโรคและสภาพร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารใหม่แต่ละประเภท โดยประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) อยู่ระหว่าง 18.5-22.9) ข้อ10 (ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการพยาบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย ข้อ 1 (ปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลก่อน และหลังผ่าตัด และมาตรวจตามนัดหมาย) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อ5 (ไม่รู้สึกรบกวนทึงจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด) ข้อ7 (ร่างกายแข็งแรง ไม่มีอ่อนเพลีย) ข้อ8 (เดินทาง/ท่องเที่ยว ได้ด้วยความมั่นใจโดยไม่กลัวกลืน การรั่วซึมจากทวารเทียม) ข้อ11 (รับรู้ว่าการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเป็นการรักษาให้ชีวิต) ข้อ12 (สามารถติดต่อ และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อน และคนในสังคมได้ปกติ)

5. เพิ่มข้อความใหม่ 2 ข้อ คือ ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ระยะ24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ข้อ5 (ไม่เกิดภาวะเลือดออกจากทวารเทียม (Stoma bleeding) ได้แก่ มีจุดเลือดออกบริเวณทวารเทียม) และระยะ 48 ชั่วโมง-วันที่ 7 หลังผ่าตัด ข้อ10 (ไม่เกิดภาวะรอยต่อลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรงรั่วซึม (Colorectal anastomosis leakage) ได้แก่ มีอาการปวดเกร็ง แน่นท้อง กดเจ็บ เป็นต้น) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน 17 ข้อ ดังนี้

ระยะ24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

1.1 ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในตำแหน่งที่ถูกต้อง เหมาะสมสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรค และการวินิจฉัยของแพทย์

1.2 ไม่เกิดสัญญาณชีพผิดปกติ

1.3 ไม่เกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด (Stoma ischemia) เช่น ทวารเทียมมีสีคล้ำลงเป็นสีม่วง สีน้ำตาล เป็นต้น

1.4 ไม่เกิดการแยกของรอยต่อบริเวณผ่าตัด (Mucocutaneous separation) ได้แก่ รอยเย็บระหว่างทวารเทียมกับผิวหนังหน้าท้องแยกจากกัน

1.5 ไม่เกิดภาวะเลือดออกจากทวารเทียม (Stoma bleeding) ได้แก่ มีจุดเลือดออกบริเวณทวารเทียม

ระยะ 48 ชั่วโมง-วันที่ 7 หลังผ่าตัด

1.6 ไม่เกิดการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม (Peristomal irritation) เช่น ผิวหนังรอบทวารเทียมมีรอยแดง ผิวหนังเปิด หรือเปื่อย เป็นต้น

1.7 ไม่เกิดภาวะลำไส้อุดตัน (Bowel obstruction) เช่น ไม่ถ่ายอุจจาระหรือไม่มีสิ่งขับหลั่งออกจากทวารเทียม คลื่นไส้ และอาเจียน เป็นต้น

1.8 ไม่เกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (Parastomal hernia) ได้แก่ ผื่นงหน้ำท้องรอบทวารเทียมโป่งพอง

1.9 ไม่เกิดการตีบแคบของรูเปิดลำไส้ (Stoma stenosis) 13) ไม่เกิดภาวะรอยต่อลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรงรั่วซึม (Colorectal anastomosis leakage) ได้แก่ มีอาการปวดเกร็ง แน่นท้อง กดเจ็บ เป็นต้น

1.10 ไม่เกิดภาวะรอยต่อลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรงรั่วซึม (Colorectal anastomosis leakage) ได้แก่ มีอาการปวดเกร็ง แน่นท้อง กดเจ็บ เป็นต้น

1.11 ไม่เกิดภาวะลำไส้เปิดทางหน้าท้องถูดึงรั้ง (Stoma retraction) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังน้อยกว่า 1.5 เซนติเมตร

1.12 ไม่เกิดภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stoma prolapse) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังมากกว่า 2.5 เซนติเมตร

1.13 ไม่มีอาการแสดงภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียม รวมถึงบริเวณที่ใส่ท่อระบายต่างๆ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณรอบแผลผ่าตัด เป็นต้น

1.14 ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis) เช่น อาการปวด บวมที่ขา มีรอยแดง หรือสีผิวที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด

1.15 มีความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก (Intake-output balance) จากการไม่สูญเสียน้ำทางลำไส้อย่างรวดเร็ว (High output stoma)

1.16 ไม่เกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น มีอาการปวดท้องน้อย เป็นไข้ สีปัสสาวะขุ่น หรือพบเชื้อจากการเพาะเชื้อปัสสาวะ เป็นต้น

1.17 ไม่เกิดภาวะท้องอืด เช่น หน้าท้องบวม ตึง ไม่มีการผายลม เป็นต้น

2. ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน 9 ข้อ ดังนี้

2.1 มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล

2.2 บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีความเจ็บปวด หรือความเจ็บปวดลดลง ทั้งความถี่และความรุนแรงโดยประเมินความปวดได้คะแนนต่ำกว่า 3 (Pain score 0-10)

2.3 มีความสุขสบายด้านสุขอนามัยทางร่างกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย การขับถ่ายทางทวารเทียมปกติ เป็นต้น

2.4 นอนหลับ พักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

2.5 ได้รับสารน้ำ สารอาหารเพียงพอ เหมาะสมกับโรคและสภาพร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารใหม่แต่ละประเภท โดยประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) อยู่ระหว่าง 18.5-22.9

2.6 ความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับทวารเทียมลดลง จากการได้ข้อมูลตามแผนการรักษา

2.7 ยอมรับการมีทวารเทียมได้

2.8 มีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ และแหล่งสนับสนุนตามแผนการจำหน่าย

2.9 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการพยาบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

3. ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน 4 ข้อ ดังนี้

3.1 ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาพยาบาลก่อน และหลังผ่าตัด และมาตรวจตามนัดหมาย

3.2 มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การเลือกใช้ถุงรองรับอุจจาระ / อุปกรณ์เสริม การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นและแก๊ส ความเตรียมพร้อมในการเดินทาง เป็นต้น

3.3 มีทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การติดแป้นถุงรองรับอุจจาระไม่ให้เกิดการรั่วซึม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การทำความสะอาดทวารเทียม เป็นต้น

3.4 ไม่กลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน หลังการจำหน่าย

4. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน 13 ข้อ ดังนี้

4.1 ไม่มีความลำบากใจ กลัวในการมองหรือสัมผัสทวารเทียม

4.2 ไม่รู้สึกอายนี่ต้องมีถุงรองรับสิ่งขับถ่ายติดตัวอยู่ตลอดเวลา สามารถเข้าสังคม ร่วมกิจกรรมได้ตามปกติ

4.3 สวมใส่เสื้อผ้าได้อย่างเหมาะสม ตามปกติ ปกปิดถุงรองรับอุจจาระได้

4.4 ควบคุมกลิ่นและแก๊สทางทวารเทียมได้

4.5 ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด

4.6 สามารถทำงานบ้าน งานประจำ หรือกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้

4.7 ร่างกายแข็งแรง ไม่มีอ่อนเพลีย

4.8 เดินทาง/ท่องเที่ยวได้ด้วยความมั่นใจโดยไม่กลัวกลิ่น การรั่วซึมจากทวารเทียม

4.9 มีความสุขในงานอดิเรก การพักผ่อน และการเข้าสังคม

4.10 มีเพศสัมพันธ์ได้

4.11 รับรู้ว่าการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเป็นการรักษาให้ชีวิตคงอยู่ได้ยาวนาน

4.12 สามารถติดต่อ และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อน และคนในสังคมได้ปกติ

4.13 มีความสุขในการดำเนินชีวิต

หลังจากนั้นนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3 โดยหาค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไปจึงจะประเมินว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมด้านนั้น มีความสำคัญ และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile Range: IR) ที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 หมายถึง ความคิดเห็นมีความสอดคล้องกัน หลังการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน จำนวน 43 ข้อ ค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ในช่วง 4.50 – 5.00 และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile Range: IR) อยู่ในช่วง 0-1 และความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความไม่สอดคล้องกัน จำนวน 1 ข้อ ค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ในช่วง 3.50 – 4.49 และ ค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ (Interquatile Range: IR) มากกว่า 1

การแปลความหมายค่ามัธยฐาน

การแปลความหมายค่ามัธยฐานแต่ละระดับ หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีความสำคัญในระดับอย่างน้อยเพียงใด ดังนี้ (จุมพล พูลภักดิ์ชวิน, 2546)

ค่ามัธยฐาน 4.50 – 5.00 หมายถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมข้อความดังกล่าว มีระดับความสำคัญมากที่สุด

ค่ามัธยฐาน 3.50 – 4.49 หมายถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมข้อความดังกล่าว มีระดับความสำคัญมาก

ค่ามัธยฐาน 2.50 – 3.49 หมายถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมข้อความดังกล่าว มีระดับความสำคัญระดับปานกลาง

ค่ามัธยฐาน 1.50 – 2.49 หมายถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมข้อความดังกล่าว มีระดับความสำคัญระดับน้อย

ค่ามัธยฐาน 1.00 – 1.49 หมายถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมข้อความดังกล่าว มีระดับความสำคัญระดับน้อยที่สุด

ดังนั้นเกณฑ์การประเมินค่ามัธยฐานไม่ต่ำกว่า 3.50 ขึ้นไปจึงจะประเมินว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายข้อนั้นมีความสำคัญ

การแปลความหมาย ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ มีดังนี้ (Gracht, 2012)

IR ที่มีค่ามากกว่า 1 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมข้อความดังกล่าว **ไม่มีความสอดคล้องกัน**

IR ที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมข้อความดังกล่าว **มีความสอดคล้องกัน**

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) ในแต่ละข้อคำถามอีกครั้ง เพื่อหาข้อสรุปของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยพิจารณาจากผลการคำนวณในแต่ละข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป พิจารณาความสอดคล้องของข้อความจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) ที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Limestone & Turoff, 1975) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน จำนวน 43 ข้อ ค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ในช่วง 4.50 – 5.00 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) อยู่ในช่วง 0-1 และมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบร้อยละ 12.78 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

สรุปข้อคำถามที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาพร้อมกัน ระหว่างจากการสัมภาษณ์ และจากการทบทวนวรรณกรรม นำมาสร้างเป็นแบบข้อคำถามในรอบที่ 2 มีตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลทั้งหมด 4 ด้าน จำนวนข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน 44 ข้อ และในรอบที่ 3 ได้รับการแก้ไขและเพิ่มเติมจากข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากรอบที่ 2 โดยรอบนี้มีตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลจำนวน 4 ด้านเท่าเดิม และจำนวนข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน 43 ข้อ โดยมีตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลในบางรายการที่เปลี่ยนแปลง จากการรวมตัวชี้วัดที่มีความหมายใกล้เคียงกันเข้าด้วยกัน เพิ่มเติมรายการที่ได้จากการเสนอแนะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และถูกตัดออกเนื่องจากไม่ใช่ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เรียงลำดับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลแต่ละด้าน และเรียงลำดับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อย โดยผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ ข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อย ในระดับสำคัญมากที่สุดทุกข้อ (Md = 5, IR = 0.00 -1.00) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมรอบที่ 2 และ รอบที่ 3

| ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียมรอบที่ 2 | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียมรอบที่ 3 |
|---|--|
| 1. ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวาร เทียม จำนวน 16 ข้อ | 1.ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวาร เทียม จำนวน 17 ข้อ |
| 2. ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จำนวน 10 ข้อ | 2. ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จำนวน 9 ข้อ |
| 3. ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ | 3. ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ |
| 4. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ | 4. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ |

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการศึกษา และรวบรวมความคิดเห็นที่มีความสอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 20 คน ประกอบด้วย พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ/อาจารย์/นักวิชาการ/ และ/หรือคณะกรรมการจัดอบรมหลักสูตรพยาบาลออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ดูแลผู้ป่วยออสโตมี พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดตัวชี้วัด และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ประกอบด้วยจำนวน 4 ด้าน รวมทั้ง 43 ข้อย่อย ดังนี้

1. ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 17 ข้อ
2. ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จำนวน 9 ข้อ
3. ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ
4. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ

สรุปผลการวิจัย พบว่าความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ประกอบด้วย 4 ด้าน รวมทั้ง 43 ข้อย่อย ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงค่าตอบร้อยละ 12.78 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถสรุปผลการวิจัยได้ โดยแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3 แสดงในรูปแบบตาราง และสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 เป็นรายด้าน และข้อย่อยตามคำมัธยฐานจากมากไปหาน้อย ดังตารางที่ 5-8

1. ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม

ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม | รอบที่ 2 | | | รอบที่ 3 | | |
|-----|---|----------|----|-----------|----------|----|-----------|
| | | ระดับ | | | ระดับ | | |
| | | Md | IR | ความสำคัญ | Md | IR | ความสำคัญ |
| 1. | ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในตำแหน่งที่ถูกต้องเหมาะสมสัมพันธ์กับการวินิจฉัยของแพทย์ | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 2. | ไม่เกิดสัญญาณชีพผิดปกติ | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 3. | ไม่เกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด (Stoma ischemia) เช่น ทวารเทียมมีสีคล้ำลงเป็นสีม่วง สีน้ำตาล เป็นต้น | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 4. | ไม่เกิดการแยกของรอยต่อบริเวณผ่าตัด (Mucocutaneous separation) | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 5. | ไม่เกิดภาวะเลือดออกจากทวารเทียม (Stoma bleeding) ได้แก่ มีจุดเลือดออกบริเวณทวารเทียม | - | - | - | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 6. | ไม่เกิดการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม (Peristomal irritation) เช่น ผิวหนังรอบทวารเทียมมีรอยแดง ผิวหนังเปิด หรือเปื่อย เป็นต้น | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 7. | ไม่เกิดภาวะลำไส้อุดตัน (Bowel obstruction) เช่น ทวารเทียมหยุดการขับอุจจาระ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น | 5 | 1 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 8. | ไม่เกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (Parastomal hernia) ได้แก่ ผื่นงหน้ำท้องรอบทวารเทียมโป่งพอง | 5 | 1 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย จากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม | รอบที่2 | | รอบที่3 | | | |
|-----|---|---------|------|------------------------|----|----|------------------------|
| | | Md | IR | ระดับ ความ สำคัญ | Md | IR | ระดับ ความ สำคัญ |
| 9. | ไม่เกิดการตีบแคบของลำไส้ (Stoma stenosis) ได้แก่ อุจจาระที่ออกมา มีลักษณะเป็นลำเล็กลงเรื่อยๆ | 5 | 1 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 10. | ไม่เกิดภาวะรอยต่อลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรงรั่วซึม (Colorectal anastomosis leakage) ได้แก่ มีอาการปวดเกร็ง แน่นท้อง กตเจ็บ เป็นต้น | - | - | - | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 11. | ไม่เกิดภาวะลำไส้เปิดทางหน้าท้องถุกดึงรั้ง (Stoma retraction) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังน้อยกว่า 1.5 เซนติเมตร | 5 | 1 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 12. | ไม่เกิดภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stoma prolapse) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังมากกว่า 2.5 เซนติเมตร | 5 | 1 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 13. | ไม่มีอาการแสดงภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียม รวมถึงบริเวณที่ใส่ท่อระบายต่างๆ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณรอบแผลผ่าตัด เป็นต้น | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 14. | ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis) เช่น อาการปวด บวม ที่ขา เป็นต้น | 5 | 1 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 15. | มีความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก (Intake-output balance) จากการไม่สูญเสียน้ำทางลำไส้อย่างรวดเร็ว (High output stoma) เช่น ใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด สิ่งขับหลัง (Effluent) มีปริมาณ 2000-2500 มิลลิลิตรต่อวัน ตามตำแหน่งเปิดทวารเทียม เป็นต้น | 5 | 0.75 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย จากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม | รอบที่2 | | รอบที่3 | | |
|-----|--|---------|------|------------------------|------------------------|-----------|
| | | Md | IR | ระดับ ความ สำคัญ | ระดับ ความ สำคัญ | |
| 16. | ไม่เกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น มีอาการปวดท้องน้อย เป็นไข้ สีปัสสาวะขุ่น หรือ พบเชื้อจากการเพาะเชื้อปัสสาวะ เป็นต้น | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 0 | มากที่สุด |
| 17. | ไม่เกิดภาวะท้องอืด เช่น หน้าท้องบวม ตึง ไม่มี การขับลม เป็นต้น | 5 | 0.75 | มากที่สุด | 5 0 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 5 พบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียมรอบที่ 3 มีข้อย่อย 17 ข้อ (Md = 4.5-5, IR = 0-1) ซึ่งมีความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกข้อ และผู้เชี่ยวชาญมีเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ



2. ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม | รอบที่2 | | | รอบที่3 | | |
|-----|--|---------|------|----------------|---------|----|----------------|
| | | Md | IR | ระดับความสำคัญ | Md | IR | ระดับความสำคัญ |
| 1. | มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 2. | บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีความเจ็บปวด หรือความเจ็บปวดลดลงทั้งความถี่ ความรุนแรง และช่วงเวลา โดยประเมินความปวดได้คะแนนต่ำกว่า 3 (Pain score 0-10) | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 3. | มีความสุขสบายด้านสุขอนามัยทางร่างกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย ทวารเทียมปกติ เป็นต้น | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 5. | พักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง | 5 | 1 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 4. | ได้รับสารน้ำ สารอาหารเพียงพอ เหมาะสมกับโรคและสภาพร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารใหม่แต่ละประเภท | 5 | 0.75 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 6. | ยอมรับการมีทวารเทียมได้ | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 7. | มีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ และแหล่งสนับสนุนตามแผนการจำหน่าย | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 8. | ความวิตกกังวล และความเครียดลดลงจากการได้ข้อมูลตามแผนการรักษา | 5 | 0.75 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการให้บริการ ตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม | รอบที่2 | | | รอบที่3 | | |
|-----|--|---------|----|------------------------|---------|----|------------------------|
| | | Md | IR | ระดับ ความ สำคัญ | Md | IR | ระดับ ความ สำคัญ |
| 9. | ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย และ ครอบครัวต่อการบริการพยาบาล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 6 พบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ด้านการได้รับ
การตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมรอบที่ 3 มีข้อย่อย 9 ข้อ (Md = 4.5-5, IR = 0-1)
ซึ่งมีความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกข้อ และผู้เชี่ยวชาญมีเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ



3. ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย | รอบที่2 | | | รอบที่3 | | |
|-----|--|---------|----|---------------|---------|----|---------------|
| | | ระดับ | | | ระดับ | | |
| | | Md | IR | ความ สำคัญ | Md | IR | ความ สำคัญ |
| 1. | ปฏิบัติตามแผนการรักษา ก่อน และหลังผ่าตัด | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 2. | มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การเลือกใช้แป้นถูรองรับสิ่งขับถ่าย/อุปกรณ์เสริม การควบคุมกลิ่นและแก๊ส การมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 3. | มีทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การติดแป้นถูรองรับอุจจาระไม่ให้เกิดการรั่วซึม การใช้ผลิตภัณฑ์เคลือบผิวป้องกันการระคายเคืองรอบทวารเทียม (Skin protectant or Moisture barrier) การทำความสะอาดทวารเทียม เป็นต้น | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 4. | ไม่กลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน หลังการจำหน่าย | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 7 พบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยรอบที่ 3 มีข้อย่อย 4 ข้อ (Md = 4.5-5, IR = 0-1) ซึ่งมีความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกข้อ และผู้เชี่ยวชาญมีเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ

4. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย | รอบที่2 | | | รอบที่3 | | |
|-----|--|---------|------|---------------|---------|----|---------------|
| | | ระดับ | | | ระดับ | | |
| | | Md | IR | ความ สำคัญ | Md | IR | ความ สำคัญ |
| 1. | ไม่มีความลำบากใจในการมองหรือจับ ต้องทวารเทียม | 5 | 1 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 2. | ไม่รู้สึกรายที่ต้องมีถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ติดตัวอยู่ตลอดเวลา | 5 | 1 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 3. | สวมใส่เสื้อผ้าได้ตามปกติ ปกปิดถุงรองรับ อุจจาระได้ | 5 | 0.75 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 4. | ควบคุมกลิ่นและแก๊สทางทวารเทียมได้ | 5 | 1 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 5. | ไม่รู้สึกรุกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 6. | สามารถทำงานบ้าน งานประจำ หรือ กิจกรรมที่พึงประสงค์ได้ | 5 | 0.75 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 7. | ร่างกายมีความแข็งแรง ไม่มีอาการ อ่อนเพลีย | 5 | 1 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 8. | เดินทาง/ท่องเที่ยวได้ด้วยความมั่นใจโดย ไม่กลัวกลิ่น การรั่วซึม จากทวารเทียม | 5 | 1 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 9. | มีความสุขในงานอดิเรก การพักผ่อน และการเข้าสังคม | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 10. | มีเพศสัมพันธ์ได้ | 5 | 1 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 11. | รับรู้ว่าการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเป็นสิ่งที่ จำเป็นต่อการดำรงชีวิต | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |
| 12. | ติดต่อและมีสัมพันธภาพกับเพื่อนและ คนในสังคม | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |

ตารางที่ 8 (ต่อ)

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย | รอบที่2 | | | รอบที่3 | | |
|-----|---|---------|----|---------------|---------|----|---------------|
| | | ระดับ | | | ระดับ | | |
| | | Md | IR | ความ สำคัญ | Md | IR | ความ สำคัญ |
| 13. | มีความสุขในการดำเนินชีวิต | 5 | 0 | มากที่สุด | 5 | 0 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 8 พบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รอบที่ 3 มีข้อย่อย 13 ข้อ (Md = 4.5-5, IR = 0-1) ซึ่งมีความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกข้อ และผู้เชี่ยวชาญมีเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ

จากข้อค้นพบโดยการใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมดังตารางที่ 5- 8 เพื่อให้สามารถนำไปใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ในการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมได้ ใช้แบบสำรวจรายการ (Check List) () ไข่ () ไม่ไข่ และเป็นข้อความที่เป็นกลางดังนี้

1. ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน จำนวน 17 ข้อ ได้แก่

1.1 กำหนดผ่าตัดเปิดทวารเทียมได้ถูกต้อง เหมาะสมสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรค และการวินิจฉัยของแพทย์

1.2 การเกิดสัญญาณชีพผิดปกติ

1.3 การเกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด (Stoma ischemia) เช่น ทวารเทียมมีสีคล้ำลงเป็นสีม่วง สีน้ำตาล เป็นต้น

1.4 การเกิดการแยกของรอยต่อบริเวณผ่าตัด (Mucocutaneous separation) ได้แก่ รอยเย็บระหว่างทวารเทียมกับผิวหนังหน้าท้องแยกจากกัน

1.5 การเกิดภาวะเลือดออกจากทวารเทียม (Stoma bleeding) ได้แก่ มีจุดเลือดออกบริเวณทวารเทียม

1.6 การเกิดการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม (Peristomal irritation) เช่น ผิวหนังรอบทวารเทียมมีรอยแดง ผิวหนังเปิด หรือเปื่อย เป็นต้น

1.7 การเกิดภาวะลำไส้อุดตัน (Bowel obstruction) เช่น ไม่ถ่ายอุจจาระหรือไม่มีสิ่งขับหลั่งออกจากทวารเทียม คลื่นไส้ และอาเจียน เป็นต้น

1.8 การเกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (Parastomal hernia) ได้แก่ ผนังหน้าท้องรอบทวารเทียมโป่งพอง

1.9 การเกิดการตีบแคบของรูเปิดลำไส้ (Stoma stenosis)

1.10 การเกิดภาวะรอยต่อลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรงรั่วซึม (Colorectal anastomosis leakage) ได้แก่ มีอาการปวดเกร็ง แน่นท้อง กดเจ็บ เป็นต้น

1.11 การเกิดภาวะลำไส้เปิดทางหน้าท้องถุกดึงรั้ง (Stoma retraction) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังน้อยกว่า 1.5 เซนติเมตร

1.12 การเกิดภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stoma prolapse) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังมากกว่า 2.5 เซนติเมตร

1.13 มีอาการแสดงภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียม รวมถึงบริเวณที่ใส่ท่อระบายต่างๆ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณรอบแผลผ่าตัด เป็นต้น

1.14 การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis) เช่น อาการปวด บวมที่ขา มีรอยแดง หรือสีผิวที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด

1.15 มีความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก (Intake-output balance) จากการไม่สูญเสียน้ำทางลำไส้อย่างรวดเร็ว (High output stoma)

1.16 การเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น มีอาการปวดท้องน้อย เป็นไข้ สีปัสสาวะขุ่น หรือพบเชื้อจากการเพาะเชื้อปัสสาวะ เป็นต้น

1.17 การเกิดภาวะท้องอืด เช่น หน้าท้องบวม ตึง ไม่มีการผายลม เป็นต้น

2. ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน 9 ข้อ ได้แก่

2.1 มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล

2.2 บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีความเจ็บปวด หรือความเจ็บปวดลดลง ทั้งความถี่และความรุนแรง โดยประเมินความปวดได้คะแนนต่ำกว่า 3 (Pain score 0-10)

2.3 มีความสุขสบายด้านสุขอนามัยทางร่างกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย การขับถ่ายทางทวารเทียมปกติ เป็นต้น

2.4 นอนหลับ พักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

2.5 ได้รับสารน้ำ สารอาหารเพียงพอ เหมาะสมกับโรคและสภาพร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารใหม่แต่ละประเภท โดยประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) อยู่ระหว่าง 18.5-22.9

2.6 ความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับทวารเทียมลดลง จากการได้ข้อมูลตามแผนการ
รักษา

2.7 ยอมรับการมีทวารเทียมได้

2.8 มีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ และแหล่งสนับสนุนตามแผนการจำหน่าย

2.9 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการพยาบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

3. ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน 4 ข้อ ได้แก่

3.1 ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาพยาบาลก่อน และหลังผ่าตัด และมาตรวจตามนัดหมาย

3.2 มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การเลือกใช้ถุงรองรับอุจจาระ /
อุปกรณ์เสริม การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นและแก๊ส ความเตรียมพร้อมในการเดินทาง
เป็นต้น

3.3 มีทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การติดแป้นถุงรองรับอุจจาระไม่ให้เกิด
การรั่วซึม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การทำความสะอาดทวารเทียม เป็นต้น

3.4 การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน หลังการจำหน่าย

4. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน จำนวน 13 ข้อ ได้แก่

4.1 ความลำบากใจ กลัวในการมองหรือสัมผัสทวารเทียม

4.2 รู้สึกอายนที่ต้องมีถุงรองรับสิ่งขับถ่ายติดตัวอยู่ตลอดเวลา สามารถเข้าสังคม ร่วม
กิจกรรมได้ตามปกติ

4.3 สวมใส่เสื้อผ้าได้อย่างเหมาะสม ตามปกติ ปกปิดถุงรองรับอุจจาระได้

4.4 ควบคุมกลิ่นและแก๊สทางทวารเทียมได้

4.5 รู้สึกถูกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด

4.6 สามารถทำงานบ้าน งานประจำ หรือกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้

4.7 ร่างกายแข็งแรง ไม่มีอ่อนเพลีย สามารถออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมได้ตามสภาพ
ร่างกาย

4.8 เดินทาง/ท่องเที่ยวได้ด้วยความมั่นใจโดยไม่กลัวกลิ่น การรั่วซึมจากทวารเทียม

4.9 มีความสุขในงานอดิเรก การพักผ่อน และการเข้าสังคม

4.10 มีเพศสัมพันธ์ได้

4.11 รับรู้ว่าการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเป็นการรักษาให้ชีวิตคงอยู่ได้ยาวนาน

4.12 ติดต่อกับและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อน และคนในสังคมได้ปกติ

4.13 มีความสุขในการดำเนินชีวิต

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการศึกษา และรวบรวมความคิดเห็นที่มีความสอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 20 คน โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 3 รอบ คือ การสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และการตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 20 คน จำแนกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) 2) กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ/อาจารย์/นักวิชาการ/และ/หรือคณะกรรมการจัดอบรมหลักสูตรพยาบาลออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 3) กลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ดูแลผู้ป่วยออสโตมี 4) กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดตัวชี้วัด และ 5) กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ หรือให้ผู้เชี่ยวชาญเขียนตอบ ชุดที่ 2 แบบสอบถามเรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือระดับความคิดเห็นมากที่สุด จนถึงระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 44 ข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมในแต่ละด้าน และชุดที่ 3 แบบสอบถามเรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยเพิ่มค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่ 2 ของข้อคำถามแต่ละข้อ มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 43 ข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบคำตอบของตนเอง และของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ก่อนทบทวนคำตอบของตนเองเพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ

ระยะเวลาที่ใช้รวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบ ใช้เวลาทั้งสิ้น 81 วัน ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2561 ถึง 31 มีนาคม 2561 ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่ 5 เมษายน

2561 ถึง 30 เมษายน 2561 และระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่ 4 พฤษภาคม 2561 ถึง 20 พฤษภาคม 2561

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม จากระบบจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC) (Moorhead et al., 2013) ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมของ Grinspun (2009) Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers (2012) WCET Guideline (2014) และ Watts & Croves (2016) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ และสังเคราะห์แล้ว เห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ประกอบด้วย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม 2) ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม 3) ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ 4) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก ในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัย จำเป็นต้องพัฒนา ความรู้ ความสามารถ และทักษะของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม เพื่อให้ได้รับการยอมรับในเรื่องคุณภาพ ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลทั้งหมด 4 ด้าน และตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยจำนวน 43 ข้อ ประกอบด้วย

- | | |
|--|--------------|
| 1. ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม | จำนวน 17 ข้อ |
| 2. ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม | จำนวน 9 ข้อ |
| 3. ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย | จำนวน 4 ข้อ |
| 4. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย | จำนวน 13 ข้อ |

1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 17 ข้อ เป็นตัวชี้วัดย่อยที่มีความสำคัญมากที่สุดทั้ง 17 ข้อ ได้แก่ ได้แก่ 1) ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในตำแหน่งที่ถูกต้อง เหมาะสมสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรค และการวินิจฉัยของแพทย์ 2) ไม่เกิดสัญญาณชีพผิดปกติ 3) ไม่เกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด (Stoma ischemia) เช่น ทวารเทียมมีสีคล้ำลงเป็นสีม่วง สีน้ำตาล เป็นต้น 4) ไม่เกิดการแยกของรอยต่อบริเวณผ่าตัด (Mucocutaneous separation) ได้แก่ รอยเย็บระหว่างทวารเทียมกับผิวหนังหน้าท้องแยกจากกัน 5) ไม่เกิดภาวะ

เลือดออกจากทวารเทียม (Stoma bleeding) ได้แก่ มีจุดเลือดออกบริเวณทวารเทียม 6) ไม่เกิดการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม (Peristomal irritation) เช่น ผิวหนังรอบทวารเทียมมีรอยแดง ผิวหนังเปิด หรือเปื่อย เป็นต้น 7) ไม่เกิดภาวะลำไส้อุดตัน (Bowel obstruction) เช่น ไม่ถ่ายอุจจาระหรือไม่มีสิ่งขับหลังออกจากทวารเทียม คลื่นไส้ และอาเจียน เป็นต้น 8) ไม่เกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (Parastomal hernia) ได้แก่ ผื่นงหน้ำท้องรอบทวารเทียมโป่งพอง 9) ไม่เกิดการตีบแคบของรูเปิดลำไส้ (Stoma stenosis) 10) ไม่เกิดภาวะรอยต่อลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรงรั่วซึม (Colorectal anastomosis leakage) ได้แก่ มีอาการปวดเกร็ง แน่นท้อง กดเจ็บ เป็นต้น 11) ไม่เกิดภาวะลำไส้เปิดทางหน้าท้องถูกดึงรั้ง (Stoma retraction) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังน้อยกว่า 1.5 เซนติเมตร 12) ไม่เกิดภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stoma prolapse) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังมากกว่า 2.5 เซนติเมตร 13) ไม่มีอาการแสดงภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียม รวมถึงบริเวณที่ใส่ท่อระบายต่างๆ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณรอบแผลผ่าตัด เป็นต้น 14) ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis) เช่น อาการปวด บวม ที่ขา มีรอยแดง หรือสีผิวที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด 15) มีความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก (Intake-Output balance) จากการไม่สูญเสียน้ำทางลำไส้อย่างรวดเร็ว (High output stoma) 16) ไม่เกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น มีอาการปวดท้องน้อย เป็นไข้ ปัสสาวะขุ่น หรือพบเชื้อจากการเพาะเชื้อปัสสาวะ เป็นต้น 17) ไม่เกิดภาวะท้องอืด เช่น หน้าท้องบวม ตึง ไม่มีการผายลม เป็นต้น

ซึ่งอภิปรายได้ว่า การได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในตำแหน่งที่ถูกต้อง เหมาะสมสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรค และการวินิจฉัยของแพทย์ การไม่เกิดสัญญาณชีพผิดปกติ และการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดเนื่องจาก การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัด และการใช้รังสีรักษา โดยมีการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก (Kendal, Cripps, Viertelhausen, & Stern, 2002) การผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (ปริญา ทวีชัยการ, 2549) ในการให้การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จะต้องเริ่มตั้งแต่หลังการผ่าตัดทันที เนื่องจากการทำผ่าตัดนี้ ส่วนหนึ่งทำเพราะโรคมะเร็งมีความรุนแรงมาก หรือสภาพผู้ป่วยไม่ดีพอที่จะทำผ่าตัดใหญ่ได้ อีกส่วนหนึ่งเป็นการผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ นั้นหมายถึง ผู้ป่วยส่วนมากมักจะมีความเสี่ยงสูง (ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์, 2555) สอดคล้องกับวงเดือน เอี่ยมสกุล (2548) กล่าวไว้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมต้องให้การดูแลโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ช่วงก่อนผ่าตัด-วันผ่าตัด (Initial period) เป็นช่วงระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงวันก่อนผ่าตัด 2) ช่วงระยะผ่าตัด-วันที่ 7 หลังผ่าตัด

(Interim period) แบ่งเป็น ระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และระยะ 48 ชั่วโมง-วันที่ 7 หลังผ่าตัด และ3) ช่วงระยะพักฟื้น-ก่อนกลับบ้าน (Pre-discharge) โดยจุดมุ่งหมายของการให้การพยาบาลในแต่ละระยะนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยภายหลังการผ่าตัด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ซึ่งพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดนั้น มีโอกาสเกิดขึ้นได้สูงถึงร้อยละ 40 (Sirikurnpiboon, Awapittaya, & Wannaprasert, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Duchesne (2002) ที่พบว่า อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทวารเทียมมีอัตราสูงขึ้นจากร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 69.4 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ผิวหนังระคายเคืองรอบทวารเทียม โดยขึ้นกับชนิดของทวารเทียม (Herlufsen et al., 2006) ร้อยละ 68.6 – 77 เกิดจากการสัมผัสกับอุจจาระ และร้อยละ 20 เกิดจากการตัดช่องที่แผ่นแปะไม่เหมาะสมหรือไม่พอดีกับขนาดของทวารเทียม (Ratliff, Scarano, Donovan, & Colwell, 2005) ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัดทวารเทียม (Carne, Frye, Robertson, & Frizelle, 2003) นอกจากนี้ยังพบเลือดออกที่ทวารเทียม (Olejnik, Maciorkowska, Lenkiewicz, & Sierakowska, 2005) และทวารเทียมตีบแคบ (Duchesne et al., 2002) และการศึกษาของ Leenen (1989) พบว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทั้งจากตำแหน่งลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดหลังผ่าตัดระยะแรกคือ การสูญเสียน้ำทางลำไส้อย่างรวดเร็ว (High output stoma) และภาวะลำไส้ขาดเลือด (Stoma ischemia) ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้นอกจากทำให้ผู้มีทวารเทียมไม่สุขสบาย เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน และสูญเสียภาพลักษณ์แล้ว ยังอาจทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เสียค่าใช้จ่าย และเสียชีวิตได้ จากการศึกษาของ Person (2012) พบว่า การกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma site marking) ก่อนการทำผ่าตัด เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นภายหลังการผ่าตัด และส่งเสริมความเป็นอิสระ สอดคล้องกับ Grinspun (2009) Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers Guideline (2012) WCET Guideline (2014) Watts & Croves (2016) United State of America Ostomy Association (UAOA) (2018) และการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ที่กำหนดให้ผู้ป่วยทุกคนที่ทำผ่าตัดทวารเทียม ต้องได้รับการกำหนดตำแหน่ง โดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อให้ทวารเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ดี สามารถดูแลทวารเทียมได้ง่าย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังบริเวณรอบๆทวารเทียม

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีวัตถุประสงค์ คือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดภายหลังการผ่าตัด รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจเพื่อปรับสภาพให้เข้าสู่สภาพปกติ (ประทีน ไชยศรี, 2544) สอดคล้องกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2558) ที่กล่าวว่ามาตรฐานการรับรองเฉพาะโรคในเรื่องกระบวนการการดูแลผู้ป่วย ต้องคำนึงถึง

ความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมนั้น จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียม และอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยมีการซักประวัติ ประเมินความรู้เรื่องโรค ประเมินความพร้อม/ปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย ที่จะทำการผ่าตัดทวารเทียม ซึ่งสอดคล้องกับวงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร (2554) กล่าวว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังสังเกต ดูแลเอาใจใส่กับความผิดปกติแม้เพียงเล็กน้อย การรับฟังคำบอกเล่าของผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม และรายงานแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขภาวะที่ผิดปกติได้อย่างทันท่วงที ผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่าการพยาบาลด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม สามารถเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล นำไปพัฒนา และประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ

อารมณ์ และสังคม จำนวน 9 ข้อ เป็นตัวชี้วัดย่อยที่มีความสำคัญมากที่สุดทั้ง 9 ข้อ ได้แก่ 1) มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล 2) บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีความเจ็บปวด หรือความเจ็บปวดลดลง ทั้งความถี่และความรุนแรงโดยประเมินความปวดได้คะแนนต่ำกว่า 3 (Pain score 0-10) 3) มีความสุขสบายด้านสุขอนามัยทางร่างกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย การขับถ่ายทางทวารเทียมปกติ เป็นต้น 4) นอนหลับ พักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง 5) ได้รับสารน้ำ สารอาหารเพียงพอเหมาะสมกับโรคและสภาพร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารใหม่แต่ละประเภท โดยประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI: Body Mass Index) อยู่ระหว่าง 18.5-22.9 6) ความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับทวารเทียมลดลง จากการได้ข้อมูลตามแผนการรักษา 7) ยอมรับการมีทวารเทียมได้ 8) มีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ และแหล่งสนับสนุนตามแผนการจำหน่าย 9) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการพยาบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ซึ่งอภิปรายได้ว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล การไม่มีความเจ็บปวด แผลผ่าตัด การมีความสุขสบายด้านสุขอนามัยทางร่างกาย การได้รับสารอาหารเพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนได้ ยอมรับกับการมีทวารเทียมได้ ความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับทวารเทียมลดลง และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการพยาบาล ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดเนื่องจาก เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ถือเป็นสิ่งคุกคามต่อผู้ป่วย และครอบครัว ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย (จุฬาร ประสงค์, 2557) ซึ่งสิ่งที่บอกลักษณะอาการ และโรคที่ผู้ป่วยรับรู้ เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Bartha (1995) ที่พบว่า การรับรู้ว่าจะต้องทำการผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรงก่อนการผ่าตัด และเกิดความเครียดทันทีภายหลังการผ่าตัด ในระยะแรกไม่สามารถยอมรับทวารเทียมได้ ซึ่งจะมีพฤติกรรมแสดงออกที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจะมีความวิตก

กังวลเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของสังคม ไม่ต้องการเปิดเผยว่าตนเองมีทวารเทียม ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณเป็นผู้พิการ เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548) ทำให้เสียความรู้สึก ไม่มั่นใจในตนเอง เกิดความกดดัน บางครั้งรู้สึกกลัวว่าจะดำรงชีวิตต่อไปไม่ได้ โดยเฉพาะในวัยหนุ่มสาว จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่ยินยอมรับการผ่าตัด (ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์, 2555) ส่วนผลกระทบที่เกิดด้านร่างกาย เกิดแผลเปิดลำไส้บริเวณหน้าท้อง มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความสามารถในการย่อย และการดูดซึมอาหาร การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์ (2555) พบว่าการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมส่งผลกระทบต่อในหลายด้าน ซึ่งสามารถแบ่งผลกระทบได้ 3 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ และ 3) ด้านเศรษฐกิจ และสังคม จากการศึกษาของสายสมร เฉลยกิตติ (2556) พบว่า วิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ประกอบด้วย ความหมาย ความรู้ ความเข้าใจต่อวิถีชีวิตใหม่ในการมีทวารเทียมของตนเอง การปรับตัวในการดูแลตนเอง ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา และการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ผลการศึกษาสะท้อนถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมต้องมีการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเกิดจากการร่วมมือที่ีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับ United State of America Ostomy Association (2018) ที่ได้กำหนดไว้ว่าผู้ป่วยทุกคนที่ทำผ่าตัดทวารเทียม ต้องได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จากทีมงานเฉพาะทาง อีกทั้งต้องได้รับข้อมูลในเรื่องของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ ข้อมูลในด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง

พยาบาลถือว่าเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การสอบถาม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย หรือญาติได้ระบายความรู้สึก เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย ร่วมกันค้นหาปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไข นับเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องการ พยาบาลต้องใช้เทคนิคการสื่อสารซึ่งเป็นวิธีที่ดีในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และการตอบสนองต่อสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย จะสะท้อนถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย มีกำลังใจ และเกิดความพึงพอใจ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) สอดคล้องกับที่สำนักงานพยาบาล (2550) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลให้ครอบคลุมปัญหา และความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย และสอดคล้องกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2558) ที่ได้กำหนดการประเมินผู้ป่วยต้องประเมินรอบด้าน ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่าการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล และสามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

3. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ เป็นตัวชี้วัดย่อยที่มีความสำคัญมากที่สุดทั้ง 4 ข้อ ได้แก่ 1) ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาพยาบาลก่อน และหลังผ่าตัด และมาตรวจตามนัดหมาย 2) มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การเลือกใช้ถุงรองรับอุจจาระ / อุปกรณ์เสริม การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นและแก๊ส ความเตรียมพร้อมในการเดินทาง เป็นต้น 3) มีทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การติดแป้นถุงรองรับอุจจาระไม่ให้เกิดการรั่วซึม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การทำความสะอาดทวารเทียม เป็นต้น และ 4) ไม่กลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน หลังการจำหน่าย

ซึ่งอภิปรายได้ว่า การให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลก่อน และหลังผ่าตัด และมาตรวจตามนัดหมาย การมีความรู้ในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง และการมีทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด เนื่องจาก การรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การให้ความรู้ในการเตรียมร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะปกติได้เร็วยิ่งขึ้น (สุปราณี เสนาดีสัย, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับวงเดือน เอี่ยมสกุล (2548) กล่าวไว้ว่า การให้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม บทบาทสำคัญคือ การให้คำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด สอดคล้องกับ จุฬารพร ประสงค์ (2558) กล่าวไว้ว่า การให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด และการให้ข้อมูลการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จะช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด สอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์สภาแห่งสหรัฐอเมริกา (Wall et al., 2014) ที่กล่าวว่า การได้รับข้อมูลในการรักษา รับรู้ประโยชน์ ความเสี่ยง ทางเลือกในการรักษาที่เหมาะสม กับความต้องการของผู้ป่วย และการตัดสินใจในการรักษาร่วมกับแพทย์ นอกจากเป็นการส่งเสริมความเข้าใจในแผนการรักษาแล้ว ยังสามารถลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและญาติได้ และความสามารถในการดูแลตนเองได้ของผู้ป่วย ยังถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมอีกด้วย (บุญชื่น อิมมาก, 2555)

ผู้ป่วยหลังผ่าตัด จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องนั้นพยาบาลถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ การเตรียมพร้อมด้วยการสอนการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดให้กับผู้ป่วย (ชอลดา พันธุเสนา, 2542) ความสามารถในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด เป็นผลมาจากการปฏิบัติงานของพยาบาล ที่ติดตาม ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การให้ข้อมูล การสอน การฝึกทักษะ และการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นข้อกำหนดของสภาการพยาบาล (2548) ที่เป็นมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ สอดคล้องกับสถาบันรับรองคุณภาพ

สถานพยาบาล(2558) กล่าวว่า ในการการดูแลผู้ป่วยนั้น รวมไปถึงความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล นำไปพัฒนา และประเมินคุณภาพการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้

4. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ เป็นตัวชี้วัดย่อยที่มีความสำคัญมากที่สุดทั้ง 13 ข้อ ได้แก่ 1) ไม่มีความลำบากใจ กลัวในการมองหรือสัมผัสทวารเทียม 2) ไม่รู้สึกอายที่ต้องมีถุงรองรับสิ่งขับถ่ายติดตัวอยู่ตลอดเวลา สามารถเข้าสังคม ร่วมกิจกรรมได้ตามปกติ 3) สวมใส่เสื้อผ้าได้อย่างเหมาะสม ตามปกติ ปกปิดถุงรองรับอุจจาระได้ 4) ควบคุมกลิ่นและแก๊สทางทวารเทียมได้ 5) ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด 6) สามารถทำงานบ้าน งานประจำ หรือกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้ 7) ร่างกายแข็งแรง ไม่มีอ่อนเพลีย สามารถออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมได้ตามสภาพร่างกาย 8) เดินทาง/ท่องเที่ยวได้ด้วยความมั่นใจโดยไม่กลัวกลิ่น การรั่วซึมจากทวารเทียม 9) มีความสุขในงานอดิเรก การพักผ่อน และการเข้าสังคม 10) มีเพศสัมพันธ์ได้ 11) รับรู้ว่าการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเป็นการรักษาให้ชีวิตคงอยู่ได้ยาวนาน 12) ติดต่อกและมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน และคนในสังคมได้ปกติ 13) มีความสุขในการดำเนินชีวิต

จากกรอบแนวคิด กำหนดให้ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านความสามารถในการปรับตัวกับการสูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมกลิ่นและแก๊สทางทวารเทียมได้ สวมใส่เสื้อผ้าได้อย่างเหมาะสม ตามปกติ ปกปิดถุงรองรับอุจจาระได้ การไม่มีความลำบากใจ กลัวในการมองหรือสัมผัสทวารเทียม ไม่รู้สึกอายที่ต้องมีถุงรองรับสิ่งขับถ่ายติดตัวอยู่ตลอดเวลา สามารถเข้าสังคม ร่วมกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่แยกตัวจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหนึ่ง เนื่องจากปัญหาเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด (ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์, 2555) ซึ่งอยู่ในความดูแลของพยาบาลขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยไม่ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดี ถือเป็นเป้าหมายระยะยาวของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในระยะติดตามการรักษาต่อเนื่อง (บุญชื่น อิมมาก, 2555) แต่จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านความสามารถในการปรับตัวกับการสูญเสียภาพลักษณ์เป็นองค์ประกอบของตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการทำงานบ้าน งานประจำ หรือกิจกรรมที่พึงประสงค์ การปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่ต้องมีทวารเทียม การมีความสุขในการเข้าสังคม และการดำเนินชีวิต ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด อภิปรายได้ว่า เนื่องจาก การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักในการรักษา มะเร็งลำไส้ และทวารหนัก (Kendal et al., 2002) แต่ถ้าโรครอยู่ในระยะลุกลามเกินกว่าที่จะสามารถรักษาให้หายได้ จุดมุ่งหมายของการรักษาคือ มุ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ (ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร, 2554) คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ถือ

เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง องค์การอนามัยโลกให้นิยามคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ในชีวิตของบุคคลในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (World Health Organization, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Padilla (1985) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดทวารเทียมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความผาสุกทางร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ความพึงพอใจทางกายเมื่อมีทวารเทียม ประกอบด้วย ความแข็งแรงของร่างกาย อาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความสามารถในการทำงานบ้าน งานประจำ หรือกิจกรรมที่พึงประสงค์ การรับรู้ว่าตนเองสามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่น หรือสังคม ปัญหาที่พบในด้านความผาสุกทางร่างกาย พบว่าผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการท้องผูกและท้องเสีย ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับ การขับถ่ายไม่เป็นเวลา เผชิญกับกลิ่น และลมที่ไม่พึงประสงค์ (จุฬารัตน์ ประสงค์, 2558) 2) ความผาสุกด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ถึงความพึงพอใจทางจิตใจเมื่อมีทวารเทียม ประกอบด้วย ความสุขในการทำกิจวัตรประจำวัน ในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การทำงานอดิเรก การเข้าสังคม รวมถึงความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัญหาที่พบในด้านความผาสุกทางจิตใจ พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับถุงรองรับอุจจาระ (Ang, Mirmalini, & Zalilah, 2013) ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า (Adams & Wrightson, 2018) ทวารเทียมยังเปรียบเสมือนแผลเปิดตลอดเวลา แม้ไม่มีความเจ็บปวด แต่ก่อให้เกิดความกลัว รังเกียจตนเอง การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง กลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้ง และพยายามแยกตัวออกจากสังคม (Borwell, 2009) 3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ถึงความพึงพอใจต่อสภาพร่างกายเมื่อมีทวารเทียม ประกอบด้วย ความรู้สึกเกี่ยวกับสภาพร่างกายของตนเองเมื่อมีทวารเทียม ความกลัว ความวิตกกังวล การปรับตัวต่อการมีทวารเทียม และความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม การผ่าตัดทวารเทียมจะทำให้ผู้ป่วยส่วนมากเกิดความอาย และความกลัว จากรูปลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการขับถ่ายอุจจาระ กลัวว่าจะไม่สามารถดูแลทวารเทียม และปรับตัวให้อยู่กับทวารเทียมได้ สิ่งสำคัญ คือ กลัวความสกปรก หรือกลิ่นเหม็นจากการรั่วซึมของอุจจาระ รวมถึงการที่มีเสียงลมผ่านทวารเทียมออกมา บางครั้งเหมือนการผายลม แต่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลกระทบเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับการมีทวารเทียมได้ และมักแยกตนเองออกไปอยู่คนเดียว เกิดความวิตกกังวล เครียด จนอาจเกิดปัญหาทางจิต เกิดความคิดทำร้ายตัวเอง (ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์, 2555) โดยปัญหาที่พบในด้านความคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความกลัว มีความรู้สึกเกลียดตัวเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่าลดลง กลัวการถูกทอดทิ้ง (Borwell, 2009) และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเกิดความรู้สึกอาย ไม่สุขสบายจากการมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระ ปัญหาการรั่วซึมของถุงรองรับอุจจาระ และมีการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม (O'Connor, Coates, & O'Neill, 2010) 4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วย

ผ่าตัดเปิดทวารเทียมถึงปฏิกิริยาจากคนในสังคมที่มีต่อตนเอง ประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว เพื่อน และสังคม ความกลัวการปฏิเสธจากสังคม และการมีเวลาความเป็นส่วนตัวที่เพียงพอกับความต้องการของตน ปัญหาที่พบในด้านความค้ำประกันเกี่ยวกับสังคม พบว่า การมีทวารเทียมทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มีความมั่นใจต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีปัญหาการทำงาน และการเข้าสังคม มีการเปลี่ยนแปลงในอาชีพการทำงาน ส่งผลต่อรายได้ในครอบครัว (นวพร ชิตমন, 2549) ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว (Ceilleachair et al., 2012) 5 การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมถึงการรักษาที่เกิดขึ้น และผลของการผ่าตัด ประกอบด้วย อาการปวดภายหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ความถี่และความรุนแรงของอาการปวด รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่เพียงพอกับความต้องการ ปัญหาที่พบในด้าน การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด มีปัญหาด้านสัมพันธภาพทางเพศ (O'Connor et al., 2010) และการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมถึงภาวะโภชนาการที่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีทวารเทียม ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว และการรับประทานอาหารที่เพียงพอ ปัญหาที่พบในด้าน การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ จากการรับประทานอาหารได้น้อยลง ความรู้สึกอยากอาหารลดลง เนื่องจากกลัวว่าจะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือเกิดอุดตันของลำไส้ได้ (ปริญา ทวีชัยการ, 2554)

ในการประเมินผลการรักษาพยาบาล นอกจากการประเมินผลด้านชีวการแพทย์แล้ว ควรประเมินผลทางด้านหน้าที่การทำงานของร่างกาย ความมั่นใจในการที่จะกลับไปดำรงชีวิตตามปกติ รู้จักแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ต้องไปใช้บริการ หรือติดต่อขอความช่วยเหลือ รวมถึงการได้รับการส่งต่อข้อมูล และการดูแลที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2558) กล่าวว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยในการวางแผนการจำหน่ายต้องครอบคลุมการดูแลต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากสถานพยาบาล ต้องได้รับการส่งต่อ ติดตาม และประเมินความก้าวหน้า พยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล โดยจุดมุ่งหมายของการรักษาพยาบาลคือ มุ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ และสร้างความมั่นใจให้กลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ (ไพศิษฐ์ ศิริวิทยาการ, 2554) ซึ่งในการจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในบริบทของโรค และการรักษา อีกทั้งต้องทราบถึงปัจจัยที่ส่งผล และมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูล ในการวางแผนการพยาบาลที่จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตต่อไป ผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า เพื่อให้ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมมีความครอบคลุม ให้กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย

ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยมีความสามารถในการปรับตัวกับการสูญเสียภาพลักษณ์เป็นองค์ประกอบ และตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สามารถเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลนำไปพัฒนา และประเมินคุณภาพการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม นำไปใช้พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
2. ผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาล สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาการพยาบาล จากการนำไปใช้ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาประสิทธิภาพ และประสิทธิผลตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยการนำไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม และนำผลมาวิเคราะห์

รายการอ้างอิง

- กษยา ตันติผลาชีวะ. (2554). Colon and Rectum. ใน สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และพัฒน์พงศ์ นาวิ-เจริญ (บรรณาธิการ). **ตำราศัลยศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงใหม่)**. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). **พระราชบัญญัติวิชาชีพ การพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติม**. กรุงเทพฯ: เพชรสยาม.
- กาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (2556). Peristomal Skin Assessment Tools (เครื่องมือประเมินผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้หน้าท้อง). ใน จุฬาร ประสังสิต และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (บรรณาธิการ). **การพยาบาลออสโตมีและแผลในศตวรรษที่ 21**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พุ่มทอง.
- กาญจนา อุบลพงศ์. (2555). การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โรงพยาบาลสระบุรี. **วารสารกองการพยาบาล**, 39(3), 51-64.
- เกษม บุญอ่อน. (2522). **เตลพาย : เทคนิคในการวิจัย**. จาก ศูนย์ทัศนคติคลินิกออสโตมีและแผลฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (Producer). (2560). การประสานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมแบบครบวงจร.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2559). **ระบบข้อมูลอัตราการตาย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://bps.moph.go.th/new_bps/
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. (2543). **เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Quality Indicators)**. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- จุฬาร ประสังสิต. (2557). **การพยาบาลออสโตมีและแผลในศตวรรษที่ 21**. กรุงเทพฯ : ชมรมพยาบาลออสโตมีและแผล.
- จุฬาร ประสังสิต. (2558). **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง : ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ**. กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2530). **เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR**. *ข่าวสารวิจัยการศึกษา*. 10: 23-30.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2544). **เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR ในเทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมรมพยาบาลออสโตมีและแผล. (2558). **รายชื่อสมาชิกชมรมพยาบาลออสโตมีและแผล**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.ostomythai.com> [16 กรกฎาคม 2560]

- ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย. (2559). **ความรู้มะเร็ง**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.siamca.com> [15 มกราคม 2017].
- ชนิดา รักษ์พลเมือง. (2553). การวิจัยแบบเดลฟาย. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ). **เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชอลดา พันธุ์เสนา. (2542). **ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่(ทางศัลยศาสตร์)2**. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์ และคณะ. (2548). **ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 21 : ฉบับ ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก**. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- ทัศน์ี สงกา และยุพิน อังสุโรจน์. (2550). บทบาทผู้นำพยาบาลในคลินิก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. **วารสารสภาการพยาบาล**. 22(1), 73 – 87.
- ธิดา นิงสานนท์ และคณะ. (2551). **ตรงประเด็น เน้นสู่คุณภาพงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ: ปรมัตถ์การพิมพ์.
- ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์. (2553). การจัดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลำไส้. ใน ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ). **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่มที่ 2**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โอกรูป เพรส.
- ธัญชนก วงศ์ตะวัน. (2559). **การบทบาทพยาบาลออสโตมี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์. (2553). **มาตรฐานการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: วจนแห่งศิลป์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นวพร ชิตมน. (2549). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- น้ำผึ้ง มีศิลป์. (2559). การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยศิลปากร**. 9(1), 1 – 16.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2551). **ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญชื่น อิ่มมาก. (2555). บทบาทของ ET Nurse. ในธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์ (บรรณาธิการ). **การดูแลบาดแผลและทวารเทียม**. หน้า 77-90. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2550). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ในเอกสารการบรรยายทางวิชาการเรื่อง **การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและการดูแลระยะยาว**. กรุงเทพฯ.
- ประทีน ไชยศรี. (2544). **คู่มือการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดเปิดช่องทวารใหม่ (colostomy)**.

เชียงใหม่: ดาราวรรณการพิมพ์.

- ประทีน ไชยศรี. (2550). การดูแลช่องเปิดลำไส้และการฟื้นฟูสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ยู-เนี่ยนออฟเซ็ท.
- ปริญญา ทวีชัยการ. (2549). ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2556). การอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. เชียงใหม่. (อัดสำเนา).
- พรทิพย์ มาลาคำ, และประคอง อินทรสมบัติ. (2549). การประเมินคุณภาพการพยาบาล : ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 12(1), 25-34.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2548). การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2554). แนวคิดและหลักการใช้ความสามารถเชิงสมรรถนะของพยาบาล. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- ไพบุลย์ จิวะไพศาลพงศ์. (2555). Ostomy ทวารเทียม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพ เวชสาร.
- ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร. (2554). Colostomy ileostomy and complications. ใน ปริญญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ). ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง (มหาชน).
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2010). มาตรฐานพยาบาล และmagnet hospital. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_qd/admin/download_files/89_72_1.pdf
- รัชนี ศุภจินทรรัตน์. (2550). ปัจจัยทำนายความต้องการออกจากงานของอาจารย์พยาบาล. วารสารกระทรวงสาธารณสุข, 25(3), 184-198.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา: ขานเมืองการพิมพ์.
- วงเดือน เอี่ยมสกุล. (2548). แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. (2557). หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://cne.trcn.ac.th>. [17 สิงหาคม 2557].

- วิภาดา คุณาวิทิตกุล. (2556). **สานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลสู่ปฏิบัติการในประชาคมอาเซียน ; พหุลักษณะบูรณาการและสหสถาบัน**. นนทบุรี: เอ็นดูโปรดักชั่นจำกัด.
- เวชสถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. **สถิติผลการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ 2559**. กรุงเทพฯ : สยามการพิมพ์.
- ศิริรัตน์ ศรีโพลาม, (2560). **การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://202.28.33.1/2010/km/ppt-sirirat.pdf>. [16 กรกฎาคม 2560]
- สมพร วรรณวงศ์. (2559). ปัญหาการติตัวสตรีรองรับปีสภาวะในผู้ป่วยอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดรูเปิดปีสภาวะทางหน้าท้อง: ความท้าทายในการดูแล. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**, 3(1), 207-219.
- สมพร วรรณวงศ์, แสงอรุณ อิศระมาลัย, วันดี คหะวงศ์, & โสมนัส นาคนวน. (2555). การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์**, 6(3), 30-48.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2558). **ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2558**. กรุงเทพฯ: พรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2557). **Hospital-based cancer registry**. [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.nci.go.th>. [7 ธันวาคม 2557].
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2558). **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4**. กรุงเทพฯ: ดีวัน จำกัด
- สภาการพยาบาล. (2557). **คู่มือการจัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.tnc.or.th/files/2010/12/page-430/_16037.pdf. [15 มกราคม 2558]
- สายสมร เฉลยกิตติ, ศิริพร พูนชัย, ศิริพร สว่างจิตร, และจุฑารัตน์ บันดาลสิน. (2556). วิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 14(3), 31-38.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). **เกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.thcc.or.th/download/GIS54.pdf>. [2 ตุลาคม 2560]
- สุปราณี เสนาดิสัย และ วรรณภา ประไพพานิช. (2554). **การพยาบาลพื้นฐาน : แนวคิดและปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: จุดทองการพิมพ์
- สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ. (2558). **Gastrointestinal manifestations of systemic Diseases**. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุวรรณมา กิตติเนาวรัตน์. (2552). ภาวะท้องผูก. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 2(1), 12-22.
- อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัย. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อโนชา สาระสิต. (2550). **ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบล จ้วงพานิช, (2554). **คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- Adams, E. E., & Wrightson, M. L. (2018). Quality of life with an LVAD: A misunderstood concept . *Heart lung*, 47(3), 177-183. doi:10.1016/j.hrtlng.2018.02.003
- Anders, S., & Huber, W. (2010). Differential expression analysis for sequence count data. *Genome biol*, 11(10), R106.doi:10.1186/gb-2010-11-10-r106
- Ang, Y. K., Mirnalini, K., & Zalilah, M. S. (2013). A workplace email-linked website intervention for modifying cancer-related dietary and lifestyle risk factors: Rationale, design and baseline findings. *Malays J Nutr*, 19(1), 37-51.
- Bartha, I., Hajdu, J., Bokor, L., Kanyari, Z., & Damjanovich, L. (1995). [Quality of life of post- colostomy patients]. *Orv Hetil*, 136(37), 1995-1998.
- Benson, A., Chakravarthy, A., Hamilton, S., & Sigurdson, E. (2013). **Cancers of the colon and rectum: A multidisciplinary approach to diagnosis and management**: Springer Publishing Company.
- Bhzen, N. M., Teleb, S. M., Mahmoud, M. A., & Soliman, A. M. (2013). Colostomy: Developing nursing care standards for patient with colostomy. *The Medical Journal of Cairo University*, 81(2), 57-64.
- Borwell, B. (2009). Continuity of care for the stoma patient: Psychological considerations. *Br J Community Nurs*, 14(8), 326, 328, 330-321. doi:10.12968/bjcn.2009.14.8.43511
- Burch, J., & Sica, J. (2008). Common peristomal skin problems and potential treatment options. *British Journal of Nursing*, 17(17): S4-S11.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). **The practice of nursing research: Conduct, Critique & Utilization**. Michigan: Saunders.

- Calvert, S., Disley, H., Jowett, A., & Chalmers, F. (2012). **Securicare stoma care clinical nursing standards**. France: Royal College of Nursing.
- Carne, P. W., Frye, J. N., Robertson, G. M., & Frizelle, F. A. (2003). Parastomal hernia following minimally invasive stoma formation. **ANZ J Surg**, 73(10), 843-845.
- Ceilleachair, A. O., Costello, L., Finn, C., Timmons, A., Fitzpatrick, P., Kapur, K., Sharp, L. (2012). Inter-relationships between the economic and emotional consequences of colorectal cancer for patients and their families: A qualitative study. **BMC Gastroenterol**, 12, 62. Doi: 10.1186/1471-230x-12-62
- Couper, M. R. (1984). The delphi technique: Characteristics and sequence model. **Advance in Nursing Science**, 7(1): 72-77.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2014). **Nursing care plans: Guidelines for individualizing client care across the life span**: F. A., Davis Company.
- Doughty, D. (1992). Role of the enterostomal therapy nurse in ostomy patient rehabilitation. **CANCER Supplement**, 70(5): 1390-1392.
- Duchesne, J. C., Wang, Y. Z., Weintraub, S. L., Boyle, M., & Hunt, J. P. (2002). Stoma complications: A multivariate analysis. **Am Surg**, 68(11), 961-966; discussion 966.
- Fulton, J. S., Lyon, B. L., & Goudreau, K. A. (2014). **Foundations of clinical nurse specialist practice**, 2nd Newyork: Springer Publishing Company.
- Gordon, P. H., McDonald, J., & Cataldo, P. A. (2007). Intestinal stomas. In Gordon, P. H., & Nivatvongs, S. (Eds.). **Principles and practice of surgery for the colon rectum and anus**. 3rd Newyork: Informa Healthcare.
- Grinspun, D. (2009). **Ostomy care & management**. Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Herlufsen, P., Olsen, A. G., Carlsen, B., Nyback, H., Karlsmark, T., Laurse, T. N., et al. (2006). Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. **British Journal of Nursing**, 15(16): 854-862.
- Kendel, W. S., Cripps, C., Viertelhausen, S., & Stern, H. (2002). Multimodality management of locally recurrent colorectal cancer. **Surgical Clinical of North America**, 82(5): 1059-1073.

- Keswani, S. G., Baye, M. J., & Maxwell, J. P. (2002). Colorectal cancer in patients younger than 40 years of age. **American Surgery**. 68: 871-876.
- Krouse, R. M., et al. (2007). Quality of life outcomes in 599 cancer and non- cancer patients with colostomies. **Journal of Surgical Research**, 138(1): 79-87.
- Leenen, L. P., & Kuypers, J. H. (1989). Some factors influencing the outcome of stoma surgery. **Dis Colon Rectum**, 32(6), 500-504.
- L Simmons, K., A Smith, J., Bobb, K.-A., & L.M. Liles, L. (2007). **Adjustment to colostomy**: Stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. 60(6):627-35.
- Macmillan, Thomas T. 1971.**The delphi technique. Paper presented at the annual meeting of the california junior colleges associations committee on research and development.** Ca: Monterey, 3(1): 3-5
- McMullen, C. K., Wasserman, J., Altschuler, A., Grant, M. L., Hornbrook, M.C., Person, B., et al. (2012). The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complication, quality of life, and patient's independence. **Diseases of the colo & rectum**, 55(7): 783-787.
- Mills-Zorzes, S. (2005). Distance education: The Canadian enterostomal therapy nursing education program model. **Wound care canada**, 3(1): 34-37.
- Moorhead G., & Griffin R. W. (2010). **Organizational behavior: Managing people and organizations**. 9th ed. Arizna: Wisconsin Cengage Learning.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E., (2013). **Nursing outcomes classification: NOC**. 5th ed. USA: Mosby.
- Nel, E., Müller, A., & Colyn, A. (2011). The competencies of the shift leader in the intensive care unit setting, in a private hospital group in South Africa. **Health SA Gesundheit (Online)**, 16, 1-10.
- O'Connor, G., Coates, V., & O'Neill, S. (2010). Exploring the information needs of patients with cancer of the rectum. **Eur J Oncol Nurs**, 14(4), 271-277.
doi:10.1016/j.ejon.2010.01.024
- Olejnik, B., Maciorkowska, E., Lenkiewicz, T., & Sierakowska, M. (2005). Educational and nursing problems of parents of children with stoma. **Rocz Akad Med Bialymst**, 50 (1), 163-166.

- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. **ANS Adv Nurs Sci**, 8(1), 45-60.
- Person, B., et al. (2012). The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complication, quality of life, and patient's independence. **Diseases of The Colo & Rectum**. 55(7): 783-787.
- Ratliff, C. R., Scarano, K. A., Donovan, A. M., & Colwell, J. C. (2005). Descriptive study of peristomal complications. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, 32(1), 33-37.
- Rudoni, C. (2011). Peristomal skin irritation and the use of a silicone-based barrier film. **British Journal of Nursing**. 20 (16), S12, S14, S16 passim.
doi:10.12968/bjon.2011.20.16. S12
- Sharkey, S. B., & Sharples, A. Y. (2001). An approach to consensus building using the delphi technique: Developing a learning resource in mental health. **Nurse Educ Today**, 21(5), 398-408. doi:10.1054/nedt.2001.0573
- Sirikurnpiboon, S., Awapittaya, B., & Wannaprasert, J. (2013). Incidence of primary colorectal cancer from colonoscopy examinations in patients presenting with liver mass. **J Med Assoc Thai**, 96 Suppl 3, S84-88.
- Stoma care handbook 2016-2017 in Association with Gastrointestinal nursing.
Available from: <http://magsubscriptions.com/stoma-care-Handbook -2016 -2017>
- Tao, H., Songwathana, P., Isaramalai, S.-a., & Zhang, Y. (2013). Personal awareness and behavioural choices on having a stoma: **A qualitative metasynthesis** . 23(9), 9-10.
- Teleki, S., Health, C. C. o., Safety, Compensation, W., & Justice, I. f. C. (2006). **Research colloquium on workers' compensation medical benefit delivery and return to work**. California: Rand Corporation.
- Ulrich, S. P., Canale, S. W., & Wendell, S. A. (1986). **Nursing care planning guides: A nursing diagnosis approach**: University of Michigan. Saunders.
- Wall, D., Goodyear, H., Singh, B., Whitehouse, A., Hughes, E., & Howes, J. (2014). A new tool to evaluate postgraduate training posts: The Job Evaluation Survey Tool (JEST). **BMC Med Educ**, 1(4): 210.

Watts, J., & Croves, W. (2016). **Guideline for care of an adult patient with a stoma.**

United state: Taylor & Francis Group.

World Council of Enterostomal Therapists. (2014). **International ostomy guidelines.**

Available from: <http://www.wcetn.org/international-ostomy-guideline>





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญที่ให้สอบถาม และตอบแบบสอบถาม จำนวน 20 คน มีรายนามต่อไปนี้

1. กลุ่มพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลออสโตมี แพล และควบคุมการขยับถ่ายไม้ได้ (ET Nurse)

จำนวน 6 คน

- 1.1 นางสาวบุญชื่น อิ่มมาก
- 1.2 นางสาวอรรวรรณ กล้ายไม้
- 1.3 นางรัตนภรณ์ สุขวาริ
- 1.4 นางสาวประภาวดี โทนสุข
- 1.5 นางสาวกนกพร ตรงเมธี
- 1.6 นางจรัสพร วิลัยสัย

2. กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ/อาจารย์/นักวิชาการ/ และ/หรือคณะกรรมการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลออสโตมี แพล และควบคุมการขยับถ่ายไม้ได้ จำนวน 4 คน

- 2.1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชัชนาภ ณ นคร
- 2.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรรณฤดี ภู่ทอง
- 2.3 นางประทีน ไชยศรี
- 2.4 นางสาวมาลี งามประเสริฐ

3. กลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ที่ดูแลผู้ป่วยออสโตมีจำนวน 4 คน

- 3.1 นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ
- 3.2 พ.ต.หญิงจรัสพรรัช วงศ์วิเศษกาญจน์
- 3.3 นางสาวประไพ อริยประยูร
- 3.4 นางสาวศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์

4. กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารทางการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดตัวชี้วัด

จำนวน 3 คน

- 4.1 ดร. ยุวดี เกตสัมพันธ์
- 4.2 รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ
- 4.3 นางรัสมิ์ บุษยะจารุ

5. กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 3 คน

- 5.1 นายแพทย์กุลวัฒน์ พัฒนประภาพันธ์
- 5.2 นายแพทย์สิริพงศ์ สิริกุลพิบูลย์
- 5.3 นายแพทย์บุญชัย งามศิริมาศ

ประวัติผู้เชี่ยวชาญ

1. กลุ่มพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลออสโตมี แพล และควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) จำนวน 6 คน

1.1 นางสาวบุญชิ้น อิ่มมาก

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
- สถานที่ปฏิบัติงาน - ตึกศัลยกรรมพิเศษรวม 8 ข และออสโตมีคลินิก
โรงพยาบาลราชวิถี
- ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 33 ปี
- วุฒิการศึกษา - ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 - กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
 - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แพล และควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แพล และควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้

1.2 นางสาวอรรณณ กล้วยไม้

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วย
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน)
- สถานที่ปฏิบัติงาน - หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4D (หออภิบาลผู้ป่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน)
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา
- ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 30 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แพล และควบคุมการขยับถ่าย
ไม่ได้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แพล และควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้

1.3 นางรัตนภรณ์ สุขวารี

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญพิเศษ (หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม
ลำไส้ และทวารหนัก)
- สถานที่ปฏิบัติงาน - หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B (หอผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้และทวาร
หนัก) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย
นวมินทราชินราชมงคล
- ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 30 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

1.4 นางสาวปภาวดี โทนสุข

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- สถานที่ปฏิบัติงาน - หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
- ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 15 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สุราษฎร์ธานี
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- การพยาบาลเฉพาะทางการดูแลบาดแผลและทวารเทียม
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่าย
ไม่ได้

1.5 นางสาวกนกพร ตรงเมธี

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพ 6
- สถานที่ปฏิบัติงาน - ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 15C โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 10 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- การพยาบาลเฉพาะทาง อนุสาขากการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล
ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
วิทยาลัยสภากาชาดไทย

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

1.6 นางจรัสพร วิลัยสัย

ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลชำนาญการ
 สถานที่ปฏิบัติงาน - หน่วยออสโตมี และแผล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
 ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 15 ปี
 วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
 - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

2. กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ/อาจารย์/นักวิชาการ/ และ/หรือคณะกรรมการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาล ออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวน 4 คน

2.1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชัชฌาน ญ นคร

ตำแหน่งปัจจุบัน - อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน
 สถานที่ปฏิบัติงาน - วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
 ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 42 ปี
 วุฒิการศึกษา - วิทยาศาสตร์บัณฑิต พยาบาลสาธารณสุข (วท.บ.)
 - สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต การแพทย์ฝ่ายจิต (สส.ม.)
 - Certificate Enterostomal Therapist, School of Nursing Singapore
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

2.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรรณฤดี ภูทอง

ตำแหน่งปัจจุบัน - อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน
 สถานที่ปฏิบัติงาน - วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
 ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 32 ปี
 วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
 - พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 Certificated of Attachment Program to

Enterostomal Therapy Nursing – Wound and Diabetic Foot Care University Malaya Medical Center Kuala Lumpur, Malaysia

- การพยาบาลเฉพาะทาง อนุสาขากการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผลออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

2.3 นางประทีน ไชยศรี

ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลระดับ 9

สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่/โรงพยาบาลราชเวชเชียงใหม่

ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 39 ปี

วุฒิการศึกษา - อนุปริญญาพยาบาลและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- Stomal Therapy Nurses' Education Programme

Australian of Stomal Therapy Nurses (AASTN)

- World Council of Enterostomal Theapists (WCET)

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

2.4 นางสาวมาลี งามประเสริฐ

ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

สถานที่ปฏิบัติงาน - หอผู้ป่วยนรีเวช/หน่วยออสโตมีและแผล

ประสบการณ์ในการทำงาน 32 ปี

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 20 ปี

วุฒิการศึกษา - วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- Doctoral Candidate in Nursing Science,
Faculty of Nursing, Mahidol University
- การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- วุฒิบัตรผู้ประกอบการพยาบาลชั้นสูงสาขาการดูแลผู้ป่วย
อายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ สภาการพยาบาล

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่าย
ไม่ได้

3. กลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ที่ดูแลผู้ป่วยออสโตมีจำนวน 4 คน

3.1 นางสาวมลวรรณ ยอดกลกิจ

ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

สถานที่ปฏิบัติงาน - ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช

ประสบการณ์ในการทำงาน 20 ปี

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 20 ปี

วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
มหาวิทยาลัยมหิดล

- วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

- การพยาบาลเฉพาะทาง อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล
ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ วิทยาลัยพยาบาล
สภากาชาดไทย

- พยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และ
ผู้สูงอายุ กลุ่มโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงเรียนพยาบาล
รามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ
มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ-การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่าย
ไม่ได้

3.2 พ.ต.หญิง จรัสพรพร วงศ์วิเศษกาญจน์

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ / ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
- สถานที่ปฏิบัติงาน - Advance Wound Care Clinic กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู
วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
- ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 21 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
พยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยมหิดล
- ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่าย
ไม่ได้

3.3 นางสาวประไพ อริยประยูร

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลชำนาญการ/ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
- สถานที่ปฏิบัติงาน - งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลรามาริบัติ
- ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 31 ปี
- วุฒิการศึกษา - วิทยาศาสตร์บัณฑิต การพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1
โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยลัยมหิดล
- มหบัญชิต การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วุฒิปัตรผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการ
พยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์
สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย
- ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่าย
ไม่ได้

3.4 นางสาวศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพ / ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
- สถานที่ปฏิบัติงาน - หอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง 1 คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 30 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์

ศัลยศาสตร์ กลุ่มมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แพล และควบคุมการขับถ่าย
 ไม่ได้

4. กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารทางการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนด ตัวชี้วัด จำนวน 3 คน

4.1 ดร. ยุวดี เกตสัมพันธ์

ตำแหน่งปัจจุบัน - กรรมการบริหารสภาการพยาบาล/ประธานชมรมพยาบาล
 ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

สถานที่ปฏิบัติงาน - สภาการพยาบาล

ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 42 ปี

วุฒิการศึกษา - อนุปริญญาการผดุงครรภ์ และอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

- วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

- ดุษฎีบัณฑิต (Ph. D) Deakin University, Australia

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แพล และควบคุมการขับถ่าย
 ไม่ได้

4.2 รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ

ตำแหน่งปัจจุบัน - อาจารย์พยาบาล/กรรมการบริหารวิทยาลัยพยาบาล

สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาล
 รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 10 ปี

วุฒิการศึกษา - อนุปริญญาพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- ครุศาสตรบัณฑิต (พยาบาลศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ครุศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย

- ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - วุฒิบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญสาขาการพยาบาล
อายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์
- วุฒิบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
สภาการพยาบาล

4.3 นางรสวดี บุษยจารุ

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (หัวหน้าหน่วยออสโตมีและ
แผล)
- สถานที่ปฏิบัติงาน - หน่วยออสโตมีและแผล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
- ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 36 ปี
- วุฒิการศึกษา - ประกาศนียบัตรพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
- ศึกษาศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
- ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

5. กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 3 คน

5.1 นายแพทย์สิริพงษ์ สิริกุลพิบูลย์

- ตำแหน่งปัจจุบัน - อาจารย์แพทย์
- สถานที่ปฏิบัติงาน - หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาควิชาศัลยศาสตร์
โรงพยาบาลราชวิถี
- ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 20 ปี
- วุฒิการศึกษา - วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ทั่วไป
- วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - อาจารย์ประจำหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
โรงพยาบาลราชวิถี

5.2 นายแพทย์บุญชัย งามศิริมาศ

- ตำแหน่งปัจจุบัน - อาจารย์แพทย์
- สถานที่ปฏิบัติงาน - หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 17 ปี

- วุฒิการศึกษา - ว.ว. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ทั่วไป
 - วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - อาจารย์ประจำหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
 มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

5.3 นายแพทย์กุลวัฒน์ พัฒนประภาพันธ์

- ตำแหน่งปัจจุบัน - อาจารย์แพทย์
- สถานที่ปฏิบัติงาน - หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาควิชาศัลยศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
- ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 16 ปี
- วุฒิการศึกษา - ว.ว. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ทั่วไป
 - วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - อาจารย์ประจำหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
 มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



ที่ ศธ 0512.11/ 0557



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 เมษายน 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ดร.ยวดี เกิดสัมพันธ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยออสโตมี เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุศิลป์ โทร. 02-218-1160
ชื่อนิสิต นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์ โทร. 08-3024-4111

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๕๖๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 เมษายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาตา ประจุกุศล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยออสโตมี เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|------------------------------------|----------------------------|
| 1. นายแพทย์สิริพงศ์ สิริกุลพิบูลย์ | อาจารย์แพทย์ |
| 2. นางสาวบุญชิ้น อิ่มมาก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์สิริพงศ์ สิริกุลพิบูลย์ และนางสาวบุญชิ้น อิ่มมาก
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาตา ประจุกุศล โทร. 02-218-1160
ชื่อนิสิต นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์ โทร. 08-3024-4111



ภาคผนวก ค
เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย
เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุมที 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

254 อาคารจามจรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 043/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 235.1/60 : การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม
 ผู้วิจัยหลัก : นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์
 หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุมที 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
 (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิศนประดิษฐ
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิศนประดิษฐ)

ประธาน

ลงนาม ศาสตราจารย์ ดร. นันทริ ชัยชนะวงศาโรจน์
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทริ ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 28 กุมภาพันธ์ 2561

วันหมดอายุ : 27 กุมภาพันธ์ 2562

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย เลขที่โครงการวิจัย 235.1/60
วันที่รับรอง 28 ก.พ. 2561
วันหมดอายุ 27 ก.พ. 2562

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นกวีตริจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน หรือส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัย ไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 04-07

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์ นิตติการิญญาเมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) 681 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช อ.สามเสน เขตดุสิต กทม. 10300
(ที่บ้าน) 69/517 ม. วรรณสินทร์ ต.บึงสีไฟหรือ อ.ลำลูกกา จ. ปทุมธานี 12150

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2443492-3
โทรศัพท์มือถือ 083-0244111
E-mail yingku22@hotmail.com

Dr. Dr. 4/2/2019
* 30/1/19

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลก่อนไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่วัดเงินได้ตลอดเวลา

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

3. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้เชี่ยวชาญที่คัดเลือกความเหมาะสมดี โดยศึกษาจากประวัติผลงานด้านต่างๆ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน รางวัลที่ได้รับ และมีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 20 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่มดังนี้

3.1 กลุ่มพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลออสโตมิ แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) จำนวน 6 คน คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลออสโตมิ แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 5 ปีขึ้นไป

3.2 กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ/อาจารย์นักวิชาการ/ และ/หรือคณะกรรมการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลออสโตมิ แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวน 4 คน คือ ได้รับวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกด้านพยาบาลศาสตร์ มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการสอนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/ อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมิ แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ หรือปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป หรือเป็นคณะกรรมการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาล ออสโตมิ แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

เลขที่โครงการวิจัย 235.1/60

วันที่รับทราบ 28 ก.พ. 2561

วันอนุมัติ 27 ก.พ. 2562



V.2.4/2558

3.3 กลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ดูแลผู้ป่วยออตโตมี จำนวน 4 คน คือ ได้รับวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-สัตวศาสตร์ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 5 ปีขึ้นไป

3.4 กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดตัวชี้วัด จำนวน 3 คน คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาโท เป็นคณะกรรมการฝ่ายพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดตัวชี้วัด 3 ปีขึ้นไป

3.5 กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 3 คน คือ แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้รับวุฒิบัตรสาขาศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากแพทยสภา หรือจากต่างประเทศ มีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป

4. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยใช้เทคนิคเดลต้า ดำเนินการวิจัยโดยศึกษารวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

4.1 รอบที่ 1 ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบในการสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ด้วยตนเอง หรือเขียนตอบแบบสัมภาษณ์ตามความประสงค์ของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 ครั้ง ร่วมกับการบันทึกเทปการสนทนา และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที ครอบคลุม 20 คน หากผู้เชี่ยวชาญไม่ประสงค์ให้บันทึกเทป ขออนุญาตบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแทน

4.2 รอบที่ 2 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รอบที่ 1 จะนำมาวิเคราะห์เนื้อหา และจัดหมวดหมู่ในแต่ละด้าน สร้างเป็นแบบสอบถามมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับคือ ระดับความสำคัญมากที่สุด จนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด จากนั้นผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ เพื่อให้ประมาณค่าแนว ไม่มีความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมในแต่ละด้าน พร้อมทั้งข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ประมาณ 20-30 นาที พร้อมกันนี้ ได้จัดเตรียมซองจดหมายและตราไปรษณียากรสำหรับส่งแบบสอบถามดังกล่าวกลับยังผู้วิจัย

4.3 รอบที่ 3 ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งแสดงค่ามีรูปร่าง และค่าพิสัยระหว่างกล่อง โทลส์ ที่วิเคราะห์ได้จากค่าขอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่คำนวณมา เปรียบเทียบกับค่าขอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด จากนั้นจัดส่งแบบสอบถามถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาเปลี่ยนแปลงหรือ

เลขที่โครงการวิจัย 235.1/60
วันที่รับผล 28 ก.พ. 2561
วันหมดอายุ 27 ก.พ. 2562 V.2.4.2558

AF 04-07

ยื่นรับการสงฆ์เพิ่มเติม ซึ่งจะใช้เวลาในการคอมเมนต์ตอบคำถามครั้งนี้ประมาณ 20-30 นาที พร้อมกันนี้ได้จัดเตรียมของจดหมายและตราไปรษณียากรสำหรับส่งแบบสอบถามดังกล่าวกลับยังผู้วิจัย

5. การเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย แต่อาจรบกวนเวลาส่วนตัวในการสัมภาษณ์จากผู้วิจัยจำนวน 1 ครั้งและตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง

6. งานวิจัยครั้งนี้ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัย แต่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการพยาบาลในการกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่คัดเปิดทวารเทียม และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลใช้ในการปฏิบัติงาน ประเมินตนเอง และประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่คัดเปิดทวารเทียม

7. หากมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยคือ นางสาวคู่ขวัญ มาสิวงษ์ โทรศัพท์มือถือ 083 0244111 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกท่านว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

8. การเข้าร่วมเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ ซึ่งการถอนตัวจะไม่เกิดผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมในการวิจัยทั้งสิ้น

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านทั้งหมดจะถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจะปกปิดสาเหตุแห่งการสัมภาษณ์และแบบสอบถามหลังสิ้นสุดการวิจัยครั้งนี้ โดยผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และจะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้ จะไม่ปรากฏในรายงาน

10. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าชดเชยการเสียเวลาให้แก่ผู้เข้าร่วมในการวิจัย แต่ผู้วิจัยได้เตรียมของที่ระลึกสัญลักษณ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยราคาประมาณ 200 บาท มอบให้ผู้เข้าร่วมเพื่อแสดงความขอบคุณที่สละเวลาในการให้สัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถาม โดยจะมอบให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนที่ 1

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ห้อง 211 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย 235-1/60
วันที่รับทราบ 28 ก.พ. 2561
วันระดมทุน 27 ก.พ. 2562

V.2.4-2558

AF05-07

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้อ่านนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาด้วยวิธีคลอสิกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวคู่ขวัญ มาสีวงษ์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) 681 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญราชวิทยาลัย
อ.สามเสน เขตดุสิต กทม. 10100

(ที่บ้าน) 69/517 ม. วราบดีนทร์ พ.เบ็ญคำหรือ อ.ลำลูกกา จ. ปทุมธานี 12150

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2443492-3

โทรศัพท์ มือถือ 083-0244111

E-mail yingku22@hotmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มา และวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ หรือได้รับการปฏิบัติ รวมทั้งความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โดยรอบที่ 1 ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกเทป ใ้เวลาประมาณ 45-60 นาที หรือเขียนตอบแบบสอบถามความประสงค์ของข้าพเจ้า การตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 และ 3 ใ้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยมีระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

เลขที่โครงการวิจัย 835-1/60

วันที่รับรอง 28 พ.พ. 2561

วันที่ลงนาม 27 พ.พ. 2562



V.2.4/2558

AF05-07

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ
ร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202

E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น

ลงชื่อ.....

(นางสาวสุชัชวีร์ มาธิวงษ์)

ผู้วิจัยหลัก



เลขที่โครงการวิจัย..... ๕๓๕.๑/๖๐

ปีที่รับรอง..... ๒๘ ก.พ. ๒๕๖๑

วันหมดอายุ..... ๒๗ ก.พ. ๒๕๖๒

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย

1. หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ
2. เอกสารชุดที่ 1 โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อเรื่องการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม
3. เอกสารชุดที่ 2 ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
4. เอกสารชุดที่ 3 แบบสอบถามรอบที่ 1

ดิฉัน นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม” โดยใช้เทคนิคเดลฟาย มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม เพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่สอดคล้อง ซึ่งมีขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ โดยรอบที่ 1 ผู้วิจัยจะขอความกรุณานัดสัมภาษณ์ ตามวัน เวลา ที่ท่านสะดวก ในรอบต่อไปการตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาน้อยลงกว่าเดิม เนื่องจากเป็นการใช้น้ำหนักของข้อความตามความคิดเห็น โดยความคิดเห็นของท่านจะใช้เป็นข้อมูลพิจารณาร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ พร้อมกันนี้ได้จัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยให้ท่านได้พิจารณา เพื่อเป็นข้อมูลเข้าร่วมการวิจัย และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณา และความช่วยเหลือจากท่านในการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 รอบ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ด้วยความเคารพอย่างสูง

นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ. ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์

ชื่อนิสิต นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย รอบที่ 1

เรื่อง การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณากรอรายละเอียดลงในช่องว่างเพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงถึงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

1. ชื่อ-นามสกุล.....
2. ตำแหน่ง.....
3. ประสบการณ์ในการทำงาน.....ปี
4. ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม.....ปี
5. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
6. วุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรี - ปัจจุบัน

7. ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 2 : แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นรอบที่ 1

เป็นแบบสัมภาษณ์ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับ โดยวิธีการสัมภาษณ์ ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ คำถามที่ใช้มีดังนี้

1. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลควรมีกี่ด้าน อะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมในแต่ละด้าน ควรประกอบด้วยรายละเอียดที่เป็นตัวชี้วัดย่อย อะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

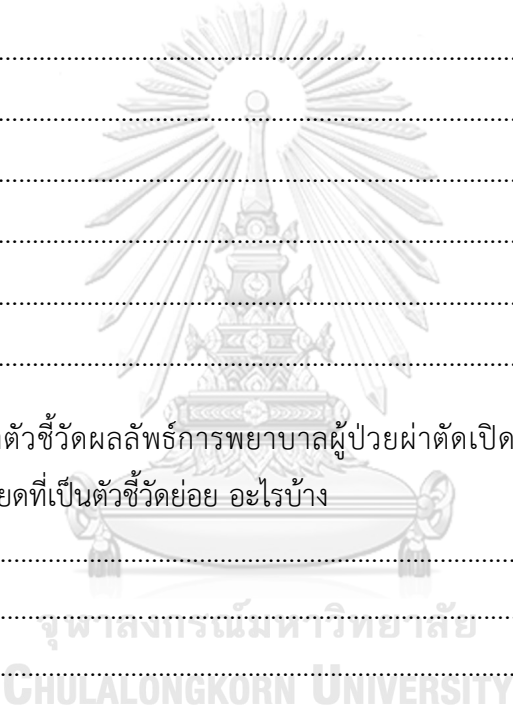
.....

.....

.....

.....

.....



เรื่อง ขอส่งแบบสอบถามเพื่อการวิจัยรอบที่ 2

เรียน

ดิฉัน นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม” โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งประกอบด้วยการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ได้มีการดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านแล้วในรอบที่ 1 ในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ซึ่งเป็นการให้นำหนักคะแนนความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมในแต่ละด้าน โดยนำเนื้อหาจากการสัมภาษณ์รอบที่ 1 มาสร้างเป็นข้อคำถาม ซึ่งในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ประกอบด้วย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมทั้งหมด 4 ด้าน รวม 44 ข้อ

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ใคร่ขอความกรุณาผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะตามความเห็นสมควร และเพื่อความตรงของการวิจัย ช่วงระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบไม่ควรห่างกันมากนัก ดิฉันจึงใคร่ขอความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญได้โปรดส่งแบบสอบถามนี้คืนภายในวันที่เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดของงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์เป็นอย่างสูง

นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์

แบบสอบถาม รอบที่ 2

เรื่อง การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและบูรณาการแนวคิด ร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ และการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน ในรอบที่ 1 นำมาสร้างเป็นข้อคำถาม เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ใช้เป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 มีความหมาย ดังนี้

5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับมาก

3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับปานกลาง

2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อย

1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

หากท่านเห็นว่าในแต่ละข้อคำถาม ควรมีการเพิ่มเติมหรือมีข้อเสนอแนะ โปรดลงรายละเอียดในช่องข้อเสนอแนะ

แบบสอบถามฉบับนี้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูล รายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการกล่าวอ้างอิงชื่อบุคคล และเก็บทำลายหลักฐานหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย รวมทั้งขอความอนุเคราะห์จากท่านผู้เชี่ยวชาญ กรุณาตอบแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์หลังจากได้รับแบบสอบถาม ใส่แบบสอบถามในซองที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ ซึ่งติดตราไปรษณียากรเรียบร้อยแล้ว และส่งกลับทางไปรษณีย์ ทั้งนี้ขออนุญาตทวงถามทางโทรศัพท์ในกรณีที่เกินเวลาที่กำหนดไว้ เพื่อให้ข้อมูลการวิจัยมีความตรงและมีความเที่ยง ซึ่งข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการบริหารการพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1 | <p>ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ระยะ24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด</p> <p>ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในตำแหน่งที่ถูกต้อง เหมาะสม สัมพันธ์กับการวินิจฉัยของแพทย์</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> | | | | | |
| 2 | <p>ไม่เกิดสัญญาณชีพผิดปกติ</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> | | | | | |
| 3 | <p>ไม่เกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด (Stoma ischemia) เช่น ทวารเทียมมีสี คล้ำลงเป็นสีม่วง สีน้ำตาล เป็นต้น</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> | | | | | |
| 4 | <p>ไม่เกิดการแยกของรอยต่อบริเวณผ่าตัด (Mucocutaneous separation) ได้แก่ รอยเย็บระหว่างทวารเทียมกับผิวหนังหน้าท้อง แยกจากกัน</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> | | | | | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | ไม่เกิดภาวะลำไส้เปิดทางหน้าท้องถูกดึงรั้ง (Stoma retraction) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังน้อยกว่า 1.5 เซนติเมตร ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 6 | ไม่เกิดภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stoma prolapse) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังมากกว่า 2.5 เซนติเมตร ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 7 | ระยะ 48 ชั่วโมง-วันที่ 7 หลังผ่าตัด ไม่เกิดการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม (Peristomal irritation) เช่น ผิวหนังรอบทวารเทียมมีรอยแดง ผิวหนังเปิด หรือเปื่อย เป็นต้น ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 8 | ไม่เกิดภาวะลำไส้อุดตัน (Bowel obstruction) เช่น ทวารเทียมหยุดการขับอุจจาระ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 9 | ไม่เกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (Parastomal hernia) ได้แก่ ผนังหน้าท้องรอบทวารเทียมโป่งพอง ข้อเสนอแนะ | | | | | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | ไม่เกิดการตีบของลำไส้ (Stoma stenosis) ได้แก่ อูจจาระที่ออกมา มีลักษณะเป็นลำเล็กลงเรื่อยๆ จนมีลักษณะเป็นเส้น ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 11 | ไม่มีอาการแสดงภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียม รวมถึง บริเวณที่ใส่ท่อระบายต่างๆ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณรอบแผลผ่าตัด เป็นต้น ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 12 | ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis) เช่น อาการปวด บวมที่ขา เป็นต้น ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 13 | มีความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก (Intake-output balance) จากการไม่สูญเสียน้ำทางลำไส้อย่างรวดเร็ว (High output Stoma) เช่น ใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด สิ่งขับหลัง (Effluent) มีปริมาณ 2000-2500 มิลลิลิตรต่อวัน ตามตำแหน่งเปิดทวารเทียม เป็นต้น ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 14 | ผลการตรวจระดับวิตามินบี 12 ในเลือดทางห้องปฏิบัติการ มีค่าระหว่าง 191-663 พิโคแกรมต่อมิลลิลิตร ข้อเสนอแนะ | | | | | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15 | ไม่เกิดภาวะติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น สีปัสสาวะขุ่น หรือพบเชื้อจากการเพาะเชื้อปัสสาวะ เป็นต้น ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 16 | ไม่เกิดภาวะท้องอืด เช่น หน้าท้องบวม ตึง ไม่มีการขับลม เป็นต้น ข้อเสนอแนะ | | | | | |

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับ ความสำคัญ | | | | |
|-----|---|--------------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1 | <p>ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม</p> <p>ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาพยาบาล</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>.....</p> | | | | | |
| 2 | <p>บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีความเจ็บปวด หรือความเจ็บปวดลดลงทั้งความถี่ ความรุนแรง และช่วงเวลา โดยประเมินความปวดได้คะแนนต่ำกว่า 3 (Pain score 0-10)</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>.....</p> | | | | | |
| 3 | <p>มีความสุขสบายด้านสุขอนามัยทางร่างกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย การขับถ่ายทางทวารเทียมปกติ เป็นต้น</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>.....</p> | | | | | |
| 4 | <p>พักฟื้นได้อย่างน้อยวันละ 4-6 ชั่วโมง</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>.....</p> | | | | | |
| 5 | <p>ได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และเหมาะสมกับโรค</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>.....</p> | | | | | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับ ความสำคัญ | | | | |
|-----|---|--------------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | ความวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียมลดลง ข้อเสนอแนะ. | | | | | |
| 7 | ความเครียดลดลง จากการได้ข้อมูลตามแผนการรักษา ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 8 | ยอมรับการมีทวารเทียมได้ ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 9 | มีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ และแหล่งสนับสนุนตามแผนการ จำหน่าย ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 10 | ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย และครอบครัวต่อการบริการพยาบาล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ข้อเสนอแนะ. | | | | | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับ ความสำคัญ | | | | |
|-----|--|--------------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1 | <p>ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย</p> <p>ปฏิบัติตามตามแผนการรักษา ก่อน และหลังผ่าตัด</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p> | | | | | |
| 2 | <p>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เกิดจากการปฏิบัติตัว เช่น การระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม การติดเชื้อ การบาดเจ็บและการกระทบกระเทือนต่อช่องเปิดลำไส้ เป็นต้น</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p> | | | | | |
| 3 | <p>มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การเลือกใช้แป้นถูรองรับสิ่งขับถ่าย/อุปกรณ์เสริม การควบคุมกลิ่นและแก๊ส การมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p> | | | | | |
| 4 | <p>มีทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การติดแป้นถูรองรับอุจจาระไม่ให้เกิดการรั่วซึม การใช้ผลิตภัณฑ์เคลือบผิวป้องกันการระคายเคืองรอบทวารเทียม (Skin protectant or moisture barrier) การทำความสะอาดทวารเทียม เป็นต้น</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | | | | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับ ความสำคัญ | | | | |
|-----|--|--------------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | ไม่กลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน หลังการจำหน่าย ข้อเสนอแนะ..... | | | | | |

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1 | <p>ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย</p> <p>ไม่มีความลำบากใจในการมองหรือจับต้องทวารเทียม</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | | | | |
| 2 | <p>ไม่รู้สึกรายที่ต้องมีถุงรองรับสิ่งขับถ่ายติดตัวอยู่ตลอดเวลา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | | | | |
| 3 | <p>สวมใส่เสื้อผ้าได้ตามปกติ ปกปิดถุงรองรับอุจจาระได้</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | | | | |
| 4 | <p>ควบคุมกลิ่นและแก๊สทางทวารเทียมได้</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | | | | |
| 5 | <p>ไม่รู้สึกรุกทอหดหู่จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | | | | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | สามารถทำงานบ้าน งานประจำ หรือกิจกรรมที่พึงประสงค์ ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 7 | ร่างกายมีความแข็งแรง ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 8 | เดินทาง/ท่องเที่ยวได้โดยไม่กลัวกลืน การรั่วซึม จากทวารเทียม ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 9 | มีความสุขในงานอดิเรก การพักผ่อน และการเข้าสังคม ข้อเสนอแนะ | | | | | |
| 10 | มีเพศสัมพันธ์ได้ ข้อเสนอแนะ | | | | | |

เรื่อง ขอส่งแบบสอบถามเพื่อการวิจัยรอบที่ 3

เรียน

ดิฉัน นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม” โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งประกอบด้วยการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ได้มีการดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านแล้วในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ซึ่งในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 เป็นการทบทวนคำตอบของท่านกับผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ เพื่อหาความสอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถามประกอบด้วย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมทั้งหมด 4 ด้าน รวม 43 ข้อ

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ เป็นรอบสุดท้าย ในการนี้ใคร่ขอความกรุณาผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามทุกข้อ และโปรดแสดงเหตุผลประกอบสอบถามรอบที่ 3 และเพื่อความตรงของการวิจัย ช่วงระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบไม่ควรห่างกันมากนัก ดิฉันจึงใคร่ขอความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญได้โปรดส่งแบบสอบถามนี้คืนภายในวันที่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง

นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3

เรื่อง

“การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม”

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามในรอบที่ 3 นี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้รับทราบความคิดเห็นของกลุ่ม

และทบทวนคำตอบของตนเองจากการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 โดยผู้วิจัยได้นำคะแนนทั้งหมดมาคำนวณค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) เพื่อแสดงความสอดคล้องกันของแต่ละข้อความของการตอบ พร้อมทั้งระบุคะแนนการตอบของท่านในรอบที่ 2 ไว้ด้วย ดังเครื่องหมายแสดงต่อไปนี้

ค่ามัธยฐาน (Median : MD) ใช้สัญลักษณ์ Δ

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range : IR) ใช้สัญลักษณ์ \longleftrightarrow

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ที่ใช้มีความหมายดังนี้

น้อยกว่า หรือเท่ากับ 1 หมายความว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญต่อตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

มากกว่า 1 หมายความว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญต่อตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน

ค่าที่ตำแหน่งคำตอบของท่านในรอบที่ผ่านมา ใช้สัญลักษณ์ \times

2. เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย (✓) เพื่อยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงตามความเห็นของท่านให้ครบทุกข้อ ทั้งนี้โปรดใช้เกณฑ์ในการพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ดังนี้

5 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสำคัญระดับมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสำคัญระดับมาก

3 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสำคัญระดับปานกลาง

2 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อย

1 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|----|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 1 | <p>ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิด ทวารเทียม</p> <p><u>ระยะ24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด</u></p> <p>ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมใน ตำแหน่งที่ถูกต้อง เหมาะสมสัมพันธ์ กับการวินิจฉัยของแพทย์</p> <p>เหตุผล</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | △ | | | | | 5 | 0 | |

การแปลความหมายกรณีที่ความเห็นของท่านสอดคล้องกับความเห็นของกลุ่ม

1. ค่ามัธยฐาน (MD) เท่ากับ 5 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เท่ากับ 0 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็น “ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในตำแหน่งที่ถูกต้อง เหมาะสมสัมพันธ์กับการวินิจฉัยของแพทย์” มีความสำคัญระดับมากที่สุด และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

2. คำตอบในรอบที่ 2 ของท่านอยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) หมายความว่าความคิดเห็นของท่าน สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ภายหลังจากที่ได้ทบทวนคำตอบแล้ว ท่านยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิมคือ 5 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ในกรณีนี้ ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|----|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 2 | <p>ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิด ทวารเทียม</p> <p><u>ระยะ24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด</u></p> <p>ไม่เกิดสัญญาณชีพผิดปกติ</p> <p>ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | △ | X | | | 4 | 1 | <p>คำตอบ ของท่าน <u>อยู่นอก</u> ค่าพิสัย ระหว่าง ควอไทล์ โปรด แสดง เหตุผล ประกอบ</p> |

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การแปลความหมายกรณีที่ความเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความเห็นของกลุ่ม

1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมในข้อ2 มีค่ามัธยฐาน (MD) = 4 และค่าพิสัยระหว่างควอ-ไทล์ (IR) = 1 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม “ไม่เกิดภาวะช็อค (Shock) จากการเสียเลือด น้ำ จากการผ่าตัด เช่น สัญญาณชีพผิดปกติ ปริมาณการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียม หรือจากท่อระบายของเสียต่าง ๆ มากกว่า 200 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เป็นต้น” ตามข้อรายการดังกล่าว เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่มีความสำคัญระดับมาก และผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

2. คำตอบในรอบที่ 2 ของท่าน (X) อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) หมายความว่า ความคิดเห็นของท่าน ไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่าน

ทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิมคือ 3 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ในกรณีนี้ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านโปรดแสดงเหตุผลประกอบ แต่ในกรณีที่ท่านเปลี่ยนแปลงคำตอบให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่ม ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ

หมายเหตุ :

1. กรณีที่ไม่มีเครื่องหมาย (x) ในข้อความของท่านแสดงว่าในรอบที่ผ่านมาท่านไม่ได้ตอบคำถามข้อนั้น
2. ผู้วิจัยแสดงหมายเหตุข้อที่ความคิดเห็นของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ด้วยข้อความ “คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ถ้าท่านยืนยันคำตอบเดิม กรุณาให้เหตุผลด้วยสีแดง เพื่อให้ท่านสังเกตได้ชัดเจนยิ่งขึ้น”



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย รอบที่ 3

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|----|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 1 | <p>ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิด ทวารเทียม</p> <p><u>ระยะ24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด</u></p> <p>ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมใน ตำแหน่งที่ถูกต้อง เหมาะสมสัมพันธ์ กับพยาธิสภาพของโรค และการ วินิจฉัยของแพทย์</p> <p>เหตุผล</p> | △ | X | | | | 5 | 0 | <p>ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2</p> |
| 2 | <p>ไม่เกิดสัญญาณชีพผิดปกติ</p> <p>เหตุผล</p> | △ | X | | | | 5 | 0 | <p>คำตอบ ของท่าน <u>อยู่นอก</u> ค่าพิสัย ระหว่าง ควอไทล์ โปรด แสดง เหตุผล ประกอบ</p> |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|---------------------|---|---|---|---|--------------------------------------|----|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 3 | ไม่เกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด (Stoma ischemia) เช่น ทวารเทียมมีสีคล้ำลง เป็นสีม่วง สีน้ำตาล เป็นต้น เหตุผล | △ X ↔ | | | | | 5 | 0 | |
| 4 | ไม่เกิดการแยกของรอยต่อบริเวณผ่าตัด (Mucocutaneous separation) ได้แก่ รอยเย็บระหว่างทวารเทียมกับผิวหนัง หน้าท้องแยกจากกัน เหตุผล | △ X ↔ | | | | | 5 | 0 | |
| 5 | ไม่เกิดภาวะเลือดออกจากทวารเทียม (Stoma bleeding) ได้แก่ มีจุดเลือดออกบริเวณทวารเทียม เหตุผล | | | | | | | | เพิ่มข้อ คำถาม ตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|------|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 6 | <p>ระยะ 48 ชั่วโมง-วันที่ 7 หลังผ่าตัด</p> <p>ไม่เกิดการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม (Peristomal irritation) เช่น ผิวหนังรอบทวารเทียมมีรอยแดง ผิวหนังเปิดหรือเปื่อย เป็นต้น</p> <p>เหตุผล.....</p> | △ X ↔ | | | | | 5 | 0 | |
| 7 | <p>ไม่เกิดภาวะลำไส้อุดตัน(Bowel obstruction) เช่น ไม่ถ่ายอุจจาระหรือไม่มีสิ่งขับหลังออกจากทวารเทียม คลื่นไส้ และ อาเจียน เป็นต้น</p> <p>เหตุผล.....</p> | △ ↔ | X | | | | 5 | 1 | คำตอบของ ท่าน <u>อยู่นอก</u> ค่าพิสัย ระหว่าง ควอไทล์ โปรดแสดง เหตุผล ประกอบ |
| 8 | <p>ไม่เกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (Parastomal hernia) ได้แก่ ผนังหน้าท้องรอบทวารเทียมโป่งพอง</p> <p>เหตุผล.....</p> | △ ↔ | | X | | | 5 | 0.75 | คำตอบของ ท่าน <u>อยู่นอก</u> ค่าพิสัย ระหว่าง ควอไทล์ โปรดแสดง เหตุผล ประกอบ |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|-----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|----|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 9 | ไม่เกิดการตีบแคบของรูเปิดลำไส้ (Stoma stenosis) เหตุผล | △ X ↔ | | | | | 5 | 0 | |
| 10 | ไม่เกิดภาวะรอยต่อลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ ตรงรั่วซึม (Colorectal anastomosis leakage) ได้แก่ มีอาการปวดเกร็ง แน่น ท้อง กดเจ็บ เป็นต้น เหตุผล | △ ↔ | | | | | 5 | 1 | เพิ่มข้อ คำถาม ตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ | |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|----|----------|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | | |
| 13 | ไม่มีอาการแสดงภาวะติดเชื้อของแผล ผ่าตัดเปิดทวารเทียม รวมถึงบริเวณที่ใส่ ท่อระบายต่างๆ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณรอบแผลผ่าตัด เป็นต้น เหตุผล | △ X ↔ | | | | | | 5 | 1 | ปฏิบัติตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2 |
| 14 | ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือด ดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis) เช่น อาการปวด บวมที่ขา มีรอยแดง หรือสีผิวที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด เหตุผล | △ X ↔ | | | | | | 5 | 1 | ปฏิบัติตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2 |
| 15 | มีความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก (Intake-output balance) จากการไม่ สูญเสียน้ำทางลำไส้อย่างรวดเร็ว (High output stoma) เหตุผล | △ X ↔ | | | | | | 5 | 0.75 | ปฏิบัติตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2 |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|---------------------|---|---|---|---|--------------------------------------|----|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 16 | ไม่เกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ เช่น มีอาการปวดท้องน้อย เป็นไข้ สีปัสสาวะขุ่น หรือพบเชื้อจาก การเพาะเชื้อปัสสาวะ เป็นต้น เหตุผล | △ X ↔ | | | | | 5 | 1 | ปฏิบัติตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 |
| 17 | ไม่เกิดภาวะท้องอืด เช่น หน้าท้องบวม ตึง ไม่มีการผายลม เป็นต้น เหตุผล | △ X ↔ | | | | | 5 | 1 | ปฏิบัติตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 |
| 1 | ด้านการได้รับการตอบสนองทาง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีส่วนร่วมในการวางแผนการ รักษาพยาบาล เหตุผล | △ X ↔ | | | | | 5 | 0 | ปฏิบัติตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 |
| 2 | บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีความเจ็บปวด หรือความเจ็บปวดลดลง ทั้งความถี่ และความรุนแรงโดยประเมินความปวด ได้คะแนนต่ำกว่า 3 (Pain score 0- 10) เหตุผล | △ X ↔ | | | | | 5 | 0 | ปฏิบัติตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2 |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|------|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 3 | มีความสุขสบายด้านสุขอนามัยทาง ร่างกาย ได้แก่ ความสะอาดของ ร่างกาย การขับถ่ายทางทวารเทียม ปกติ เป็นต้น เหตุผล..... | △ X ↔ | | | | | 5 | 0 | |
| 4 | นอนหลับพักผ่อนได้อย่างน้อยวัน ละ 6-8 ชั่วโมง เหตุผล | △ ↔ | X | | | | 5 | 1 | คำตอบของ ท่าน <u>อยู่นอก</u> ค่าพิสัย ระหว่าง ควอไทล์ โปรดแสดง เหตุผล ประกอบ |
| 5 | ได้รับสารน้ำ สารอาหารเพียงพอ เหมาะสมกับโรคและสภาพร่างกาย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารใหม่แต่ละ ประเภท โดยประเมินค่าดัชนีมวล กาย (Body Mass Index: BMI) อยู่ ระหว่าง 18.5-22.9 เหตุผล | △ ↔ | | X | | | 5 | 0.75 | คำตอบของ ท่าน <u>อยู่นอก</u> ค่าพิสัย ระหว่าง ควอไทล์ โปรดแสดง |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ | |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|----|----------|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | | |
| 6 | <p>ความวิตกกังวล/ความเครียดลดลง จากการได้ข้อมูลตามแผนการรักษา เช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับทวาร เทียมลดลง</p> <p>เหตุผล</p> | △ X | | | | | | 5 | 0 | <p>ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2</p> |
| 7 | <p>ยอมรับการมีทวารเทียมได้</p> <p>เหตุผล</p> | △ X | | | | | | 5 | 0 | |
| 8 | <p>มีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ และ แหล่งสนับสนุนตามแผนการจำหน่าย</p> <p>เหตุผล</p> | △ X | | | | | | 5 | 0.75 | <p>คำตอบของ ท่าน<u>อยู่</u> <u>นอก</u>ค่า พิสัย ระหว่าง ควอไทล์ โปรดแสดง เหตุผล ประกอบ</p> |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ | |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|----|----------|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | | |
| 1 | <p>ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย</p> <p>ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาพยาบาล ก่อน และหลังผ่าตัด และมาตรวจตาม นัดหมาย</p> <p>เหตุผล</p> | △ X | ↔ | | | | | 5 | 0 | <p>ปฏิบัติตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2</p> |
| 2 | <p>มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมด้วย ตนเอง เช่น การเลือกใช้ถุงรองรับ อุจจาระ / อุปกรณ์เสริม การ รับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่น และแก๊ส ความเตรียมพร้อมในการ เดินทาง เป็นต้น</p> <p>เหตุผล</p> | △ X | ↔ | | | | | 5 | 0 | <p>ปฏิบัติตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2</p> |
| 3 | <p>มีทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วย ตนเอง เช่น การติดแป้นถุงรองรับ อุจจาระไม่ให้เกิดการรั่วซึม ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การทำ ความสะอาดทวารเทียม เป็นต้น</p> <p>เหตุผล</p> | △ X | ↔ | | | | | 5 | 0 | <p>ปฏิบัติตาม ข้อเสนอ แนะรอบ ที่ 2</p> |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ | |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|----|----------|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | | |
| 1 | ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไม่มีความลำบากใจ กลัวในการมอง หรือจับต้อง สัมผัสทวารเทียม เหตุผล | △ | | | | | | 5 | 0.75 | คำตอบ ของท่าน <u>อยู่นอกค่า</u> พิสัย ระหว่าง ควอไทล์ โปรดแสดง เหตุผล ประกอบ |
| 2 | ไม่รู้สึกรายที่ต้องมีถุงรองรับสิ่ง ขับถ่ายติดตัวอยู่ตลอดเวลา เหตุผล | △ | | | | | | 5 | 1 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2 คำตอบ ของท่าน <u>อยู่นอกค่า</u> พิสัย ระหว่าง ควอไทล์ โปรดแสดง เหตุผล ประกอบ |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|------|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 3 | สวมใส่เสื้อผ้าได้อย่างเหมาะสม ตามปกติ ปกปิดถุงรองรับอุจจาระ ได้ เหตุผล | △ X ↔ | | | | | 5 | 1 | ปฏิบัติตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2 |
| 4 | ควบคุมกลิ่นและแก๊สทางทวาร เทียมได้ เหตุผล | △ X ↔ | | | | | 5 | 0.75 | |
| 5 | ไม่รู้สึกรบกวนหรือท้อทึงจากบุคคลใน ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด เหตุผล | △ X ↔ | | | | | 5 | 1 | ปฏิบัติตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2 |
| 6 | สามารถทำงานบ้าน งานประจำ หรือกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้ เหตุผล | △ X ↔ | | | | | 5 | 0 | |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|----|--------------------------------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 7 | ร่างกายแข็งแรง ไม่มีอ่อนเพลีย เหตุผล | △ X ↔ | | | | | 5 | 1 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2 |
| 8 | เดินทาง/ท่องเที่ยวได้ด้วยความมั่นใจ โดยไม่กลัวกลืน การรื้อซึมจากทวาร เทียม เหตุผล | △ X ↔ | | | | | 5 | 1 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2 |
| 9 | มีความสุขในงานอดิเรก การพักผ่อน และการเข้าสังคม เหตุผล | △ ↔ X | | | | | 5 | 1 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2 |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|----|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 10 | มีเพศสัมพันธ์ได้ เหตุผล | △ ↔ | X | | | | 5 | 0 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2 คำตอบของ ท่านอยู่ นอกค่า พิสัย ระหว่าง ควอไทล์ โปรดแสดง เหตุผล ประกอบ |
| 11 | รับรู้ว่าการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเป็น การรักษาให้ชีวิตคงอยู่ได้ยาวนาน เหตุผล | △ ↔ | X | | | | 5 | 0 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2 |
| 12 | สามารถติดต่อ และมีสัมพันธ์ภาพที่ดี กับเพื่อน และคนในสังคมได้ปกติ เหตุผล | △ ↔ | X | | | | 5 | 0 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2 |

| ข้อ | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดทวารเทียม | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|----|--------------------------------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 13 | มีความสุขในการดำเนินชีวิต เหตุผล | △ X | | | | | 5 | 0 | ปรับตาม ข้อเสนอ แนะรอบที่ 2 |

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก จ
ตารางตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม
ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

| ตัวชี้วัดผลลัพธ์ การพยาบาลที่ ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรม | Grinspun, (2009) | Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers (2012) | Moorhead, et al :NOC (2013) | WCET Guideline (2014) | Watts Croves, (2016) |
|--|---------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
|--|---------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|

1. ด้านความปลอดภัย

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| จากการผ่าตัดเปิด ทวารเทียม | | | | | |
| - ดูแลตามแนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด เปิดทวารเทียม | ✓ | | | ✓ | ✓ |
| - ได้รับการตำแหน่งเปิด ทวารเทียมถูกต้อง | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| - สัญญาณชีพปกติ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัดเปิด ทวารเทียม | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

2. ด้านการได้รับการ

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม | | | | | |
| - ไม่มีภาวะเจ็บปวดแผล | | ✓ | ✓ | ✓ | |
| - การขับถ่ายเป็นปกติ | ✓ | | ✓ | ✓ | |
| - การเผาผลาญ การย่อย และการดูดซึมอาหาร เป็นปกติ | | ✓ | ✓ | ✓ | |
| - ความเครียด ความกังวล เกี่ยวกับการรักษาลดลง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

| ตัวชี้วัดผลลัพธ์ การพยาบาลที่ ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรม | Grinspun, (2009) | Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers (2012) | Moorhead, et al :NOC | WCET Guideline (2014) | Watts Croves, (2016) (2013) |
|--|---------------------|--|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| - ยอมรับทวารเทียม ได้ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| - ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการ รักษา /แหล่งประโยชน์ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 3. ด้านความสามารถ | | | | | |
| ในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย | | | | | |
| - ไม่เกิดภาวะแทรก ซ้อนที่ป้องกันได้ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| - ผู้ป่วยมีความรู้/ทักษะ ในการดูแลทวาร | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 4. ด้านความสามารถ | | | | | |
| ในการปรับตัวกับการสูญเสีย ภาพลักษณ์ | | | | | |
| - มีทัศนคติที่ดีกับ ภาพลักษณ์ ที่เปลี่ยนแปลง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| - ไม่ถูกทอดทิ้งจาก ครอบครัว | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| - ไม่แยกตัวจากสังคม | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| - ดำรงชีวิตได้ปกติ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| - ไม่มีภาวะซึมเศร้า | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

ภาคผนวก ฉ

ตารางแสดงเหตุผลการตอบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์
และตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางแสดงผลการตอบนอกฟิล์ระหว่างควอไทล์

| ข้อ | รายการ | เหตุผล |
|-----|--|---|
| 7 | <p>ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม</p> <p>ไม่เกิดภาวะลำไส้อุดตัน(Bowel obstruction) เช่น ไม่ถ่ายอุจจาระหรือไม่มีสิ่งขับหลังออกจากทวารเทียม คลื่นไส้ และอาเจียน เป็นต้น</p> | <p>การเกิดภาวะลำไส้อุดตัน เมื่อได้รับการพยาบาลในระยะเริ่มต้นแล้ว ยังสามารถเกิดขึ้นได้อีก เนื่องจากมีหลายปัจจัย จึงเป็นการยากที่จะใช้วัดผลลัพธ์การพยาบาล</p> |
| 8 | <p>ไม่เกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (Parastomal hernia) ได้แก่ ผื่นงหน้ำท้องรอบทวารเทียมโป่งพอง</p> | <p>ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม ยังไม่น่าเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 7 วัน</p> <p>ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมนั้น พยาบาลสามารถชะลอไม่ให้เกิดเร็วขึ้น แต่ก็ยังสามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่น ผลลัพธ์การพยาบาลจึงวัดได้ยาก</p> |
| 9 | <p>ไม่เกิดการตีบแคบของรูเปิดลำไส้ (Stoma stenosis)</p> | <p>การตีบแคบของรูเปิดลำไส้ เป็นผลลัพธ์จากการผ่าตัด พยาบาลเพียงแค่ชะลอ หรือป้องกันไม่ให้เกิดการตีบแคบมากขึ้น</p> |
| 10 | <p>ไม่เกิดภาวะรอยต่อลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรงรั่วซึม(Colorectal anastomosis leakage) ได้แก่ มีอาการปวดเกร็ง แน่นท้อง กดเจ็บ เป็นต้น</p> | <p>เป็นผลลัพธ์จากการผ่าตัดของ PCT</p> <p>ข้อนี้เป็น operation complication มากกว่า stoma complication ค่ะ เป็นผลจากการผ่าตัดต่อลำไส้ ไม่ใช่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม</p> |

ตารางแสดงเหตุผลการตอบนอกพิธีระหว่างควอไทล์ (ต่อ)

| ข้อ | รายการ | เหตุผล |
|-----|---|---|
| 6 | <p>ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม</p> <p>ความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับทวารเทียมลดลง จากการได้ข้อมูลตามแผนการรักษา</p> | <p>ควรมีการระบุถึงวิธีการวัด และการวัดควรวัดผลลัพธ์ เพียงข้อเดียว เช่น วัดความเครียด หรือวัดความวิตกกังวล</p> |
| 7 | <p>ยอมรับการมีทวารเทียมได้</p> | <p>ควรระบุตัวชี้วัดที่แสดงระดับการยอมรับได้ให้ชัดเจน</p> |
| 1 | <p>ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย</p> <p>ไม่มีความลำบากใจ กลัวในการมองหรือสัมผัสทวารเทียม เช่น การเปลี่ยนร่องรับอุจจาระ หรือทำความสะอาดทวารเทียมด้วยตนเอง เป็นต้น</p> | <p>ตัดข้อความตัวอย่างออก เพราะจุดเริ่มต้นของการยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงคือการกล้าที่จะมองและจับ การเปลี่ยนถุง และทำความสะอาดต้องมีทักษะเพิ่มใช้</p> <p>วัดผลการสอน</p> |
| 2 | <p>ไม่รู้สึกรายที่ต้องมีถุงรองรับสิ่งขับถ่ายติดตัวอยู่ตลอดเวลา สามารถเข้าสังคม ร่วมกิจกรรมได้ตามปกติ</p> | <p>ตัวชี้วัด 1 ตัว วัด 1 เรื่อง</p> <p>ความสามารถเข้าสังคมมีในข้อถัดไปแล้ว</p> |

ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

| ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่) | จำนวนคำตอบที่เปลี่ยนแปลง (ข้อ) | ร้อยละ |
|-------------------------|-----------------------------------|--------|
| 1 | 14 | 32.55 |
| 2 | 0 | 0.00 |
| 3 | 5 | 11.62 |
| 4 | 0 | 0.00 |
| 5 | 0 | 0.00 |
| 6 | 20 | 46.51 |
| 7 | 1 | 2.32 |
| 8 | 0 | 0.00 |
| 9 | 10 | 23.25 |
| 10 | 25 | 58.13 |
| 11 | 2 | 4.65 |
| 12 | 11 | 25.58 |
| 13 | 21 | 48.83 |
| 14 | 0 | 0.00 |
| 15 | 1 | 2.32 |
| 16 | 0 | 0.00 |
| 17 | 0 | 0.00 |
| 18 | 0 | 0.00 |
| 19 | 0 | 0.00 |
| 20 | 0 | 0.00 |
| รวม | 110 | 255.76 |
| ค่าเฉลี่ย | 5.5 | 12.78 |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว คู่ขวัญ มาลีวงษ์ เกิดวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2519 ที่จังหวัดอุดรธานี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากคณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ปีการศึกษา 2542 ได้รับประกาศนียบัตรหลักสูตรการพยาบาลอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ โรงพยาบาลศิริราช ปี พ. ศ. 2550 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2559 เป็นคณะกรรมการด้านวิชาการของกลุ่มงานอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ปี พ. ศ. 2548-ปัจจุบัน เป็นคณะกรรมการแปลกดทับ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตั้งแต่ปี พ. ศ. 2553- ปัจจุบัน เป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบสมรรถนะบุคลากรพยาบาล ตั้งแต่ปี พ. ศ. 2555- ปัจจุบัน ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลชำนาญการหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12 B (อายุรกรรมชาย) และพยาบาลชำนาญการหน่วยออสโตมี และแผล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY