

ทวารเทียม: บทบาทพยาบาลและประเด็นสำคัญในการดูแล

ศุภิสรา สุวรรณชาติ, พย.ม.¹

สาดี สายทอง แฮมิลตัน, Ph.D.²

พิชญานันท์ แก้วอำไพ, พย.ม.³

สุวิมล มณีโชติ, วท.ม.⁴

(วันที่ส่งบทความ: 14 เมษายน 2563; วันที่แก้ไข: 3 ธันวาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 8 ธันวาคม 2563)

บทคัดย่อ

ทวารเทียมเป็นการผ่าตัดนำส่วนใดส่วนหนึ่งของลำไส้เปิดออกทางหน้าท้องเป็นการชั่วคราวหรือถาวร เพื่อลดแรงดันในลำไส้และระบายอุจจาระเหนือตำแหน่งลำไส้ที่อุดตัน ไม่ให้อุจจาระผ่านรอยต่อของลำไส้ หรือทำหน้าที่แทนทวารหนักในผู้ป่วยมะเร็งที่ทำการผ่าตัดต่อลำไส้ไม่ได้ หลังการผ่าตัดทำทวารเทียมผู้ป่วย จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาการขับถ่ายอุจจาระ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงควรดูแลให้ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนจนถึงระยะ หลังผ่าตัด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วย ในด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัด ได้รับการตอบสนองทางร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม มีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ชนิด ภาวะแทรกซ้อน การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และผลกระทบจากการมีทวารเทียม ตลอดจนบทบาทของพยาบาลและประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มี ทวารเทียม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประเด็นสำคัญและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมของผู้เขียน

คำสำคัญ: ทวารเทียม, บทบาทพยาบาล, ประเด็นสำคัญการดูแล, การดูแลทวารเทียม

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก

³พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง สถาบันพระบรมราชชนก

²Corresponding author: สาดี สายทอง แฮมิลตัน, E-mail: sadeeha@bcnt.ac.th

Intestinal Ostomies: The Role of a Nurse and the Vital Aspects of Essential Care

Supisara Suwanchat, M.N.S.¹

Sadee Saithong Hamilton, Ph.D.²

Phitchayanat Kaewampai, M.N.S.³

Suwimon Maneechote, M.S.⁴

(Received: April 14th, 2020; Revised: December 3rd, 2020; Accepted: December 8th, 2020)

Abstract

An intestinal ostomy is a surgical procedure performed on the intestine to create of an opening through the abdominal wall, temporarily or permanently, to reduce the pressure in the intestine and to excrete the feces above the point of a bowel obstruction, to prevent the feces from passing through an anastomosis site, or to divert enteric contents in patients who have anastomosis insufficiency after the removal of a cancerous tumor. Post intestinal ostomy surgery, most patients face physiological changes related to fecal excretion which affects the patients and their families, resulting in a decrease in their quality of life. Therefore, essential care for these changes should be included during the pre- and post-operational periods of care to ensure effective nursing outcomes for the patients in the following areas: the operational safety; psychological, emotional and social needs response; ability to self-care; and optimal quality of life. Nurses should recognize and understand the indications, classifications, and complications related to an intestinal ostomy, the related physiological changes related to fecal excretion and its effects on the patients: the nurse's roles; and the essential aspects of ostomy care. This academic article presents the vital aspects essential to effectively caring for patients having ostomy based on a review of literature and the authors' experience.

Keywords: intestinal ostomy, the role of a nurse, vital aspects of care, ostomy care

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Praboromarajchanok Institute

³Registered nurse, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

⁴Registered nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Praboromarajchanok Institute

²Corresponding author: Sadee Saithong Hamilton, E-mail: sadeeha@bcnt.ac.th

บทนำ

ทวารเทียม หรือทวารใหม่ (ออสโตมี) หมายถึง การผ่าตัดนำส่วนใดส่วนหนึ่งของลำไส้เปิดออกทางหน้าท้องแบบชั่วคราวหรือถาวรเพื่อแก้ไขปัญหาการขับถ่ายในผู้ป่วยจากการบาดเจ็บของลำไส้ใหญ่หรือมีโรคทางลำไส้ใหญ่จากการติดเชื้อหรือความผิดปกติของการดูดซึม แต่ส่วนใหญ่จะทำในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer [CRC]) โดยบริเวณช่องเปิดลำไส้ส่วนที่โผล่ออกมาจากหน้าท้องเรียกว่า สโตมา (Stoma) การเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ชนิดของทวารเทียม (Ambe, Kurz, Nitschke, Odeh, Möslin, & Zirngibl, 2018) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่มีทวารเทียม ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญในการเข้าสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม (วิลาลินี พิพัฒน์ผล และโสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์, 2558) มีผลต่อการปรับตัวต่อการมีทวารเทียม

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้สามารถก้าวผ่านจุดเปลี่ยนของชีวิต (อนุชา ไทยวงษ์, วิรัตน์ดา สาระโกล, นุชมาศ บุญมาศ, และพนิดา บุญสุข, 2561) พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ชนิด และภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและผลกระทบจากการมีทวารเทียม บทบาทของพยาบาลและประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วยในด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัด ได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม มีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (คู่ขวัญ มาลีวงษ์ และกัญญาดา ประจุศิลปะ, 2562) ผู้เขียนได้เขียนบทความนี้ขึ้น โดยอาศัยประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลวารสารไทย โดยใช้คำสำคัญ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ผลกระทบของการมีทวารเทียม การปรับตัวต่อทวารเทียม ผลลัพธ์ทางการพยาบาล การพยาบาล และคุณภาพชีวิต และฐานข้อมูล CINAHL โดยใช้คำสำคัญ ได้แก่ Stoma, ostomy, ileostomy, colostomy, incidence, management, high output, and nursing outcomes โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประเด็นสำคัญและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมและครอบครัว

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทวารเทียม

ชนิดของทวารเทียม (Classifications of Intestinal Ostomy) การแบ่งชนิดของทวารเทียมแบ่งได้หลายชนิด ดังนี้

1. แบ่งตามส่วนของลำไส้ (Part of intestine) ที่นำขึ้นมาเปิดออกทางหน้าท้อง ได้เป็น 2 ชนิด คือ ทวารเทียมโดยใช้ส่วนของลำไส้เล็ก (Ileostomy) และ ทวารเทียมโดยใช้ส่วนของลำไส้ใหญ่ (Colostomy) การตัดสินใจเลือกทำทวารเทียมแต่ละชนิดนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะหรือตำแหน่งของรอยโรคของผู้ป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น อายุ น้ำหนักตัว เป็นต้น (Ambe et al., 2018) นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงข้อดีและข้อเสีย รวมทั้งโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำทวารเทียมทั้ง 2 ชนิดนั้น เช่น ทวารเทียมโดยใช้ส่วนของลำไส้ใหญ่ มีข้อดี คือ มีการทำลายของผิวหนังเล็กน้อยและไม่มีการสูญเสียน้ำ

หรืออิเล็กทรอนิกส์ เนื่องจากอุจจาระค่อนข้างแข็ง แต่มีข้อเสียคือ อุจจาระมีกลิ่นแรงจากการทำงานของแบคทีเรียในลำไส้ ในขณะที่ทวารเทียมโดยใช้ส่วนของลำไส้เล็ก มีข้อดีเหมือนกัน แต่มีข้อเสีย คือ การสูญเสีย น้ำหรืออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

2. แบ่งตามระยะเวลาที่ทำทวารเทียม มี 2 ชนิด คือ การทำผ่าตัดให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทางทวารเทียมชนิดชั่วคราว (Temporary) ระยะเวลาเป็นสัปดาห์ เดือน หรือปีก็ได้ และชนิดถาวร (Permanent) ซึ่งต้องทำไว้ตลอดชีวิต การเลือกทำทวารเทียมแบบชั่วคราว หรือถาวรมักขึ้นอยู่กับโอกาสในการนำลำไส้ลงไปตัดต่อและเย็บปิดภายหลัง (Ambe et al., 2018) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่งพบว่า ร้อยละ 19 ของทวารเทียมแบบชั่วคราวไม่สามารถนำลำไส้กลับไปตัดต่อได้ภายหลัง ด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ 1). ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 65 ปี 2). มีโรคร่วม 3). มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 4). มีภาวะรอยต่อของลำไส้ใหญ่หรือไส้ตรงรั่วซึม 5). เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย (Stage IV) หรือ 6). มีการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง (Zhou, Wang, Li, Wang, & Fu, 2017) ดังนั้น พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในประเด็นความเสี่ยงที่จะมีทวารเทียมอย่างถาวรแทนที่จะเป็นแบบชั่วคราวตามที่วางแผนไว้

3. แบ่งตามวิธีการผ่าตัดในการนำส่วนของลำไส้เปิดออกทางหน้าท้อง เป็น 4 แบบ ได้แก่

3.1 แบบ Loop (Ileostomy or colostomy) เป็นการยกลำไส้ขึ้นมาไว้บนหน้าท้องเป็นรูปห่วง แล้วใช้สายยางรองรับลำไส้ไว้ไม่ให้ผลูกกลับคืนเข้าไปในช่องท้อง มักทำในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งส่วนใหญ่จะทำเป็นแบบชั่วคราว และจะเห็นช่องเปิดของลำไส้เพียง 1 ช่อง

3.2 แบบ End (Ileostomy or colostomy) การผ่าตัดนำลำไส้ส่วนต้นมาเปิดให้อุจจาระออก โดยอาจมีการเย็บปิดลำไส้ส่วนปลายให้อยู่ในช่องท้องโดยไม่ตัดทวารหนักออก (Hartmann's operation) หรือตัดลำไส้ส่วนปลายทิ้ง และเย็บปิดฝีเย็บ (Abdomino-perineal resection [A-P resection])

3.3 แบบ Double barrel เป็นการตัดลำไส้และยกขึ้นมาเปิดทางหน้าท้อง เป็น 2 ช่องแยกจากกัน โดยรูเปิดส่วนต้นเป็นทางออกของอุจจาระ รูเปิดส่วนปลายเป็นทางออกของ Mucus ส่วนมากจะทำที่ลำไส้ใหญ่ส่วนขวางแบบชั่วคราวเพื่อให้ลำไส้ใหญ่ส่วนล่างที่มีปัญหา เช่น อักเสบ ติดเชื้อหรือมีการผ่าตัดได้พักจนกว่าจะหายดีก่อนที่จะนำกลับลงไปใหม่

3.4 แบบ Kock continent ileostomy จะมีถุงเก็บอุจจาระ (Kock pouch) ที่มีที่ปิดรูเปิด (A stop valve of kock pouch) ซึ่งช่วยป้องกันการรั่วซึมของอุจจาระ และสามารถเปิดระบายอุจจาระได้เมื่อต้องการ ทำให้ไม่ต้องใช้ถุงรองรับอุจจาระตลอดเวลา ผู้ที่มีทวารเทียมแบบนี้มีความพึงพอใจต่อการมีทวารเทียมค่อนข้างสูงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ambe et al., 2018)

ภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม

การมีทวารเทียมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยได้ 2 ลักษณะ คือ ภาวะแทรกซ้อนของช่องเปิดลำไส้ และภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ (ฉัฐวรรณ วรรณรักษ์เจริญ, 2558)

1. ภาวะแทรกซ้อนของช่องเปิดลำไส้ ได้แก่

1.1 ลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือด อาจเกิดจากหลอดเลือดที่เลี้ยงลำไส้ฉีกขาด ลำไส้ส่วนที่นำมาทำช่องเปิดถูกยกจนตึงเกินไป หรือถูกรัดจากพังผืด

1.2 ภาวะเลือดออก หากพบในระยะแรกหลังผ่าตัด มักมีสาเหตุมาจากการห้ามเลือดของเส้นเลือดเล็กๆ ของเยื่อบุลำไส้ขณะผ่าตัดไม่ดีพอ ในระยะหลัง มักเกิดจากการบาดเจ็บจากการใช้ถุงขนาดไม่เหมาะสม การใช้หัวสวน หรือการถูกระแทก

1.3 ภาวะช่องเปิดลำไส้ถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง เป็นการยุบตัวของทวารเทียมต่ำกว่าระดับผิวหนัง อาจเกิดจากไม่สามารถดึงลำไส้ส่วนที่จะทำทวารเทียมให้ยาวพอ หรือลำไส้มีความตึงมาก ลำไส้ขาดเลือดและเน่าตาย หรือผู้ป่วยอ้วนขึ้นทำให้ผนังหน้าท้องหนาขึ้น

1.4 ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ เป็นภาวะที่ลำไส้ส่วนที่นำมาทำทวารเทียมยื่นออกมาเวลาผู้ป่วยเบ่ง และหดกลับเองหรือดันกลับเข้าไปได้

1.5 ภาวะช่องลำไส้ตีบ เป็นการตีบแคบของรูเปิดทวารเทียม สาเหตุจากช่องลำไส้ที่เปิดออกทางหน้าท้องเน่าตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง การติดเชื้อ การอักเสบที่เกิดจากการฉายรังสี การใช้อุปกรณ์และการดูแลไม่ถูกต้อง ทำให้ลำไส้เกิดแผลและเกิดพังผืดรัดทำให้เกิดการตีบแคบ

1.6 ภาวะไส้เลื่อน เป็นภาวะที่ลำไส้ยื่นออกจากช่องท้องมาตุงอยู่ที่ใต้ผิวหนังรอบทวารเทียม สาเหตุจากการผ่าตัดทำช่องเปิดใหญ่เกินไปหรือจากการที่ผู้ป่วยมีผนังหน้าท้องอ่อนแอ

1.7 รอยเย็บระหว่างลำไส้เปิดทางหน้าท้องกับผิวหนังแยก เป็นภาวะที่พบรอยเย็บของลำไส้ส่วนที่นำมาเปิดหน้าท้องแยกออกจากผิวหนัง

2. ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ ได้แก่

2.1 Ulceration คือการเกิดแผลที่ช่องเปิด มีสาเหตุมาจากเทคนิคการปิดถุงไม่ถูกต้อง

2.2 Skin excoriation เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบนผิวหนังรอบทวารเทียม ส่วนใหญ่เกิดจากการระคายเคือง มีอาการคัน เกิดรอยแดง อาจเป็นผื่นและเกิดแผลลึกได้

2.3 Folliculitis เป็นการอักเสบของรูขุมขน เกิดจากการโกนขนรอบ ๆ ทวารเทียมบ่อย ๆ หรือเกิดจากการลอกถุงอย่างไม่ระมัดระวัง ทำให้เชื้อเข้าสู่ร่างกายเกิดการอักเสบได้

2.4 Mechanical trauma เกิดจากการลอกถุงอย่างรุนแรงหรือไม่ถูกวิธีทำให้ผิวหนังได้รับบาดเจ็บเป็นแผล

ผลกระทบจากการมีทวารเทียม

การมีทวารเทียมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของการขับถ่ายและช่องทางในการระบายอุจจาระ มีรายละเอียดดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลกระทบของการมีทวารเทียมด้านร่างกายเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา 2 ประการ ได้แก่ การลดลงของพื้นที่ผิวในการดูดซึมอาหารและสารน้ำและการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การลดลงของพื้นที่ผิวในการดูดกลับส่วนใหญ่พบในการทำทวารเทียมโดยใช้ส่วนของลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่ส่วนต้นซึ่งมีหน้าที่ในการดูดกลับน้ำหรือของเหลว อุจจาระที่ออก

มาทางทวารเทียมในส่วนนี้จะค่อนข้างเหลว มีส่วนผสมของน้ำดีและมีปริมาณมาก ทำให้เกิดการการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ดังนั้นในระยะแรก จะต้องเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์อย่างใกล้ชิด นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของความยาวของลำไส้เล็กยังอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการได้ (Ambe, et al., 2018) จากการที่ลำไส้เล็กส่วนปลายมีหน้าที่ในการดูดซึมสารอาหารทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน (Kanaghinis, Lubran, & Coghill, 1963)

ความรุนแรงของการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอขึ้นอยู่กับตำแหน่งของลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดออกไป การมีหรือไม่มี Ileocecal valve หรือลำไส้ใหญ่เหลืออยู่หรือไม่ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณาให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เช่น โซเดียม และโพแทสเซียม รวมทั้งการให้สารอาหารทดแทนทางหลอดเลือดดำตามความรุนแรงของการขาดสารอาหาร สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ของผู้ป่วยแต่ละราย (Ambe et al., 2018) ในขณะที่ผู้ที่มีทวารเทียมโดยใช้ส่วนของลำไส้ใหญ่จะมีปัญหาในประเด็นนี้ค่อนข้างน้อย แต่จะมีปัญหาเรื่องกลิ่นของอุจจาระมากกว่า เนื่องจากกรย่อยสลายกากอาหารของแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ (Ambe et al., 2018) นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาจากการทำทวารเทียมอีกอย่างหนึ่งที่มีผลกระทบต่อร่างกายค่อนข้างมากคือ การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระจากการที่ส่วนปลายของลำไส้ที่ใช้ในการทำทวารเทียมไม่มีกล้ามเนื้อหูรูด และไม่มีเส้นประสาทรับความรู้สึกเหมือนทวารหนัก ทำให้มีอุจจาระออกมาตลอดเวลาและจำเป็นต้องใช้ถุงรองรับอุจจาระทางหน้าท้อง (Blevins, 2019)

ผลกระทบด้านจิตสังคม

ผู้ที่มีทวารเทียมจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าเป็นวิกฤตการณ์ครั้งใหญ่ในชีวิต สูญเสียความมั่นใจในตนเอง รู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวการแสดงออกของบุคคลรอบข้าง กลัวว่าจะไม่มีคนยอมรับ โดยเฉพาะคู่สมรส (ยูรัตน์ ม่วงเงิน, 2558) มีความวิตกกังวลร้อยละ 35 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10 จากการที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายและการผายลมได้ หรือมีการรั่วซึมของอุจจาระ ทำให้มีกลิ่น (วิลานี พิพัฒน์ผล และโสฬพัทธ์ เหมรัฐชโรจน์, 2558) จากเหตุดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม กลัวการเข้าสังคม โดยจะลดหรืองดออกสังคมท้ายที่สุดจะปลีกตัวออกจากสังคมและครอบครัว ไม่อยากออกไปนอกบ้าน ในบางรายอาจจะลาออกจากงาน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ (ชนิกา นิมสันต์ม 2558; บุศรา ชัยทัศน, 2559) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Von-Klaassen et al. (2016) พบว่าผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการมีทวารเทียมทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง โดยที่ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความมั่นใจในการจัดการแก้ปัญหาต่าง ๆ

บทบาทของพยาบาลและประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ที่มีทวารเทียม

พยาบาลมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ที่มีทวารเทียมในประเด็นการดูแลที่สำคัญและจำเป็นตั้งแต่ระยะก่อนจนถึงระยะหลังผ่าตัด รวมทั้งการฝึกทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตกับทวารเทียมได้เมื่ออยู่ที่บ้าน

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีทวารเทียม (Ostomy Care and Management: Nurse's Role)

พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมให้สามารถปรับตัวและยอมรับการมีทวารเทียม โดยสามารถจำแนกประเภทของกิจกรรมการดูแลดังนี้ (จันทร์ทิรา เจียรณีย์, 2559; จุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุดา งามขำ, 2560; นิศรา จินอยู่, 2558; เอมปภา ปรีชา ชีรศาสตร์, 2560)

1. ประเมินและสังเกตอาการผู้ป่วย (Determine) เช่น การประเมินความเจ็บปวด การประเมิน ลักษณะของรูเปิดทวารเทียม (Stoma)
2. ให้การพยาบาลตามบทบาทของพยาบาล (Perform) เช่น การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ การดูแล ให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ
3. สอนและให้คำปรึกษา (Inform) เช่น การสอนและสาธิตการประเมินรูเปิดทวารเทียม หรือการสอนการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ เป็นต้น
4. ส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนให้กำลังใจ (Attend) เช่น การแสดงความเข้าใจในการปฏิเสธหรือไม่ยอมรับการมีทวารเทียมของผู้ป่วยในระยะแรก หรือ การให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเปลี่ยนเป็นหรือถุงรองรับอุจจาระได้
5. ติดต่อประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วยไปยังบุคคลหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรง (Manage) เช่น นักโภชนาการ นักจิตวิทยาหรือแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ หรือพยาบาลเฉพาะทาง

ประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ที่มีทวารเทียม

1. การดูแลในระยะก่อนผ่าตัด การดูแลก่อนผ่าตัดที่จำเป็น และมีความสำคัญเพื่อลดความวิตกกังวล ส่งเสริมการปรับตัวต่อการมีทวารเทียม ประกอบไปด้วย

1.1 การกำหนดตำแหน่งเปิดของลำไส้ (คู่วัญ มาลีวงษ์ และกัญญาดา ประจุศิลป์, 2562; นิศรา จินอยู่, 2558; บุศรา ชัยทัศน์, 2559) ให้สอดคล้องกับความถนัดในการใช้มือ (Dexterity) เพื่อให้ ทวารเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ดี สะดวกต่อการเปลี่ยนเป็นรองหรือทำความสะอาด (Blevins, 2019) ถูกปิดได้นานขึ้น และลดค่าใช้จ่ายจากการเปลี่ยนถุงแต่ละครั้ง (Ambe et al., 2018; Doughty, 2005)

1.2 การให้ข้อมูลที่สำคัญต่อการอยู่กับทวารเทียม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูล ก่อนผ่าตัด โดยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ เช่น การปฏิบัติตัวและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านมากที่สุด รองลงมาคือความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การปฏิบัติตัว หลังผ่าตัด และการใช้ยาตามลำดับ (นิศรา จินอยู่, 2558; บุศรา ชัยทัศน์, 2559)

1.3 การประเมินสภาพจิตใจ และความรู้สึกซึ่งมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้และการปรับตัว (สายสมร เฉลยกิตติ, ศิริพร สว่างจิตร, และจุฑารัตน์ บันดาลสิน, 2556)

1.4 การเตรียมด้านร่างกาย และเตรียมความสะอาดลำไส้ให้สะอาดปราศจากอุจจาระ (นิศรา จินอยู่, 2558; บุศรา ชัยทัศน์, 2559) เนื่องจากลำไส้มีอุจจาระและแบคทีเรียมาก การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ จึงมีโอกาที่จะติดเชื้อในแผลผ่าตัดหรือในช่องท้องและทำให้รอยต่อลำไส้รั่วง่ายขึ้น การเตรียมความสะอาดของลำไส้ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นมาก

2. การดูแลในระยะหลังผ่าตัด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ปรับสภาพจิตใจ เข้าสู่ภาวะปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลประกอบด้วย การพยาบาลหลังผ่าตัดทั่วไป ซึ่งดูแลเหมือนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและการดูแลทวารเทียม ซึ่งมีประเด็นสำคัญในการดูแล ดังนี้

2.1 การประเมินลักษณะของรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Stoma appearance) สิ่งที่พยาบาลควรประเมินมีดังนี้ 1). ชนิดและรูปแบบของรูเปิดทวารเทียม ดูจากส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดทางหน้าท้องว่าเป็นแบบ Double barrel แบบ Loop หรือแบบ End colostomy 2). ตำแหน่งของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ซึ่งจะสัมพันธ์กับลักษณะของอุจจาระที่จะออกมาเพื่อวางแผนการดูแล 3). ลักษณะของรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ได้แก่ สีผิว ความสูง รูปร่างและขนาด โดยปกติทวารเทียมจะมีสีแดง หรือ ชมพู มีความชุ่มชื้น ผิวเป็นมัน เรียบ นุ่ม ยื่นออกมาประมาณ 2.5 เซนติเมตร ช่องเปิดอยู่ตรงกลาง เพื่อสะดวกต่อการปิดถุง และดูแลรักษาผิวหนังรอบ ๆ รูปร่างอาจกลมหรือรี มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1-1.5 นิ้ว หลังผ่าตัดช่วงแรกอาจบวม ขนาดจะลดลงและคงที่ในระยะ 6-8 สัปดาห์ และ 4). การปรีหรือแยกของรอยเย็บ และรอยต่อระหว่างผิวหนังกับทวารเทียม

2.2 การประเมินลักษณะของสิ่งขับถ่ายจากทวารเทียม (Effluent) เมื่อลำไส้เริ่มทำงานประมาณวันที่ 3-4 หลังการผ่าตัดเป็นต้นไป ลักษณะของอุจจาระจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับส่วนของลำไส้ที่ใช้ทำทวารเทียม ถ้าเป็นลำไส้เล็กส่วนปลายหรือลำไส้ใหญ่ส่วนต้น สิ่งขับถ่ายมีลักษณะค่อนข้างเหลว ในขณะที่ทวารเทียมที่ใช้ลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ส่วนขวางลงไป สิ่งขับถ่ายมีลักษณะคล้ายแป้งเปียก มีกากปน มีกลิ่นแรง และค่อยเปลี่ยนเป็นกากมากขึ้น จนมีลักษณะเป็นก้อน สามารถควบคุมการขับถ่ายได้

3. การฝึกทักษะของผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดฟื้นตัวได้เร็วคือ การให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด ดังนั้น การวางแผนการดูแลตัวเองและการฝึกทักษะควรจะเริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัด โดยพยาบาลผู้ป่วยและญาติต้องมีการพูดคุย วางเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน

3.1 การเทอุจจาระ (Emptying the pouch) เมื่อมีอุจจาระประมาณ 1/2 หรือ 1/3 ของถุง ควรเทออกเพื่อป้องกันถุงหลุดจากการถ่วงน้ำหนักของอุจจาระ ส่วนถุงรองรับแบบขึ้นเดี๋ยวต้องเปลี่ยนทุกวันหรือทุกครั้งที่มีปริมาณอุจจาระตามที่กำหนด ทั้งนี้ ก่อนที่จะเทอุจจาระออก ต้องเตรียมอุปกรณ์ในการทำความสะอาด รวมทั้งทิชชูเปียกสำหรับเช็ดทำความสะอาดให้พร้อมใช้ กรณีถุงมีรูเปิดที่ปลายถุงให้คนไข้เปิดที่รัดที่ปลายถุงออก เทอุจจาระออกจนหมด ใช้ทิชชูเปียกเช็ดทำความสะอาดปลายถุงและที่รัดให้สะอาด ปิดที่รัดหรือหนีบ (Clamp) ให้แน่นสนิท (Blevins, 2019) ทั้งนี้ ผู้ป่วยและญาติจะต้องได้รับคำแนะนำให้สังเกตลักษณะ สี โดยเฉพาเลือดและกลิ่นเหม็นเน่าที่ผิดปกติ (Prinz et al., 2015) โดยอาจเทอุจจาระในภาชนะรองรับหรือในห้องน้ำได้ จะใช้กระบอกฉีดยาหรือสายยางฉีดเบา ๆ ให้ถุงสะอาดเพื่อลดกลิ่น (Blevins, 2019)

3.2 การเปลี่ยนเป็นและถุงรองรับอุจจาระ (Changing the pouch system) ถุงรองรับอุจจาระมี 2 แบบ คือ แบบ 1 ชิ้น และ แบบ 2 ชิ้นที่มีเป็นและถุงรองรับมีรูเปิดที่ส่วนปลายถุง การเปลี่ยนถุงรองรับ

อาการจะเปลี่ยนในเวลาที่กำลังมีการเคลื่อนไหวน้อยอาจเป็นช่วงเช้าก่อนรับประทานอาหารหรือทำ 1 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหาร พยาบาลจะต้องสอนผู้ป่วยและญาติเปลี่ยนเป็นและถูกรองรับอาการดังนี้ เช็ดทำความสะอาดลำไส้ด้วยน้ำสะอาด ใช้กระดาษชำระหรือผ้าที่อ่อนนุ่มเช็ดผิวหนังรอบช่องเปิด ทวารเทียมให้สะอาด โดยเฉพาะคราบต่าง ๆ รวมทั้งกาวหรือครีมป้องกันผิวหนัง (Skin barrier paste) อาจขลิบหรือโกนขนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมเพื่อป้องกันการระคายเคืองขณะลอกเปลี่ยนถุง หลังจากนั้น วัดขนาดทวารเทียมโดยขนาดของทวารเทียมจะเล็กลงและมีขนาดคงที่ หลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ (นิศรา จินอยู่, 2558; บุศรา ชัยทัศน, 2559; Prinz et al., 2015) ตัดเป็นให้กว้างกว่าลำไส้ประมาณ 1-2 มิลลิเมตร หลังจากผิวหนังรอบ ๆ ทวารเทียมแห้ง ให้วางเป็นกรอบทวารเทียม ให้เป็นไม่ชิดลำไส้เกินไป เพราะขอบเป็นอาจครูด กัดทำให้เกิดแผลได้ และไม่ติดห่างจากลำไส้มากเกินไปเพราะทำให้ผิวหนังรอบลำไส้เกิดการระคายเคืองจากอุจจาระกักคร่อน (นิศรา จินอยู่, 2558) และให้แถบกาวติดผิวหนังให้สนิท ไม่มีฟองอากาศ การเปลี่ยนถุงแบบที่มีแป้นรองรับอาจทำทุก 3-7 วันขึ้นอยู่กับการดูแล หรือจนกว่าถุงจะเริ่มลอกหลุด ผิวหนังที่มีเหงื่อออกมากและผิวหนัง หรือการทำกิจกรรมทางกาย อาจทำให้ต้องเปลี่ยนถุงถี่ขึ้น ส่วนการเปลี่ยนถุงแบบชิ้นเดียวใช้แล้วทิ้ง ใช้ชั้นตอนและวิธีการคล้ายกัน (นิศรา จินอยู่, 2558; Blevins, 2019)

4. การสอนและให้คำแนะนำต้องสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับ 1). การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับสภาพผิวหนัง ลักษณะของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และเศรษฐกิจของผู้ป่วย 2). การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ (เอมปภา ปรีชาธิรศาสตร์, 2560) ได้แก่ ปวดท้อง หน้าท้องแข็งตึง อุจจาระลำเล็กลง ไม่พวยลม คลื่นไส้หรืออาเจียนมาก 3). การดำเนินชีวิตประจำวัน หลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาที่ต้องมีการปะทะที่อาจเกิดอันตรายต่อลำไส้ หรือการออกกำลังกายหรือการทำงานที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมาก เพราะอาจทำให้เกิดภาวะลำไส้เลื่อนได้ และ 4). การรับประทานอาหาร หลังผ่าตัดรับประทานอาหารตามลำดับ (Step diet) ตามแผนการรักษา (อนุชา ไทยวงษ์ และคณะ, 2561) โดยเริ่มจากรับประทานอาหารที่มีเส้นใยน้อยและย่อยง่าย จนกระทั่งรับประทานอาหารธรรมดาในสัปดาห์ที่ 6-8 หลังผ่าตัด ให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนและหลากหลาย (Well-balanced meals) และดื่มน้ำที่เพียงพอ (Blevins, 2019; Doughty, 2005) รับประทานอาหารให้ครบทุกมื้อเพื่อป้องกันการถ่ายเหลวและแก๊ส (Blevins et al., 2015) ควรรักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสม น้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงจะมีผลต่อขนาดของทวารเทียม หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ได้แก่ ปลาไข่ หน่อไม้ฝรั่ง ถั่ว ชะอม สะตอ กระถิน (นิศรา จินอยู่, 2558; บุศรา ชัยทัศน, 2559) การสอนและให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อน สามารถทำได้หลายลักษณะ เช่น พัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลที่ประกอบด้วยแผนปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล กลุ่มอาการภาวะแทรกซ้อน ภาพการดูแลที่ถูกต้อง ภาพและตัวอย่างอุปกรณ์ (สมพร วรรณวงศ์, แสงอรุณ อิศระมาลัย, วันดี คหะวงศ์, และโสมนัส นาคนวล, 2557) หรือพัฒนาเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการดูแลเพิ่มการให้ข้อมูล กลุ่มอาการดูแลตนเอง สิ่งประดิษฐ์หุ่นโมเดลประกอบการสอนและสิ่งประดิษฐ์กระเป๋าเก็บถุงโคลอสโตมิ (อนุชา ไทยวงษ์ และคณะ, 2561)

สรุป

การเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาการขับถ่ายอุจจาระจากการมีทวารเทียมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การดูแลผู้ป่วยทวารเทียมต้องให้ครอบครัวประเด็นการดูแลที่สำคัญและจำเป็นตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดตำแหน่งของรูเปิด การให้ข้อมูลที่สำคัญต่อการอยู่กับทวารเทียม การประเมินสภาพจิตใจ และความรู้สึก การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและการเตรียมลำไส้ การดูแลระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินลักษณะของรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และการประเมินลักษณะของสิ่งขับถ่ายจากทวารเทียม นอกจากนี้ยังต้องมีการฝึกทักษะการเทอูจจาระ การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ และการสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ที่มิตวารเทียมได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่

เอกสารอ้างอิง

- คู่ขวัญ มาลีวงษ์, และกัญญาดา ประจุสิลปะ. (2562). การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม. *วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 63(4), 272-282.
- จันทร์ทิรา เจียรณีย์. (2559). *คู่มือการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล: Nursing diagnosis and nursing care handbook*. นครราชสีมา: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- จุฑารัตน์ สว่างชัย, และศรีสุดา งามขำ. (2560). ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(พิเศษ), 1-11. ค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/107897>
- ณัฐวรรณ วรรณรักษ์เจริญ. (2558). การพยาบาลภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง. ใน จุฬารัตน์ ประสงค์, และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ* (น.61-79). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิง จำกัด.
- นิศรา จินอยู่. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง. ใน จุฬารัตน์ ประสงค์, และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ* (น. 13-28). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิง จำกัด.
- บุศรา ชัยทัศน์. (2559). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 9(1), 19-31.
- ยุวรัตน์ ม่วงเงิน. (2558). ภาพลักษณ์และเพศสัมพันธ์ในออสโตเมท. ใน จุฬารัตน์ ประสงค์, และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ* (น.159-181). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิง จำกัด.

- วิลาสินี พิพัฒน์ผล, และโสฬพัทธ์ เหมรัฐโชโรจน์. (2558). ความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมหน้าท้อง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*, 59(6), 691-791.
- สายสมร เฉลยกิตติ, ศิริพร สว่างจิตร, และจุฑารัตน์ บันดาลสิน. (2556). วิธีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 31-38. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/15797>
- สมพร วรรณวงศ์, แสงอรุณ อิศระมาลัย, วันดี กะหวงศ์, และโสมนัส นาคนวล. (2557). การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(3), 36-48.
- อนุชา ไทยวงษ์, วิรัตน์ดา สาระโภก, นุชมาศ บุญมาศ, และพนิดา บุญสุข. (2561). การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดทวารเทียม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 41-49.
- เอมปภา ปรีชาธิรศาสตร์. (2560). บทบาทพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้: กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง. *วารสารพยาบาลสภาภาษาไทย*, 10(1), 22-34.
- Ambe, P. C., Kurz, N. R., Nitschke, C., Odeh, S. F., Möslin, G., & Zirngibl, H. (2018). Intestinal ostomy. *Deutsches Arzteblatt International*, 115(11), 182–187. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0182>
- Blevins, S. (2019). Colostomy care. *MEDSURG Nursing*, 28(2), 125–126.
- Doughty D. (2005). Principles of ostomy management in the oncology patient. *Journal of Supportive Oncology*, 3(1), 59-69.
- Kanaghinis, T., Lubran, M., & Coghill, N. F. (1963). The composition of ileostomy fluid. *Gut*, 4(4), 322–338. <https://doi.org/10.1136/gut.4.4.322>
- Prinz, A., Colwell, J. C., Cross, H. H., Mantel, J., Perkins, J., & Walker, C. A. (2015). Discharge planning for a patient with a new ostomy: Best practice for clinicians. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 42(1), 79-82. doi: 10.1097/WON.0000000000000094
- Von-Klaassen, S. M., de Vocht, H. M., den Ouden, M. E., Eddes, E. H., & Schuurmans, M. J. (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Quality of life research: An international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25(1), 125–133. doi:<https://doi.org/10.1007/s11136-015-1050-3>
- Zhou, X., Wang, B., Li, F., Wang, J. & Fu, W. (2017). Risk factors associated with nonclosure of defunctioning stomas after sphincter-preserving low anterior resection of rectal cancer: A Meta-Analysis. *Diseases of the Colon & Rectum*, 60(5), 544-554. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000819>