



การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

คู่ขวัญ มาลีวงษ์ พย.ม. (บริหารการพยาบาล)¹

กัญญาดา ประจุศิลป์ พย.ด. (การพยาบาล)^{2*}

¹ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

² คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: Gunyadar.P@Chula.ac.th

Vajira Med J. 2019; 63(4) : 271-82

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2019.24>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ผู้ให้ข้อมูลคือผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมจำนวน 20 คน

วิธีดำเนินการวิจัย: ประกอบด้วย 3 รอบ คือ รอบที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม รอบที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหา แล้วสร้างเป็นแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม และรอบที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากรอบที่ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จัดทำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็น เพื่อสรุปเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

ผลการวิจัย: ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ควรประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 17 ตัวชี้วัด 2) ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม จำนวน 9 ตัวชี้วัด 3) ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจำนวน 4 ตัวชี้วัด และ 4) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จำนวน 13 ตัวชี้วัด

สรุป: การกำหนดตัวชี้วัดที่ดี จะสามารถประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ถูกต้องตามเป้าหมาย และนำไปวางแผนการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล



A STUDY OF NURSING OUTCOME INDICATORS FOR PATIENTS WITH INTESTINAL OSTOMY

Kukwan Maleewong MNS. (Nursing)^{1*}

Gunyada Prachusllpa Ph.D (Nursing)²

¹ Master of Nursing Science Program Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

* Corresponding Author, e-mail address: Gunyadar.P@Chula.ac.th

Vajira Med J. 2019; 63(4) : 271-82

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2019.24>

Abstract

Objective: To identify the indicators of outcome for ostomy nursing. Delphi technique was used in this study. Twenty ostomy experts agreed to participate in this research which is a patient caring with ostomy nursing.

Methods: 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.

Results: The indicators of outcome for ostomy nursing consisted of 4 components as follows:
1) Nursing outcome indication of safety during ostomy creation consisted of 17 items.
2) Nursing outcome indication of nursing needs to physical, psychological, sociocultural consisted of 9 items. 3) Nursing outcome indication of Self-care of patients consisted of 4 items and 4) Nursing outcome indication of quality of life of patients consisted of 13 items.

Conclusion: good key performance indicators will be able to accurately assess nursing results as targeted and can be used to plan nursing effectively and efficiently.

Keywords: nursing outcome indicators / ostomy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก และทวีความรุนแรงมากขึ้น จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2558 พบว่าประชากรโลกได้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากถึง 8.8 ล้านคน หรือร้อยละ 16 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก และคาดว่าอีก 21 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นปีละ 24 ล้านคน¹ ในประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรไทย โดยมีอัตราการตายต่อแสนคน ตั้งแต่ปี 2554-2558 มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนี้ 95.2, 98.5, 104.8, 107.9 และ 113.7 ตามลำดับ² โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร และพบบ่อยในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยอายุมากขึ้น อุบัติการณ์จะมากขึ้น แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยโรคนี้น้อยลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะอายุน้อยกว่า 40 ปี พบได้ร้อยละ 2-8³ จากรายงานทะเบียนโรคมะเร็งระดับโรงพยาบาลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 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 รายตามลำดับ² และจากข้อมูลสถิติของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ปีพ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ จำนวน 122, 215 และ 293 รายตามลำดับ

การรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ การผ่าตัด โดยต้องพยายามตัดส่วนที่เป็นมะเร็งออกให้หมดรวมถึงป้องกันการกระจายของมะเร็งการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข แต่ถ้าโรคอยู่ในระยะลุกลามเกินกว่าที่จะสามารถรักษาให้หายได้ จุดมุ่งหมายของการรักษาคือ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่

การผ่าตัดเปิดทวารเทียม (intestinal ostomy) นอกจากจะทำในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแล้วยังทำในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ลำไส้ ได้แก่ การติดเชื้อ

ที่ทำให้ลำไส้เกิดเนื้องอกตาย (ulcerative colitis and Crohn's disease) การมีถุงยื่นออกมาพร้อมกับมีการอักเสบของลำไส้ใหญ่ (diverticulitis) การมีติ่งเนื้อในลำไส้ (familial polyposis) การอุดตันของลำไส้ใหญ่จากลำไส้กลืนกัน (volvulus) การอักเสบของลำไส้ใหญ่จากการได้รับรังสีรักษา เป็นต้น⁵ การผ่าตัดเปิดทวารเทียมจะทำให้ผิวหนังที่ปกติมีรูเปิดของลำไส้ ซึ่งทวารเทียมนี้ไม่มีหูรูดจึงไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ผู้ป่วยจึงต้องใช้อุปกรณ์รองรับที่มีลักษณะคล้ายถุง ถ้าเป็นทวารใหม่ที่เปิดจากลำไส้เล็กส่วนใหญ่จะอยู่บริเวณหน้าท้องด้านขวา ลักษณะของอุจจาระจะค่อนข้างเหลว เป็นน้ำปนเนื้อ ถ้าทวารเทียมเป็นส่วนของลำไส้ใหญ่อาจอยู่ได้หลายตำแหน่งโดยลักษณะของอุจจาระจะนิ่มจนถึงเป็นก้อนเหมือนปกติมักมีปัญหามากเกินไปและแก๊สภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม ลำไส้ปลิ้น การบาดเจ็บที่ทวารเทียม ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง⁶ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ นอกจากทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมไม่สุขสบาย เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การนอน การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การอาบน้ำ การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ และการออกกำลังกาย⁷ ยังส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การดำเนินชีวิต⁸ รู้สึกด้อยค่า ซึมเศร้า ผู้ป่วยบางรายแสดงอารมณ์โกรธก้าวร้าว ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ท้อแท้ เกิดปัญหาทางจิตได้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่⁹ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยต้องมีช่องเปิดลำไส้หรือทวารเทียมที่มีลักษณะเหมือนกับบาดแผลที่เปิดตลอดเวลา แม้ทวารเทียมจะไม่มีอาการเจ็บปวด แต่การที่มีผู้อื่นมองเห็นการขับถ่าย เกิดกลิ่นและลมที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลว่าจะมีบุคคลรอบข้างรังเกียจ ผู้ป่วยจะแยกตัวจากสังคม⁷ และอีกผลกระทบหนึ่ง คือ ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลที่จำเป็น เช่น เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ราคาแพงที่จำเป็นต้องใช้

คลินิกออสโตมี เป็นหน่วยงานที่อยู่ในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก จัดตั้งขึ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เปิดทวารเทียม ให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนอย่างครอบคลุมและเป็นระบบทั้งโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลในการดูแล

ผู้ป่วยเฉพาะทาง เพื่อพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีหน้าที่ให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่เข้ารับการรักษาทันทีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในทุกแผนกของโรงพยาบาล เช่น หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยสูติกรรม และหอผู้ป่วยเด็ก โดยใช้แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำการผ่าตัด การกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การดูแลผู้ป่วยหลังการทำผ่าตัด การดูแลทวารเทียม การป้องกันและประเมินภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม และให้การรักษายาตามปัญหาที่เกิดขึ้น การสาธิตการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น การใช้แป้นและถุงรองรับอุจจาระ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเอง การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน รวมถึงการประสานงานเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพในทีมสุขภาพ และหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁶

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล คือ ข้อบ่งชี้สภาวะที่เกิดขึ้นในผู้รับบริการที่มาจากการให้การพยาบาล ซึ่งสามารถวัดได้และการวัดผลลัพธ์การพยาบาลเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงได้จากการเกิดผลลัพธ์ที่ดี¹¹ ผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลถือได้ว่ามีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลประเภทของเครื่องชี้วัดประกอบด้วย 3 ประเภทได้แก่ 1) เครื่องชี้วัดด้านโครงสร้าง (structural indicators) เป็นการประเมินโครงสร้างการจัดบริการของระบบ 2) เครื่องชี้วัดด้านกระบวนการ (process indicators) เป็นการประเมินกระบวนการ กิจกรรม หรือขั้นตอนการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย 3) เครื่องชี้วัดด้านผลลัพธ์ (outcomes indicators) ประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเป็นผลลัพธ์จากกระบวนการให้บริการ ซึ่งจะนำไปจูงใจเข้าสู่ขั้นตอนต่อไปในการบริการ และผลลัพธ์ขั้นสุดท้าย ซึ่งได้แก่สิ่งที่ได้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงความพึงพอใจ การเสียชีวิต หรือความพึงพอใจของผู้ป่วย

การศึกษาตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล จะสามารถสะท้อนการดูแลผู้ป่วยที่แสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่มีความครอบคลุม และชัดเจน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม

พบว่าตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดด้านกระบวนการ เช่น อัตราผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาร้อยละ 100 อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 70¹² ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ เช่น อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดน้อยกว่าร้อยละ 10 ความพึงพอใจในบริการมากกว่าร้อยละ 80¹³ ตัวชี้วัดเหล่านี้ เป็นผลจากการดูแลร่วมกันกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ไม่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ทำให้ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาลได้ชัดเจน¹⁴ การกำหนดตัวชี้วัดให้มีความเฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก ทำให้การประเมินผลการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ตรงประเด็น น่าเชื่อถือ และช่วยให้การดูแลติดตามผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ซึ่งเน้นใช้ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (patient outcome) ซึ่งเป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรมหรือการรับรู้ ทัศนคติของผู้ป่วยและครอบครัวที่ส่วนใหญ่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาล¹⁵ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยมีผลต่อการกำหนดบทบาทการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับพรทฤษฎี มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ (2549) ที่กล่าวว่า การบริการพยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมินและควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากเหตุผลดังกล่าว การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมตามแนวคิดระบบจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)^{16,17} ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมของ Grinspun (2009) Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers (2012) WCET Guideline (2014) และ Watts & Croves (2016) รวมถึงการทบทวนวรรณกรรม เอกสารทางวิชาการและตำราที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล ร่วมกับการบูรณาการความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อใช้ในการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

เปิดทวารเทียมที่เหมาะสม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และนำไปสู่การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจง และใช้เป็นทิศทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมต่อไป

คำถามการวิจัย

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมประกอบด้วยอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

ขอบเขตของการวิจัย

1. ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

2. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยให้ผ่าตัดเปิดทวารเทียมจนถึงการจำหน่ายที่เป็นผลลัพธ์จากพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยไม่รวมตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

3. การวิจัยนี้ใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการและ/หรือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 20 คน ได้แก่ 1) กลุ่มพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) จำนวน 6 คน 2) กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ/อาจารย์/นักวิชาการและ/หรือคณะกรรมการจัดอบรมหลักสูตรพยาบาลแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวน 4 คน 3) กลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ดูแลผู้ป่วยออสโตมีจำนวน 4 คน 4) กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดตัวชี้วัด จำนวน 3 คน 5) กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 3 คน โดยการคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

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

1.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขากการพยาบาลออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

1.2 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 5 ปีขึ้นไป

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

2.1 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท หรือปริญญาเอก ด้านพยาบาลศาสตร์

2.2 มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการสอนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขากการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ หรือปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป หรือเป็นคณะกรรมการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขากการพยาบาล ออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

3. กลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ดูแลผู้ป่วยออสโตมีจำนวน 4 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

3.1 ได้รับวุฒิปริญญาปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขากการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ แขนงโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3.2 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม 5 ปีขึ้นไป

4. กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดตัวชี้วัด จำนวน 3 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

4.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท

4.2 เป็นคณะกรรมการฝ่ายพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดตัวชี้วัด 3 ปีขึ้นไป

5. กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 3 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

5.1 แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้รับวุฒิบัตรสาขาศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากแพทยสภาหรือจากต่างประเทศ

5.2 มีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 รอบ โดยในรอบแรกเป็นการสัมภาษณ์ และตอบแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นการตอบแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละรอบ ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

ถอดเทปสัมภาษณ์หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ และข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน นำมาตรวจสอบเนื้อหาที่ผู้เชี่ยวชาญให้เป็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมในแต่ละด้าน ก่อนนำมาสรุปเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ที่เห็นความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทุกคน นำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เปรียบเทียบจากกรอบแนวคิดจากการบูรณาการเอกสารจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาจนได้เนื้อหาครอบคลุมตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ตามกรอบแนวคิดและการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 4 ด้าน และมีรายละเอียดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมย่อย จำนวน 44 ข้อ เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณหาค่า มัธยฐาน (median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) ในแต่ละข้อคำถาม ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3

1. ค่ามัธยฐาน (Median)

การแปลความหมายค่ามัธยฐาน

การแปลความหมายค่ามัธยฐานแต่ละระดับ หมายถึง

ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีความสำคัญในระดับมากน้อยเพียงใด ดังนี้¹⁴

ค่ามัธยฐาน 4.50 – 5.00 หมายถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ข้อความดังกล่าว มีระดับความสำคัญมากที่สุด

ค่ามัธยฐาน 3.50 – 4.49 หมายถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ข้อความดังกล่าว มีระดับความสำคัญมาก

ค่ามัธยฐาน 2.50 – 3.49 หมายถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ข้อความดังกล่าว มีระดับความสำคัญระดับปานกลาง

ค่ามัธยฐาน 1.50 – 2.49 หมายถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ข้อความดังกล่าว มีระดับความสำคัญระดับน้อย

ค่ามัธยฐาน 1.00 – 1.49 หมายถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ข้อความดังกล่าว มีระดับความสำคัญระดับน้อยที่สุด

ดังนั้นเกณฑ์การประเมินค่ามัธยฐานไม่ต่ำกว่า 3.50 ขึ้นไปจึงจะประเมินว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายข้อนั้นมีความสำคัญ

2. การคำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR)

การแปลความหมาย ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ มีดังนี้¹⁴

IR ที่มีค่ามากกว่า 1 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมข้อความดังกล่าว **ไม่มีความสอดคล้องกัน**

IR ที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมข้อความดังกล่าว **มีความสอดคล้องกัน**

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณหาค่า มัธยฐาน (median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) ในแต่ละข้อคำถามอีกครั้ง เพื่อหาข้อสรุปของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยพิจารณาจากผลการคำนวณในแต่ละข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป พิจารณา

ความสอดคล้องของข้อความจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) ที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Linestone and Turoff, 1975) ผลการวิเคราะห์ห้ข้อมูลรอบที่ 3 พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน จำนวน 43 ข้อ ค่ามัธยฐาน (median) อยู่ในช่วง 4-5 และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) อยู่ในช่วง 0-1 และมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบร้อยละ 12.78 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลทั้งหมด 4 ด้าน และตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อย 43 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากที่สุด ทั้ง 17 ข้อ โดยมีคะแนนสูงสุดเท่ากันทุกข้อ (Md = 5, IR = 0.00 -1.00) ได้แก่ 1) ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในตำแหน่งที่ถูกต้อง เหมาะสมสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรค และการวินิจฉัยของแพทย์ 2) ไม่เกิดภาวะช็อก (shock) จากการเสียเลือด น้ำ จากการผ่าตัด เช่น สัญญาณชีพผิดปกติ ปริมาณการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียม หรือจากท่อระบายของเสียต่างๆ มากกว่า 200 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เป็นต้น 3) ไม่เกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด (stoma ischemia) เช่น ทวารเทียมมีสีคล้ำลงเป็นสีม่วง สีน้ำตาล เป็นต้น 4) ไม่เกิดการแยกของรอยต่อบริเวณผ่าตัด (mucocutaneous separation) ได้แก่ รอยเย็บระหว่างทวารเทียมกับผิวหนังหน้าท้องแยกจากกัน 5) ไม่เกิดภาวะเลือดออกจากทวารเทียม (stoma bleeding) ได้แก่ มีจุดเลือดออกบริเวณทวารเทียม 6) ไม่มีอาการแสดงภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียม รวมถึงบริเวณที่ใส่ท่อระบายต่างๆ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณรอบแผลผ่าตัด เป็นต้น 7) ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) เช่น อาการปวด บวมที่ขา มีรอยแดง หรือสีผิวที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด 8) มีความ

สมดุลของสารน้ำเข้า-ออก (intake-output balance) จากการไม่สูญเสียทางลำไส้อย่างรวดเร็ว (high output stoma) 9) ไม่เกิดการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม (peristomal irritation) เช่น ผิวหนังรอบทวารเทียมมีรอยแดง ผิวหนังเปิด หรือเปื่อย เป็นต้น 10) ไม่เกิดภาวะลำไส้อุดตัน (bowel obstruction) เช่น ไม่ถ่ายอุจจาระหรือไม่มีสิ่งขับหลั่งออกจากทวารเทียม คลื่นไส้ และอาเจียน เป็นต้น 11) ไม่เกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม (parastomal hernia) ได้แก่ ผื่นหน้าท้องรอบทวารเทียมโป่งพอง 12) ไม่เกิดการตีบแคบของรูเปิดลำไส้ (stoma stenosis) 13) ไม่เกิดภาวะรอยต่อลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรงรั่วซึม (colorectal anastomosis leakage) ได้แก่ มีอาการปวดเกร็ง แน่นท้อง กดเจ็บ เป็นต้น 14) ไม่เกิดภาวะท้องอืด เช่น หน้าท้องบวม ตึง ไม่มีการผายลม เป็นต้น 15) ไม่เกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น มีอาการปวดท้องน้อย เป็นไข้ สีปัสสาวะขุ่น หรือพบเชื้อจากการเพาะเชื้อปัสสาวะ เป็นต้น 16) ไม่เกิดภาวะลำไส้เปิดทางหน้าท้องถูกดึงรั้ง (stoma retraction) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังน้อยกว่า 1.5 เซนติเมตร และ 17) ไม่เกิดภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (stoma prolapse) ได้แก่ ทวารเทียมยื่นจากระดับผิวหนังมากกว่า 2.5 เซนติเมตร

2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทั้ง 9 ข้อ โดยมีคะแนนสูงสุดเท่ากันทุกข้อ (Md = 5, IR = 0.00 -1.00) ได้แก่ 1) มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล 2) ไม่มีความเจ็บปวดหรือความเจ็บปวดลดลง ทั้งความถี่และความรุนแรงโดยประเมินความปวดได้คะแนนต่ำกว่า 3 (pain score 0-10) 3) มีความสุขสบายด้านสุขอนามัยทางร่างกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย การขับถ่ายทางทวารเทียมปกติ เป็นต้น 4) ได้รับสารน้ำ สารอาหารเพียงพอ เหมาะสมกับโรคและสภาพร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารใหม่แต่ละประเภท โดยประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI: Body Mass Index) อยู่ระหว่าง 18.5-22.9 5) นอนหลับพักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง 6) ปรับตัวยอมรับการมีทวารเทียมได้ 7) มีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ และแหล่งสนับสนุนตามแผนการจำหน่าย 8) ความวิตกกังวลและความเครียด

เกี่ยวกับทวารเทียมลดลง จากการได้ข้อมูลตามแผนการรักษา และ 9) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการพยาบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

3. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทั้ง 4 ข้อ โดยมีคะแนนสูงสุดเท่ากันทุกข้อ ($Md = 5$, $IR = 0.00 - 1.00$) ได้แก่ 1) ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด และมาตรวจตามนัดหมาย 2) มีความรู้ในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การเลือกใช้ถุงรองรับอุจจาระ/อุปกรณ์เสริม การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นและแก๊ส ความเตรียมพร้อมในการเดินทาง เป็นต้น 3) มีทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เช่น การติดแป้นถุงรองรับอุจจาระไม่ให้เกิดการรั่วซึม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การทำความสะอาดทวารเทียม เป็นต้น และ 4) ไม่กลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วันหลังการจำหน่าย

4. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทั้ง 13 ข้อ โดยมีคะแนนสูงสุดเท่ากันทุกข้อ ($Md = 5$, $IR = 0.00 - 1.00$) ได้แก่ 1) สามารถทำงานบ้าน งานประจำ หรือกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้ 2) ร่างกายแข็งแรง ไม่มีอ่อนเพลีย 3) ควบคุมกลิ่นและแก๊สทางทวารเทียมได้ 4) สวมใส่เสื้อผ้าได้อย่างเหมาะสมตามปกติ ปกปิดถุงรองรับอุจจาระได้ 5) เดินทาง/ท่องเที่ยวได้ด้วยคามมั่นใจโดยไม่กลัวกลืน การรั่วซึมจากทวารเทียม 6) มีความสุขในงานอดิเรก การพักผ่อน และการเข้าสังคม 7) มีเพศสัมพันธ์ได้หลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง 8) ไม่มีความลำบากใจ กลัวในการมองหรือสัมผัสทวารเทียม เช่น การเปลี่ยนรองรับอุจจาระ หรือทำความสะอาดทวารเทียมด้วยตนเอง เป็นต้น 9) ไม่รู้สึกอายนที่ต้องมีถุงรองรับสิ่งขับถ่ายติดตัวอยู่ตลอดเวลา สามารถเข้าสังคม ร่วมกิจกรรมได้ตามปกติ 10) รับรู้ว่าการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเป็นการรักษาให้ชีวิตคงอยู่ได้ยาวนาน 11) สามารถติดต่อ และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนและคนในสังคมได้ปกติ 12) ไม่แยกตัวจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด และ 13) มีความสุขในการดำเนินชีวิต

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดทางการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่สำคัญ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ได้ผลลัพธ์รวม 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม 2) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม 3) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ 4) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สามารถแสดงผลการอภิปรายรายด้านดังนี้

1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จากการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากที่สุด อภิปรายได้ว่า การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการทำผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัดและการใช้รังสีรักษา โดยมีการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก การผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขแต่ถ้าโรคอยู่ในระยะลุกลามเกินกว่าที่จะสามารถรักษาให้หายได้ จุดมุ่งหมายของการรักษา คือ มุ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ในการให้การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จะต้องเริ่มตั้งแต่หลังการผ่าตัดทันที เนื่องจากการทำผ่าตัดนี้ ส่วนหนึ่งทำเพราะโรคมะเร็งมีความรุนแรงมาก หรือสภาพผู้ป่วยไม่ดีพอที่จะทำผ่าตัดใหญ่ได้ อีกส่วนหนึ่งเป็นการผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ นั่นหมายถึง ผู้ป่วยส่วนมากมักจะมีความเสี่ยงสูง อีกทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม นั้น มีโอกาสเกิดขึ้นได้สูงถึงร้อยละ 40¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ¹⁹ ที่พบว่า อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทวารเทียมมีอัตราสูงขึ้นจากร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 69.4 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ผิวหนังระคายเคืองรอบทวารเทียม ร้อยละ 35 - 57 ขึ้นกับชนิดของทวารเทียม โดยร้อยละ 68.6 - 77 เกิดจากการสัมผัสกับอุจจาระ และร้อยละ 20 เกิดจากการตัดช่องที่แผ่นแปะไม่เหมาะสมหรือไม่พอดีกับขนาดของทวารเทียม²⁰ ส่วนภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมพบได้ร้อยละ 1.8 - 48.1 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ

กับชนิดของการผ่าตัดทวารเทียม นอกจากนี้ยังพบเลือดออกที่ทวารเทียม ร้อยละ 20²¹ และทวารเทียมตีบแคบ ร้อยละ 10 - 17²² เช่นเดียวกับการศึกษาของ (Leenen & Kuypers, 1989) ที่พบว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทั้งจากตำแหน่งลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดหลังผ่าตัดระยะแรกคือ การสูญเสียลำไส้ลำไส้อย่างรวดเร็ว (high output stoma) และภาวะลำไส้ขาดเลือด (stoma ischemia) ซึ่งรวมได้ถึงร้อยละ 36 ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้นอกจากทำให้ผู้ป่วยมีทวารเทียมไม่สุขสบาย เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน และสูญเสียภาพลักษณ์แล้ว ยังอาจทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เสียค่าใช้จ่าย และเสียชีวิตได้ จากการศึกษาของ Person (2012) พบว่า การกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (stoma site marking) ก่อนการทำผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นภายหลังการผ่าตัดส่งเสริมความเป็นอิสระ และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสอดคล้องกับ Grinspun (2009) Calvert, Disley, Jowett, & Chalmers Guideline (2012) WCET Guideline (2014) Watts & Croves (2016) United State of America Ostomy Association (UAOA) และการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ที่กำหนดให้ผู้ป่วยทุกคนที่ทำผ่าตัดทวารเทียม ต้องได้รับการกำหนดตำแหน่ง โดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อให้ทวารเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ดี สามารถดูแลทวารเทียมได้ง่าย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังบริเวณรอบๆ ทวารเทียม

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีวัตถุประสงค์ คือ ป้องกันความเจ็บปวด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดภายหลังการผ่าตัด รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจเพื่อปรับสภาพให้เข้าสู่สภาพปกติ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมนั้น จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียม และอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยมีการซักประวัติ ประเมินความรู้เรื่องโรค ประเมินความพร้อม/ปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย ที่จะทำการผ่าตัดทวารเทียม ซึ่งสอดคล้องกับ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2554) กล่าวว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง สังเกต ดูแลเอาใจใส่

กับความผิดปกติแม้เพียงเล็กน้อย การรับฟังคำบอกเล่าของผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม และรายงานแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขภาวะดังกล่าวได้อย่างทันที่ที่ผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่าการพยาบาลด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม สามารถเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล สามารถนำไปพัฒนา และประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จากการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากที่สุด อภิปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ถือเป็นสิ่งคุกคามต่อผู้ป่วย และครอบครัว มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย⁸ ซึ่งสิ่งที่บ่งชี้ถึงการและโรคที่ผู้ป่วยรับรู้ เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของ Bartha, Hajdu, Bokor, Kanyari, & Damjanovich, (1995) ที่พบว่า การรับรู้ว่าต้องทำการผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรงก่อนการผ่าตัด และเกิดความเครียดทันทีภายหลังการผ่าตัด ในระยะแรกไม่สามารถยอมรับทวารเทียมได้ ซึ่งจะมีพฤติกรรมแสดงออกที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของสังคม และการเข้าสังคมลดลง เนื่องจากไม่ต้องการเปิดเผยว่าตนเองมีทวารเทียม มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ผู้ป่วยมีความคิดว่าปัญหาสุขภาพของตนเองไม่เหมือนใคร ส่วนผลกระทบที่เกิดด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความสามารถในการย่อย และการดูดซึมอาหาร การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การมีเพศสัมพันธ์ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์ (2555) พบว่า การทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมส่งผลกระทบในหลายด้าน ซึ่งสามารถแบ่งผลกระทบได้ 3 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ และ 3) ด้านเศรษฐกิจ และสังคม และจากการศึกษาของ สายสมร เฉลยภักดี (2556) พบว่า วิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ประกอบด้วย ความหมาย ความรู้ ความเข้าใจต่อวิถีชีวิตใหม่ในการมีทวารเทียมของตนเอง การปรับตัวในการดูแลตนเอง ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว

ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา และการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ผลการศึกษาสะท้อนถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมต้องมีการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเกิดจากการร่วมมือที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับ United State of America Ostomy Association (UAOA) ที่ได้กำหนดไว้ว่าผู้ป่วยทุกคนที่ทำผ่าตัดทวารเทียม ต้องได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จากทีมงานเฉพาะทาง อีกทั้งต้องได้รับข้อมูลในเรื่องของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ ข้อมูลในด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง

พยาบาลถือว่าเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การสอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย หรือญาติได้ระบายความรู้สึก เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย ร่วมกันค้นหาปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไข นับเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องการ พยาบาลต้องใช้เทคนิคการสื่อสาร ซึ่งเป็นวิธีที่ดีในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และการตอบสนองต่อสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย จะสะท้อนถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และมีกำลังใจ สอดคล้องกับที่สำนักการพยาบาล (2550) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาล ให้ครอบคลุมปัญหา และความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่าการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล และสามารถนำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานได้

3. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากที่สุด อภิปรายได้ว่า การรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การให้ความรู้ในการเตรียมร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะปกติได้มาก และเร็วยิ่งขึ้น²² พยาบาลถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยสามารถช่วยลดความวิตก

กังวล และเกิดความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับวงเดือน เอี่ยมสกุล (2548) กล่าวว่าไว้ว่า การให้การปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม บทบาทสำคัญคือ การให้คำแนะนำ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับจุฬาร ประสงค์ (2558) กล่าวว่าไว้ว่า การให้ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การให้ข้อมูลการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จะช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด สอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์สภาแห่งสหรัฐอเมริกา²³ ที่กล่าวว่า การได้รับข้อมูลในการรักษา รับรู้ประโยชน์ ความเสี่ยงทางเลือกในการรักษาที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย และการตัดสินใจในการรักษาร่วมกับแพทย์ นอกจากเป็น การส่งเสริมความเข้าใจในแผนการรักษาแล้ว ยังสามารถลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและญาติได้ และความสามารถในการดูแลตนเองได้ของผู้ป่วย ยังถือเป็นเป้าหมายระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมอีกด้วย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัด จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องนั้น พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ การเตรียมพร้อมด้วยการสอน การปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดให้กับผู้ป่วยความสามารถในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด เป็นผลมาจากการปฏิบัติงานของพยาบาล ที่ติดตาม ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การให้ข้อมูล การสอน การฝึกทักษะ และการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นข้อกำหนดของสภาการพยาบาล (2548) ที่เป็นมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็น ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล นำไปพัฒนา และประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้

4. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากที่สุด อภิปรายได้ว่า การผ่าตัด ถือเป็นการรักษาหลักในการรักษามะเร็งลำไส้ และทวารหนัก การผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับเป็นซ้ำของโรค

ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข แต่ถ้าโรคอยู่ในระยะลุกลามเกินกว่าที่จะสามารถรักษาให้หายได้ จุดมุ่งหมายของการรักษา คือ มุ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ถือเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง องค์การอนามัยโลกให้นิยามคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ในชีวิตของบุคคลในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม²⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของ Padilla & Grant, (1985) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดทวารเทียมกล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นโครงสร้างหลายมิติ ที่สามารถวัดได้จากการรับรู้ความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ สังคม ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง และการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา โดยแจกแจงเป็นรายด้านพบว่า มีรายละเอียดดังนี้ ด้านความผาสุกทางร่างกาย ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการท้องผูกและท้องเสีย ร้อยละ 30 ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 24-55 การขับถ่ายไม่เป็นเวลา ผิดเข็มนาฬิกา และลมที่ไม่พึงประสงค์ด้านความผาสุกทางจิตใจ พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับถุงรองรับอุจจาระ ร้อยละ 20-83 ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.8-70²⁰ ด้านความคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ผู้ป่วยเกิดความกลัว มีความรู้สึกเกลียดตัวเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่าลดลง กลัวการถูกทอดทิ้ง²⁵ และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเกิดความรู้สึกอาย ร้อยละ 53 ไม่สุขสบายจากการมีแก๊สในถุงรองรับอุจจาระ ร้อยละ 11.6-49.3 เกิดปัญหาการรั่วซึมของถุงรองรับอุจจาระ ร้อยละ 32.6-61.7 และมีการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม ร้อยละ 30.5-69.2²⁵ ด้านความคำนึงเกี่ยวกับสังคม การมีทวารเทียมทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มีความมั่นใจต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีปัญหาการทำงานและการเข้าสังคม มีการเปลี่ยนแปลงในอาชีพการทำงาน ส่งผลต่อรายได้ในครอบครัว ร้อยละ 20 ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 30²⁶ ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ด้านการผ่าตัด โดยภายหลังการผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด ร้อยละ 43 มีปัญหา ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ร้อยละ 27.8²⁶ ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ด้านโภชนาการ ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ จากการรับประทานอาหารได้น้อยลง ความรู้สึกอยากอาหารลดลง เนื่องจากกลัวว่าจะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้

อาเจียน หรือเกิดอุดตันของลำไส้ได้

พยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม เป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการดูแล และมีเป้าหมายสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด สร้างความมั่นใจให้กลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้สุขภาพของตนเองในทางบวก จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในทางบวกตามมาด้วย ผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สามารถเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล นำไปพัฒนาและประเมินคุณภาพการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาตา ประจุศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ท่านได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. strengthening health systems to improve health outcomes [Internet]. 2007. Available from: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.
2. National Cancer Institute. Cancer registration at the hospital level in 2017. Bangkok: Pornsarp Printing Company; 2015.
3. Kotter, John P, Dan S. Kohen The Heart of Change. Harvard Business School Press; 2002.
4. Rungsangchan K. Ostomy and wound care in the 21st century. Bangkok: pumthong; 2013.
5. Cancer Rehabilitation Club of Thailand. cancer knowledge 2017 [updated 15 January 2017. Available from: <http://www.siamca.com>

6. McMullen CK, Wasserman J, Altschuler A, Grant ML, Hornbrook MC, Liljestrand P, et al. Untreated peristomal skin complications among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Clinical journal of oncology nursing*. 2011;15:644-50.
7. Kittiwarat S. constipation. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2009;2:12-22.
8. Prasangsit Ch. Patient care before and after abdominal surgery 2015 [Available from: http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_APN/admin/knownledges_files/1100_1.pdf
9. Jirapaisarnpong Ph. Ostomy. Bangkok: Bangkok Medical News; 2013. p.208
10. Nurse club wound ostomy and continent. ostomy indicator 2017 Available from: <https://thaietnurse.com/index.php/event/28-20170317-001>.
11. Sujunthararat R. Factors predicting job outcomes of nursing instructors. *Journal of the Ministry of Public Health*. 2005;25:184-98.
12. Medical record Faculty of Medicine, Vajira Hospital. annual report 2016. In: Navamindrahiraj University, editor. 2016.
13. Ostomy and wound clinic Nursing Department Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. coordination caring for colorectal cancer patients with multidisiplinary team. Chiang Mai: Faculty of Medicine, Maharaj Nakorn Chiang Mai; 2017.
14. Anders S, Huber W. Differential expression analysis for sequence count data. *Genome biology*. 2010;11:R106.
15. Saenprasang P. Concepts and principles of competency competency of nurses bangkok: Sukhumvit Printing; 2011.
16. Gillies DA. Nursing management: a systems approach: Saunders; 1994.
17. Ulrich SP, Canale SW, Wendell SA. Nursing Care Planning Guides: A Nursing Diagnosis Approach: Saunders; 1986.
18. Weisstub DN, Thomasma DC, Gauthier S, Tomossy GF. Aging: Caring for Our Elders: Springer Netherlands; 2013.
19. Gutwirth S, Leenes R, de Hert P, Pouillet Y. European Data Protection: Coming of Age: Springer Netherlands; 2012.
20. Rudoni C. Peristomal skin irritation and the use of a silicone-based barrier film. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*. 2011;20:S12, S4, S6 passim.
21. Oden LS, Price JH, Alteneder R, Boardley D, Ubokudom SE. Public policy involvement by nurse practitioners. *Journal of community health*. 2000;25:139-55.
22. Grinspun D. Ostomy Care & Management. ontario: Registered Nurses' Association of Ontario; 2009.
23. Watts J, Croves W. Guideline for Care of an adult Patient with a Stoma. 3rd, editor. England 2016.
24. World Council of Enterostomal Therapists. International ostomy guidelines 2017 Available from: <http://www.wcetn.org/international-ostomy-guideline>.
25. Waitemata. clinical nurse specialist-ostomycare 2015 [updated 28 july 2015. Available from: <http://www.aucklandhealthjobs.com/resources/pdf/WDHB/Vickie/ClinicalNurseSpecialistOstomyCare2015.pdf>.
26. Jafari N, Farajzadegan Z, Loghmani A, Majlesi M, Jafari N. Spiritual well-being and quality of life of Iranian adults with type 2 diabetes. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*. 2014;2014:619028.