การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม

Efficiency of Program to Support and Enhance Care Agency to Prevent Complications in Ostomates

สมพร วรรณวงศ์ พย.ม. (Somporn Wannawong, M.N.S.)[1]
แสงอรุณ อิสระมาลัย Ph.D. (Sang-arun Isaramalai, Ph.D.)[2]
วันดี คหะวงศ์ ปร.ด. (Wandee Kahawong, Ph.D.)[3]
โสมนัส นาคนวล พย.ม. (Sommanus Naknual, M.N.S.)[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลหลักในกรณีไม่สามารถดูแลตนเองได้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดมีทวารเทียม ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง และการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แผนปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล คู่มือ ภาพภาวะแทรกซ้อน ภาพการดูแลที่ถูกต้อง ภาพและตัวอย่างอุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในโปรแกรมเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ผ่าตัดทำทวารเทียมในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์จำนวน 30 ราย โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนใช้โปรแกรมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลและมาตรวจตามแพทย์นัดครั้งที่ 1 จากนั้นจึงให้การพยาบาลตามโปรแกรมและประเมินผลเมื่อมาตรวจตามนัดครั้งที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้มีทวารเทียมหรือผู้ดูแลหลักในกรณีที่ผู้มีทวารเทียมไม่สามารถดูแลตนเองได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าสถิติทีคู่ (paired t- test)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น ($\overline{X}$ = 2.58, S.D. = 0.47 เป็น $\overline{X}$ = 3.45, S.D. = 0.43) เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติทีคู่พบว่า เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 9.50, p =.000) และภาวะแทรกซ้อนลดลง โดยเฉพาะภาวะผิวหนังระคายเคืองลดลงจากร้อยละ 40 เหลือร้อยละ 13.33 แสดงว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและช่วยลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

คำสำคัญ : ภาวะแทรกซ้อนของผู้มีทวารเทียม ความสามารถในการดูแล โปรแกรม

[1] พยาบาลชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[3] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[4] พยาบาลชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 11 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate a program that supports and enhances care agency in order to prevent complications among ostomates. Orem's capability for care operation and supportive-developmental nursing system were used in the conceptual framework, and the program design was based on the conceptual framework. The newly-developed program consisted of nursing care plans, booklets, pictures on complications related to stoma and peristomal skin, care actions and prevention measures, and materials as well as guidelines for complication prevention. Thirty new ostomates, who were operated at Songklanakarin Hospital or their caregivers were used to test the effectiveness of the program. The investigation involved collecting both pre- and post-tests data on the subjects of the study and measuring change between them. The data were collected from December 1, 2009 to May 4, 2010, and the paired t-test was used for their analysis.

The study showed that significantly increased of post-test mean score ($\overline{X}$ = 3.45, S.D. = 0.43) of the capability for care operation among ostomates/caregivers compared to the pretest one ($\overline{X}$ = 2.58, S.D. = 0.47) confirmed the construct validity of the program (t = 9.50, p =.000). In addition, the rate of complications among ostomates after completing the program declined, especially that related to the most common complication of skin irritation dropped from 40% to 13.33%. The study's results reflected the efficacy of the program to enhance care agency leading to the prevention and reduction of complication incidence rates among ostomates.

Keywords : complication in ostomates, care agency, program

บทนำ

การผ่าตัดทวารเทียมคือ การผ่าตัดนำส่วนของลำไส้มาเปิดทางหน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระแทนการขับถ่ายทางทวารหนัก มีผลในการรักษาโรคและอาการทุกข์ทรมานที่เกิดจากปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ แต่ขณะเดียวกันก็อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทวารเทียมยังคงพบได้บ่อย และมีอัตราสูงขึ้นจากร้อยละ 25 (Duchesne, Wang, Weintraub, Boyle, & Hunt, 2002) เป็นร้อยละ 69.4 (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง พบร้อยละ 35 - 57 ขึ้นกับชนิดของทวารเทียม (Herlufsen et al., 2006) โดยร้อยละ 68.6 – 77 เกิดจากการสัมผัสกับอุจจาระ และร้อยละ 20 เกิดจากการตัดช่องที่แผ่นแป้นไม่เหมาะสมหรือไม่พอดีกับขนาดของทวารเทียม (Ratliff, Scarano, & Donovan, 2005; Herlufsen et al., 2006) ส่วนภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 1.8 ถึง 48.1 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัดทวารเทียม (Carne, Robertson, & Frizelle, 2003) นอกจากนี้ยังพบเลือดออกที่ทวารเทียมร้อยละ 20 (Olejnik, Maciorkowska, Lenkiewicz, & Sierakowska, 2005) และทวารเทียมตีบร้อยละ 10 - 17 (Duchesne, Wang, Weintraub, Boyle, & Hunt, 2002) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้นอกจากทำให้ผู้มีทวารเทียมไม่สุขสบาย เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หน้าที่การงานและภาพลักษณ์แล้ว ยังอาจทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายและเสียชีวิตได้ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าวมีหลายประการ ได้แก่ วิธีการผ่าตัด โรคเดิมของผู้ที่มีทวารเทียม และที่สำคัญอย่างยิ่งคือ การดูแลทวารเทียมที่ไม่ถูกต้องของผู้ที่มีทวารเทียมและผู้ดูแล ดังเช่นการศึกษาของ

เฮอลูฟเซ็น และคณะ (Herlufsen et al., 2006) ในเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมในผู้ที่มีทวารเทียมแบบถาวร จำนวน 630 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62 ไม่ทราบว่าภาวะที่เกิดขึ้นเป็นความผิดปกติของผิวหนัง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 ไม่ได้แสวงหาความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เนื่องจากไม่รู้หรือไม่เข้าใจว่ามีการระคายเคืองที่ผิวหนัง นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้ที่มีการระคายเคืองที่ผิวหนังรอบทวารเทียมมีสาเหตุจากการตัดแป้นกว้างเกินไป (Ratliff, Scarano, & Donovan, 2005) จะเห็นได้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากการขาดความรู้ความสามารถในการป้องกันและการดูแลภาวะแทรกซ้อนอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้

พยาบาลต้องส่งเสริมความสามารถในการดูแล โดยใช้ระบบและวิธีการที่มากกว่าการสอนหรือการให้ความรู้โดยทั่วไป สอดคล้องกับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีของ Orem (2001) เนื่องจากเป็นระบบที่ครอบคลุมทั้งในด้านการให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ที่มีทวารเทียมและผู้ดูแลแล้ว ยังมีการสนับสนุนและติดตามเพื่อส่งเสริมและพัฒนาความสามารถอย่างต่อเนื่อง โดยมีวิธีการที่หลากหลายได้แก่ การสอน การแนะนำและชี้แนะแนวทางในการดูแล ให้การสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งจัดเตรียมและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการเรียนรู้ ได้มีการศึกษาในประเทศบราซิล พบว่า ระบบการพยาบาลดังกล่าวช่วยให้ผู้ที่มีทวารเทียมรับรู้ถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Sampaio, Aquino, Araujo, & Galvao, 2008) และมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง สามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น (แสงหล้า พลนอก, รสสุคนธ์ วาริทสกุล และสมพร เจษฎาญานเมฑา, 2545) อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่ได้เน้นความสามารถในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม และทำการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริงเพื่อให้ได้เครื่องมือทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยโปรแกรมนี้จะเป็นส่วนที่เพิ่มเติมจากการให้การพยาบาลทั่วไป เริ่มขึ้นหลังจากผู้มีทวารเทียมได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปดูแลตนเองที่บ้านแล้วระยะหนึ่งและได้กลับมาตรวจตามแพทย์นัดครั้งแรก จึงมุ่งเน้นให้พยาบาลได้ทำการประเมินความสามารถในการดูแลแล้วให้การพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีการติดตามประเมินผลการพัฒนาความสามารถในการดูแลอีกครั้งในการมาตรวจตามแพทย์นัดครั้งต่อไป

กรอบแนวคิด

การพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) ของ Orem (2001) ซึ่งประกอบด้วย 1) ความสามารถในการคาดการณ์ เป็นความสามารถของผู้ที่มีทวารเทียมในการประเมินปัจจัยภายในตนเอง และปัจจัยภายนอกที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจ รับรู้ความเสี่ยงหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีวิธีการที่จะควบคุมความเสี่ยงหรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการรับรู้ถึงอันตราย และให้ความสำคัญกับการป้องกันว่ามีผลต่อสุขภาพและความผาสุกในชีวิต 2) ความสามารถในการตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประเมินสถานการณ์ได้ว่า สามารถดูแล/ปรับปรุงแก้ไขได้ด้วยตนเองหรือจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือ และสามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสม และ 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของตนเอง สิ่งของและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ การวางแผน การลงมือกระทำอย่างมีเป้าหมายและมีการประเมินผลการปฏิบัติ โดยผู้ที่มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลจะได้รับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ด้วยการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้มีทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลหลักเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมว่ามีความเหมาะสมในการนำไปใช้เพียงใด

ขอบเขตของการวิจัย

การทดสอบโปรแกรมนี้เก็บข้อมูลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารเทียมและ/หรือผู้ดูแลหลักที่มาตรวจตามแพทย์นัด ณ คลินิกศัลยกรรม หน่วยผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้ใช้โปรแกรมเป็นพยาบาลที่ต้องมีพื้นฐานความรู้ในการดูแลผู้มีทวารเทียมโดยผ่านการฝึกอบรมและมีประสบการณ์การดูแลผู้มีทวารเทียมมาก่อน

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 1 กลุ่ม โดยมีทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one group pre and post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยจะเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ผ่าตัดทำทวารเทียมในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 30 ราย ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที (t-test) เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2552 ถึง 4 พฤษภาคม 2553

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานวิจัย คือ โปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยมีพื้นฐานจากแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองของ Orem (2001) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือในโปรแกรมประกอบด้วย 1) แผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 4 ส่วน คือ แผนปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีทวารเทียม แผ่นภาพแสดงภาวะแทรกซ้อน ภาพแสดงการดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอุปกรณ์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการสอน และ 2) แนวทางการใช้โปรแกรม โดยโปรแกรมได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรง (content validity index; CVI) เท่ากับ 1 ยกเว้นด้านความชัดเจนของภาพมีค่าเท่ากับ 0.91

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา 3) การประเมินระดับความสามารถในการดูแล 4) การประเมินการปฏิบัติการดูแลทวารเทียม และ 5) การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม

วิธีการเก็บรวมรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยโดยการนัดผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลหลักในวันที่แพทย์นัดตรวจครั้งแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยระยะเวลาของผู้ป่วยแต่ละรายต่างกันเฉลี่ยประมาณ 3-4 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะทำการประเมินระดับความสามารถในการดูแลของผู้ที่ปฏิบัติการดูแลเป็นหลักไม่ว่าจะเป็นผู้มีทวารเทียมเองหรือผู้ดูแลหลัก (ในกรณีที่ผู้มีทวารเทียมไม่สามารถดูแลตนเองได้และต้องเป็นผู้ดูแลคนเดียวกับที่ได้รับการสอนและปฏิบัติการดูแลทวารเทียมทุกครั้ง) ประเมินวิธีการปฏิบัติการดูแล และอาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นก่อนการใช้โปรแกรม หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้การพยาบาลตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยใช้เวลาประมาณ 15-25 นาที และนัดมาประเมินซ้ำในวันที่แพทย์นัดตรวจครั้งต่อไป (ห่างจากนัดครั้งแรกประมาณ 1-2 เดือน)

โดยใช้แบบประเมินชุดเดิมและใช้ระดับความสามารถของผู้ที่ปฏิบัติการดูแลจริงเป็นหลักเช่นกัน แต่ผู้ประเมินเป็นพยาบาลที่ได้ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์การดูแลผู้มีทวารเทียม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล โดยการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน และระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ในการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยเมื่อไม่ต้องการโดยที่ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัยในงานวิจัยหรือการนำไปเผยแพร่ ในกรณีที่ผู้มีทวารเทียมมีการกระทบกระเทือนสภาวะจิตใจในการตอบคำถามจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้จะหยุดการเก็บข้อมูล และให้การดูแลประคับประคองด้านจิตใจ แล้วประเมินความต้องการเข้าร่วมการวิจัยใหม่อีกครั้งก่อนเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือยุติการเก็บข้อมูล ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้จะให้ความช่วยเหลือไปพร้อมกันด้วยการให้ความรู้และข้อมูลเพิ่มเติม ให้การสนับสนุนรวมถึงคำปรึกษาตามความเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และ ค่าสถิติทีคู่ (paired t- test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแล จากจำนวน 30 ราย พบว่า มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.67) เป็นเพศหญิง วัยผู้สูงอายุ (ร้อยละ 56.67) โดยมีอายุเฉลี่ย 60.8 ปี ($\overline{X}$ = 60.80, S.D. = 15.52) และส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 76.67) เรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 70.00) และไม่เคยได้รับข้อมูลจากผู้ที่มีทวารเทียมอื่นๆ มาก่อน (ร้อยละ 86.67) เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.33) ไม่มีอาชีพหรือทำงานบ้าน และไม่มีปัญหาทางด้านร่างกายที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง (ร้อยละ 43.33) ร้อยละ 16.67 สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมดตั้งแต่การมาตรวจตามนัดครั้งแรก ดังแสดงในตารางที่ 1 สำหรับผู้ดูแลจำนวน 25 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นลูกหรือหลาน (ร้อยละ 76.00) และเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.00) อายุเฉลี่ย 38.73 ปี ($\overline{X}$ = 38.73, S.D. = 11.28) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	20 – 29	1	3.33	**เพศ**	ชาย	13	43.33
($\overline{X}$ = 60.80,	30 – 59	12	40.00		หญิง	17	56.67
S.D. = 15.52)	60 – 69	9	30.00	**ศาสนา**	พุทธ	29	96.67
	70 – 79	6	20.00		อิสลาม	1	3.33
	80 – 85	2	6.67	**อาชีพ**	เกษตรกร	6	20.00
สถานภาพสมรส	คู่	23	76.67		รับจ้าง	6	20.00
	หม้าย	3	10.00		งานบ้าน/ไม่มีอาชีพ	13	43.33
	หย่า	2	6.67		ข้าราชการบำนาญ	1	3.33
	โสด	2	6.67		ค้าขาย	4	13.33

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาในการดูแลตนเอง**	ไม่มี	13	43.33	**การศึกษา***	ไม่ได้เรียน	2	6.67
	มี	17	56.67		ประถมศึกษา	21	70.00
	การมองเห็น	7	23.33		มัธยมศึกษา	3	10.00
	การได้ยิน	3	10.00		ปริญญาตรี	3	10.00
	การใช้มือ	5	16.67	**การได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยอื่นก่อนผ่าตัด**	ได้รับ	4	13.33
	การเรียนรู้	3	10.00		ไม่ได้รับ	26	86.67
	คิดว่าผู้ดูแลทำดีกว่า	3	10.00				
ผู้ดูแลทวารเทียม	ดูแลตนเอง	5	16.67				
	มีผู้ดูแล	25	83.33				

*ขาดข้อมูล ** ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (n= 25)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	20-29	4	13.33	**เพศ**	ชาย	6	24.00
(= 38.73,	30-58	17	73.44		หญิง	19	76.00
S.D. = 11.28)	ไม่ทราบ	4	13.33	**การศึกษา**	ไม่ได้เรียน	0	0.00
ความสัมพันธ์กับผู้มีทวารเทียม	ลูกหรือหลาน	19	76.00		ประถมศึกษา	4	16.00
	คู่สมรส	3	12.00		มัธยมศึกษา	4	16.00
	บิดา/ มารดา	1	4.00		ปริญญาตรี	11	44.00
	พี่น้อง	2	8.00		ไม่ทราบ	6	24.00

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.00) มีทวารเทียมเนื่องจากเป็นมะเร็ง โดยเป็นทวารเทียมลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (ร้อยละ 70.00) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 63.33) ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างเดียว และร้อยละ 60.00 ไม่มีภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีโรคประจำตัว ร้อยละ 30.00 มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 36.67 มีประวัติสูบบุหรี่ และร้อยละ 6.67 ได้รับยาป้องกันลิ่มเลือด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของ กลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลการเจ็บป่วย/รักษา		จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลการเจ็บป่วย/รักษา		จำนวน	ร้อยละ
BMI (Kg/m2)	16.4 - 18.5	7	23.33	**ชนิดของทวารเทียม**	Colostomy	22	73.33
($\overline{X}$ = 21.31,	18.5 – 22.99	14	46.67		Ileostomy	8	26.67
S.D. = 3.41)	23 – 31.3	9	30.00	**ลักษณะทวารเทียม**	End	14	46.67
					Loop	16	53.33
การวินิจฉัยโรค	มะเร็งลำไส้ใหญ่	8	26.67				
	มะเร็งไส้ตรง	13	43.33	**สิ่งที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน***	ไม่มี	18	60.00
	มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์	3	10.00		มี	12	40.00
	ลำไส้อักเสบ	1	3.33		สูบบุหรี่	11	36.67
	ลำไส้อุดตัน	1	3.33		ยาป้องกันลิ่มเลือด	2	6.67
	บาดเจ็บที่ลำไส้	4	13.33				
โรคประจำตัวที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน*	ไม่มี	19	63.33	**การรักษาร่วม**	ไม่มี	19	63.33
	มี	11	36.67		มี	11	36.67
	ต่อมลูกหมากโต	5	16.67		ฉายรังสี	6	20.00
	เบาหวาน	7	23.33		เคมีบำบัด	3	10.00
	เลือดออกง่าย	1	3.33		เคมีบำบัด/ฉายรังสี	2	6.67
ระยะเวลาตั้งแต่กลับบ้านถึงเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 (วัน) (median = 18)	7 – 14	10	33.33	**ระยะเวลาเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 2 (วัน) (median = 21)**	6 – 14	13	43.33
	15 – 21	10	33.33		15 – 21	3	10.00
	22 – 28	6	20.00		22 – 28	3	10.00
	29 – 35	1	3.33		29 – 35	2	6.67
	36 – 40	3	10.00		36 – 60	6	20.00
					60 – 120	3	10.00

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินระดับความสามารถในการดูแลทวารเทียมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม พบว่า หลังใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมทั้ง 4 ชนิด โดยเฉพาะความสามารถในการป้องกันการบาดเจ็บที่ทวารเทียม พบว่ามีคะแนนมากที่สุด ในขณะที่คะแนนความสามารถในการป้องกันภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมพบว่า มีคะแนนน้อยที่สุดทั้งก่อนและหลังใช้โปรแกรมเมื่อเทียบกับภาวะแทรกซ้อนชนิดอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 4 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังจากการใช้โปรแกรม พบว่า สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 9.50, p = .000) เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนของการปฏิบัติ พบว่า ความสามารถในด้านการวางแผนมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประเมินและติดตามผลหลังการใช้โปรแกรมมีค่าเพิ่มขึ้นมากที่สุด (t = 6.74, p =.000) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างและ/หรือผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรมแกรมจำแนกตามภาวะแทรกซ้อน (n=30)

ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลเพื่อการป้องกัน	ก่อนใช้โปรมแกรม		หลังใช้โปรมแกรม	
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.
ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง	2.69	0.53	3.60	0.37
การบาดเจ็บที่ทวารเทียม	2.75	0.66	3.62	0.40
ทวารเทียมอุดตันและตีบ	2.86	0.48	3.37	0.56
ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม	1.92	0.64	3.12	0.73

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทีคู่ ของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างและ/หรือผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรมแกรมจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติ 3 ขั้นตอน (n=30)

ความสามารถในการปฏิบัติ	ก่อนใช้โปรมแกรม		หลังใช้โปรมแกรม		t
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	
การวางแผน	2.41	0.53	3.29	0.52	8.34*
การลงมือปฏิบัติ	2.61	0.47	3.47	0.42	9.18*
การประเมิน และติดตามผล	2.72	0.71	3.60	0.39	6.74*
รวม	**2.58**	**0.47**	**3.45**	**0.43**	**9.50***

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินการปฏิบัติการดูแลทวารเทียม พบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นเกือบทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียมหรือผู้ดูแลจำแนกตามการปฏิบัติการดูแลทวารเทียมที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (n=30)

การปฏิบัติการดูแลทวารเทียม	ก่อนใช้โปรมแกรม		หลังใช้โปรมแกรม	
	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)
การตัดช่องที่แผ่นแป้น	15 (50.00)	15 (50.00)	24 (80.00)	4 * (13.33)
การเลือกขนาดและชนิดแผ่นแป้น	29 (96.67)	1 (3.33)	29 (96.67)	1 (3.33)
การใช้กาวป้ายที่แผ่นแป้น	21 (70.00)	5** (16.67)	27 (90.00)	0 ** (0.00)
ระยะเวลาในการเปลี่ยนแป้น	19 (63.33)	11 (36.67)	29 (96.67)	0 * (0.00)
วิธีการลอกแผ่นแป้นออกจากผิวหนัง	23 (76.67)	7 (23.33)	30 (100)	0 (0.00)

* ขาดข้อมูล ** ผู้มีทวารเทียมไม่ใช้กาว

ส่วนที่ 5 ผลการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม พบว่า หลังใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนซึ่งสามารถป้องกันได้ที่ทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียมลดลงทุกชนิดที่ลดลงมากที่สุด คือ ผิวหนังรอบทวารเทียมมีการระคายเคือง ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มีทวารเทียม จำแนกตามความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม (n=30)

ความผิดปกติ	จำนวน	ผนังหน้าท้อง	ผิวหนังคัน /มีรอยแดง/มีแผล	ทวารเทียมเลือดออก/มีแผล	อุจจาระก้อนเล็กลง
ก่อนใช้โปรแกรม	รวม (%)	1 (3.33)	12 (40.00)	2 (6.67)	0 (0.00)
หลังใช้โปรแกรม	รวม (%)	1 (3.33)	4 (13.33)	0 (0.00)	1 (3.33)
	เกิดใหม่ (%)	0 (0.00)	1 (3.33)	0 (0.00)	1 (3.33)
	ลดลง (%)	1 (3.33)	3 (10.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า ผู้ที่มีทวารเทียมมีสาเหตุมาจากโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 80.00) และ ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเนื่องด้วยมากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุทำให้มีปัญหาทางด้านสายตา การได้ยิน และการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง นอกจากนี้บางรายไม่กล้ามองทวารเทียม คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถร่วมกับอาการปวดแผล อ่อนเพลีย หรืออาจมีภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้ดูแลตนเองได้ยากขึ้น ดังเช่นมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีทวารเทียมจะมีภาวะทางอารมณ์ทางลบมากกว่าผู้ที่ไม่มีทวารเทียม (Trninic, Vidacak, Vrhovac, Petrov, & Setka, 2009) ทั้งนี้เพราะทวารเทียมมีผลต่อภาพลักษณ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของโธป แมคอาเธอร์ และริชาร์ดสัน (Thorpe, McArthur, & Richardson, 2009) ที่พบว่า ความรู้สึกว่าสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปมีผลต่อการจัดการดูแลทวารเทียม และอาจมีผลต่อการดูแลตนเองในระยะยาว และปัญหาทางภาพลักษณ์นี้จะยังมีอยู่แม้จะผ่าตัดนานกว่า 1 ปี (Gervaz et al., 2008) จึงเป็นสาเหตุทำให้การดูแลทวารเทียมในระยะแรกหลังผ่าตัดต้องเป็นหน้าที่ของผู้ดูแล จนกว่าผู้มีทวารเทียมจะปรับตัว ปรับใจยอมรับการมีทวารเทียมได้ การติดตามดูแลผู้มีทวารเทียมหลังผ่าตัด และการใช้โปรแกรมทำให้ผู้ดูแลทวารเทียม ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่มีทวารเทียมเองและผู้ดูแลมีความรู้และมีข้อมูลเพิ่มมากขึ้น มีความ สามารถในการดูแลสูงขึ้น โดย เฉพาะผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นเพศที่มีแนวโน้มในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้ดี (สุชาพร ทิพย์สืนวล, สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และวิไลวรรณ วิริยะไชโย, 2547) อีกทั้งสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้มีทวารเทียมส่วนใหญ่เป็นลูกหรือหลาน ซึ่งสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลด้วย (เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548) เมื่อแยกวิเคราะห์ความสามารถในการดูแลรายด้าน พบว่า ความสามารถในด้านการวางแผนมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรม อาจเนื่อง มาจาก กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย ทั้งนี้เพราะทักษะการวางแผนต้องอาศัยการคิดวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยการศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีทักษะในการคิดและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น ความรู้ความสามารถในการแสวงหาข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลตนเอง เนื่องจากช่วยให้สามารถวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกกระทำการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง (Orem, 2001) เมื่อมีข้อมูลไม่เพียงพอ ขาดความรู้และทักษะจึงทำให้มีความสามารถในการวางแผนป้องกันภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าด้านอื่นๆ

สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถด้านการประเมิน และติดตามผลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดก่อนและหลังการใช้โปรแกรม อาจเนื่องมาจากการมีทวารเทียมมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของร่างกายและการขับถ่ายอุจจาระที่แตกต่างไปจากปกติ ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติการดูแล ให้ความสนใจ ใส่ใจในการประเมินและติดตามผล นอกจากนี้การที่ได้ปฏิบัติการดูแลด้วยตนเองบ่อยๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีทักษะมากขึ้น เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะเมื่อไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเมื่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้นดีขึ้น รวมทั้งการได้รับคำชมและการให้กำลังใจจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในด้านการลงมือปฏิบัติเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดิคสันและริเกล (Dickson & Riegel, 2009) ที่ศึกษาการเสริมสร้างทักษะในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจวาย พบว่า ทักษะในการดูแลตนเองจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาและการปฏิบัติ โดยที่ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าจะดูแลตนเองอย่างไรให้เหมาะกับชีวิตประจำวัน

สำหรับการปฏิบัติการดูแลทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างมีการลอกแป้นได้เหมาะสมมากที่สุด ผู้มีทวารเทียมทุกรายในการศึกษานี้ ใช้แป้นแบบที่มีแผ่นป้องกันผิวหนัง ซึ่งได้มีการศึกษา พบว่า การลอกแป้นชนิดนี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังได้น้อย ถ้าใช้แรงดึงน้อยกว่า 2 นิวตัน แต่ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองจะเกิดขึ้นได้จากการลอกแป้นบ่อยๆ (Omura, Yamabe, & Anazawa, 2010) นอกจากนี้ระยะเวลาในการติดแป้นกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้เหมาะสมเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 33.34 และติดได้นานกว่า 5 วัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งพบว่าระยะเวลาติดแป้นโดยเฉลี่ยเท่ากับ 5 วัน (Richbourg, Fellows, & Arroyave, 2008) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่จำเป็นและผ่านการฝึกทักษะในการดูแลเป็นรายบุคคล สำหรับการตัดช่องที่แผ่นแป้นมีการปฏิบัติได้เหมาะสมน้อยที่สุดทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรม อาจเนื่องมาจากการตัดต้องใช้ความละเอียด ประณีต และใช้ทักษะในการปฏิบัติ ทำให้มีความผิดพลาดได้ง่าย ต้องอาศัยการปฏิบัติซ้ำๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเรียนรู้และฝึกทักษะช่วงสั้นๆ โดยมีระยะเวลาตั้งแต่หลังการประเมินครั้งแรกจนถึงตรวจตามนัดครั้งที่ 2 มีค่ามัธยฐาน 21 วัน

ในการศึกษานี้ พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผิวหนังรอบทวารเทียมมากที่สุด และลดลงหลังจากการใช้โปรแกรม โดยลดลงจากร้อยละ 40 เหลือ ร้อยละ 13.33 ซึ่งเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดภาวะผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง มีข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลเมื่อผิวหนังมีการระคายเคืองและมีการป้องกันไม่ให้ภาวะดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของภาวะผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองเกิดในผู้ที่ทำทวารเทียมลำไส้เล็ก (ร้อยละ 58.33) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) เกิดจากการตัดแป้นกว้างเกินไป สาเหตุอีกประการหนึ่ง คือ จำนวนเกือบ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่าง มีความสูงของทวารเทียมในระดับต่ำหรือระดับเดียวกับผิวผนังหน้าท้อง ทำให้เสี่ยงต่อผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองได้ง่าย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cottam, Richards, Hasted, & Blackman (2007) ที่พบว่าทวารเทียมที่มีความสูงที่น้อยกว่า 10 มิลลิเมตร จะทำให้เกิดปัญหาในการดูแล และจะพบอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะระยะหลังผ่าตัดนานกว่า 2 เดือน ทวารเทียมจะยุบบวมลง ทำให้ความสูงของทวารเทียมลดลงอีก ในการศึกษานี้หลังการใช้โปรแกรมมีผู้ซึ่งเกิดภาวะ ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองรายใหม่เกิดขึ้นเพียง 1 ราย แสดงว่าการใช้โปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ความผิดปกติ สามารถป้องกันรวมทั้งดูแลแก้ปัญหาได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบรองลงมา คือ ทวารเทียมมีเลือดออกหรือมีแผล ในการติดตามผู้มีทวารเทียมครั้งแรกก่อนใช้โปรแกรมพบ ร้อยละ 6.67 โดยเกิดจากการที่ทวารเทียมยังบวม และตัดช่องที่แป้นแคบเกินไป ทำให้แป้นเสียดสีกับทวารเทียมจนเป็นแผล แต่ไม่พบภาวะเลือดออกที่รุนแรง และหลังการใช้โปรแกรมไม่พบภาวะนี้อีก อาจเป็นเพราะผู้มีทวารเทียมส่วนใหญ่ไม่มีปัจจัยที่เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่าย นอกจากนี้ยังมีความระมัดระวังในการทำความสะอาดทวารเทียมด้วยความนุ่มนวล เบามือเนื่องจากกลัวเจ็บ ยังไม่ชำนาญ ไม่กล้า และ/หรือเห็นความสำคัญในการป้องกัน ในการศึกษานี้ไม่พบภาวะทวารเทียมอุดตันหรือตีบมีเพียง 1 รายที่สังเกตว่าตนเองมีอุจจาระออกก้อนเล็กลง แต่จากการติดตามต่อเนื่องพบว่าหลังจากนั้นอุจจาระเป็นปกติ

การที่ไม่พบภาวะนี้อาจเป็นเพราะผู้มีทวารเทียมมีความรู้ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายในระยะหลังผ่าตัด 6 – 8 สัปดาห์แรก หรืออาจเป็นเพราะผู้มีทวารเทียมมากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 56.67) ซึ่งมักมีปัญหาสุขภาพในช่องปาก หรือใส่ฟันปลอมจึงรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายอยู่แล้ว จึงไม่เกิดภาวะทวารเทียมอุดตัน ส่วนการที่ไม่พบภาวะทวารเทียมตีบอาจเป็นเพราะดูแลทวารเทียมได้ดี ทำให้ไม่มีแผลที่ทวารเทียมหรือเป็นผลจากการผ่าตัดที่เปิดช่องผนังหน้าท้องที่กว้างพอดี ไม่แคบจนอาจเป็นสาเหตุของภาวะทวารเทียมตีบ รวมทั้งภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมที่ยังไม่พบอุบัติการณ์ในการศึกษาครั้งนี้เช่นกัน แต่ทั้งนี้ต้องมีการติดตามภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ต่อไป เพราะเป็นภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะยาว จากการศึกษาของ Pilgrim, McIntyre, & Bailey (2010) พบว่า ความเสี่ยงของการเกิดภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียมเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 ในแต่ละปีหลังจากผ่าตัดมีทวารเทียม จึงอาจยังไม่พบในการศึกษาครั้งนี้ที่ติดตามผู้ป่วยเพียง 2 ครั้งหลังผ่าตัด

สรุป

การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียมนี้ได้ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นฐานในการกำหนดโครงสร้าง ได้แก่ กรอบแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) ของ Orem (2001) ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ด้วยการพยาบาลในระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม โปรแกรมประกอบด้วยสื่อหลายชนิด โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล และใช้การทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานในการพัฒนาประกอบด้วย 1) แผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 4 ส่วน คือ แผนปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีทวารเทียม แผ่นภาพแสดงภาวะแทรกซ้อน ภาพแสดงการดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอุปกรณ์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการสอน และ 2) แนวทางการใช้โปรแกรม พบว่า เพิ่มความสามารถของผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ผลในการป้องกันและลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การกำหนดเวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลของโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถกำหนดเวลาที่แน่นอนกับผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลให้ชัดเจนได้ ทำให้บางรายต้องคลาดการประเมินกับผู้ช่วยวิจัย และต้องเลื่อนการประเมินออกไปนานกว่าปกติ โดยรายที่นานที่สุด คือ 120 วัน ซึ่งอาจทำให้คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสูงขึ้น เนื่องจากมีการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติมากขึ้น และ/หรือได้รับข้อมูล/ความรู้เพิ่มเติมได้มากกว่าผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลอื่น ในทางตรงกันข้ามอาจทำให้คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลต่ำลงกว่าปกติ เนื่องจากความเบื่อหน่ายจากการดูแลตนเองและไม่ได้รับการกระตุ้นจากแพทย์/พยาบาลผู้ดูแล

2. การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแล ผู้มีทวารเทียม 1 ราย มีข้อจำกัดเกี่ยวกับผู้ดูแลหลักที่ ตกลงใจเข้าร่วมโปรแกรมในระหว่างอยู่โรงพยาบาลแต่ไม่สามารถดูแลได้ตลอด ต้องเปลี่ยนผู้ดูแลคนใหม่ ซึ่งมักพบว่าผู้ดูแลคนใหม่จะมีข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลไม่ครบถ้วน จึงต้องคัดออกจากการวิจัยและผู้ดูแลอีก 1 รายมีเวลาในการฝึกปฏิบัติระหว่างอยู่โรงพยาบาลน้อย จึงอาจทำให้คะแนนความสามารถในการดูแลน้อยกว่าคนอื่นๆ

3. ภาพที่ใช้สอนบางภาพไม่ชัดเจน เนื่องจากไม่ได้ถ่ายโดยช่างภาพมืออาชีพ ทำให้ภาพที่ใช้ประกอบการสอนบางภาพมีมุมภาพที่เห็นไม่ชัดเจน เช่น ภาพระดับผนังหน้าท้องไม่เรียบเสมอกัน ซึ่งอาจทำให้ผู้มีทวารเทียมหรือผู้ดูแลมองเห็นไม่ชัดและไม่เข้าใจว่าภาวะนี้อาจเป็นสาเหตุของการเกิดแผลที่ผิวหนังรอบทวารเทียมได้ ทำให้ยังมีการเกิดภาวะผิวหนังระคายเคืองหลังการใช้โปรแกรม

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม แต่ไม่ได้ขอข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลทวารเทียมที่จะช่วยให้การประเมินมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น จึงอาจทำให้เครื่องมือที่ใช้มีข้อจำกัดในการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรมีการติดตามผู้ที่มีทวารเทียมในเรื่องการดูแลตนเองที่บ้าน นอกเหนือ จากการสอบถามควรมีการตรวจสภาพทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียมด้วย เพื่อประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติ

2. ควรมีการติดตามผู้มีทวารเทียมในระยะยาว ประเมินการดูแลตนเองของผู้มีทวารเทียมและผู้ดูแลเพราะมีผู้มีทวารเทียมบางรายต้องเปลี่ยนผู้ดูแล ซึ่งอาจมีความสามารถน้อยกว่าผู้ที่ได้เข้าร่วมในโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ควรทำการวิจัยเพื่อติดตามผลการใช้โปรแกรมและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว โดยเฉพาะภาวะทวารเทียมตีบและภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้มากขึ้นตามระยะเวลาที่มีทวารเทียม

2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมเฉพาะสำหรับป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมเนื่องจากยังมีอุบัติการณ์สูง

3. ควรมีการทำวิจัยซ้ำเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรม โดยทำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และมีมาตรการในการดำเนินการที่ชัดเจน ทั้งจำนวนครั้งในการฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติและการติดตามประเมินผล รวมทั้งอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ ภาพ หุ่นจำลอง และเครื่องมือในการประเมินผล

รายการอ้างอิง

เตือนใจ ภักดีพรหม. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุชาพร ทิพย์สืนวล สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และวิไลวรรณ วิริยะไชโย. (2547). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยโรคหืด. **สงขลานครินทร์เวชสาร, 22**, 237-247.

แสงหล้า พลนอก รสสุคนธ์ วาริทสกุล และสมพร เจษฎาญานเมฆา. (2545). **รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองและความผาสุกในชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Carne, P. W., Robertson, G. M., & Frizelle, F. A. (2003). Parastomal hernia. **British Journal of Surgery, 90**, 784-793.

Cottam, J., Richards, K., Hasted, A., & Blackman, A. (2007). Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. **Colorectal Disease, 9**, 834-838.

Dickson, V. V., & Riegel, B. (2009). Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. **Heart Lung, 38**, 253-261.

Duchesne, J. C., Wang, Y. Z., Weintraub, S. L., Boyle, M., & Hunt, J. P. (2002). Stoma complications: A multivariate analysis. **The American Surgeon, 68**, 961-966.

Gervaz, P., Bucher, P., Konrad, B., Morel, P., Beyeler, S., Lataillade, L., et al. (2008). A prospective longitudinal evaluation of quality of life after abdominoperineal resection. **Journal of Surgical Oncology, 97**, 14-19.

Herlufsen, P., Olsen, A., Carlsen, B., Nybaek, H., Karlsmark, T., Laursen, T., et al. (2006). Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. **British Journal of Nursing, 15**, 854-862.

Mahjoubi, B., Moghimi, A., Mirzaei, R., & Bijari, A. (2005). Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. **Colorectal Disease, 7**, 582-587.

Olejnik, B., Maciorkowska, E., Lenkiewicz, T., & Sierakowska, M. (2005). Educational and nursing problems of parents of children with stoma. **Annales Academiae Medicae Bialostocensis, 50**, 163-166.

Orem, D. E. (2001). **Nursing concepts of practice.** 6th ed. St.Louis, Missouri: Mosby.

Omura, Y., Yamabe, M., & Anazawa, S. (2010). Peristomal skin disorders in patients with intestinal and urinary ostomies: Influence of adhesive forces of various hydrocolloid wafer skin barriers. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 37**, 289-298.

Pilgrim, C. H., McIntyre, R., & Bailey, M. (2010). Prospective audit of parastomal hernia: Prevalence and associated comorbidities. **Diseases of the Colon and Rectum, 53**(1), 71-76.

Ratliff, C. R., Scarano, K. A., & Donovan, A. M. (2005). Descriptive study of peristomal complications. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 32**, 33-37.

Richbourg, L., Fellows, J., & Arroyave, W. D. (2008). Ostomy pouch wear time in the United States. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 35**, 504–508.

Sampaio, F. A. A., Aquino, P. S., Araujo, T. L., & Galvao, M. T. G. (2008). Nursing care to an ostomy patient: Application of the Orem´s theory. **Acta Paulista de Enfermagem, 21**, 94-100.

Thorpe, G., McArthur, M., & Richardson, B. (2009). Bodily change following faecal stoma formation: Qualitative interpretive synthesis. **Journal of Advanced Nursing, 65**, 1778-1789.

Trninic, Z., Vidacak, A., Vrhovac, J., Petrov, B., & Setka, V. (2009). Quality of life after colorectal cancer surgery in patients from University Clinical Hospital Mostar, Bosnia and Herzegovina. **Collegium Antropologicum, 33**(2), 1-5.