

ผลของโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมใน  
ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2561

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมใน  
ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่

อินดา ลดาสุนทร

นางสาวสุจินดา ลดาสุนทร

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิโรบล กนกสุนทรรัตน์,

พย.ค. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

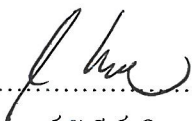
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

สุวิภา นันทวงษ์

รองศาสตราจารย์สุวิภา ชัยวินุลย์ธรรม,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

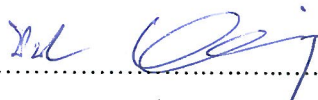


ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ,

Ph.D. (Nursing)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมใน  
ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)  
วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2561

ศัจฉา อลาจันทร์

นางสาวศัจฉา อลาจันทร์  
ผู้วิจัย

สุวิภา ชัยวิบูลย์ธรรม

รองศาสตราจารย์สุวิภา ชัยวิบูลย์ธรรม,  
Ph.D. (Nursing)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สุภา อารีเอื้อ

รองศาสตราจารย์สุภา อารีเอื้อ,  
Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ยุวดี เกตสัมพันธ์

อาจารย์ยุวดี เกตสัมพันธ์,  
Ph.D. (Nursing)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

น.นพ. นพ. นพ. นพ.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิโรบล กนกสุนทรรัตน์,  
พย.ด. (การพยาบาลผู้ใหญ่)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พัชรีย์ เลิศฤทธิ

ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ,  
พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)  
คณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ปิยะมิตร ศรีธรา

ศาสตราจารย์ปิยะมิตร ศรีธรา, พ.บ.,  
ว.ว.อายุรศาสตร์ทั่วไป, อ.ว.อายุรศาสตร์โรคหัวใจ  
คณบดี  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตากรุณา และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และอาจารย์ ดร. อรุณ น้อยอุดม ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาอุทิศเวลาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตรวจสอบความถูกต้อง แก้ไขข้อบกพร่อง และการให้กำลังใจอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ยุวดี เกตุสัมพันธ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ พว.กมลวรรณ จลาพงษ์ พว. ประไพ อริย-ประยูร และพว. ปันดดา สุวรรณภาคร ที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ศัลยกรรม หอผู้ป่วยตีกสิริกิตต์ และหอผู้ป่วยอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ หัวหน้าและพยาบาลแผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และเอื้อเฟื้อในการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณพยาบาลออสโตมีและแผล พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลรามาศิบดีทุกท่านที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้พัฒนาตนเองในการศึกษา ตลอดจนให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา และที่สำคัญขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวที่ให้ความรัก ความห่วงใย เข้าใจในทุกสถานการณ์ และให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้านตลอดการศึกษา ขอขอบคุณกัลยาณมิตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ รหัส 58 ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจเสมอมา

ผลของ โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่

THE EFFECT OF VIDEO ASSISTED TEACHING PROGRAM ON OSTOMY CARE KNOWLEDGE AND SKILLS AMONG NEW OSTOMATE'S CAREGIVERS

สุจินดา ลดาสุนทร 5836659 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, พย.ค., สุจิตรา ชัยวิบูลย์ธรรม, Ph.D.

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดความสามารถ การดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Dependent care agency) ของโอริเอมและการเรียนรู้ของบลูม กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนจากพยาบาลอสโตมีและแผลแบบปกติ 25 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนร่วมกับคำแนะนำจากพยาบาลอสโตมีและแผล 25 คน ประเมินความรู้ก่อนการสอน และประเมินความรู้และทักษะหลังการสอน และหลังจำหน่าย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล แบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม และแบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติไคสแควร์ สถิติที และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน

ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมหลังการสอน และหลังจำหน่ายสูงขึ้นกว่าก่อนการสอน แต่ไม่มีความแตกต่างกันในทุกช่วงเวลาระหว่างกลุ่ม และมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมหลังจำหน่าย สูงขึ้นกว่าหลังการสอน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน สามารถนำมาใช้ให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลทวารเทียม ในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน/ ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่/ ความรู้ ทักษะการดูแลทวารเทียม

THE EFFECT OF VIDEO ASSISTED TEACHING PROGRAM ON OSTOMY CARE KNOWLEDGE AND SKILLS AMONG NEW OSTOMATE'S CAREGIVERS

SUJINDA LADASOONTORN 5836659 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NIROBOL KANOKSUNTHORN RAT, Ph.D. (NURSING), SUCHIRA CHAIVIBOONTHAM, Ph.D. (NURSING)

ABSTARCT

This quasi-experimental research design aimed to examine the effect of video assisted teaching program on ostomy care knowledge and skills among new ostomate's caregivers. The theory of dependent care agency's Orem and Bloom's taxonomy was used as the conceptual framework. The sample composed of 50 caregivers of new ostomate equally divided into a control group and an experimental group who had treatment at Ramathibodi Hospital. The control group received routine instruction only, and the experimental group received the video assisted teaching program plus routine instruction. Data for ostomy care knowledge were collected before teaching and ostomy care knowledge and skills data were collected after teaching and after discharged. Instrumentation was composed of the video-assisted teaching program, demographic data, ostomy care knowledge assessment, and ostomy care skill assessment. Data were analysed using descriptive statistics and inferential statistics. Results of the study showed a significant increase in knowledge and skill scores. No significant differences were found between the 2 groups with knowledge of ostomy care, but the experimental group had statistically higher mean score of skill than the control group. Based on the findings of the study, the video assisted teaching program should be used in order to teach new ostomates and caregivers about ostomy care.

KEY WORDS: THE VIDEO ASSISTED TEACHING PROGRAM/ NEW OSTOMATE'S CAREGIVER/ OSTOMY CARE KNOWLEDGE AND SKILL

129 pages

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
นิยามศัพท์	7
นิยามตัวแปร	7
<b>บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม</b>	<b>9</b>
การผ่าตัดเปิดทวารเทียม	10
การประยุกต์กรอบแนวคิดความสามารถการดูแลบุคคลที่ต้องการ พึ่งพาของโอเริ่มและการเรียนรู้ของบลูม	18
บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่	20
ความรู้และทักษะในการดูแลทวารเทียม	21
ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้และ ทักษะการดูแลทวารเทียม	27
โปรแกรมการสอน สื่อการสอน	28
สรุปการทบทวนวรรณกรรม	34

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย</b>	<b>36</b>
รูปแบบการวิจัย	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38
สถานที่ดำเนินการวิจัย	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
การเตรียมผู้ช่วยวิจัย	43
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การวิเคราะห์ข้อมูล	47
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>	<b>48</b>
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล และผู้มีทวารเทียมรายใหม่	49
ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน	53
<b>บทที่ 5 การอภิปรายผล</b>	<b>59</b>
<b>บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ</b>	<b>64</b>
<b>บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย</b>	<b>70</b>
<b>บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ</b>	<b>83</b>
<b>รายการอ้างอิง</b>	<b>97</b>
<b>ภาคผนวก</b>	<b>106</b>
ภาคผนวก ก	107
ภาคผนวก ข	118
ภาคผนวก ค	122
ภาคผนวก ง	126
ภาคผนวก จ	128
<b>ประวัติผู้วิจัย</b>	<b>129</b>

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า	
4.1	เปรียบเทียบข้อมูลส่วนทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	50
4.2	เปรียบเทียบข้อมูลส่วนทั่วไปของผู้มีทวารเทียมรายใหม่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	52
4.3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	54
4.4	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	55
4.5	แสดงผลการเปรียบเทียบพหุคูณค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ในกลุ่มควบคุม	55
4.6	แสดงผลการเปรียบเทียบพหุคูณค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ในกลุ่มทดลอง	56
4.7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ระหว่างหลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน	57
4.8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมหลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	57
4.9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมแบ่งเป็นทักษะการระบายอุจจาระ และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	58

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.10	จำนวน ร้อยละ ของภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมของผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ในวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 - 10 วันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	58



## สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
2.1 แสดงรูปลักษณะของทวารเทียมแบบต่างๆ	13
3.1 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย	46



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญ

การผ่าตัดเปิดทวารเทียมในระบบทางเดินอาหาร คือ การผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy) หรือลำไส้เล็ก (Ileostomy) ผู้ป่วยจำเป็นต้องเพื่อขับถ่ายอุจจาระ เป็นวิธีการผ่าตัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ลำไส้อักเสบ ลำไส้อุดตัน โรคมะเร็งลำไส้อักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อน และใช้รักษาผู้ที่มีการบาดเจ็บบริเวณลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Fazio, Church, & Wu, 2012; Muzyczka et al., 2013) โดยทวารเทียมจะทำหน้าที่แทนทวารหนักแบบชั่วคราว หรือถาวร ตามแต่พยาธิสภาพของโรค แต่ละปีมีผู้มีการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเพิ่มขึ้นประมาณ 130,000 คนในประเทศสหรัฐอเมริกา (United Ostomy Associations of America [UOAA], 2016) สำหรับสหราชอาณาจักร (Colostomy Association, 2014) และแคนาดา (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], as cite in Recalla et al., 2013) มีรายงานการผ่าตัดเปิดทวารเทียมปีละประมาณ 13,000 คนเท่ากัน ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีรายงานจำนวนผู้มีการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม สำหรับโรงพยาบาลรามาธิบดี ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2558 มีจำนวนผู้ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเพิ่มขึ้นจากปีละ 86 ราย เป็นปีละ 93 ราย และ 97 ราย ตามลำดับ

การผ่าตัดเปิดทวารเทียมมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น ด้านโภชนาการ ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น และยังมีผลต่อจิตสังคม และเศรษฐกิจ (ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์, 2553; โปบลีย์ จิระไพศาลพงศ์, 2555; Fazio et al., 2012) ก่อให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต ทั้งเรื่องการเลือกใส่เสื้อผ้า การเดินทางท่องเที่ยว การควบคุมเสียงแก๊สและกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ (Vonk-Klaassen, de Vocht, den Ouden, Eddes, & Schuurmans, 2016) เนื่องจากทวารเทียมไม่มีกล้ามเนื้อหูรูด ไม่สามารถควบคุมการไหลของอุจจาระได้ หากไม่มีความรู้ในการดูแลตนเอง หรือดูแลตนเองได้ไม่ถูกต้อง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม จากการที่ผิวหนังสัมผัสกับอุจจาระได้ร้อยละ 47 (Ratliff, 2010) ถึงร้อยละ 63 (Salvadalena, 2013) ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการตัดขนาดเป็นกว้างกว่าขนาดทวารเทียม และการติดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายไม่สนิท ทำให้มีการรั่วไหลของอุจจาระรองรับสิ่งขับถ่ายบ่อยครั้ง (Burch, 2014) การเกิดภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบทวารเทียม ทำให้มีค่าใช้จ่าย

เพิ่มมากขึ้น (Meisner, Lehur, Moran, Martins, & Jemec, 2012) ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความวิตกกังวล สูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ผู้มีทวารเทียมแยกตัวออกจากสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยมีการศึกษาพบว่าผู้มีทวารเทียมที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อยถึงปานกลาง (Nybaek, Knudsen, Laursen, Karlsmark, & Jemec, 2010) การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้มีทวารเทียมในประเทศจีนของเหลียว และ ลวิน (Liao & Qin, 2014) พบว่าปัจจัยที่สามารถใช้ทำนายคุณภาพชีวิตได้ ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง และความหวังในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของเกศิณี ชีรทองดี, จันทนา รัตนฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณินิจ พงศ์ถาวรกุล (2557) ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้

ความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ตามทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม เป็นคุณสมบัติที่ซับซ้อนของมนุษย์ สามารถพัฒนาได้ (Orem, 1985) ผู้มีทวารเทียม มีการปรับเปลี่ยนการขับถ่ายจากทวารหนัก มาเป็นทางทวารเทียมที่หน้าท้อง จำเป็นต้องเรียนรู้การดูแลตนเอง โดยต้องได้รับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้เพียงพอ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวัน กลับเข้าสู่สังคม และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ในระยะแรกหลังผ่าตัดและกลับไปอยู่บ้าน ผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ส่วนใหญ่ มีข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองขณะมีทวารเทียม เนื่องจากยังมีแผลผ่าตัดที่ต้องระวังการติดเชื้อ และมีสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์เพียงพอที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง พยาบาลจึงต้องพัฒนาความสามารถของผู้มีทวารเทียม รวมถึงญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียม โดยการสอนวิธีการดูแลทวารเทียมแก่ทั้งผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล ตามคำแนะนำของสมาคมการพยาบาลผู้มีทวารเทียมที่มีแผล ทวารเทียม และภาวะกลั้นไม่อยู่ (Wound Ostomy Continence Nurse Society : WOCNS) ที่เน้นย้ำว่า ผู้มีทวารเทียมหลังผ่าตัดทวารเทียมควรได้รับความรู้และคำแนะนำจากพยาบาลที่ได้รับการอบรมพยาบาลออสโตมีและแผล (Hendren et al., 2015; Fazio et al., 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการสอนผู้มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแลมีการใช้สื่อการสอน ได้แก่ สื่อแผ่นภาพ (สมพร วรรณวงศ์, 2557) สื่อมัลติมีเดีย (Lo, 2011.) สื่ออุปกรณ์ (Krouse et al., 2016) และสื่อวีดิทัศน์ (ศศิธร มงคลสวัสดิ์, 2553 & Crawford et al., 2012.) วิธีการสอนที่ให้ผู้มีทวารเทียมเห็นภาพเคลื่อนไหวและได้ยินเสียง หรือการใช้สื่อวีดิทัศน์ ทำให้ผู้มีทวารเทียมเกิดการเรียนรู้จดจำได้รวดเร็ว สามารถลดเวลา และลดภาระงานในการให้การพยาบาล (พัชรภรณ์ วิริยะประสพโชค และศิลาปะ ไชยจันทร์, 2555; ศศิธร มงคลสวัสดิ์, 2553; อินทิรา ไพนุ

พงศ์ และฉวีพรพรรณ ขวัญใจ, 2554; Crawford et al., 2012) แต่การใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นการสื่อสารทางเดียว ต่างจากการสอนโดยบุคคลที่สามารถโต้ตอบได้ตลอดเวลา การใช้สื่อวีดิทัศน์มาช่วยสอนความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม ที่มีภาพแสดงวิธีการระบายสิ่งขับถ่าย และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย เพื่อให้ผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแลได้มีความรู้ความเข้าใจ และเห็นวิธีการในขั้นตอนต่างๆ รวมถึงมีโอกาสสาธิตกลับ และซักถามข้อสงสัยในขณะที่นอนโรงพยาบาล จึงน่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมกว่า

มีรายงานวิจัยที่ใช้สื่อวีดิทัศน์สอนผู้ที่มีทวารเทียมหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Crawford et al., 2012) ว่าผู้ที่มีทวารเทียมกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยพยาบาลเฉพาะทางด้านออสโตมีและแผล 3 ครั้ง มีความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยพยาบาลประจำออร์ด 2 ครั้งร่วมกับการชมวีดิทัศน์ 1 ครั้ง แสดงว่าสื่อวีดิทัศน์สามารถช่วยเสริมความรู้การดูแลทวารเทียมได้ สำหรับการศึกษาผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ในประเทศไทย ศศิธร มงคลสวัสดิ์ (2553) ได้ศึกษา เปรียบเทียบความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนและหลังการสอนด้วยวีดิทัศน์ พบว่าหลังการสอนผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่มีคะแนนความรู้เพิ่มมากขึ้น แต่ไม่ได้วัดผลทางด้านทักษะ ซึ่งความรู้และทักษะที่จำเป็นมากที่สุดสำหรับผู้ที่มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล ในช่วงจำหน่ายจากโรงพยาบาล คือ ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม รวมถึงการฝึกทักษะวิธีการดูแล การระบายลมและอุจจาระ รวมถึงการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย (Prinz, Colwell, Cross, Mantel, Perkins, & Walker, 2015; Werth, Schutte, Stommel, 2014) โดยมีเหตุผลสำคัญ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม (Stelton, Zulkowski, & Ayello, 2015) และช่วยให้ผู้ที่มีทวารเทียมปรับตัว มีชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นโรงพยาบาลเหนือระดับตติยภูมิ ขนาด 1387 เตียง มีพยาบาลประจำคลินิกออสโตมีและแผลจำนวน 1 คน ไม่เพียงพอต่อการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ที่มีทวารเทียมที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงระยะ 3 ปี ที่ผ่านมาได้มีการส่งพยาบาลเพื่ออบรมออสโตมีและแผลเพิ่มมากขึ้น จนในปัจจุบันมีพยาบาลออสโตมีและแผล จำนวน 10 คน แต่ในจำนวนนี้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ที่มีทวารเทียมและแผลได้จำนวน 4 คน เนื่องจากเปลี่ยนตำแหน่งจากระดับผู้ปฏิบัติการเป็นระดับผู้บริหาร 2 คน และอีก 2 คน ลาศึกษาต่อ ส่วน 6 คนที่เหลือ ยังต้องทำงานประจำตามหอผู้ป่วย และถูกจัดเวรให้บริการผู้ที่มีทวารเทียมและแผล คนละ 1 วัน/สัปดาห์ ซึ่งยังไม่เพียงพอในการดูแลผู้ที่มีทวารเทียม บางครั้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยต้องเป็นผู้สอนผู้ที่มีทวารเทียมและญาติ และบ่อยครั้งจะสอนในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ญาติผู้ดูแลไม่ได้มีโอกาสฝึกทักษะ โดยการสาธิตกลับ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ผ่านการอบรมออสโตมีและแผล จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาการดูแลผู้ที่มีทวารเทียมให้กับญาติผู้ดูแล อันเป็นผลช่วยลดภาวะแทรกซ้อน จากการดูแลทวารเทียมที่ไม่

ถูกต้อง และส่งเสริมการปรับตัวของผู้มีทวารเทียม โดยจัดทำโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน เพื่อให้ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่เกิดความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมที่ถูกต้อง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การจัดทำโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Dependent-care agency) ของโอเร็ม ซึ่งเหมือนกับแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นคุณสมบัติที่ซับซ้อนของมนุษย์ โดยโอเร็มเชื่อว่า บุคคลเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา สามารถพัฒนาได้ เพราะบุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้ วางแผนการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมาย มีความต้องการขั้นพื้นฐานเหมือนกัน มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา และมีความต้องการการดูแล เพื่อปรับหน้าที่หรือป้องกันความผิดปกติที่จะมีผลต่อการทำหน้าที่ (Orem, 1985) ผู้ที่มีทวารเทียม มีการปรับเปลี่ยนการขับถ่ายจากทวารหนักมาทางทวารเทียมที่หน้าท้อง จึงจะต้องเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวัน กลับเข้าสังคม และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม แต่ในระยะหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้านระยะแรก ผู้มีทวารเทียมรายใหม่มีข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถการดูแลตนเอง เนื่องจากยังมีแผลผ่าตัด และมีสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์เพียงพอที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง พยาบาลจึงต้องส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ทวารเทียมแก่ญาติผู้ดูแล (Dependent care agency) การสอน เป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้มีทวารเทียมในการดูแลตนเอง และเป็นวิธีที่เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้มีทวารเทียมหรือญาติผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ (สมจิต หนูเจริญกุล , 2544, น. 44) หรือความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา โดยสอนเกี่ยวกับทวารเทียม ดูแลทวารเทียม และพัฒนาทักษะในการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายอย่างถูกวิธี และถูกหลักอนามัย

การศึกษาครั้งนี้จึงนำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ตามแนวคิดของโอเร็ม มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการสอน มีเนื้อหาความรู้การดูแลทวารเทียมจากกรทบทวนวรรณกรรม และแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง คู่มือการปฏิบัติตนผู้มีทวารเทียมเพื่อขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ของคลินิกออสโตมี โรงพยาบาลรามาริบดี วัดผลลัพท์ด้านความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียม ตามแนวคิดการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1964) นักการศึกษาชาวอเมริกันที่เชื่อว่า การเรียนการสอนที่จะประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจน โดยจำแนกจุดมุ่งหมายของการเรียนการสอนเป็น 3 ด้าน ตามทฤษฎีการเรียนรู้

และจิตวิทยาพื้นฐานของมนุษย์ คือ ด้านปัญญา (Cognitive Domain) ด้านเจตคติ (Affective Domain) และด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) การศึกษาในช่วงระยะหลังผ่าตัดจนถึงวันมาตรวจตามนัด 7 – 10 วันหลังจำหน่าย จึงไม่ศึกษาเจตคติ เนื่องจากเจตคติของบุคคลจะเปลี่ยนเมื่อมีประสบการณ์ (Gibson, 2000 อ้างใน แพรภัทรา เขียวชะอุ่ม, 2546) เมื่อมีความรู้และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง จะนำไปสู่การมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติในอนาคต



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### คำถามวิจัย

1. ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ที่ได้รับ โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ร่วมกับการสอนแบบปกติ มีคะแนนความรู้ในการดูแลทวารเทียมสูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียม รายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติหรือไม่ อย่างไร
2. ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ที่ได้รับ โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ร่วมกับการสอนแบบปกติ มีคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมสูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียม รายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติหรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนร่วมกับการสอนแบบปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนร่วมกับการสอนแบบปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ

## สมมติฐานการวิจัย

1. ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่หลังได้รับโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนร่วมกับการสอนแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมสูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติ
2. ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่หลังได้รับโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนร่วมกับการสอนแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมสูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติ

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1 ช่วยลดภาระงานและเวลาของพยาบาล ในการสอนผู้มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแล วางแผนจำหน่ายผู้มีทวารเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 2 ผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเบิกอุปกรณ์เพิ่มเติมที่ใช้เมื่อมีภาวะแทรกซ้อน
- 3 มีสื่อการสอนที่ดีสำหรับใช้ในการสอนนักเรียนพยาบาล พยาบาล ผู้มีทวารเทียม และญาติผู้ดูแล

## นียมศัพท์

**ผู้มีทวารเทียมรายใหม่** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนำเอาลำไส้ส่วนใดส่วนหนึ่งมาเปิดเป็นช่องทางหน้าท้อง เพื่อให้เป็นทางออกของอุจจาระเป็นครั้งแรก

**ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่** หมายถึง ผู้มีความสัมพันธ์กับผู้มีทวารเทียมรายใหม่ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หลาน เป็นต้น หรืออาจไม่ใช่ความสัมพันธ์ทางสายเลือดแต่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือทางพฤตินัย เช่น สามี ภรรยา บุตรเขย บุตรสะใภ้ เป็นต้น และเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลทวารเทียมให้กับผู้มีทวารเทียมรายใหม่

## นียมตัวแปร

**การสอนแบบปกติ ในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่** หมายถึง การให้ความรู้การดูแลทวารเทียม การสาธิตวิธีการระบายอุจจาระและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย โดยพยาบาลผู้ผ่านการอบรมออสโตมีและแผล โดยจะให้ความรู้ในวันที่ 2-3 หลังการผ่าตัด จากนั้นในวันที่ 4-5 หลังการผ่าตัด มีการฝึกทักษะการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และมีการนัดหมายติดตามในวันที่ผู้มีทวารเทียมรายใหม่มาตรวจพบแพทย์ตามนัด 7-10 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินปัญหาการดูแลทวารเทียม และเสริมทักษะเพิ่มเติม ในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัว หรือมีภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมจะนัดตรวจติดตามต่อเนื่อง

**โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน** หมายถึง กิจกรรมการให้ความรู้ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ผ่านสื่อวีดิทัศน์ มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมและการดูแลทวารเทียม รวมถึงการสาธิตการระบายอุจจาระ การล้างถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ในวันที่ 2-3 หลังการผ่าตัด จากนั้นในวันที่ 4-5 หลังการผ่าตัด มีการฝึกทักษะญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ในการระบายอุจจาระ การล้างถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย โดยมีพยาบาลผู้ผ่านการอบรมออสโตมีและแผลให้คำแนะนำเพิ่มเติม และจะมีการนัดหมายติดตามในวันที่ผู้มีทวารเทียมรายใหม่มาตรวจพบแพทย์ตามนัด 7-10 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินปัญหาการดูแลทวารเทียม และเสริม

ทักษะเพิ่มเติม ในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัว หรือมีภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวาร เทียมจะนัดตรวจติดตามต่อเนื่อง

**ความรู้การดูแลทวารเทียม** หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียม การดูแล ทวารเทียม การระบายลมและอุจจาระ การล้างถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่ง ขับถ่าย ประเมินจากแบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม มีข้อคำถามให้เลือกตอบจำนวน 25 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 25 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรู้ในการดูแลทวารเทียมมาก

**ทักษะการดูแลทวารเทียม** หมายถึง ความถูกต้องของขั้นตอนในการดูแลทวารเทียม ได้แก่ การระบายอุจจาระ การล้างถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ประเมิน จากแบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม ตามใบรายการตรวจสอบมี 15 ขั้นตอน แบ่งเป็นการ ระบายอุจจาระและการล้างถุง 5 ขั้นตอน และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย 10 ขั้นตอน โดยต้อง ผ่านรายชื่อที่เป็นทักษะสำคัญ 5 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 5 – 30 คะแนนคะแนนมากหมายถึงมีทักษะ ความสามารถในการดูแลทวารเทียมมาก

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาผลของโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแล  
ทวารเทียมของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและทบทวนแนวคิด ทฤษฎี  
ต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหา ดังนี้

1. การผ่าตัดเปิดทวารเทียม
  - 1.1 ความหมาย
  - 1.2 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด
  - 1.3 ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม
  - 1.4 ผลกระทบจากการมีทวารเทียม
2. การประยุกต์กรอบแนวคิดความสามารถการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของโอริเอม  
และการเรียนรู้ของบลูม
- 3 บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่
- 4 ความรู้และทักษะในการดูแลทวารเทียม
  - 4.1 ถูกรองรับสิ่งขับถ่าย
  - 4.2 การระบายอุจจาระ
  - 4.3 การเปลี่ยนถูกรองรับสิ่งขับถ่าย
  - 4.4 การปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับทวารเทียมในชีวิตประจำวัน
  - 4.5 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
- 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้และ ทักษะการดูแลทวารเทียม
- 6 โปรแกรมการสอน สื่อการสอน

## การผ่าตัดเปิดทวารเทียม

### ความหมาย

การผ่าตัดเปิดทวารเทียมระบบทางเดินอาหาร หรือเรียกทับศัพท์ว่า ออสโตมี (Ostomy) เป็นการผ่าตัดเปิดลำไส้ส่วนหน้าท้องเพื่อขับถ่ายอุจจาระ โดยอาจเป็นลำไส้เล็กส่วนปลาย (Ileostomy) หรือลำไส้ใหญ่ (Colostomy) ถูกผ่าตัดเปิดออกสู่ผนังหน้าท้องทำหน้าที่เป็นทางออกขับถ่ายอุจจาระ อาจเป็นแบบถาวรหรือแบบชั่วคราว โดยแบบชั่วคราว เมื่อแก้ไขปัญหาหรือรักษาโรคเสร็จสิ้นสามารถผ่าตัดปิดทวารเทียมให้ถ่ายอุจจาระกลับไปขับทางทวารหนักได้เหมือนเดิม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบมีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ชนิดของทวารเทียม ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม และผลกระทบจากการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ดังนี้

### ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปิดทวารเทียมระบบทางเดินอาหาร

การทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีข้อบ่งชี้เพื่อแก้ไขปัญหา หรือรักษาโรคทางระบบทางเดินอาหารสามารถแบ่งข้อบ่งชี้เป็น 2 ประเด็นสำคัญ คือ (ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์, 2555; ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์, 2553; Muzyczka et al., 2013; Fazio et al., 2012)

1. Decompression เป็นการลดแรงดันในช่องลำไส้เนื่องจากมีลำไส้อุดตัน ขับถ่ายอุจจาระออกไม่ได้ ต้องทำการผ่าตัดเปิดทวารเทียมบริเวณลำไส้ส่วนที่อยู่เหนือต่อตำแหน่งที่มีการอุดตัน เพื่อระบายอุจจาระออก เพราะหากไม่ทำการผ่าตัดเปิดทวารเทียมภายในลำไส้จะมีปริมาณอุจจาระเพิ่มมากขึ้น จนอาจทำให้ลำไส้แตก และเกิดการอักเสบของช่องท้อง (Fecal peritonitis) ซึ่งมีอันตรายถึงแก่ชีวิต โดยส่วนมากมักจะทำเป็น Loop transverse colostomy

2. Diversion เป็นการเปลี่ยนทางออกของอุจจาระ โดยมีเหตุผลในการผ่าตัด ดังนี้

2.1 ลดผลแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การทำ Protective ileostomy ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด Low anterior resection เพื่อไม่ให้สารคัดหลั่งจากระบบทางเดินอาหารผ่านรอยต่อลำไส้ที่ผ่าตัดเอาไว้ ซึ่งรอยต่อลำไส้ที่ผ่าตัดอาจมีโอกาสรั่วซึม (Anastomosis leakage) และในผู้ป่วยที่กลั้นอุจจาระไม่ได้ (Fecal incontinence) อุจจาระออกไม่หยุด ส่วนมากเกิดจากกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักทำหน้าที่กลั้นอุจจาระได้ไม่ดีหรือทำไม่ได้ ร่วมกับการมีแผลขนาดใหญ่เป็นโพรงบริเวณก้นกบ หรือแผลบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งมีโอกาสเกิดอันตรายจากการติดเชื้อ

2.2 เพื่อการรักษา โรคที่มักรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ได้แก่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรคลำไส้อักเสบ โรคผนังลำไส้อักเสบชนิดผนังพองเป็นกระเปาะ และการบาดเจ็บที่ลำไส้จากอุบัติเหตุ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศสหรัฐอเมริกา (American cancer society, 2017) สำหรับประเทศไทย สถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ในเพศชายรองจากมะเร็งปอดและมะเร็งตับ ส่วนในเพศหญิงพบบ่อยรองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในปัจจุบันที่มีผลการรักษาดี สามารถเพิ่มอัตราการอยู่รอด และลดการกลับเป็นซ้ำ คือ การรักษาแบบผสมผสานระหว่างการผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัด และการใช้รังสีรักษา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะและการกระจายของโรค (ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร, 2554; วิษณุ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ สุกรโยธิน, อาคม ชัยวิระวัฒน์ และวิรุฒิ อิ่มสำราญ, 2558) การรักษาโดยการผ่าตัดอาจมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Ostomy) โดยเฉพาะในรายที่ก้อนมะเร็งอยู่ใกล้กับหูรูดทวารหนัก โดยทำการผ่าตัด Abdominoperineal resection (APR) ซึ่งเป็นการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก เย็บปิดทวารหนัก และเปิดทวารเทียมแบบถาวร

โรคลำไส้อักเสบ (Inflammatory bowel disease, IBD) พบได้บ่อยในชาวตะวันตก ในประเทศไทยพบได้น้อยกว่ามาก วิธีการรักษาเริ่มจากการให้รับประทานยา 5-aminosalicylic acid Azathioprine และยาสเตียรอยด์ สำหรับ Crohn's disease จะทำการผ่าตัด เมื่อไม่สามารถคุมอาการด้วยยาดังกล่าวได้ การผ่าตัดอาจมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเปิดทวารเทียม ขึ้นกับตำแหน่งของรอยโรค ส่วน Ulcerative colitis หากภาวะของโรครุนแรงมาก อาจจำเป็นต้องผ่าตัดลำไส้ใหญ่ทั้งหมด แล้วเปิดทวารเทียมบริเวณลำไส้เล็ก (Ileostomy)

โรคผนังลำไส้อักเสบชนิดผนังพองเป็นกระเปาะ เรียกว่า Diverticulitis เกิดการอักเสบได้ง่ายและรุนแรง จัดเป็นโรคลำไส้อักเสบชนิดอันตรายและรุนแรง เมื่อทำการผ่าตัดรักษาอาจต้องตัดลำไส้ออกเป็นจำนวนมาก และเปิดทวารเทียม ขึ้นกับความรุนแรงของโรคและระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์

การบาดเจ็บที่ลำไส้จากอุบัติเหตุ ทำให้ผนังของลำไส้ฉีกขาด หากผนังลำไส้ฉีกขาดน้อยกว่าร้อยละ 50 ของเส้นรอบวง และมีเลือดมาเลี้ยงเพียงพอ อาจสามารถผ่าตัดเย็บซ่อมแซมได้เลย (Primary repair) หากฉีกขาดมากกว่าร้อยละ 50 ของเส้นรอบวง หรือมีเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ หรือมีการฉีกขาดหลายตำแหน่ง อาจจำเป็นต้องทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Fazio et al., 2012)

**ชนิดของทวารเทียม** สามารถแบ่งได้หลายรูปแบบ โดยมีเกณฑ์ในการแบ่ง 3 แบบ ดังนี้ (ไพบุลย์ จิวะไพศาลพงศ์, 2555; ชีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์, 2553)

1. แบ่งตามระยะเวลาของการมีทวารเทียม สามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1.1 Permanent ostomy เป็นการผ่าตัดทวารเทียมแบบถาวร ไม่สามารถนำลำไส้กลับมาต่อเย็บเพื่อขับถ่ายทางทวารหนักได้ โดยมากมักเป็นการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

1.2 Temporary ostomy เป็นการผ่าตัดทวารเทียมแบบชั่วคราว มีโอกาสที่จะนำลำไส้กลับมาต่อกันได้ใหม่ เพื่อให้สามารถกลับมาขับถ่ายทางทวารหนักได้ เช่น การผ่าตัดเปิดทวารเทียม เพื่อลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด, การผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะลำไส้อุดตัน, การผ่าตัดเปิดทวารเทียมก่อนการได้รับยาเคมีบำบัด หรือฉายแสง เป็นต้น

2. แบ่งตามตำแหน่งของลำไส้ แบ่งออกได้ 3 ชนิด

2.1 Ileostomy เป็นการผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ตำแหน่งลำไส้เล็กส่วนปลาย (Ileum) ลักษณะของอุจจาระที่ขับออกจากทวารเทียมชนิดนี้จะเป็นน้ำมากกว่าเนื้อ

2.2 Transverse colostomy เป็นการผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (Transverse colon) ลักษณะของอุจจาระที่ขับออกจากทวารเทียมชนิดนี้จะเป็นเนื้อปนน้ำ

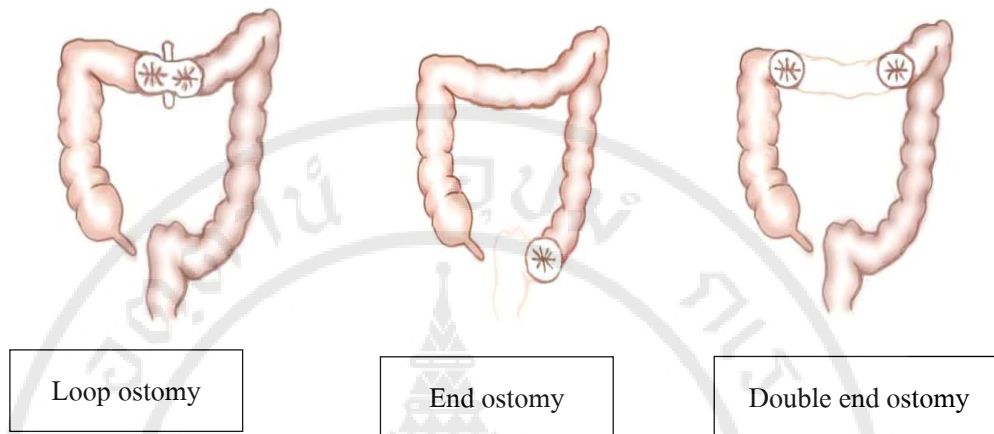
2.3 Sigmoid colostomy เป็นการผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งลักษณะคล้ายตัว S (Sigmoid colon) ลักษณะของอุจจาระที่ขับออกจากทวารเทียมชนิดนี้จะเป็นเนื้อ จนถึงเป็นก้อน

3. แบ่งตามรูปลักษณะของทวารเทียม มี 2 ลักษณะ คือ

3.1 Loop ostomy คือทวารเทียมที่มีรูเปิด 2 รู โดยวิธีผ่าตัดดึงหรือยกผนังลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่ส่วนหนึ่งออกมาเปิดเป็นช่องทวารเทียมบนผิวหนังหน้าท้อง โดยผนังลำไส้อีกส่วนหนึ่งยังเชื่อมต่อกันอยู่ ได้แก่ Loop ileostomy, loop transverse colostomy, loop sigmoid colostomy

3.2 End ostomy คือทวารเทียมที่เกิดจากการนำปลายลำไส้ด้านหนึ่งยกขึ้นมาเปิดบนผิวหนังหน้าท้อง ปลายลำไส้อีกด้านหนึ่งถูกเย็บปิด และวางไว้ในตำแหน่งเดิมในช่องท้อง หรืออาจถูกตัดออกทั้งหมด ส่วนมากมักจะเป็นทวารเทียมแบบถาวร ทำได้ที่ลำไส้ 2 ตำแหน่ง คือ ลำไส้เล็ก (Ileum) เรียกว่า End ileostomy ส่วนมากจะทำในราย Ulcerative colitis, Familial adenomatous polyposis และลำไส้ใหญ่ (Colon) เรียกว่า End colostomy End ostomy

สามารถแบ่งย่อยออกเป็น Single end ostomy และ Double end ostomy (Double barrel, divided colostomy)



ภาพที่ 2.1 แสดงรูปลักษณะของทวารเทียมแบบต่างๆ

#### ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม

ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียมอาจเกิดขึ้น ได้ตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัด ไปจนถึงตลอดอายุของการมีทวารเทียม (จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558; Hooper, 2016; Sheppard et al., 2014) ดังนี้

#### ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม

1. ลำไส้อุดตัน (Stomal obstruction) มีสาเหตุจากอุจจาระแข็ง ท้องผูก หรือลำไส้มีการอักเสบ หรือการกลับเป็นซ้ำของเนื้องอก
2. ท้องเดิน (Diarrhea/High output) สาเหตุเกิดได้จากอาหาร ยาปฏิชีวนะ การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารหลังการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออกไปบางส่วน หรือทั้งหมด
3. ลำไส้ยื่น (Stomal prolapse) เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น การไม่ได้เย็บลำไส้ติดกับหน้าท้อง มักพบใน Loop transverse colostomy มากกว่าส่วนอื่น หรือการทำผ่าตัดเปิดช่องเปิดใหญ่เกินไป หรือการมีแรงดันในช่องท้องจากการไอ หรือตำแหน่งของทวารเทียมอยู่นอกกล้ามเนื้อ Rectus และมักพบในผู้ที่มีภาวะอ้วน (Obesity)
4. ไข่เลื่อน (Parastomal hernia/Peristomal hernia) เกิดจากกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรงในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะอ้วน หรือเกิดจากเทคนิคการผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยไม่ผ่านกล้ามเนื้อ Rectus จึงไม่มีกล้ามเนื้อพยุงช่องเปิดลำไส้ ทำให้ Ileum หรือ Colon ไหลมากองที่ชั้น

ไขมันใต้ผิวหนัง ผิวหนังหน้าท้องรอบทวารเทียมจะมีลักษณะนูนบวมจากลำไส้ที่เลื่อนออกมา เกิดปัญหาในการติดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย บางรายมีอาการปวดท้อง เกิดลำไส้อุดตัน และลำไส้ขาดเลือดมาเลี้ยงได้ ภาวะนี้เกิดขึ้นหลังผ่าตัดไปแล้วเป็นเดือนหรือเป็นปี

### ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียม

1. ผิวหนังรอบทวารเทียมอักเสบจากการสัมผัสสารระคายเคือง (Peristomal skin irritant contact dermatitis) เป็นการอักเสบของผิวหนังรอบทวารเทียม จากการสัมผัสกับสิ่งระคายเคือง เช่น น้ำยามาเชื้อโรค อุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น การถูกน้ำย่อยที่อยู่ในอุจจาระ ทำลายผิวหนัง มักพบในทวารเทียมที่เปิดจากลำไส้เล็กมากกว่าลำไส้ใหญ่ เมื่อผิวหนังมีอาการระคายเคือง จะเห็นเป็นรอยแดง มีผื่น บางรายมีอาการคัน เจ็บปวดเมื่อสัมผัส ทำให้ไม่สามารถติดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้เนียบสนิทกับผิวหนัง
2. ผิวหนังรอบทวารเทียมอักเสบจากการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ (Peristomal allergic contact dermatitis) เป็นการอักเสบของผิวหนังจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อสารก่อภูมิแพ้ ทำให้ผิวหนังมีความไวต่อสารเคมีที่สัมผัส ผิวหนังจะมีลักษณะแดง เป็นปื้นตามการสัมผัส และมีอาการคัน โดยส่วนมากมักไม่มีอาการตั้งแต่ครั้งแรกที่ใช้ มักเริ่มมีอาการหลังจากใช้ 6 – 10 วัน
3. รูขุมขนอักเสบ (Folliculitis) เป็นการอักเสบของรูขุมขน พบได้บ่อยจากการโกนขนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม หรือการลอกถุงรองรับสิ่งขับถ่ายจากผิวหนังด้วยความรุนแรง จนขนหลุดติดออกมาด้วย ทำให้แบคทีเรีย ได้แก่ Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa และ Staphylococci (Hooper, 2016) เข้าไปในรูขุมขน เกิดการอักเสบเป็นหนอง
4. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากแรงกระทำ (Mechanical - Peristomal skin trauma) เป็นการลอกถลอกของผิวหนัง จากการลอกเป็นถุงรองรับสิ่งขับถ่ายด้วยความรุนแรง ไม่ถูกวิธี โดยเฉพาะในผู้มีทวารเทียมที่สูงอายุผิวหนังบางและแห้ง มักได้รับบาดเจ็บจากการลอกถุงบ่อยครั้ง เนื่องจากกาวที่เหนียวติดแน่นกับผิวหนังทำให้ต้องออกแรงดึงมาก หรือในบางรายใส่เข็มขัดที่แน่นเกินไป ทำให้มีแรงกดตลอดเวลา จึงเกิดแผลกดทับได้

### ผลกระทบของการมีทวารเทียม

การผ่าตัดเปิดทวารเทียมจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ ด้านโภชนาการ ความสุขของผู้ป่วยและอิเล็กทรอนิกส์ ความสามารถในการควบคุมการไหลของอุจจาระ การมีเพศสัมพันธ์ อีกทั้งยังมีผลต่อจิตสังคม และผลต่อเศรษฐกิจโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านโภชนาการ พบปัญหาในระยะยาวในผู้ที่ผ่าตัด Ileostomy เนื่องจากลำไส้เล็กส่วน terminal ileum ทำหน้าที่ดูดซึม เกลือน้ำดี ไขมัน และวิตามินที่ละลายในไขมัน โดยเฉพาะวิตามินบี 12 ซึ่งเป็นวิตามินที่จำเป็นในการสร้างฮีโมโกลบิน จึงจำเป็นต้องให้วิตามินบี 12 ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือทางจมูกทุกเดือน สำหรับ colostomy ไม่ค่อยมีผลกระทบด้านโภชนาการ เนื่องจากยังมีลำไส้เล็กที่ทำหน้าที่ดูดซึมสารอาหารได้ (ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์, 2555; Fazio et al., 2012)

2. ความสมดุลด้านสารน้ำและของอิเล็กโทรไลต์ มักพบปัญหาในผู้ที่ผ่าตัด Ileostomy โดยในช่วง 3 วันแรกหลังผ่าตัดจะมีการสูญเสียน้ำประมาณ 500 – 1000 มิลลิลิตร และโซเดียม 60 มิลลิโมลต่อวัน ในบางรายอาจสูญเสียมากถึง 6 – 7 ลิตรต่อวัน จากนั้นอุจจาระที่ออกจะข้นขึ้น และลดปริมาณลง จนเข้าสู่สัปดาห์ที่ 2 – 8 ปริมาณอุจจาระที่ออกจะคงที่ อุจจาระข้นขึ้นออกประมาณวันละ 200 – 700 มิลลิลิตรต่อวัน (ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์, 2553) ส่วนในผู้ที่ผ่าตัด Colostomy จะพบปัญหาด้านนี้น้อย โดยเฉพาะในรายที่เปิดทวารเทียมบริเวณ Sigmoid colon ส่วน Transverse colon จะมีผลกับความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ได้บ้าง (ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์, 2555)

3. ด้านความสามารถในการควบคุมการไหลของอุจจาระ เนื่องจากทวารเทียมไม่มีกล้ามเนื้อหูรูดที่ควบคุมการไหลของอุจจาระ หากอุจจาระมีลักษณะค่อนข้างเหลวจะมีอุจจาระไหลออกมาไม่เป็นเวลา ผู้ที่ผ่าตัดทวารเทียมจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม โดยราทลิฟ (Ratliff, 2010) รายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมในระยะเวลา 1 ปี พบร้อยละ 47 และจากงานวิจัยของซัลวาเดนา (Salvadarena, 2013) รายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทวารเทียม และผิวหนังรอบทวารเทียมในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมร้อยละ 63 โดยส่วนมากเกิดในช่วง 21 – 40 วันแรกหลังผ่าตัด ซึ่งจะเป็นช่วงที่ผู้มีทวารเทียมกลับบ้านไปดูแลตนเองแล้ว การเกิดภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบทวารเทียม ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความวิตกกังวล สูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ผู้มีทวารเทียมแยกตัวออกจากสังคม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาผลของภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมต่อคุณภาพชีวิต พบว่าผู้มีทวารเทียมที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียมมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อยถึงปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nybaek et al., 2010)

4. ด้านเพศสัมพันธ์ การมีทวารเทียมไม่มีผลที่ให้ความรู้สึทางเพศและความต้องการทางเพศซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ลดลง แต่จากรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพ พบผลกระทบจากการมีทวารเทียมต่อเพศสัมพันธ์ เนื่องจากความยากลำบากจากการมีทวารเทียมและ

ความสัมพันธ์ของกลุ่มสมรสที่เปลี่ยนไป ความกลัวและความวิตกกังวลขณะมีเพศสัมพันธ์ เช่น กลัวถูกหน้าห้องครัวหูด เป็นต้น (Vural et. al., 2016) โดยทั่วไปเมื่อผู้มีทวารเทียมไม่มีโรคแทรกซ้อน สุขภาพแข็งแรงดี สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ภายหลังการผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ แต่การผ่าตัดอาจเกิดการกระทบกระเทือนต่อเส้นประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nerves) (ไพบูลย์ จิวะไพศาล พงศ์, 2555) ที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศและการหลั่งอสุจิที่อยู่ในกระดูกสันหลังระดับ lumbar ที่ 1-3 และ sacrum ที่ 2-4 และสิ้นสุดที่ presacral region ในเพศชายจึงพบปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศ และการหลั่งอสุจิ ระดับความรุนแรงขึ้นกับพยาธิสภาพของโรค และจำนวนเนื้อเยื่อที่ถูกตัดออกไป ส่วนในเพศหญิง การเปลี่ยนแปลงอาจพบได้น้อย เนื่องจากเส้นประสาทที่ไปยัง Clitoris ไม่ถูกรบกวน แต่หากมีการตัดมดลูกออกบางส่วน จะทำให้มีการหลั่งเมือกลดลง เกิดอาการเจ็บเวลาร่วมเพศ (จุฬาร พรประสังสิต และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558)

5. ด้านภาพลักษณ์ ผู้มีทวารเทียมไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ดังที่กล่าวมาแล้วนำไปสู่การรู้สึกสูญเสียตัวตน ต้องการปกปิดสถานภาพ (Rungsangjurn, 2009) เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ในเชิงลบ เนื่องจากมีอุจจาระไหลออกทางทวารเทียมทางหน้าท้อง ต้องปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และบางครั้งมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ หรือมีเสียงรบกวน การเปลี่ยนไปของภาพลักษณ์ ส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคม (Vural et. al., 2016) การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่หน้าท้อง แยกตามรายด้าน พบว่า ด้านภาพลักษณ์ เป็นด้านที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด (คุณเกศิณี ชีรทองดี และคณะ, 2557) และยังเป็นปัจจัยทำนายถึงระดับความวิตกกังวล ( $\beta = .440, p < .05$ ) ภาวะซึมเศร้า ( $\beta = .479, p < .05$ ) (Bullen, Sharpe, Lawsin, Patel, Clarke, & Bokey, 2012)

6. ด้านจิตใจและจิตสังคม ผู้มีทวารเทียมส่วนใหญ่จะเกิดความรู้สึกอาย และกลัวเป็นที่รังเกียจ เนื่องจากมีรูปลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป กลัวจะมีอุจจาระเประอะเปื้อน กลัวกลิ่น และความสกปรกจากการรั่วซึมของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย บางคนเกิดความวิตกกังวล ความเครียด ซึมเศร้า จนแยกตัวอยู่คนเดียว จากการศึกษาของอนาราคีและคณะ (Anaraki et al., 2012) พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้มีทวารเทียม มีปัญหาซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = 0.7, p < .05$ ) การศึกษาในประเทศไทยของวาสิณี พิพัฒน์ผล, (2557) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ร้อยละ 35 มีความวิตกกังวล และร้อยละ 10 มีภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าความรู้สึกมีคุณค่า และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล ( $r = -.476, -.454$  ตามลำดับ,  $p < .001$ ) และภาวะซึมเศร้า ( $r = -.453, -.475$  ตามลำดับ,  $p < .001$ ) แสดงให้เห็นว่า ผู้มีทวาร

เทียมที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย หรือมีการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าสูง

7. ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้มีทวารเทียมต้องติดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายตลอดเวลา จึงมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และอุปกรณ์อื่นๆที่เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมตามมา จากการศึกษาของศุภมาส มณีสินธุ์ (2553) พบว่าผู้มีทวารเทียมมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ทวารเทียมต่อเดือนเฉลี่ย  $1770 \pm 858$  บาท กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตที่มากกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศอเมริกาพบว่า มีผู้มีทวารเทียมเพียงร้อยละ 40 ที่บริษัทประกันสุขภาพออกค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมด ที่เหลือรับผิดชอบบางส่วน ซึ่งมีผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตต่ำลง (Maydick, 2014) และในผู้มีทวารเทียมที่มีภาวะแทรกซ้อน จะทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น จากงานวิจัยในประเทศเดนมาร์คพบว่าผู้มีทวารเทียมที่มีภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 263 เงินยูโรต่อการรักษา 7 สัปดาห์ (เงินไทยประมาณ 1387 บาท) สูงกว่าผู้มีทวารเทียมที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งใช้จ่ายเฉลี่ย 215 เงินยูโรต่อการรักษา 7 สัปดาห์ (เงินไทยประมาณ 1134 บาท) (Meisner et al., 2012) และจากประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้มีทวารเทียมที่มีภาวะแทรกซ้อน บริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ต้องมีการเบิกจ่ายอุปกรณ์ในการดูแลมากขึ้น เช่น กาวเสริมปกป้องผิวหนัง (skin barrier paste), แป้งโรยปกป้องผิวหนัง (skin barrier powder), ผลิตภัณฑ์สำหรับทำแผล (wound product) เป็นต้น เมื่อนำมาคิดค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ พบว่ามากถึง 4,226 บาท ใน 2 เดือน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ค่าใช้จ่ายจะประมาณ 1,395 บาท

ผลกระทบจากทวารเทียมดังที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ ทำให้เกิดปัญหาต่อการดำรงชีวิต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านลบ งานวิจัยของเหลียว และ ควิน (Liao & Qin, 2014) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้มีทวารเทียม พบว่าปัจจัยที่สามารถใช้ทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ( $Beta = 0.220$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของเกสิณี ชีรทองดี, และคณะ (2557) ในผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Beta = 0.249, p < .05$ ) พยาบาลจึงควรมีแนวทางเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้มีทวารเทียม โดย ส่งเสริมความสามารถของผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลในการดูแลทวารเทียม

## การประยุกต์กรอบแนวคิดความสามารถการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของโอเร็มและการเรียนรู้ของบลูม

การจัดทำโปรแกรมการสอนด้วยวิธีทัศนในญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดกรอบแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Dependent-care agency) ของโอเร็ม (Orem, 1985) ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เหมือนกับความสามารถในการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา เป็นคุณสมบัติที่ซับซ้อนของมนุษย์ โดยโอเร็มเชื่อว่า บุคคลเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง หรือดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา สามารถพัฒนาได้ เพราะบุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้ วางแผนการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมาย มีความต้องการขั้นพื้นฐานเหมือนกัน มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา และมีความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เพื่อปรับหน้าที่หรือป้องกันความผิดปกติที่จะมีผลต่อหน้าที่ (Orem, 1985) ผู้มีทวารเทียม มีการปรับเปลี่ยนการขับถ่ายจากทวารหนักมาทางทวารเทียมที่หน้าท้อง ในช่วงหลังผ่าตัดระยะแรกพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินและดูแลทวารเทียม ซึ่งเป็นการกระทำให้ แต่เมื่อผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคม พยาบาลจะเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลสามารถดูแลทวารเทียมได้ พยาบาลจะต้องส่งเสริมความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ให้เพียงพอเลือกใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) โดยใช้วิธีการสอน เพื่อช่วยพัฒนาความรู้ในการดูแลทวารเทียม และพัฒนาทักษะในการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย เป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) หากพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถพัฒนาความสามารถ เพื่อตอบสนองความต้องการตัวเองได้ ต้องพึ่งพามุบุคคลอื่นที่มีความสามารถทำแทนได้ (Dependent care agent) พยาบาลจะต้องพัฒนาความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Dependent care agency) โดยเรื่องที่ต้องพัฒนา ได้แก่ มีความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมและการดูแลทวารเทียม รวมถึงการสาธิตการระบายลมและอุจจาระ การล้างถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย

การสอนเป็นวิธีที่เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้ และทักษะบางประการ เป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล , 2544; หน้า 44) หรือความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา โดยการสอนจะต้องให้บุคคลมีความพร้อมในการเรียนรู้ สอนถึงวิธีการตอบสนองความ

ต้องการการดูแลที่จำเป็น เพื่อให้เกิดการปรับตัว โดยพยาบาลจะต้องคำนึงถึงประสบการณ์เดิม วิถีชีวิต และนิสัยการใช้ชีวิตประจำวัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การประยุกต์กรอบแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของ โอเร็มมาจัดทำโปรแกรมการสอน ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาได้ดีขึ้น ดังเช่น การพัฒนาความสามารถผู้ดูแลของเด็กวัยเรียน โรธาลัสซีเมีย (ภุชฉิสมา มาพิณ, 2559) การพัฒนาความสามารถในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (ขวัญใจ ลือเมือง, ขนิษฐา นาคะ และหทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2556) และการพัฒนาความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท (จุฬาวรี ชัยวงศ์ นาคพันธ์, ศิริกาญจน์ จินาวิณ, และวราภรณ์ ยศทวี, 2560) รวมถึงกลุ่มผู้มีความรู้หรือผู้ดูแลหลักในกรณีไม่สามารถดูแลตนเองได้ พัฒนาความสามารถเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดทวารเทียม โดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (สมพร วรรณวงศ์, 2557)

สำหรับวิธีการสอนตามกรอบแนวคิดการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1964) นักการศึกษาชาวอเมริกัน เชื่อว่า การเรียนการสอนที่จะประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจน โดยจำแนกจุดมุ่งหมายของการเรียนการสอนเป็น 3 ด้าน ตามทฤษฎีการเรียนรู้และจิตวิทยาพื้นฐานของมนุษย์ คือ ด้านปัญญา (Cognitive Domain) ด้านเจตคติ (Affective Domain) และด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) ผู้สอนต้องกำหนด วัตถุประสงค์ การเรียนการสอนว่าต้องการให้ผู้เรียนได้ความรู้ และเกิดทักษะเรื่องใดบ้าง ในการวิจัยครั้งนี้ญาติผู้ดูแลผู้มีความรู้ที่เข้าร่วม โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน จะได้รับการสอนตามโปรแกรม และมีการฝึกทักษะ กำหนดวัตถุประสงค์ ให้ญาติผู้ดูแลผู้มีความรู้สามารถดูแลทวารเทียมได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การประยุกต์กรอบแนวคิดการเรียนรู้ของบลูม มาใช้ในการจัดทำโปรแกรมการสอนและวัดผลลัพธ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่ดี ดังที่พบในการศึกษาผลของโครงการอบรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพบว่าหลังการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 3 เดือนสูงกว่าหลังการอบรม 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ, 2554) และในการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคระดุมและข้อ ที่พบว่า ภายหลังจากพยาบาลเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด คะแนนความรู้ของพยาบาล คะแนนการปฏิบัติพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนพยาบาลเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการความปวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (บุษรา ดาวเรือง, 2555)

การพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาที่มีประสิทธิภาพ จึงต้องจัดทำโปรแกรมการสอนที่ชัดเจน และสามารถวัดผลลัพธ์ของการสอนได้ โดยการวิจัยครั้งนี้ ใช้นิยามความรู้ในการดูแลทวารเทียมจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องคู่มือการปฏิบัติตนผู้มีทวารเทียมเพื่อขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ของคลินิกออสโตมี โรงพยาบาลรามาริบัติ มาประยุกต์ใช้เป็น โปรแกรมการสอนผู้มีทวารเทียมรายใหม่ วัดผลลัพธ์ 2 ด้าน ตามกรอบแนวคิดของบลูม คือ ความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียม เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเจตคติ (Affective) ของบุคคลจะเปลี่ยนเมื่อมีประสบการณ์ (Gibson, 2000 อ้างใน แพรภทรา เขียวชะอุ่ม, 2546) จึงต้องใช้ระยะเวลา

### บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่

การผ่าตัดเปิดทวารเทียม เป็นการผ่าตัดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการขับถ่าย ส่งผลกระทบหลายด้านต่อผู้มีทวารเทียมรายใหม่ การส่งเสริมการปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญ (สายสมร เกลยภิตติ, ศิริพร พูนชัย, ศิริพร สว่างจิตร และ จุฑารัตน์ บันดาลสิน, 2553; Leyk, 2014) ต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้มีทวารเทียมรายใหม่ และญาติผู้ดูแลกลับไปสู่สภาวะแวดล้อมเดิม ทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน ชุมชน สังคมได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ญาติผู้ดูแล มาจากภาษาอังกฤษคำว่า Family caregiver หรือ Informal caregiver หมายถึง คนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ หรือกิจกรรมอื่นๆ ได้ โดยมักเป็นบุคคลที่ให้การดูแลด้วยความสมัครใจ และไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ จะมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 45 -60 ปี (McMullen, 2014; Palma, Simonetti, Franchelli, Pavone, & Cicolini, 2012) จัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Middle adulthood) เป็นวัยที่มีความคิดเป็นเหตุผล และมีความรับผิดชอบ ทั้งในหน้าที่การงาน การหาเลี้ยงครอบครัว การดูแลคนในครอบครัว และมีบทบาทหน้าที่ทางสังคม (วิไลลักษณ์ พงษ์โสภิต, 2555; สกุนา บุสนารากร, 2551) โดยญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 78.86 และมีสถานภาพสมรสร้อยละ 74.80 (Palma et al., 2012)

บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียม คือการให้การดูแลทวารเทียมแทนผู้มีทวารเทียม ในช่วงแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการ และล้างทำความสะอาดอุ้งรงรับสิ่งขับถ่าย การเปลี่ยนอุ้งรงรับสิ่งขับถ่าย การทำความสะอาดทวารเทียม และผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียม และ

เพื่อให้ผู้มีทวารเทียมยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ บทบาทของผู้ดูแล อาจเป็นบทบาทของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม (Social support) คอยให้กำลังใจ ส่งเสริมสนับสนุนด้านอารมณ์ ให้ผู้มีทวารเทียมสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องสนับสนุนด้านการเงิน และหน้าที่การทำงานอีกด้วย

### ความรู้และทักษะในการดูแลทวารเทียม

หลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ผู้มีทวารเทียมจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแล แต่เมื่อผู้มีทวารเทียมกลับเข้าสู่สังคม พยาบาลจะเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลสามารถดูแลทวารเทียมได้ (Lim, Chan, & He, 2015) การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจ มีความสามารถ และมีความมั่นใจในการดูแลทวารเทียม โดยเน้นความรู้ในเรื่องทวารเทียม ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด การรองรับสิ่งขับถ่าย การระบายลมและอุจจาระ การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และเน้นการฝึกทักษะในเรื่องการระบายอุจจาระและการล้างถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายและการทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียม ตามรายละเอียด ดังนี้

1. **การรองรับสิ่งขับถ่าย** ในปัจจุบันมีการพัฒนาถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ขึ้นมาหลากหลายชนิด เพื่อให้ผู้มีทวารเทียมมีทางเลือกมากขึ้น ลดปัญหาการแพ้ผลิตภัณฑ์ และเพิ่มความสะดวกสบาย ความมั่นใจให้กับผู้มีทวารเทียม แบ่งเป็นชนิดถุงใสหรือถุงขุ่น เป็นแบบสำเร็จรูปหรือต้องนำมาตัดให้มีขนาดพอดี เป็นรูปถ้วยหรือเป็นแบน บังคับในการเลือกถุงรองรับสิ่งขับถ่ายขึ้นกับชนิดและขนาดของทวารเทียม สภาพและปริมาณของอุจจาระ สภาพผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียม และรายละเอียดของผู้มีทวารเทียมด้านอายุ การรับรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง สายตา ความถนัด สภาพการดำรงชีวิตประจำวัน และเศรษฐกิจ

การแบ่งประเภทถุงรองรับสิ่งขับถ่ายตามรูปแบบการใช้สามารถแบ่งเป็น 2 แบบใหญ่ๆ คือ 1) แบบชิ้นเดียว เป็นถุงรองรับสิ่งขับถ่ายที่มีส่วนของแบนและตัวถุงรองรับสิ่งขับถ่ายติดกัน สามารถใช้ได้เพียงครั้งเดียว และ 2) แบบ 2 ชิ้น ประกอบด้วย แบนสำหรับติดกับผิวหนัง และถุงรองรับสิ่งขับถ่ายที่นำมาติดกับแบน โดยแบนสามารถใช้ได้เพียงครั้งเดียว แต่อยู่ได้หลายวัน ส่วนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายสามารถปลดล้างทำความสะอาด ผึ่งลมให้แห้ง นำกลับมาใช้ใหม่ได้ แต่ในระยะแรกหลังผ่าตัด ควรใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายแบบชิ้นเดียวชนิดใส เพื่อสะดวกในการประเมิน

ทวารเทียม และสารคัดหลั่ง และง่ายต่อการระบาย (จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558)

**2. การระบายลมและอุจจาระ** ควรเปิดปลายถุงรองรับสิ่งขับถ่ายเพื่อระบายลม เมื่อถุงรองรับสิ่งขับถ่ายโป่งพองมีลมอยู่ภายใน สำหรับการเทอุจจาระ ควรระบายเมื่อมีอุจจาระ ประมาณ 1/3 หรือ 1/2 ของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายแบบขึ้นเดียว ระบายจากปลาย โดยตลบพับปลายถุงขึ้นก่อนระบาย แล้วใส่น้ำเข้าไปล้างในถุง หลังจากเทน้ำออกจากถุง แล้วใช้กระดาษทิชชู หรือผ้านุ่มเช็ดทำความสะอาดภายในถุงและปลายถุงให้สะอาด ส่วนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายแบบ 2 ชั้น สามารถทำได้ 2 แบบ คือ แบบวิธีแรกทีกล่าวมาแล้ว กับวิธีปลดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ออกจากแป้น แล้วเช็ดทำความสะอาดปากทวารเทียม นำถุงรองรับสิ่งขับถ่ายใบใหม่มาติด นำถุงรองรับสิ่งขับถ่ายใบเดิมไปล้างทำความสะอาด ผึ่งลมให้แห้ง แล้วนำมาใช้ใหม่ (Prinz et al., 2015)

**3 การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย** เมื่อไรควรเปลี่ยนขึ้นอยู่กับชนิดของทวารเทียม รูปร่างของผู้มีทวารเทียม กิจกรรมในแต่ละวัน และปริมาณเหงื่อที่ขับออกมา โดยเฉลี่ยควรอยู่ในช่วง 3 – 7 วัน โดยมีขั้นตอนการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ดังนี้ (จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558; ชีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์, 2553; Prinz et al., 2015)

3.1 เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนลอกถุงรองรับสิ่งขับถ่ายใบเดิม ได้แก่ ถุงใส่ขยะ, พลาสติก, สำลีชุบน้ำสะอาด สำหรับเช็ดทำความสะอาด, แผ่นพลาสติกใสสำหรับลอกถ่าย หรือตัวแบบวัดขนาดสำเร็จรูป, ปากกาเมจิก, ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายชิ้นใหม่ และตัวหนีบที่มาพร้อมถุงรองรับสิ่งขับถ่าย หรือ ยางรัดของทั่วไป, กรรไกร และอุปกรณ์เพิ่มเติมหากมีข้อบ่งชี้

3.2 ล้างมือให้สะอาด

3.3 ยืน หรือนั่งหน้ากระจก หรือทำที่สะดวกมองเห็นทวารเทียมได้ชัด เป็นท่าที่ผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียมไม่มีรอยย่น เพื่อการปิดแป้นของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ได้แนบสนิทกับผิวหนัง

3.4 ใช้พลาสติก ปิดถุงใส่ขยะไว้กับหน้าท้องด้านล่างของแป้นถุงรองรับสิ่งขับถ่ายใบเดิม เพราะทวารเทียมไม่มีหูรูด ขณะเปลี่ยนอาจมีอุจจาระออกมาได้ เมื่อมีการปิดถุงใส่ขยะรองรับไว้ด้านล่างหากมีอุจจาระไหลออกมาจะลงถุงใส่ขยะ ไม่เปรอะเปื้อน

3.5 ลอกถุงรองรับสิ่งขับถ่ายใบเดิมออก โดยใช้นิ้วมือข้างหนึ่งกดผิวหนังบริเวณที่ติดกับแป้น แล้วค่อยๆ ลอกแป้นออกจากผิวหนังอย่างนุ่มนวลด้วยมืออีกข้างหนึ่ง ตามถนัด พร้อมกับขยับมือข้างที่กดผิวหนังตามจนแป้นหลุด เรียกว่า Two fingers technique ตลบแป้นของถุงรองรับสิ่งขับถ่ายที่ลอกออกมาเข้าหากัน เพื่อลดการฟุ้งกระจายกลิ่นของอุจจาระ

3.6 ทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียม ด้วยสำลีชุบน้ำสะอาด ควรเช็ดตัวทวารเทียมด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากทวารเทียม คือส่วนของลำไส้ ซึ่งมีเส้นเลือดมาเลี้ยงปริมาณมากจึงมีเลือดออกได้ง่าย หากมีเลือดออกเล็กน้อยเป็นเรื่องปกติ สามารถหยุดเลือด โดยใช้สำลีชุบน้ำกดบริเวณที่มีเลือดออกไว้สักครู่ ห้ามใช้แอลกอฮอล์ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อทำความสะอาดผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียมที่ปกติ เพราะผิวหนังจะแห้งแตกเป็นแผลได้ สามารถฟอกสบู่ที่ไม่มีส่วนผสมของโลชั่น บริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ขณะอาบน้ำในวันที่ครบกำหนดเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้

3.7 วัดขนาดทวารเทียม ถ้าทวารเทียมมีลักษณะกลม ใช้แผ่นแบบวัดขนาดสำเร็จรูปได้ โดยเทียบขนาดที่พอดีกับทวารเทียม แล้วนำขนาดที่วัดได้มาวัดลงด้านหลังเป็นของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย หากทวารเทียมไม่ใช่ลักษณะกลม ใช้วิธีการลอกกลาย โดยใช้แผ่นพลาสติกใสวางทับกับทวารเทียม และใช้เมจิกวาดตามขนาดของทวารเทียม จากนั้นตัดพลาสติกใสที่วาดรูปไว้ เพื่อเป็นแบบลอกกลายลงบนหลังเป็น คัดแผ่นพลาสติกใสตามรูปร่าง นำแผ่นพลาสติกใสที่ตัดแล้ว มาวางทาบลอกกับทวารเทียม แล้วประกบเป็นของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ถ้าใช้อุปกรณ์แบบชิ้นเดียวต้องสังเกตปลายถุงรองรับสิ่งขับถ่ายให้วางตำแหน่งที่เหมาะสม เหยียงลงด้านล่างด้านนอกลำตัว เพื่อความสะดวกในการระบายอุจจาระของพยาบาลหรือญาติผู้ดูแล พลิกด้านหลังเป็นขึ้น วัดขนาดและรูปร่างของทวารเทียมลงบนด้านหลังของเป็นถุงรองรับสิ่งขับถ่าย

3.8 ตัดแป้นให้มีขนาดใหญ่กว่าขนาดของทวารเทียมที่วัดได้ประมาณ 2 มิลลิเมตร โดยรอบ เพื่อป้องกันการเสียดสีระหว่างแป้นกับทวารเทียม และป้องกันการถูกทำลายของผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียมจากการสัมผัสอุจจาระ

3.9 ปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ต้องทำให้ผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียมแห้ง และเรียบ ไม่มีรอยขุ่น เพื่อไม่ให้เกิดการรั่วซึมได้ง่าย จากนั้นลอกกระดาษด้านหลังแป้นออก เริ่มต้นปิดจากด้านล่างก่อน กดแป้นให้แน่นสนิทกับหน้าท้อง หากใช้ถุงแบบ 2 ชั้น ตรวจสอบให้มั่นใจว่าแป้นติดแน่น และครอบถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้แน่นสนิท ใช้มือกดที่แป้นบริเวณรอบทวารเทียมประมาณ 30 วินาที ความร้อนจากมือจะช่วยให้แป้นของถุงรองรับสิ่งขับถ่ายติดกับผิวหนังได้ดีขึ้น

3.10 ปิดปลายถุงรองรับสิ่งขับถ่าย โดยใช้ตัวหนีบที่มาพร้อมถุงรองรับสิ่งขับถ่าย หรือ ขากรัดของทั่วไป หลังปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายไปใหม่ให้นั่งพัก หรือ นอนพัก นาน 10 - 15 นาที เพื่อให้มั่นใจว่าแป้นของถุงรองรับสิ่งขับถ่ายติดแน่นสนิทกับผิวหนัง

3.11 ลอกถุงใส่ขยะออก นำไปทิ้งลงถังขยะและเก็บอุปกรณ์อื่นให้เรียบร้อย

3.12 ล้างมือให้สะอาด และเช็ดให้แห้ง

**4. การปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับทวารเทียมในชีวิตประจำวัน** มีรายละเอียดครอบคลุมในเรื่อง ต่อไปนี้ (จุฬาร ประสังสิต และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558; Gutman, 2011)

4.1 การอาบน้ำ สามารถอาบน้ำได้ขณะติดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย หลังจากอาบน้ำเสร็จ นำผ้าขนหนูซับถุงรองรับสิ่งขับถ่ายให้แห้ง หรือขณะเอาถุงรองรับสิ่งขับถ่ายออกสามารถอาบน้ำ ล้างบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมด้วยสบู่อ่อนๆ ได้ เพื่อความสะอาดของผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียม

4.2 การแต่งตัว ควรหลีกเลี่ยงการใส่เข็มขัดที่รัดแน่นบริเวณที่มีทวารเทียม การใส่กางเกงในที่เป็นผ้าฝ้ายหรือผ้าใยจะช่วยให้รองรับน้ำหนัก และปลอดภัย สำหรับผู้ชายสามารถใส่เป็นบ็อกเซอร์ได้

4.3 การนอนหลับ ผู้มีทวารเทียมมักมีปัญหาในการนอนหลับ กังวลเกี่ยวกับถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารและดื่มน้ำอย่างน้อย 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอน และควรระบายอุจจาระออกจากถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ให้เสร็จก่อนเข้านอน (Engelke, 2015)

4.4 การรับประทานอาหาร เมื่อทวารเทียมทำหน้าที่ได้ปกติ ผู้มีทวารเทียมสามารถรับประทานอาหารธรรมดาได้ตามปกติ ยกเว้นในผู้ที่มีโรคประจำตัวควรจำกัดอาหารตามโรค หากไม่มีข้อห้ามตามโรคประจำตัว ควรดื่มน้ำอย่างน้อย 5 – 6 แก้วต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ ควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา เพื่อให้มีการขับถ่ายอุจจาระที่เป็นเวลา

4.5 การจัดการกลิ่นและก๊าซ หากต้องการลดกลิ่นควรจำกัดอาหารประเภทปลาไข่ หน่อไม้ฝรั่ง กระเทียม เครื่องเทศ ถั่ว ผักกาด หัวหอม กะหล่ำปลี ชะอม ผักกระเฉด สะตอ กระถิน (จุฬาร ประสังสิต และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558) เมื่อเทอุจจาระออกจากถุงรองรับสิ่งขับถ่าย เช็ดทำความสะอาดบริเวณปลายถุงรองรับสิ่งขับถ่ายให้สะอาด ใส่น้ำเพื่อล้างถุงรองรับสิ่งขับถ่าย 1 – 2 ครั้งต่อวัน ห้ามใส่น้ำยาฆ่าเชื้อลงในถุงรองรับสิ่งขับถ่ายเพื่อป้องกันกลิ่น เพราะจะทำให้ทวารเทียมเป็นแผลได้ ปิดปลายถุงรองรับสิ่งขับถ่ายให้สนิท หากต้องการลดก๊าซควรจำกัดอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ ได้แก่ ถั่วเปลือกแข็ง เบียร์ น้ำอัดลม แดงกวา กะหล่ำปลี หัวหอม ผักขม ข้าวโพด หัวผักกาด หรืออาจใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายที่มีตัวกรอง ระบายก๊าซ และลดความรุนแรงของกลิ่น หรือใช้ตัวกำจัดกลิ่นที่เป็นน้ำ เช่น เปปเปอร์มินต์ เป็นต้น ใส่น้ำลงในถุงรองรับสิ่งขับถ่ายเพื่อลดกลิ่น (Gutman, 2011; Prinz et al., 2015)

4.6 การเดินทาง ควรเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายใส่กล่อง หรือกระเป๋าให้พร้อมใช้อาจเตรียมกระดาษเปียกเช็ดทำความสะอาดทวารเทียมแทนสำลีชุบน้ำ เพื่อความสะดวกนำอุปกรณ์ติดตัวไว้ตลอด และให้สามารถหยิบใช้ได้ง่าย อย่าทิ้งถุง

รองรับสิ่งขับถ่ายไว้ในรถ เนื่องจากอากาศร้อนหรือหนาว อาจจะทำให้เป็นของถูกรองรับสิ่งขับถ่าย  
เสื่อมได้ และเตรียมซื้อถูกรองรับสิ่งขับถ่ายไว้ให้เพียงพอเสมอ อย่ารอจนใช้ถูกรองรับสิ่งขับถ่ายจน  
ใบสุดท้ายแล้วจึงซื้อเพิ่ม

4.7 การออกกำลังกาย หลังผ่าตัดแล้ว 6-8 สัปดาห์ ผู้มีทวารเทียม  
สามารถออกกำลังกายโดยการเดินบนทางราบอย่างต่อเนื่องประมาณ 15-30 นาที หลังจากนั้น  
สามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ แต่ควรงดเล่นกีฬาที่ผู้เล่นต้องประชิดตัว หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มี  
การกระแทก เนื่องจากอาจทำให้ตัวทวารเทียมได้รับบาดเจ็บ ยกเว้นเมื่อมีอุปกรณ์ป้องกันการ  
กระแทก สามารถใช้เข็มขัดหรือผ้าพันหน้าท้องที่เจาะช่องไว้สำหรับทวารเทียม เพื่อป้องกันการ  
รั่วซึมขณะเล่นกีฬา ไม่ควรยกของหนักเพราะอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดไส้เลื่อน และถ้าไส้เลื่อน  
กิจกรรมที่แนะนำ คือ การวิ่ง การยกน้ำหนักแบบเบา การเล่นสกี การว่ายน้ำ และการปั่นจักรยาน

4.8 การมีเพศสัมพันธ์ ควรเริ่มด้วยการปรับทัศนคติ ในผู้หญิงมักไม่  
ค่อยรบกวนการทำงานทางเพศ แต่ผู้ชายบางคนได้รับผลกระทบจากการผ่าตัด ควรปรึกษาแพทย์  
หรือพยาบาลออสโตมี ในช่วงแรกหลังผ่าตัดผู้ชายอาจมีปัญหาอวัยวะแข็งตัวได้ไม่นาน ผู้หญิงอาจ  
รู้สึกเจ็บช่องคลอด แต่อาการจะดีขึ้น อาจต้องมีการหลีกเลี่ยงบางท่าในการร่วมเพศที่จะมีการ  
กระแทกทวารเทียม สำหรับคนโสดไม่จำเป็นต้องบอกกับคู่เดทตั้งแต่การพบกันครั้งแรก หากมีความ  
ใกล้ชิดกันมากขึ้น จึงค่อยบอกรายละเอียด สำหรับการตั้งครรภ์ในผู้มีทวารเทียม หากมีสุขภาพดีอาจ  
สามารถตั้งครรภ์ได้ แต่ควรปรึกษาแพทย์เพื่อประเมินความเสี่ยง เช่น ภาวะโภชนาการ โดยเฉพาะใน  
ผู้เปิดทวารเทียมจากลำไส้เล็ก เป็นต้น

5. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนบางกรณีสามารถป้องกัน และลด  
ความรุนแรงได้ด้วยการดูแลที่ถูกต้อง (จุฬารพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558;  
Hooper, 2016; Sheppard et al., 2014) ดังนี้

5.1 ลำไส้อุดตัน (Stomal obstruction) ที่มีสาเหตุจากอุจจาระแข็ง  
สามารถป้องกันได้ โดยการดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตรต่อวันหากไม่มีข้อจำกัดจากโรคประจำตัว หรือการ  
รับประทานผลไม้ที่ช่วยบรรเทาอาการท้องผูก ได้แก่ ลูกพรุน มะละกอ หรือการรับประทานยา  
ระบายอ่อนๆ เช่น โบรมะขามแขก เป็นต้น แต่ลำไส้อุดตันอาจมีสาเหตุจากลำไส้อักเสบ หรือการกลับ  
เป็นซ้ำของเนื้องอกผู้มีทวารเทียมจึงควรมาตรวจกับแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อประเมินและติดตาม  
ผลการรักษา

5.2 ท้องเดิน (Diarrhea) สามารถป้องกันโดยการ รับประทานอาหาร  
อ่อน ย่อยง่าย งดรับประทานอาหารรสจัด รสเผ็ด ดื่มน้ำตาลเกลือแร่ หรือมาพบแพทย์ ซึ่งแพทย์จะ  
จ่ายยาเพื่อช่วยลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ Loperamide ช่วยให้อาการท้องเสียลดลงได้

5.3 ลำไส้ยื่น (Stomal prolapse) สามารถป้องกันได้โดยการไม่เพิ่มแรงดันภายในช่องท้อง เช่น การเบ่ง ไอ จามแรงๆ เป็นต้น กรณีมีลำไส้ยื่นออกมากผิดปกติ สามารถทำได้โดยการนอนราบ และใช้มือช่วยนวดเป็นจังหวะ อาจใช้น้ำเย็นหรือน้ำตาลโรยที่ตัวลำไส้ส่วนที่นั้นยื่นออกมา จะช่วยลดอาการบวมและทำให้ลำไส้กลับเข้าช่องท้องง่ายขึ้น หากลำไส้ยื่นออกมามีลักษณะของการขาดเลือด ควรรีบมาตรวจพบแพทย์ เพื่อทำการผ่าตัดแก้ไข

5.4 ไส้เลื่อน (Parastomal hernia/Peristomal hernia) สามารถป้องกันโดยหลีกเลี่ยงการยกของหนัก การเบ่ง ไอ จามเรื้อรัง อาจใช้ผ้ารัดหน้าท้องเพื่อพยุงหน้าท้องป้องกันลำไส้เลื่อนออกมา ในกรณีที่ติดถุงไม่อยู่อาจใช้กาวยา Skin barrier paste ช่วยในการยึดติดถุง ในกรณีที่แป้นเป็นรูที่คัสต้องเข็มขัดได้ อาจใช้เข็มขัดช่วยยึดแป้นจะช่วยให้แป้นสามารถแนบสนิทกับผิวหนังได้ดีขึ้น

5.5 ผิวหนังรอบทวารเทียมอักเสบจากการสัมผัสสารระคายเคือง (Peristomal skin irritant contact dermatitis) สามารถป้องกันได้ ด้วยการดูแลทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำสะอาด ตัดขนาดช่องเปิดเพื่อครอบตัวทวารเทียมของแป้นถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ให้มีขนาดใหญ่กว่าทวารเทียมไม่เกิน 2 มิลลิเมตรโดยรอบ หากถุงหรือแป้นมีการรั่วซึมควรเปลี่ยนทันที และเลือกอุปกรณ์เสริมที่เหมาะสม เช่น เข็มขัด หรือ กาวทาเพื่อช่วยปรับผิวหนัง (Stomahesive skin barrier) เป็นต้น โดยพิจารณาจากความจำเป็นหรือสาเหตุเป็นรายบุคคล

5.6 ผิวหนังรอบทวารเทียมอักเสบจากการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ (Peristomal allergic contact dermatitis) การป้องกันสามารถทำได้โดยการทดสอบผิวหนังกับผลิตภัณฑ์ที่จะใช้ ก่อนนำมาใช้จริง หากเกิดผื่นแพ้ขึ้นแล้ว ให้ใช้ skin barrier powder โรยบางๆ ภายใน 24 – 48 ชั่วโมง อาการผื่นคันจะทุเลาลง หากมีอาการคันมากอาจใช้ครีมสเตียรอยด์ทาบางๆ ก่อน โรย skin barrier powder และต้องเปลี่ยนผลิตภัณฑ์เดิมที่ใช้อยู่ ไปใช้ผลิตภัณฑ์ตัวใหม่ ที่ไม่มีส่วนประกอบของสารที่ผู้มีทวารเทียมแพ้

5.7 รุขุมขนอักเสบ (Folliculitis) การป้องกันทำได้โดยการใช้กรรไกรตัดหรือขลิบขนหรือโกนด้วยเครื่องโกนขน การดึงลอกแป้นออกจากผิวหนังอย่างเบามือ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ที่ช่วยลอกกาว (Adhesive pouch- removal product) หากเกิดรุขุมขนอักเสบขึ้นแล้วควรดูแลผิวหนังให้สะอาด ใช้สบู่ต้านแบคทีเรีย (Antibacterial soap) ทำความสะอาดในระยะที่มีการอักเสบ

5.8 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากแรงกระทำ (Mechanical - Peristomal skin trauma) การดูแลป้องกันโดยการลอกถุงด้วยเทคนิคที่นุ่มนวล โดยใช้มือทั้งสองข้าง หรือใช้ผลิตภัณฑ์ที่ช่วยลอกกาว (Adhesive pouch- removal product) เลือกแป้นที่มีลักษณะยึดหยุ่น เป็นไม่

แข็งจนเกินไป หากมีการใช้เข็มขัดร่วมด้วย ควรรัดให้พอดี ไม่แน่นจนเกินไป และควรปล่อยเข็มขัด เพื่อให้ผิวหนังได้พักจากแรงกด

### ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียม

สำหรับผู้มีทวารเทียม และญาติผู้ดูแลความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียม เป็นความสามารถที่ต้องได้รับการพัฒนา เนื่องจากเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นใหม่ โดยปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแล จะแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล (Orem, 1985) ได้แก่

1. อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะ โดยเฉพาะอวัยวะรับสัมผัสจะมีความสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ และเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการทำหน้าที่ของอวัยวะในการมองเห็น การได้ยิน และกระบวนการรู้คิด อายุบ่งบอกถึงระยะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

2. เพศ เป็นปัจจัยที่กำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว และสังคม ทำให้เกิดความแตกต่างด้านการรับรู้ เจตคติ ค่านิยม และการรับรู้บทบาทที่แตกต่างตามเพศ ในผู้ดูแลที่มีเพศต่างกัน จึงมีความสามารถในการดูแลผู้มีทวารเทียมที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมาก ในขณะที่เพศชายมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยน้อย (บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวานถ สุวดีกษณ์, 2546)

3. สถานภาพสมรส หรือระบบครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้มีทวารเทียม โดยพบว่าสถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถในการดูแลมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด เนื่องจากผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้มีทวารเทียม

4. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเฝ้าหาความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยมากขึ้น ซึ่งความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ (Orem, 1985)

5. รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยพื้นฐานด้านแหล่งประโยชน์ ที่มีผลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำจะมีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง ผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถค้นหา และใช้แหล่งประโยชน์ช่วยส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายในการดูแล

## โปรแกรมการสอน และสื่อการสอน

โปรแกรมการสอน คือ รายละเอียดของแนวทางการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อมุ่งเน้นพัฒนาผู้เรียนไปตามจุดมุ่งหมายที่โปรแกรมวางไว้ โดยโปรแกรมการสอนต้องมีทฤษฎีรองรับ มีการวิจัย เพื่อทดสอบทฤษฎี และมีจุดมุ่งหมายหลัก(ประสาท เนืองเฉลิม, 2556) ผู้มีทวารเทียมรายใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงการขับถ่าย มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคม ไม่มีความรู้และทักษะการดูแลตนเอง อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ตามมาได้ จึงควรมีการจัดทำโปรแกรมการสอน และเลือกใช้สื่อที่เหมาะสม งานวิจัยนี้จัดทำโปรแกรมการสอนในญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของโอเรียม และการเรียนรู้ของบลูม โดยกำหนดจุดมุ่งหมายในการสอน เป็นความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียม

การจัดทำโปรแกรมการสอน เพื่อช่วยให้ผู้เรียน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คือญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ เกิดการเรียนรู้ได้ดั่งนั้น ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ (ทิสนา เขมมณี, 2554)

**1. การเตรียมการ** โดยการประเมินปัญหาและความต้องการการเรียนรู้ของผู้มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแล เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตประจำวัน และกลับเข้าสู่สังคมได้ ซึ่งผู้ที่มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลควรได้รับข้อมูลเรื่องต่อไปนี้ ความหมายของทวารเทียม ข้อบ่งชี้ในการทำทวารเทียม ความสำคัญของการดูแลทวารเทียม ชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การระบายลมและอุจจาระ และการทำความสะอาดทวารเทียมและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย โดยใช้สื่อเป็นวีดิทัศน์ หลังจัดทำ มีการนำมาตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาแก้ไข

การประเมินความพร้อมในการเรียน หลังผ่าตัดผู้ที่มีทวารเทียมอาจมีความอ่อนล้าจากการดำเนินของโรคและการผ่าตัด การรักษาด้วยการฉายแสงและเคมีบำบัด ภาวะความหมดหวังในชีวิต นอกจากนี้ยังอาจมีความกลัวการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด กลัวว่าตนจะไม่สามารถดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเอง กลัวครอบครัว และสังคมไม่ยอมรับ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการเรียนรู้ ความจำและความสนใจของผู้มีทวารเทียม พยาบาลจึงควรมีส่วนช่วยเตรียมความพร้อม โดยการให้ญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมมีส่วนร่วมในการเรียนรู้การดูแลทวารเทียมก่อน

การวางแผนการสอน ควรมีการจัดทำไว้ล่วงหน้า แผนการสอนควรประกอบไปด้วยวัตถุประสงค์ เนื้อหาที่ผู้ที่มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลต้องการเรียนรู้ และควรทราบ ต้องวิเคราะห์เนื้อหาที่จะสอน นำเนื้อหาสาระมาแตกย่อย และเรียงลำดับให้เหมาะสม เพื่อให้ง่ายต่อการเรียนรู้

**2. การดำเนินการ** ผู้สอนให้ญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมทำแบบสอบถามก่อนเรียน และชี้แจงวิธีการเรียนแบบโปรแกรมสื่อวีดิทัศน์ จัดลำดับเนื้อหาให้เข้าใจง่าย โดยมีวัตถุประสงค์ให้ญาติ

ผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมเกิดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลทวารเทียม และเห็นวิธีการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย จากนั้นให้ผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมได้ฝึกทักษะ โดยการปฏิบัติด้วยตนเอง

**3. การประเมินผล** เป็นการพิจารณาประเมินการสอน ถึงความเหมาะสมของเนื้อหา กิจกรรมการสอน และอุปกรณ์การสอนว่ามีความเหมาะสมเพียงใด รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการสอน เพื่อประเมินว่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสอนญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมมีความรู้ และทักษะ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยโปรแกรมการสอนนี้ตั้งจุดมุ่งหมายตามกรอบแนวคิด การเรียนรู้ของบลูม โดยในด้านความรู้ในการดูแลทวารเทียม ประเมินโดยให้ผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมตอบแบบสอบถาม และด้านทักษะการดูแลทวารเทียม ประเมินโดยให้ผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมปฏิบัติ แล้วผู้ช่วยวิจัยสังเกตความถูกต้องรายชื่อในแบบประเมินทักษะ

**สื่อการสอน** หมายถึง สื่อที่บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับการเรียนการสอนในรูปของวัสดุ อุปกรณ์ และเทคนิควิธีการ โดยอาจเป็นหนังสือ แผนภูมิ รูปภาพ สไลด์ แผ่นโปสเตอร์ วิดิทัศน์ เครื่องเล่นวีซีดี โปรแกรมคอมพิวเตอร์ การสาธิต การศึกษานอกสถานที่ ฯลฯ รวมถึงการนำเทคโนโลยีสารสนเทศในรูปแบบเครือข่ายมาใช้ในการสอนให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และได้ประสิทธิผลเพิ่มพูนยิ่งขึ้นด้วย (กิดานันท์ มลิทอง, 2544)

ประเภทของสื่อการสอน จำแนกออกเป็น 3 ประเภท คือ (กิดานันท์ มลิทอง, 2544)

1. สื่อประเภทวัสดุ (Software) หมายถึง สื่อที่เก็บความรู้ไว้ในตัวเอง ซึ่งจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1.1 วัสดุประเภทที่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้ด้วยตัวเอง โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยอุปกรณ์อื่นช่วย เช่น แผนที่ ลูกโลก รูปภาพ หุ่นจำลอง เป็นต้น

1.2 วัสดุประเภทที่ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องอาศัยอุปกรณ์อื่นช่วย ดังเช่นที่งานวิจัยนำมาใช้ แผ่นซีดี ซึ่งมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับ การผ่าตัดทวารเทียม การระบายลมและอุจจาระ การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และชนิดของอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย

2. สื่อประเภทอุปกรณ์ (Hardware) หมายถึง สิ่งที่เป็นตัวกลางหรือตัวผ่าน ทำให้ข้อมูลหรือความรู้ที่บันทึกในวัสดุสามารถถ่ายทอดออกมาให้เห็น หรือได้ยิน โดยงานวิจัยนี้ใช้เครื่องเล่นแผ่นซีดี เพื่อนำมาใช้เปิดแผ่นซีดีให้ความรู้

3. สื่อประเภทเทคนิคและวิธีการ (Techniques and methods) หมายถึง สื่อที่มีลักษณะเป็นแนวความคิด หรือรูปแบบขั้นตอนในการเรียนการสอน โดยสามารถนำสื่อวัสดุ และอุปกรณ์มาช่วยในการสอนได้ เช่น การสาธิตการระบายอุจจาระและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย เป็นต้น

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ โปรแกรมการสอนผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล ที่มีการใช้สื่อการสอน ดังนี้

### 1. การใช้สื่อการสอนด้วยภาพพลิก

ภาพพลิก เป็นทัศนวัสดุที่เป็นชุดของภาพถ่าย ภาพวาด แผนภูมิ หรือกราฟ ซึ่งนำมารวมเข้าเป็นเรื่องราว ที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กันตั้งแต่ต้นจนจบ จำนวนประมาณ 10 -15 แผ่น เหมาะสำหรับการใช้ในการนำเสนอสื่อที่เป็นเรื่องเป็นราว มีการวิจัยที่ใช้ภาพพลิกเป็นสื่อการสอน จำนวน 1 เรื่อง

สมพร วรรณวงศ์ (2557) ทดสอบประสิทธิภาพของ โปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม ในกลุ่มผู้มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแลหลักที่มาตรวจตามแพทย์นัด ณ คลินิกศัลยกรรมหน่วยผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 30 ราย ประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลหลักก่อนสอน แล้วจึงให้การพยาบาลตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โปรแกรมการสอนประกอบด้วยคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แผ่นภาพแสดงภาวะแทรกซ้อน และภาพแสดงการดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แล้วทำการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลหลักซ้ำตามที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภาวะแทรกซ้อนลดลง เปรียบเทียบระหว่างก่อนใช้โปรแกรมและหลังใช้โปรแกรม โดยเฉพาะภาวะผิวหนังระคายเคืองลดลงจากร้อยละ 40 เหลือร้อยละ 13.33 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมในการส่งเสริมความสามารถการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่มีข้อจำกัดด้านความชัดเจนของภาพ เพราะภาพบางภาพไม่คมชัด บางภาพเป็นภาพ 2 มิติ ที่ไม่มีความคมชัดของระดับต่างมิติ เช่น ภาพระดับหน้าท้องไม่เรียบเสมอกัน ทำให้ผู้มีทวารเทียมมองเห็นไม่ชัดเจน และไม่เข้าใจว่าภาวะนี้อาจเป็นสาเหตุของการเกิดแผลบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมได้

### 2. การใช้สื่ออุปกรณ์จริง

การสอนด้วยการสาธิต เป็นการสอนที่ยึดผู้สอนเป็นศูนย์กลาง เพราะผู้สอนเป็นผู้วางแผน ดำเนินการ และลงมือปฏิบัติ ผู้เรียนอาจมีส่วนร่วมบ้างเล็กน้อย วิธีสอนแบบนี้จึงเหมาะสำหรับการสอนที่ต้องการให้ผู้เรียนเห็นขั้นตอนการปฏิบัติ (ทิสนา แคมมณี ,2557) มีข้อดี คือผู้เรียนได้ประสบการณ์ตรง ฝึกการสังเกต แต่ผู้สอนต้องแนะนำขั้นตอน อุปกรณ์ที่ใช้ในการสาธิตอย่างชัดเจน

เคราซ์ และคณะ(Krouse et al., 2016) ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีทวารเทียม ทั้งในระบบทางเดินอาหารและระบบปัสสาวะ ในมหาวิทยาลัย Tucson Alizona

จำนวน 38 คน เป็นการทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดซ้ำ 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 6 เดือน ใช้โปรแกรมการสอนที่สร้างจากทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีบทเรียนทั้งหมด 5 เรื่อง ดังนี้ 1) การดูแลตนเอง สอนการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายด้วยอุปกรณ์จริง และการดูแลในชีวิตประจำวัน 2) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การมีเพศสัมพันธ์ การเตรียมตัวเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน (เช่น อุทลุด) 3) การให้ข้อมูลกับคู่สมรส หรือบุคคลสำคัญของผู้มีทวารเทียม ให้ความรู้แบบเดียวกับผู้มีทวารเทียมเพื่อให้สนับสนุนผู้มีทวารเทียม 4) การให้ผู้มีทวารเทียมร่วมสนทนากันถึงการจัดการกับอาหาร การทำกิจกรรม ภาวะสุขภาพจิต การปรับทัศนคติ และการท่องเที่ยว และ 5) การทบทวนเกี่ยวกับการดูแลในชีวิตประจำวัน ผลกระทบด้านจิตใจ โดยบทเรียนที่ 1-2 เรียนพร้อมกันใน 1 วัน และบทเรียนที่ 3-5 จะสอนหลังจากบทเรียนที่ 1-2 ไปแล้ว 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองทันทีที่มีทวารเทียมมีคะแนนความสนใจ คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$  ส่วนคะแนนความพึงพอใจ คะแนนความวิตกกังวลและซึมเศร้า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p > .05$  และพบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน คะแนนความสนใจ คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง คะแนนความวิตกกังวลและซึมเศร้า คะแนนคุณภาพชีวิต และคะแนนความพึงพอใจหลังการทดลอง 6 เดือนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p > .05$  จัดว่าเป็นงานวิจัยที่วางแผนของโปรแกรมได้ครอบคลุมผู้มีทวารเทียมครบทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีข้อกำหนดของบทเรียนที่ต้องให้กับผู้มีทวารเทียม และมีการสนทนากันเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้มีทวารเทียมและครอบครัว แต่โปรแกรมมี 5 บทเรียน ใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ไม่มีการสาธิตกลับ ซึ่งเป็นการฝึกทักษะที่สำคัญในการดูแลทวารเทียม

### 3. การใช้สื่อวีดิทัศน์

สื่อวีดิทัศน์ เป็นสื่อการเรียนรู้อีกประเภทหนึ่งที่สามารถทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี การสอน โดยใช้วีดิทัศน์ที่มีคุณภาพนั้น ต้องสื่อความหมายหรือถ่ายทอดความรู้ต่างๆ ตามวัตถุประสงค์หลักที่ตั้งเอาไว้ และวีดิทัศน์เผยแพร่ผ่านทางอินเทอร์เน็ตยังทำให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างกว้างขวาง รวดเร็ว จากการทบทวนวรรณกรรม พบงานวิจัยที่ใช้สื่อวีดิทัศน์ จำนวน 4 เรื่อง ดังนี้

ศศิธร มงคลสวัสดิ์ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนผู้มีทวารเทียม เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จำนวน 15 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทวารเทียม (Colostomy) ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ใช้โปรแกรมการสอนผู้มีทวารเทียมโดยวีดิทัศน์แบ่งเป็น 4 ชุด คือ 1) เรื่องความรู้ทั่วไป

เกี่ยวกับทวารเทียม 2) เรื่องการทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย วิธีการใช้ และทำความสะอาดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย 3) เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในเรื่องการรับประทาน อาหาร การควบคุมการเกิดกลิ่นและก๊าซ การออกกำลังกายและการทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ และ 4) เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในเรื่อง การแต่งกาย การเดินทาง การป้องกันและแก้ไข ภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุเฉลี่ย 53 ปี ส่วนใหญ่ เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หลังได้รับ โปรแกรมการสอน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่ม มากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 4 ชุดความรู้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนด้วย วิดิทัศน์ ทำให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มมากขึ้น แต่เป็นการศึกษาที่ไม่มีกลุ่มควบคุม และไม่ได้วัดผลลัพธ์ ของโปรแกรมทางด้านทักษะ ซึ่งทักษะที่จำเป็นมากที่สุด สำหรับผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล ในช่วงจำหน่ายจากโรงพยาบาล คือ ทักษะวิธีการการระบายลมและอุจจาระ รวมถึงการเปลี่ยนถุง รองรับสิ่งขับถ่าย

ครอว์ฟ และคณะ (Crawford et al., 2012) ศึกษาการสอนในผู้มีทวารเทียมด้วย โปรแกรมการสอนด้วย Digital Video Disk (DVD) ร่วมกับการสอนด้วยพยาบาล 2 ครั้ง เปรียบเทียบ กับการสอนแบบปกติโดยพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้มีทวารเทียม 3 ครั้ง เป็นการทดลองแบบสุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดทวารเทียมในโรงพยาบาล 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ ในระดับภูมิภาคและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในมิดเวสต์ของสหรัฐอเมริกา จำนวนทั้งหมด 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มควบคุม 34 คน โดยใช้สื่อการสอนเป็น DVD เนื้อหาเกี่ยวกับการ เปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การระบายอุจจาระ การวัดขนาดของทวารเทียม และเทคนิคการใช้ ผลิตภัณฑ์ การเลือกรับประทานอาหาร และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ กลุ่มทดลองมีพยาบาล ทัวไปให้คำแนะนำ 2 ครั้ง ร่วมกับการดู DVD 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำจากพยาบาล เฉพาะทาง 3 ครั้ง วัดผลลัพธ์เป็นคะแนนความรู้ ความมั่นใจ และทักษะ ผลการทดลองพบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความรู้ ความมั่นใจ และทักษะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p > 0.05$  แสดงว่าสื่อ DVD สามารถนำมาสอนทางคลินิกโดยพยาบาลทัวไปได้ ทดแทนการสอนโดยพยาบาล เฉพาะทาง ช่วยลดภาระงาน ลดเวลาที่ใช้ในการสอนผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล

คัลฮา และคณะ (Culha, Kosgeroglu, Bolluk, 2016) ศึกษาผลของการสอนการดูแล ตนเองในผู้มีทวารเทียมเป็นรายบุคคลใช้สื่อวิดิทัศน์ในการสอนร่วมกับการถามตอบ เรื่อง ความหมายของทวารเทียม ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด การดูแลถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การดูแลทวารเทียม และผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีทวารเทียมรายใหม่ใน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยในประเทศตุรกี จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ

กลุ่มทดลอง กลุ่มละเท่ากัน ประเมินความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินตนเอง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการสอน และหลังการสอน 3 สัปดาห์ พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการสอน ไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองหลังการสอน 3 สัปดาห์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) งานวิจัยที่ใช้สื่อวีดิทัศน์ในผู้มีความรู้ทั้ง 3 เรื่อง แสดงให้เห็นว่า การใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน จะทำให้ผู้เรียนมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

ดาบาส และคณะ (Dabas, Sharma, Joshi, & Agarwala, 2016) ศึกษาถึงผลการสอนด้วยวีดิทัศน์ในผู้ดูแลเด็กที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศอินเดีย จำนวน 30 ราย เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดซ้ำ 3 ครั้ง คือ ก่อนการสอน หลังการสอนทันที และหลังการสอน 2 สัปดาห์ ประเมินความรู้ และ

ทักษะการดูแลทวารเทียมเป็นขั้นตอน 12 ข้อ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และทักษะหลังการสอนทันที และหลังการสอน 2 สัปดาห์ มีค่าสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะหลังการสอนทันที กับหลังการสอน 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แสดงให้เห็นว่าสื่อวีดิทัศน์ก็ช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมเพิ่มมากขึ้น

นอกจากกลุ่มผู้มีความรู้ยังมีงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ ซึ่งพบว่าสามารถเพิ่มความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคต่อกระฉก (พัชราภรณ์ วิริยะประสพโชค และศิลาปะ ไชยจันทร์, 2555; สุทธิญา นวลประสิทธิ์, พวงเพชร วุฒิพงศ์และกษิรา จันทรมณี, 2552) กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดโรคหัวใจ(สมจิตต์ จันทร์ภูถ และกรกฎ เจริญสุข, 2558) กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียม (อินทรีรา ไพนุพงษ์ และนริยพรรณ ขวัญใจ, 2554) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรับทราบความรู้เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า(บุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส, กาญจนา และคณะ, 2558) และกลุ่มสตรีหลังคลอด (มัทนา สังกวาลย์ และนิตยา โรจนนิรันดร์กิจ, 2558)

#### 4. การใช้สื่อมัลติมีเดีย

สื่อมัลติมีเดีย แปลว่า สื่อประสมหรือสื่อหลายแบบ ซึ่งหมายถึง การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อร่วมกันนำเสนอข้อมูล ประกอบด้วย ข้อความหรือตัวอักษร(Text) ภาพนิ่ง (Still Image) ภาพเคลื่อนไหว (Animation) เสียง (Sound) และภาพวิดีโอ (Video) นำมาผสมผสานเข้าด้วยกันเพื่อใช้สำหรับการปฏิสัมพันธ์หรือโต้ตอบ (Interaction) ระหว่างคอมพิวเตอร์กับผู้ใช้ซึ่งถือได้ว่าเป็นกิจกรรมที่ผู้ใช้สามารถเลือกกระทำต่อมัลติมีเดียได้ตามต้องการ แต่สื่อมัลติมีเดียมีค่าใช้จ่ายสูง จากการทบทวนวรรณกรรม พบงานวิจัยที่ใช้สื่อมัลติมีเดีย จำนวน 1 เรื่อง

โล และคณะ (Lo et al., 2011) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการศึกษาด้วยมัลติมีเดียในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีทวารเทียมรายใหม่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในไต้หวัน เป็นการทดลองแบบสุ่ม จำนวน 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ให้โปรแกรมการศึกษาด้วยมัลติมีเดีย ( $n = 46$ ) กับกลุ่มควบคุมที่ให้โปรแกรมการศึกษาแบบธรรมดา ( $n = 56$ ) โปรแกรมการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับทวารเทียม ทั้งในเรื่องกายวิภาค และพยาธิสรีระของทวารเทียม 2) ข้อมูลการดูแลทวารเทียม โดยใช้รูปภาพ และภาพยนตร์ในการเสริมสร้างความรู้ให้แก่ผู้มีทวารเทียมเป็นรายบุคคล โดยเริ่มโปรแกรมในช่วงหลังผ่าตัด 1 วัน และติดตามผลอีก 1 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ แบบประเมินทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบเรียงอันดับโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบเอง ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง คะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของทั้ง 2 กลุ่มดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  แสดงให้เห็นว่าการใช้สื่อผสมผสาน ในรูปแบบของภาพ และภาพเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น มีทัศนคติที่ดี ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น แต่เป็นสื่อที่มีต้นทุนการผลิตสูง

### สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การผ่าตัดเปิดทวารเทียมในผู้ป่วยแต่ละราย มีข้อบ่งชี้ที่แตกต่างกัน โดยพบว่าส่วนมากเกิดจากการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หลังการผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ในระยะหลังผ่าตัดขณะนอน โรงพยาบาลพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลทวารเทียม แต่เมื่อผู้มีทวารเทียมกลับเข้าสู่สังคม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสอนให้ผู้มีทวารเทียมสามารถพัฒนาความสามารถในดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเอง เพื่อสร้างเจตคติที่ดีต่อทวารเทียมนำไปสู่การปฏิบัติในการดูแลทวารเทียมที่ถูกต้อง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของทวารเทียม ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ความสำคัญของการดูแลทวารเทียม การระบายอุจจาระ การทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการใช้สื่อการสอนที่หลากหลาย เช่น การใช้แผ่นภาพ(สมพร วรรณวงศ์, 2557) การสอนด้วยการสาธิตจากสื่ออุปกรณ์จริง (Krouse et al., 2016) ซึ่งในการสอนโดยปกติ มีการสาธิต ประกอบคู่มือการดูแลทวารเทียมอยู่แล้ว แต่ยังพบปัญหาจำนวนพยาบาลออสมิและแผลมิไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้มีทวารเทียมที่เพิ่มมากขึ้น พยาบาลประจำหอผู้ป่วยต้องเป็นผู้สอนผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล บางครั้งพบปัญหาว่าพยาบาลจะสอนผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลในการเปลี่ยนถุง

รองรับสิ่งขับถ่ายวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลไม่ได้มีโอกาสสาธิตกลับ จาก การทบทวนวรรณกรรม พบว่า สื่อการสอนที่ทำให้ผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลเห็นภาพ จดจำง่าย และทดแทนพยาบาลออสโตมีและแผลได้ นั่นคือ การสอนด้วยวีดิทัศน์(ศศิธร มงคลสวัสดิ์, 2553; Crawford et al., 2012; Culha et al., 2016; Dabas et al., 2016) ซึ่งงานวิจัยในประเทศไทยมีการทดลอง ในกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม วัดซ้ำ ประเมินผลเพียงความรู้ ยังไม่มีงานวิจัยที่ประเมินด้านทักษะ และการ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จึงเป็นที่มาของงานวิจัย เพื่อตรวจสอบถึงผลของโปรแกรมการสอนด้วย วีดิทัศน์ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ เพื่อนำมาใช้ใน การดูแล และการวางแผนการจำหน่ายผู้มีทวารเทียมรายใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำรง ชีวิตประจำวัน เข้าสังคมได้อย่างมีคุณภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

### บทที่ 3

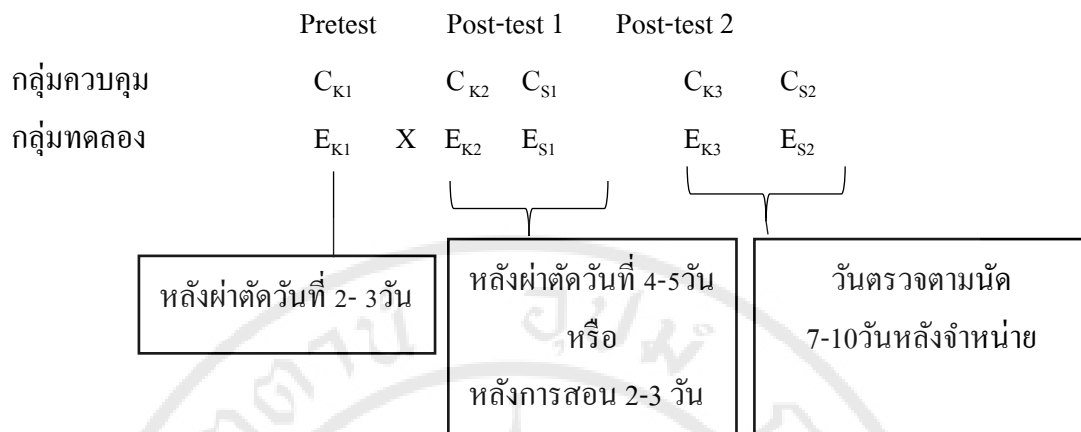
#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. สถานที่ดำเนินการวิจัย
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
5. การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการศึกษา
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล
7. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยออกแบบการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-posttest design with comparison group) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมวิดิทัศน์ช่วยสอนในญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมระหว่างกลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยโปรแกรมวิดิทัศน์ช่วยสอนร่วมกับการสอนแบบปกติ และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติอย่างเดียว มีรูปแบบการวิจัย ดังนี้



หมายเหตุ :

- X หมายถึง โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน
- $C_{K1}, E_{K1}$  หมายถึง การประเมินความรู้ก่อนการสอน (Pre-test) อยู่ในช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 2 – 3 ของกลุ่มควบคุม ( $C_{K1}$ ) และกลุ่มทดลอง ( $E_{K1}$ ) โดยใช้แบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม
- $C_{K2}, E_{K2}$  หมายถึง การประเมินความรู้หลังการสอนครั้งที่ 1 (Post-test 1) อยู่ในช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 4 – 5 หรือหลังการสอน 2 – 3 วัน ทั้งกลุ่มควบคุม ( $C_{K2}$ ) และกลุ่มทดลอง ( $E_{K2}$ ) โดยใช้แบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม
- $C_{K3}, E_{K3}$  หมายถึง การประเมินความรู้หลังการสอนครั้งที่ 2 (Post-test 2) เมื่อผู้มิทวารเทียมมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ทั้งกลุ่มควบคุม ( $C_{K3}$ ) และกลุ่มทดลอง ( $E_{K3}$ ) โดยใช้แบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม
- $C_{S1}, E_{S1}$  หมายถึง การประเมินทักษะหลังการสอนครั้งที่ 1 (Post-test 1) อยู่ในช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 4 – 5 หรือหลังการสอน 2 – 3 วัน ทั้งกลุ่มควบคุม ( $C_{S1}$ ) และกลุ่มทดลอง ( $E_{S1}$ ) โดยใช้แบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม
- $C_{S2}, E_{S2}$  หมายถึง การประเมินทักษะหลังการสอนครั้งที่ 2 (Post-test 2) เมื่อผู้มิทวารเทียมมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ทั้งกลุ่มควบคุม ( $C_{S2}$ ) และกลุ่มทดลอง ( $E_{S2}$ ) โดยใช้แบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรที่ศึกษา (population)** คือ ญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายใหม่

**กลุ่มตัวอย่าง (sample)** คือ ญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายใหม่ ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย โรงพยาบาลรามารัตนบุรี ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2560 ถึง เดือน เดือนธันวาคม 2560

### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นญาติของผู้มีทวารเทียมรายใหม่ และเป็นผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่
2. อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป หากมีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องผ่านการทดสอบด้วยแบบประเมินการรู้คิด ฉบับสั้น ของประคอง อินทรสมบัติ (2539)
3. ไม่เคยดูแลผู้ที่มีทวารเทียมมาก่อน
4. มีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในงานวิจัย

### เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. เปลี่ยนญาติผู้ดูแล
2. ผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ที่มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือมีการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ โดยใช้โปรแกรม G\* Power (พิศสมัย อรทัย และศรีสมร ภูมณสกุล, 2556) โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของศศิธร มงคลสวัสดิ์ (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียมโรงพยาบาลขอนแก่น ได้คำนวณอิทธิพลขนาดใหญ่ สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานทางเดียว (one-tailed test) ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05, ระดับอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 (large effect size) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 21 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 15 % เป็น

จำนวน 4 คนต่อกลุ่ม ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน

### สถานที่ดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษา ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยพิเศษที่รับผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม ทั้ง 3 อาคาร ได้แก่ อาคารหลัก อาคารศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์ และอาคารศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ ในโรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเหนือกว่าตติยภูมิ จำนวน 1387 เตียง มีศัลยแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทางเดินอาหาร จำนวน 6 คน

แผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ตั้งอยู่บริเวณอาคารศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ ชั้น 2 โซน D มีคลินิกในเวลาและคลินิกนอกเวลา เปิดบริการคลินิกในเวลาทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 7 – 15 น. ส่วนคลินิกนอกเวลาเปิดบริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 16 – 20 น. และวันเสาร์ เวลา 9 – 12 น. มีคลินิกออสโตมีและแผลเรื้อรัง เปิดให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน คือ วันอังคาร และวันพฤหัสบดี ช่วงเวลา 9 – 12 น. โดยบริการประเมินแผล ประเมินปัญหาการดูแลทวารเทียม เสริมทักษะเพิ่มเติมในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม และให้คำปรึกษาในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัว

หอผู้ป่วยสามัญอาคารหลัก ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย รับผู้ป่วยศัลยกรรม 41 เตียง เป็นเตียงศัลยศาสตร์ทั่วไป 13 เตียง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง รับผู้ป่วยศัลยกรรม 38 เตียง เป็นเตียงศัลยศาสตร์ทั่วไป 8 เตียง เวลาที่อนุญาตให้เข้าเยี่ยม คือ เวลา 11 – 13.30 น. และ เวลา 15 – 20 น. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในเรื่องการระบายอุจจาระ และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และพยาบาลออสโตมีหรือบางครั้งพยาบาลประจำออร์คสอนการดูแลทวารเทียมให้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยสอนสาธิตและฝึกทักษะ ในเรื่องการระบายอุจจาระ และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย เมื่อผู้ป่วยใกล้จำหน่ายกลับบ้าน

หอผู้ป่วยพิเศษที่รับผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม ทั้ง 3 อาคาร ได้แก่ 1) อาคารหลัก คือ หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม มีจำนวน 15 เตียง เป็นเตียง ศัลยศาสตร์ทั่วไป 1 เตียง 2) อาคารศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์ มีหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม ได้แก่ หอผู้ป่วย 8NK1, 8NK2, 9NK1, 9NK2, 9NK3

รวมจำนวนเตียงทั้งหมด 47 เตียง และ 3) อาคารศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ มีหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม ได้แก่ หอผู้ป่วย 64, 72, 73 และ 74 รวมจำนวนเตียงทั้งหมด 64 เตียง มีญาติเฝ้า 1 คน ตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลประจำหอผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในเรื่องการระบายอุจจาระ และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย พยาบาลออสโตมีหรือบางครั้ง พยาบาลประจำวอร์ดสอนการดูแลทวารเทียมให้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยส่วนมากนัดหมายญาติสอนและสาธิต หลังผ่าตัดวันที่ 2 – 3 และฝึกปฏิบัติการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายหลังผ่าตัดวันที่ 4 – 5 บางรายสอน สาธิตและฝึกทักษะ ในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และ 3) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมิน ภาวะการรู้คิดฉบับสั้น (a short portable mental status questionnaire: SPMSQ) สร้างขึ้นโดยไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) แปลเป็นภาษาไทยโดย ประครอง อินทรสมบัติ (2539) ซึ่งเป็น แบบสอบถามที่ประเมินผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรู้คิด โดย นำมาคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษานี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการรู้คิดจากพยาธิสภาพของสมองได้ แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการรู้คิด วัน เวลา สถานที่ สิ่งรอบตัวของบุคคล มีข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ คือผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับประถมศึกษาได้ 7 คะแนนขึ้นไป มัธยมศึกษา 8 คะแนนขึ้นไป และสูงกว่ามัธยมศึกษา 9 คะแนนขึ้นไป (Pfeiffer, 1975)

2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน 2) เครื่องเล่นวีดิทัศน์ แบบมีหน้าจอฉาย และ 3) อุปกรณ์ในการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย

2.1 โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ประกอบด้วย 1) วีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาความรู้ทั่วไปของทวารเทียม การสาธิตการระบายอุจจาระและสิ่งขับถ่าย ขั้นตอนการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย 2) การฝึกทักษะการดูแลทวารเทียม ได้แก่ การระบายอุจจาระ การล้างถุง และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย โดยมีพยาบาลออสโตมีและแผล

คอยให้คำแนะนำเพิ่มเติม และ3) การให้ข้อมูลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด โดยพยาบาลออสโตมีและแผล ประยুক্তจากคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้มีทวารเทียม/ออสโตเมท เพื่อข้บถ่ายอุจจาระ ของคลินิกออสโตมี โรงพยาบาลรามาธิบดี และศึกษาจากทฤษฎีงานวิจัย บทความและเอกสารที่เกี่ยวข้อง (จุฬาร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558; ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์, 2553; Engelke, 2015; Gutman, 2011; Prinz, et al., 2015) รวมทั้งประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม โดยมีขั้นตอนการสร้างสื่อวิทัศน์ ดังนี้

1) ศึกษาเกี่ยวกับการผ่าตัดทวารเทียม การปฏิบัติตนในการดูแลทวารเทียม ขั้นตอนการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งข้บถ่าย การระบายอุจจาระ และการล้างถุงรองรับสิ่งข้บถ่าย จากตำรา เอกสาร และงานวิจัย เพื่อเตรียมเนื้อหาของข้อมูล

2) กำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้เกิดแก่ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียม เพื่อให้มีความรู้ และทักษะการดูแลทวารเทียม เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการสอนด้วยวิทัศน์

3) กำหนดเรื่อง และวางโครงเรื่องของโปรแกรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย เนื้อหาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทวารเทียม สาธิตการระบายลมและสิ่งข้บถ่าย ขั้นตอนการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งข้บถ่าย และชนิดของถุงรองรับสิ่งข้บถ่าย

4) เขียนสคริปต์วิทัศน์การให้ความรู้ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียม โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับทวารเทียม สาธิตการระบายลมและสิ่งข้บถ่าย ขั้นตอนการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งข้บถ่าย และชนิดของถุงรองรับสิ่งข้บถ่าย

5) นำสคริปต์วิทัศน์ที่จัดทำขึ้นไปตรวจสอบความตรง ความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำ

6) จัดทำวิทัศน์ บันทึกภาพโดยหน่วยโสตทัศนศึกษา โรงพยาบาลรามาธิบดี

### การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการใช้สื่อวิทัศน์ช่วยสอนไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้มีทวารเทียม 1 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชายมีประสบการณ์การดูแลผู้มีทวารเทียม 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้มีทวารเทียม 1 ท่าน (ภาคผนวก ข) เพื่อตรวจสอบความตรง และความถูกต้องของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2.2 เครื่องเล่นแผ่นวิทัศน์ แบบมีหน้าจอฉาย มีขนาดหน้าจอบริเวณ 9 นิ้ว มีความคมชัดของภาพ

**2.3 อุปกรณ์ในการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย** ได้แก่ ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายชิ้นใหม่พร้อมตัวหนีบ หรือ ยางรัด กรรไกร ถุงใส่ขยะ พลาสติก ปากกาเมจิก สำลี เช็ดทำความสะอาด น้ำประปา แผ่นวัดขนาด หรือ แผ่นพลาสติกใสลอกลาย

**3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล 2) แบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม และ 3) แบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม

**3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล** ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือส่วนแรก ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา และข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนที่สอง ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด วันที่ได้รับการผ่าตัด ประวัติการผ่าตัดในอดีต ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อความ

**3.2 แบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม** ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นข้อคำถามความรู้จำนวน 30 ข้อ แต่ละข้อให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และ ไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 30 คะแนน คะแนนยิ่งสูง แสดงว่าญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมมีความรู้การดูแลทวารเทียมมาก

**การตรวจคุณภาพเครื่องมือ**

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรง โดยนำแบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านออสโตมีและแผล และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้มีทวารเทียม จากนั้นตรวจสอบแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา Content Validity Index: CVI เท่ากับ 1

ผู้วิจัยนำไปทดสอบความเที่ยงก่อนการวิจัย โดยการนำแบบประเมินไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร KR 20 ได้ค่าเท่ากับ .77 หลังสิ้นสุดการวิจัยหาค่าความเที่ยงจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ค่า KR20 ได้เท่ากับ .69

**3.3 แบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม** ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบประเมินความถูกต้องของขั้นตอนในการระบายอุจจาระ การล้างถุงรองรับสิ่งขับถ่ายและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายมี 15 รายข้อ ขั้นตอน แบ่งเป็นการระบายอุจจาระและการล้างถุงรองรับสิ่ง

จับถ่าย 5 ชั้นตอน และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งจับถ่าย 10 ชั้นตอน โดยต้องทำชั้นตอนในข้อที่ 9 ถึง 13 ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญได้ถูกต้อง จึงถือว่าผ่าน เกณฑ์การให้คะแนน คือ ทำได้ดี ให้ 2 คะแนน ทำได้ให้ 1 คะแนน ทำไม่ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5 – 30 คะแนน คะแนนยิ่งสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีทักษะการระบายอุจจาระและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งจับถ่ายมาก

### การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรง โดยนำแบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านออสโตมิและแผล และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้มีทวารเทียม จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหา Content Validity Index: CVI ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1

ผู้วิจัยนำไปทดสอบความเที่ยงของการสังเกต (Interrater reliability) โดยการชี้แจงผู้ช่วยวิจัย 2 คน ให้ทราบถึงวิธีการประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม จากนั้นนำเครื่องมือการประเมินทักษะการดูแลทวารเทียมมาประเมินญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียม จำนวน 5 คน จนได้ค่า kappa coefficient เท่ากับ 1

### การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 2 คน เป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมออสโตมิและแผล มีประสบการณ์การดูแลผู้มีทวารเทียมตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป มีความสมัครใจที่จะเป็นผู้ช่วยวิจัย โดยมีขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการปฏิบัติ ผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ในการประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำความเข้าใจในการใช้แบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม และนำแบบประเมินให้ผู้ช่วยวิจัยไปทดลองใช้ประเมินกับญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียม 5 ราย เพื่อฝึกทักษะในการใช้แบบประเมินก่อนเก็บข้อมูลจริง

### การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอ

ความอนุเคราะห์ในการพิจารณา ด้านจริยธรรมของ โครงการวิจัย เมื่อผ่านการพิจารณาของ คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว เมื่อผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์สอบถามความสมัครใจใน การเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ให้เซ็นตั้งลงนามในใบยินยอมเข้าร่วม การวิจัย เมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ ตลอดเวลา และสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ แก่ผู้วิจัย และไม่มีการรักษาพยาบาลแก่ผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยใน ครั้งนี้ถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่างในแบบบันทึกข้อมูล และ ในการสืบค้นชื่อรหัสประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง และสัญญาที่จะไม่นำข้อมูลไปทำประโยชน์ที่อื่นที่ นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ ที่ได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลาใน การเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 จนถึงเดือนพฤศจิกายน 2560 มีขั้นตอนในการ เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ดำเนินการขอหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ในฐานะนักศึกษาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวของคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล
3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยพิเศษที่รับผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม ทั้ง 3 อาคาร ได้แก่ อาคารหลัก อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ และอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย การศึกษาประวัติของผู้ป่วยและดำเนินการวิจัย
4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ช่วยแจ้งกรณี ที่ผู้ป่วยมานอน โรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จากนั้นผู้วิจัยพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมราย ใหม่ เพื่อคัดเลือญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ และขั้นตอน การทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย
5. เมื่อญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิของผู้ เข้าร่วมวิจัยในการเข้าร่วมวิจัยหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและ

นำเสนอในภาพรวม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อในใบยินยอม จากนั้นจึงเริ่มการวิจัย โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบจำนวน 25 ราย แล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย

### 1. ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

#### กลุ่มควบคุม

- หลังผ่าตัดวันที่ 2 – 3 (ก่อนการสอน) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นพยาบาลที่ผ่านการอบรมออสโตมีสอนและสาธิตการดูแลทวารเทียมและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายใช้เวลาในการสอนประมาณ 20 นาที และแจ้งนัดหมายในวันถัดไป

- หลังผ่าตัดวันที่ 4 – 5 (หลังการสอน) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นให้ฝึกทักษะการระบายอุจจาระ และเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผู้ช่วยวิจัยเป็นคนสังเกตและประเมินการปฏิบัติ ตามแบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม หากกลุ่มตัวอย่างทำไม่ถูกต้องในข้อสำคัญ จะได้รับการสอนซ้ำจนทำได้ถูกต้อง

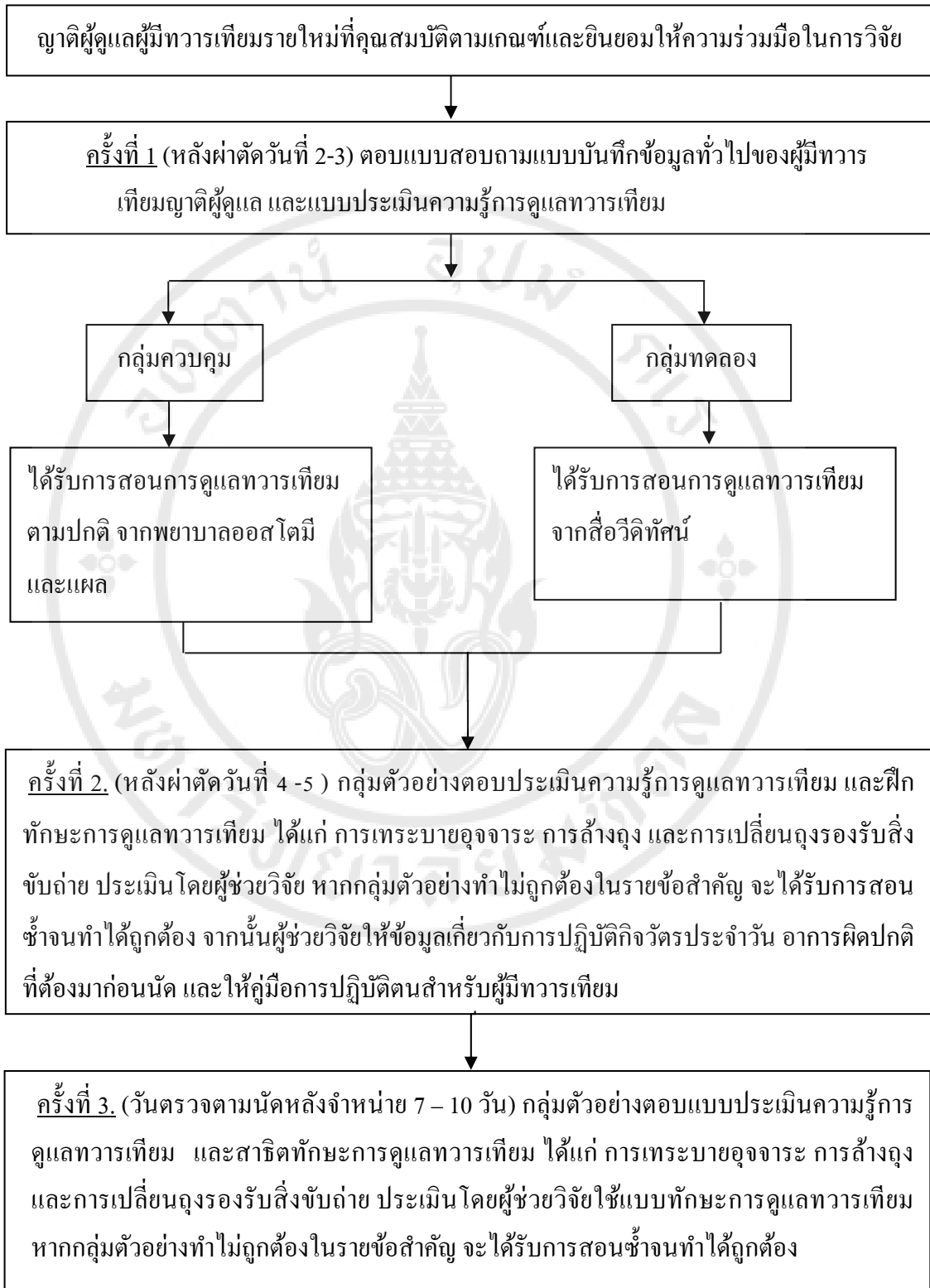
- ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยนัดหมายพบผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลในวันมาตรวจตามนัด ที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก

- ในวันมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน (หลังจำหน่าย) เมื่อผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลมาตรวจตามนัด ใช้เวลาระหว่างรอแพทย์เรียกตรวจ ให้ผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลเข้าห้องหัตถการ 15/1 หรือ 15/2 แผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ชั้น 2 อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โดยให้ญาติผู้ดูแลตอบแบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นให้สาธิตการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายด้วยตนเอง ผู้ช่วยวิจัยเป็นคนสังเกตและประเมินการปฏิบัติ ตามแบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม หากกลุ่มตัวอย่างทำไม่ถูกต้องในรายข้อสำคัญ จะได้รับการสอนซ้ำจนทำได้ถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### กลุ่มทดลอง

- หลังผ่าตัดวันที่ 2 – 3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างชมวีดิทัศน์การดูแลทวารเทียม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และแจ้งนัดหมายในวันถัดไป

- ปฏิบัติเหมือนกลุ่มควบคุม



Copyright by Mahidol University

ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS statistics V21 โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแล ใช้สถิติบรรยาย โดยคำนวณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ก่อนการสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วันภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Two-way repeated measure ANOVA หากผลการทดสอบความแปรปรวนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงนำมาเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple comparison test) หากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็น โค้งปกติ ใช้สถิติ Friedman Two – way ANOVA และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้รายคู่ด้วยสถิติ Mann Whitney U Test
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมหลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ของแต่ละกลุ่มด้วยสถิติ Paired simple t-test หากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็น โค้งปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs Test
5. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test หากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็น โค้งปกติ ใช้สถิติ Mann Whitney U Test

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ในโรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 จำนวนทั้งหมด 52 ราย ในระยะติดตามผลมีการเปลี่ยนญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองจำนวน 2 ราย จึงมีญาติผู้ดูแลคงเหลือในการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล และผู้มีทวารเทียมรายใหม่ แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปญาติผู้ดูแล และผู้มีทวารเทียมรายใหม่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่หลังได้รับ โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ร่วมกับการสอนแบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลทวารเทียมสูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติ

ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่หลังได้รับ โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ร่วมกับการสอนแบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลทวารเทียมสูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติ

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารเทียมรายใหม่ และญาติผู้ดูแล

### ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ตั้งแต่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล จนจำหน่ายกลับบ้าน ไปอยู่ที่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย

ญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม มีอายุตั้งแต่ 19 ปี จนถึง 74 ปี อายุเฉลี่ย 47 ปี (SD = 11.84) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นบุตรของผู้มีทวารเทียม นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ เป็นสมาชิกในครอบครัว จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพ โดยมีรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า 15,000 บาท ถึง 30,000 บาท รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.1

ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง มีอายุตั้งแต่ 21 ปี จนถึง 68 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี (SD = 13.51) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นบุตรของผู้มีทวารเทียม นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ เป็นสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษาจบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพ โดยมีรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า 15,000 บาท ถึง 30,000 บาท รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.1

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยทดสอบการกระจายของอายุญาติผู้ดูแลด้วยสถิติ Shapiro-wilk พบว่าข้อมูลด้านอายุมีการกระจายแบบปกติ (ภาคผนวก ง) เมื่อเปรียบเทียบอายุของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยสถิติ Independent t-test พบว่าตัวแปรดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) สำหรับข้อมูลเพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพในครอบครัว รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และความสัมพันธ์กับผู้มีทวารเทียม ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.1

**ตารางที่ 4.1** เปรียบเทียบข้อมูลส่วนทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ในกลุ่มควบคุม (n = 25 คน) และกลุ่มทดลอง (n = 25 คน)

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)		
<b>อายุปี</b> Means(SD) กลุ่มควบคุม 47.08(11.84) กลุ่มทดลอง 45.48(13.51)					.45 <sup>t</sup>	.14
น้อยกว่า 40 ปี	7	28	9	36		
40 – 60 ปี	16	64	12	48		
มากกว่า 60 ปี	2	8	4	16		
<b>เพศ</b>					1.05	.31
ชาย	7	28	4	16		
หญิง	18	72	21	84		
<b>ศาสนา</b>						1.00 <sup>F</sup>
พุทธ	22	88	22	88		
อื่นๆ	3	12	3	12		
<b>สถานภาพสมรส</b>					.33	.57
โสด/หย่าร้าง	9	36	11	44		
คู่	16	64	14	56		
<b>ระดับการศึกษา</b>					.74	.39
ต่ำกว่าปริญญาตรี	12	48	9	36		
ปริญญาตรีขึ้นไป	13	52	16	64		
<b>อาชีพ</b>					.37	.54
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	28	9	36		
ประกอบอาชีพ	18	72	16	64		
<b>สถานภาพในครอบครัว</b>					.37	.54
หัวหน้าครอบครัว	9	36	7	28		
สมาชิกในครอบครัว	16	64	18	72		

t=ใช้ค่าสถิติ Independent t-test, ที่ไม่ระบุใช้ค่าสถิติ  $\chi^2$ , F = Fisher's Exact test

**ตารางที่ 4.1** เปรียบเทียบข้อมูลส่วนทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ในกลุ่มควบคุม (n = 25 คน) และกลุ่มทดลอง (n = 25 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
รายได้ของครอบครัว/เดือน					.75	.68
< 15,000 บาท - 30,000 บาท	12	48	15	60		
30,000 – 50,000 บาท	6	24	5	20		
50,000 บาทขึ้นไป	7	28	5	20		
ความสัมพันธ์กับผู้ที่มีทวารเทียม					1.27	.53
สามี/ภรรยา	8	32	10	40		
บุตร	11	44	13	52		
อื่นๆ	6	24	2	8		

t= ใช้ค่าสถิติ Independent t-test, ที่ไม่ระบุใช้ค่าสถิติ  $\chi^2$ , F = Fisher's Exact test

### ผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่

ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายใหม่ ทั้งหมดจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย

ผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ในกลุ่มควบคุม มีอายุตั้งแต่ 32 – 87 ปี อายุเฉลี่ย 60 ปี (SD = 14.55) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ สิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเบิกต้นสังกัด ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ตรง และผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่เป็นทวารเทียม รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.2

ผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ในกลุ่มทดลอง มีอายุตั้งแต่ 33 – 87 ปี อายุเฉลี่ย 65 ปี (SD = 13.16) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ สิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเบิกต้นสังกัด เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคมะเร็งลำไส้ตรงจำนวนเท่าๆกัน ส่วนใหญ่ผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่เป็นทวารเทียมรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.2

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในด้านอายุทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของอายุผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ด้วยสถิติ Shapiro-wilk พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (ภาคผนวก ง) เมื่อเปรียบเทียบอายุของผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ

Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) เมื่อเปรียบเทียบ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค และตำแหน่งลำไส้ที่เปิดทวารเทียม ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) รายละเอียดคั่งแสดงในตารางที่ 4.2

**ตารางที่ 4.2** เปรียบเทียบข้อมูลส่วนทั่วไปของผู้มีทวารเทียมรายใหม่ในกลุ่มควบคุม ( $n = 25$  คน) และกลุ่มทดลอง ( $n = 25$  คน)

ข้อมูลทั่วไปของ ผู้มีทวารเทียมรายใหม่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
อายุปี Means(SD) กลุ่มควบคุม 60.52(14.55) กลุ่มทดลอง 64.76(13.16)					1.08 <sup>t</sup>	.58
น้อยกว่า 40 ปี	3	12	1	4		
40 – 60 ปี	8	32	8	32		
มากกว่า 60 ปี	14	56	16	64		
<b>เพศ</b>					0.08	.77
ชาย	15	60	14	56		
หญิง	10	40	11	44		
<b>ศาสนา</b>						1.00 <sup>F</sup>
พุทธ	23	92	23	92		
อื่นๆ	2	8	2	8		
<b>สถานภาพสมรส</b>					1.59	.21
โสด/หย่าร้าง	9	36	5	20		
คู่	16	64	20	80		
<b>สิทธิการรักษา</b>					0.33	.57
ต้นสังกัด	13	52	15	60		
สิทธิ์อื่นๆ	12	48	10	40		
<b>การวินิจฉัยโรค</b>					1.74	.42
มะเร็งลำไส้ใหญ่	6	24	10	40		
มะเร็งลำไส้ตรง	11	44	10	40		
อื่นๆ	8	32	5	20		
<b>ลำไส้ที่เปิดทวารเทียม</b>					1.33	.29
ลำไส้เล็ก	12	48	8	32		
ลำไส้ใหญ่	13	52	17	68		

t=ใช้ค่าสถิติ Independent t-test, ที่ไม่ระบุใช้ค่าสถิติ  $\chi^2$ , F = Fisher's Exact test

## ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยออกแบบการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-posttest design with comparison group) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมวิดีโอทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียม ในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่

ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติทดสอบสมมติฐาน ด้วยการทดสอบการแจกแจงคะแนนความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียม ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Shapiro-wilk พบว่า มีการแจกแจงที่เป็นแบบปกติ (ภาคผนวก ง) จึงเลือกใช้สถิติอ้างอิงชนิดพารามตริกในการทดสอบ

### สมมติฐานการวิจัยที่ 1

ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ที่ได้รับ โปรแกรมการใช้สื่อวิดีโอทัศน์ช่วยสอนร่วมกับการสอนแบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลทวารเทียมสูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติ

ในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วันเท่ากับ 12, 21.40 และ 21.72 ส่วนญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วันเท่ากับ 11.68, 21.96 และ 21.92 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมก่อนการสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA แบบ Two-factor repeated measure design with repeated measure on one factor เนื่องจากมีผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงข้อตกลงเบื้องต้นว่า ความแปรปรวนของตัวแปรความรู้และความแปรปรวนร่วมในแต่ละกลุ่มมีค่าเท่ากัน (Homogeneity of variance) และความสัมพันธ์ของตัวแปรตามแต่ละคู่ที่วัดซ้ำไม่แตกต่างกัน (Equality of Covariance Matrices) (ภาคผนวก จ)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียม ก่อนการสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน ( $F_{1,48} = .068$  ;  $p = .796$ ) แต่ละกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลัง

จำหน่าย 7 – 10 วันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ( $F_{2,96}=204.007$ ;  $p = .000$ ) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและช่วงเวลาที่วัด ไม่มีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{2,96} = .305$  ;  $p = .738$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

เนื่องจากในช่วงเวลาที่วัดก่อนการสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัด หลังจำหน่าย 7 – 10 วัน มีอย่างน้อย 1 คู่ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมแตกต่างกัน จึงทำการเปรียบเทียบพหุคูณของแต่ละกลุ่ม ด้วยสถิติ Bonferroni correction พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอนและหลังการสอน 2 – 3 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอนและวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมหลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) (กลุ่มควบคุม แสดงในตารางที่ 4.5 กลุ่มทดลองแสดงในตารางที่ 4.6)

**ตารางที่ 4.3** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ของกลุ่มควบคุม (n=25) และกลุ่มทดลอง (n=25)

คะแนนความรู้ การดูแลทวารเทียม	กลุ่มตัวอย่าง					
	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	Min-Max	Mean	SD	Min-Max	Mean	SD
ก่อนการสอน	4-21	12.00	4.45	6-20	11.68	4.35
หลังการสอน 2 – 3 วัน	16-24	21.24	2.19	17-25	21.96	2.03
วันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน	17-25	21.72	2.37	18-25	21.92	2.04

**ตารางที่ 4.4** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแล  
ทวารเทียมก่อนการสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 –  
10 วัน ระหว่างกลุ่มควบคุม (n=25) และกลุ่มทดลอง (n=25)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>					
กลุ่ม	.807	1	.807	.068	.796
ความคลาดเคลื่อน	572.933	48	11.936		
<b>ภายในกลุ่ม</b>					
เวลา	3274.093	2	1637.047	204.007	.000
ปฏิสัมพันธ์ กลุ่ม*เวลา	4.893	2	2.447	.305	.738
ความคลาดเคลื่อน	770.347	96	8.024		

**ตารางที่ 4.5** แสดงผลการเปรียบเทียบพหุคูณค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอน  
หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ในกลุ่มควบคุม

ช่วงเวลา (Mean)	ก่อนการสอน (12)	หลังการสอน 2-3 วัน (21.24)	วันตรวจตามนัดหลัง จำหน่าย 7 – 10 วัน (21.72)
หลังการสอน 2-3 วัน (21.24)		9.24*	
วันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน (21.72)		9.72*	.48

\*p<.05 Bonferroni

**ตารางที่ 4.6** แสดงผลการเปรียบเทียบพหุคูณค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอน หลังการสอน 2–3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7–10 วันในกลุ่มทดลอง

ช่วงเวลา (Mean)	ก่อนการสอน (11.68)	หลังการสอน 2-3 วัน (21.96)	วันตรวจตามนัดหลัง จำหน่าย 7–10 วัน (21.92)
หลังการสอน 2-3 วัน (21.96)	10.28*		
วันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7–10 วัน (21.92)	10.24*	.04	

\* $p < .05$  Bonferroni

## สมมติฐานการวิจัยที่ 2

ญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่หลังได้รับ โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ร่วมกับการสอนแบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลทวารเทียมสูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียม รายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Pair t-test ระหว่างหลังการสอน 2–3 วัน และวันตรวจ ตามนัดหลังจำหน่าย 7–10 วัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงใน ตารางที่ 4.7 และเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวาร เทียมระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.8

เมื่อวิเคราะห์ทักษะการดูแลทวารเทียมเพิ่มเติมด้านการระบายอุจจาระ และการ เปลี่ยนอุจจาระรับสิ่งขับถ่าย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านการระบายอุจจาระของกลุ่มทดลองสูง กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ในช่วงหลังการสอน 2–3 วัน สำหรับคะแนน ทักษะด้านการเปลี่ยนอุจจาระรับสิ่งขับถ่ายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ( $p < .05$ ) ในวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7–10 วัน ดังแสดงในตารางที่ 4.9

**ตารางที่ 4.7** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมในกลุ่มควบคุม (n=25) และในกลุ่มทดลอง (n=25) ระหว่างหลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนทักษะการดูแลทวารเทียม				t	p-value
	หลังการสอน 2 – 3 วัน		วันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน			
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มควบคุม	18.88	3.80	24.92	3.29	7.521	.00
กลุ่มทดลอง	20.92	2.96	26.84	2.23	11.329	.00

**ตารางที่ 4.8** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมหลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ระหว่างกลุ่มควบคุม (n=25) และกลุ่มทดลอง (n=25)

คะแนนทักษะการดูแลทวารเทียม	กลุ่มตัวอย่าง				t	p-value
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
	Mean	SD	Mean	SD		
หลังการสอน 2 – 3 วัน	18.88	3.80	20.92	2.96	2.118	.04
วันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน	24.92	3.29	26.84	2.23	2.415	.02

**ตารางที่ 4.9** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมแบ่งเป็นทักษะการระบายอุจจาระ และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ระหว่างกลุ่มควบคุม (n=25) และกลุ่มทดลอง (n=25)

คะแนนทักษะ การดูแลทวารเทียม	กลุ่มตัวอย่าง				t	p-value
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
	Mean	SD	Mean	SD		
<b>หลังการสอน 2 – 3 วัน</b>						
การระบายอุจจาระ	5.84	1.65	7.32	1.74	3.07	.00
การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย	13.04	2.62	13.60	1.91	.86	.39
คะแนนรายชื่อที่ 9 – 13 (ทักษะสำคัญ)	6.28	1.21	6.36	1.22	.23	.82
<b>วันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน</b>						
การระบายอุจจาระ	9.00	1.29	9.48	1.05	1.45	.15
การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย	15.92	2.34	17.36	1.77	2.49	.02
คะแนนรายชื่อที่ 9 – 13 (ทักษะสำคัญ)	8.08	1.32	9.08	1.12	2.89	.01

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมของผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ในวันที่มาตรวจตามนัด พบว่ากลุ่มควบคุมมีภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมมากกว่ากลุ่มทดลอง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4.10

**ตารางที่ 4.10** จำนวน ร้อยละ ของภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมของผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ในวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 - 10 วัน ระหว่างกลุ่มควบคุม (n=25) และกลุ่มทดลอง (n=25)

ภาวะแทรกซ้อน ผิวหนังรอบทวารเทียม	กลุ่มตัวอย่าง				$\chi^2$	p-value
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่เกิด	15	60	19	76	1.47	.36
เกิด	10	40	6	24		
แผลตื้น (erosive)	8		6			
เป็นแผล (ulcerative)	2		0			

## บทที่ 5

### อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาศึกษาผลของโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียม ในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ โรงพยาบาลรามาธิบดีใน บทนี้เป็นการอภิปรายผลการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และผลการทดสอบสมมติฐาน การวิจัย ดังนี้

#### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

##### ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เนื่องจากเพศหญิง สังคมไทย เป็นเพศที่ต้องรับผิดชอบงานบ้านและการดูแลบุคคลในครอบครัว ทั้งในภาวะสุขภาพดี และเมื่อมีปัญหาสุขภาพ และส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องผลการสำรวจสำมะโน ประชากรพบว่าประชากรในประเทศไทยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Middle adulthood) เป็นวัยที่มีความคิดเป็นเหตุผล และ มีความรับผิดชอบมีหน้าที่ความรับผิดชอบสูง ทั้งในหน้าที่การงาน การหาเลี้ยงครอบครัว การดูแล คนในครอบครัว และบทบาทหน้าที่ทางสังคม (วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา, 2555; สุกญา บุศนรากร, 2551) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมใน ประเทศอิตาลี ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 78.86) มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (55 ปี) และร้อยละ 74.80 มีสถานภาพสมรสคู่ (Palma, et al., 2012) และการศึกษาการจัดการด้านสุขภาพ ความต้องการและความสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ที่มีทวารเทียมใน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 70) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67) และมีอายุเฉลี่ยในช่วง 45 – 70 ปี (McMullen, 2014)

ส่วนใหญ่เป็นภรรยา และบุตรของผู้มีทวารเทียม เป็นสมาชิกในครอบครัว อาจ เนื่องจากในสังคมไทยเป็นลักษณะของการพึ่งพาคนในครอบครัวทั้งสามมี ภรรยา และบุตร เมื่อ

บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย จึงเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวที่ต้องให้การดูแลตามบรรทัดฐานของสังคมไทย (Donprapeng, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม (2546) ได้สำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรและพี่น้องของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 92.5) และสอดคล้องกับแนวคิดของโอริเอมว่า ครอบครัว คือ ปัจจัยพื้นฐาน เป็นหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา และเป็นหน่วยผู้รับบริการ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544 หน้า 225) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ เป็นศาสนาประจำชาติของประเทศไทยที่สอนให้ตอบแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณและบุคลากร จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของประเทศ ที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีการศึกษาขั้นบังคับที่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สอดคล้องกับค่านิยมทางสังคมที่ต้องจบการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป เพื่อให้มีอาชีพที่ดี ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 30,000 บาท ซึ่งเป็นช่วงรายได้ของการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป

#### ผู้มีทวารเทียมรายใหม่

ผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการสอนในกลุ่มผู้มีทวารเทียมในประเทศได้พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (56.9%) อายุเฉลี่ย 60.94 ปี (SD=16.58) (Lo et al., 2011) และสอดคล้องกับผู้มีทวารเทียมในสหรัฐอเมริกาที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (73.7%) อายุเฉลี่ย 71.3 ปี (SD=7.4) (Krouse et al., 2016) ผู้มีทวารเทียมรายใหม่ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สอดคล้องกับผู้มีทวารเทียมในสหรัฐอเมริกาที่ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Krouse et al., 2016) และสอดคล้องกับผู้มีทวารเทียมในประเทศไทยที่ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (สมพร วรรณวงศ์, 2557) ซึ่งตรงกับข้อมูลของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทั้งในและต่างประเทศ พบมากในเพศชาย อายุมากกว่า 50 ปี (วิษณุ ปานจันทร์ และคณะ, 2558; American cancer society, 2017) และโดยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่เป็นทวารเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร วรรณวงศ์ (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ โปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้มีทวารเทียม พบว่าผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่เป็นทวารเทียมมากถึงร้อยละ 73.33

## ผลการทดสอบสมมติฐาน

### สมมติฐานการวิจัยที่ 1

ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่หลังได้รับโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ร่วมกับการสอนแบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลทวารเทียมสูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียม รายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ที่ได้รับโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ ช่วยสอน และที่ได้รับการสอนแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่า การสอนด้วยพยาบาล ตามปกติ และการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่มีความรู้การดูแล ทวารเทียมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของครอว์ฟ และคณะ (Crawford et al., 2012) ที่ ศึกษาเปรียบเทียบการสอนในผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ที่มีคุณลักษณะไม่แตกต่างกัน ด้วยโปรแกรม การสอนด้วย DVD ร่วมกับการสอนด้วยพยาบาล 2 ครั้งกับการสอนแบบปกติโดยพยาบาลเฉพาะ ทางการดูแลผู้มีทวารเทียม ที่พบว่าคะแนนความรู้หลังการสอนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่ แยกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p > .05$  เนื่องจากการให้ความรู้เป็นวิธีการให้ความรู้ที่มี ระบบทั้งพยาบาลเฉพาะทางออสโตมิ และสื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ญาติผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีความสนใจ ใส่ใจในการเรียนรู้เกี่ยวกับทวารเทียมและการดูแล เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลผู้มีทวารเทียม รายใหม่ได้อย่างถูกต้อง ญาติผู้ดูแลจึงมีความรู้ไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้จากผลการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ที่ได้รับโปรแกรมการใช้ สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน และที่ได้รับการสอนแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อน การสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน สูงขึ้นตามลำดับ และ เนื่องมาจากในการศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยดูแลทวารเทียมมาก่อน จึงมีคะแนน ความรู้ก่อนการสอนค่อนข้างน้อย แต่มีญาติผู้ดูแลบางราย เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้มีทวาร เทียมโดยการศึกษาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตมาก่อน ทำให้มีค่าคะแนนความรู้ก่อนการสอนค่อนข้างสูง และเมื่อมีการให้ความรู้ซึ่งเป็นระบบทั้งจากพยาบาลเฉพาะทางออสโตมิ และสื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน จึงมีคะแนนความรู้สูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยของศศิธร มงคลสวัสดิ์ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียมโรงพยาบาลขอนแก่น ที่ใช้สื่อวีดิทัศน์ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสอน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศใต้หวันของโล และคณะ (Lo et al., 2011) พบว่า คะแนนความรู้หลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

## สมมติฐานการวิจัยที่ 2

ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่หลังได้รับโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ร่วมกับการสอนแบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลทวารเทียมสูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียม รายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่หลังได้รับโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลทวารเทียมสูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาของประเทศอเมริกา ของครอว์ฟ และคณะ (Crawford et al., 2012) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการสอนในผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ด้วยโปรแกรมการสอนด้วย DVD ร่วมกับการสอนด้วยพยาบาล 2 ครั้งกับการสอนแบบปกติโดยพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้มีทวารเทียม ที่พบว่าคะแนนทักษะทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p > .05$  จากการสังเกตระหว่างการเก็บข้อมูลพบว่าการสอนตามปกติ โดยพยาบาลเฉพาะทาง ขณะพยาบาลสาธิตวิธีปฏิบัติ หากญาติผู้ดูแลในมุมมองเห็นการสาธิตได้ไม่ชัด และการสอนโดยพยาบาลออสโตมิและแผลหลายคน ตามเวรที่ถูกจัดมาลงคลินิก อาจมีความแตกต่างกันได้ตามบริบทและภาระงานในขณะนั้น แต่การชมจากสื่อวีดิทัศน์ทำให้เห็นภาพขั้นตอนคงที่ตามสคริปต์ที่จัดทำ และเห็นภาพที่ชัดเจนมากกว่า

จากการวิเคราะห์ทักษะการดูแลทวารเทียมรายข้อ พบว่า หลังการสอน 2 – 3 วัน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการระบายอุจจาระ และการล้างถูกรองรับสิ่งขับถ่าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เนื่องจากขณะที่พยาบาลสอนญาติผู้ดูแล ในการระบายอุจจาระและการล้างถูกรองรับสิ่งขับถ่าย มักจะใช้วิธีการพูดอธิบายมากกว่าการสาธิต เพราะในบางครั้งขณะที่สอนยังไม่มีอุจจาระออก แต่ภายหลังญาติผู้ดูแลได้ลองฝึกทักษะด้วยตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในวันมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน คะแนนทักษะการระบายอุจจาระ และการล้างถูกรองรับสิ่งขับถ่ายจึงดีขึ้นและไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม สำหรับทักษะการเปลี่ยนถูกรองรับสิ่งขับถ่าย พบว่า หลังการสอน 2 – 3 วัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเปลี่ยนถูกรองรับสิ่งขับถ่ายไม่แตกต่างกัน แต่วันที่มาตรวจตามนัด 7 – 10 วันหลังจำหน่าย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเปลี่ยนถูกรองรับสิ่งขับถ่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) อาจเกิดจากการชมวีดิทัศน์ที่มีการเน้นย้ำในขั้นตอนรายข้อที่สำคัญ ทำให้ญาติผู้ดูแลยังคงตระหนักในขั้นตอนการลอกถูกรองรับอุจจาระไบเก่าออกอย่างนุ่มนวล การเช็ดทำความสะอาดทวารเทียม และผิวหนังรอบทวารเทียม การวัดขนาดของทวารเทียม การตัดแป้นของถูกรองรับสิ่งขับถ่ายไบใหม่ และการคิดแป้นของถูกรองรับสิ่งขับถ่ายไบใหม่

ผู้วิจัย ได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมในวันที่ผู้มีทวารเทียมมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน โดยประเมินผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียม พบว่าในกลุ่มควบคุมมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมจำนวน 10 ราย มากกว่ากลุ่มทดลองถึง 4 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 16 แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่มควบคุมพบมีภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมเป็นแผล (Ulcerative) จำนวน 2 ราย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เกิดแผลตื้น (Erosive) ซึ่งรุนแรงน้อยกว่า จึงเป็นการยืนยันว่าในกลุ่มทดลองมีทักษะการดูแลทวารเทียมมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม มักเกิดในช่วง 21 – 40 วันหลังผ่าตัด (Salvadaleña, 2013) การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูล ตั้งแต่หลังผ่าตัดจนวันตรวจตามนัด 7 – 10 วันหลังจำหน่าย รวมประมาณ 12 – 20 วันหลังผ่าตัด จึงอาจยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมให้เห็นได้ชัดเจน ควรมีการติดตามผลต่อเนื่องต่อไป

การเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ทำให้มีค่าใช้จ่ายมากกว่าในการซื้ออุปกรณ์เพิ่มขึ้น ที่มีการศึกษาในประเทศเดนมาร์กพบว่าผู้ที่มีทวารเทียมที่มีภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 263 เงินยูโรต่อการรักษา 7 สัปดาห์ (เงินไทยประมาณ 1387 บาท) สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งใช้จ่ายเฉลี่ย 215 เงินยูโรต่อการรักษา 7 สัปดาห์ (เงินไทยประมาณ 1134 บาท) (Meisner et al., 2012)

## บทที่ 6

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทารกเทียมในญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทารกเทียมรายใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 1985) และแนวคิดการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1964) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายใหม่ จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทารกเทียมรายใหม่หลังได้รับโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนร่วมกับการสอนแบบปกติ (กลุ่มทดลอง) 25 ราย และญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทารกเทียมรายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) 25 ราย ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วยโรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2560 ถึง เดือน ธันวาคม 2560 โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบจำนวน 25 ราย แล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

#### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นญาติของผู้มีทารกเทียมรายใหม่ และเป็นผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีทารกเทียมรายใหม่
2. อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป หากมีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องผ่านการทดสอบด้วยแบบประเมินการรู้คิด ฉบับสั้น ของประคอง อินทรสมบัติ (2539) ผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับประถมศึกษาได้ 7 คะแนนขึ้นไป มัธยมศึกษา 8 คะแนนขึ้นไป และสูงกว่ามัธยมศึกษา 9 คะแนนขึ้นไป (Pfeiffer, 1975)

3. ไม่เคยดูแลผู้ที่มีทารกเทียมมาก่อน

4. มีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในงานวิจัย

#### เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. เปลี่ยนญาติผู้ดูแล

2. ผู้มีทวารเทียมรายใหม่ มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมิน ภาวะการรู้คิดฉบับสั้น (a short portable mental status questionnaire: SPMSQ) สร้างขึ้น โดยไฟฟ์เฟออร์ (Pfeiffer, 1975) แปลเป็นภาษาไทยโดย ประคอง อินทรสมบัติ (2539) ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ประกอบด้วย 1) วีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาความรู้ทั่วไปของทวารเทียม การสาธิตการระบายลมและสิ่งขับถ่าย ขั้นตอนการเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย และชนิดของอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย 2) การฝึกทักษะการดูแลทวารเทียม ได้แก่ การระบายอุจจาระ การล้างถุง และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และ 3) การให้ข้อมูลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด โดยประยุกต์จากคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้มีทวารเทียม/ออสโตเมท เพื่อขับถ่ายอุจจาระ ของคลินิกออสโตมี โรงพยาบาลรามารินทร์ และศึกษาจากทฤษฎี งานวิจัย บทความและเอกสารที่เกี่ยวข้อง แล้วผู้วิจัยนำโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง และความถูกต้องของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2.2 เครื่องเล่นวีดิทัศน์ แบบมีหน้าจอฉาย แบบมีหน้าจอฉาย มีขนาดหน้าจอประมาณ 9 นิ้ว มีความคมชัดของภาพ

2.3 อุปกรณ์ในการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ได้แก่ ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายชิ้นใหม่พร้อมตัวหนีบ หรือ ยางรัด กรรไกร ถุงใส่ขยะ พลาสติก ปากกาเมจิก สำลี เช็ดทำความสะอาด น้ำประปา แผ่นวัดขนาด หรือ แผ่นพลาสติกใสลอกลาย

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อความ ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือส่วนที่หนึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา และข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้มีทวารเทียม อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนที่สองเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด วันที่ได้รับการผ่าตัด ประวัติการผ่าตัดในอดีต ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

3.2 แบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม เป็นข้อคำถามความรู้ จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า Content Validity Index: CVI เท่ากับ 1 ทดสอบความเที่ยงก่อนการวิจัยกับผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.77 หลังสิ้นสุดการวิจัย หาค่าความเที่ยงจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 ราย ได้ค่า KR20 เท่ากับ 0.69

3.3 แบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม เป็นแบบประเมินความถูกต้องของขั้นตอนในการระบายอุจจาระ การล้างอุจจาระรับสิ่งขับถ่ายและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายมี 15 รายการ โดยจะต้องทำขั้นตอนในข้อที่ 9 ถึง 13 ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญได้ถูกต้อง จึงถือว่าผ่าน เกณฑ์การให้คะแนน คือ ทำได้ดี ให้ 2 คะแนน ทำได้ให้ 1 คะแนน ทำไม่ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน คะแนนยิ่งสูง แสดงว่าญาติผู้ดูแลมีทักษะการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายมาก ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่ตรวจสอบแบบประเมินความรู้ ได้ค่า Content Validity Index: CVI เท่ากับ 1 และทดสอบความเที่ยงของการสังเกต (Interrater reliability) กับผู้ช่วยวิจัย 2 คน ประเมินญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียม จำนวน 5 คน จนได้ค่า kappa coefficient เท่ากับ 1

ภายหลังโครงร่างวิจัยผ่านการตรวจสอบจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว จึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่กลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 25 ราย แล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่กลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ช่วยแจ้งกรณีที่ผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมแก่ผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อคัดเลือกญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และนัดหมาย เมื่อญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการเข้าร่วมวิจัยหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อในใบยินยอม จากนั้นจึงเริ่มการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (หลังผ่าตัดวันที่ 2-3) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม ใช้เวลาประมาณ 25 นาที หลังจากนั้นพยาบาลออสโตมี

สอนและสาธิตการดูแลทวารเทียม โดยมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม สาธิตการระบายลมและอุจจาระ ขั้นตอนการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ครั้งที่ 2 (หลังผ่าตัดวันที่ 4-5) ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยสาธิตการระบายอุจจาระ และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผู้ช่วยวิจัยประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม หากกลุ่มตัวอย่างทำไม่ถูกต้องจะได้รับการสอนซ้ำจนทำได้ถูกต้อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการผิดปกติที่ต้องมาพบก่อนนัด และให้คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้มีทวารเทียม

ครั้งที่ 3 (วันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7-10 วัน) ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยสาธิตการระบายอุจจาระ และการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผู้ช่วยวิจัยประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม หากกลุ่มตัวอย่างทำไม่ถูกต้องจะได้รับการสอนซ้ำจนทำได้ถูกต้อง

#### กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (หลังผ่าตัดวันที่ 2-3) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม ใช้เวลาประมาณ 25 นาที ชมวิดีโอที่ช่วยสอน ที่มีเนื้อหาความรู้ทั่วไปของทวารเทียม สาธิตการระบายลมและอุจจาระ ขั้นตอนการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ครั้งที่ 2 และ 3 ปฏิบัติเหมือนกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS statistics V21 สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ผู้มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอน หลังการสอน 2 – 3 วัน และวันมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน สูงขึ้นตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอนและหลังการสอน 2 – 3 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอนและวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมหลังการสอน 2 – 3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) และพบว่า

ค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลทวารเทียมระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

ญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมหลังการสอน 2 – 3 วัน และวันมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

### ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่หลังผ่าตัด จนถึงวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 - 10 วัน ญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ได้มีการดูแลผู้ที่มีทวารเทียมที่บ้าน ซึ่งในยุคปัจจุบันผู้ที่มีทวารเทียม และญาติผู้ดูแลสามารถหาข้อมูลจากแหล่งอื่นเพิ่มเติมได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีส่วนในการดูแลผู้ที่มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล ได้รับรู้และเข้าใจถึงแนวทางการให้ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลทวารเทียม เพื่อให้ผู้ที่มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีสื่อการสอนจากงานวิจัยใช้ในการดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแล โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา ดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรนำโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในกลุ่มผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ และญาติผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ และญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และได้ฝึกทักษะการดูแลทวารเทียมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

#### ด้านการศึกษา

สามารถนำสื่อวีดิทัศน์ มาให้ความรู้แก่นักศึกษาพยาบาล พยาบาลจบใหม่ และผู้ช่วยพยาบาลจบใหม่ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมได้

#### ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ในกลุ่มผู้มีความพิการเทียมในระบบทางเดินปัสสาวะเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีความพิการเทียมในระบบทางเดินปัสสาวะและญาติผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และได้ฝึกทักษะการดูแลพิการเทียม
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนในกลุ่มผู้มีความพิการเทียมในระบบทางเดินอาหารในด้านอื่นอีก ได้แก่ การรับประทานอาหาร การควบคุมการเกิดคลื่นและก๊าซ การออกกำลังกาย การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ การแต่งกาย การเดินทาง การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ผู้มีความพิการเทียมรายใหม่ควรทราบ



ผลของโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่

THE EFFECT OF VIDEO ASSISTED TEACHING PROGRAM ON OSTOMY CARE KNOWLEDGE AND SKILLS AMONG NEW OSTOMATE'S CAREGIVERS

สุจินดา ลดาสุนทร 5836659 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, Ph.D.

สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, Ph.D.

## บทสรุปแบบสมบูรณ์

### ความสำคัญและความเป็นมา

การผ่าตัดเปิดทวารเทียมในระบบทางเดินอาหาร คือ การผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ หรือ ลำไส้เล็กส่วนหน้าท้องเพื่อขับถ่ายอุจจาระ เป็นวิธีการผ่าตัดที่ใช้รักษาผู้เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ลำไส้อักเสบ ลำไส้อุดตัน โรคผนังลำไส้อักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อน และใช้รักษาผู้ที่มีการบาดเจ็บบริเวณลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Fazio et al., 2012; Muzyczka et al., 2013) โดยทวารเทียมจะทำหน้าที่แทนทวารหนักแบบชั่วคราว หรือถาวรตามแต่พยาธิสภาพของโรค แต่ละปีมีผู้มีทวารเทียมทวารเทียมเพิ่มขึ้นประมาณ 130,000 คนในประเทศสหรัฐอเมริกา (UOAA, 2016) สำหรับสหราชอาณาจักร (Colostomy Association, 2014) และแคนาดา (RNAO, as cite in Recalla et al., 2013) มีรายงานการผ่าตัดทวารเทียมปีละประมาณ 13,000 คนเท่านั้น ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีรายงานจำนวนผู้มีทวารเทียมทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม สำหรับโรงพยาบาลรามาริบัติ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2558 มีจำนวนผู้ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมเพิ่มขึ้นจากปีละ 86 ราย เป็นปีละ 93 ราย และ 97 ราย ตามลำดับ

เนื่องจากทวารเทียมไม่มีกล้ามเนื้อหูรูด ไม่สามารถควบคุมการไหลของอุจจาระได้ หากไม่มีความรู้ในการดูแล หรือดูแลได้ไม่ถูกต้อง จะก่อให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต ทั้งเรื่องการ

เลือกใส่เสื้อผ้า การเดินทางท่องเที่ยว การมีเพศสัมพันธ์ การมีเสียงแก๊สและกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ (Vonk-Klaassen et al., 2016) นอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวาร เทียมจากการที่ผิวหนังสัมผัสกับอุจจาระ ได้ถึงร้อยละ 63 (Salvadalea, 2013) ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุ มาจากการตัดแป้นกว้างกว่าทวารเทียม และการติดอุ้งรองรับสิ่งขับถ่ายไม่สนิท ทำให้อุ้งรองรับสิ่ง ขับถ่ายรั่วซึมและรั่วหลุดบ่อยครั้ง (Burch, 2014) ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (Meisner et al., 2012) และก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความวิตกกังวล สูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ผู้มีทวารเทียมแยกตัว ออกจากสังคม ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตต่ำลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nybaek et al., 2010) โดยมิ การศึกษา พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้มีทวารเทียม (เกศินี ชีรทองดี และคณะ, 2557; Liao & Qin, 2014)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ตามทฤษฎี ทางการพยาบาลของ โอเร็ม เป็นคุณสมบัติที่ซับซ้อนของมนุษย์ สามารถพัฒนาได้ (Orem, 1985) ผู้มี ทวารเทียม มีการปรับเปลี่ยนการขับถ่ายจากทวารหนัก มาเป็นทางทวารเทียมที่หน้าท้อง จำเป็นต้อง เรียนรู้การดูแลตนเอง โดยต้องได้รับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถ ดำรงชีวิตประจำวัน กลับเข้าสังคม และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ในระยะแรกหลังผ่าตัด และกลับไปอยู่บ้าน ผู้มีทวารเทียมส่วนใหญ่ มีข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถการดูแลตนเอง เนื่องจากยังมีแผลผ่าตัดที่ต้องระวังการติดเชื้อ และมีสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์เพียงพอที่จะปฏิบัติ ด้วยตนเอง พยาบาลจึงต้องพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแลและผู้มีทวารเทียม โดยการสอน วิธีการดูแลทวารเทียมแก่ทั้งผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการสอนผู้มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแลมีการ ใช้สื่อการสอน ได้แก่ สื่อแผ่นภาพ (สมพร วรรณวงศ์, 2557) สื่อมัลติมีเดีย (Lo, 2011.) สื่ออุปกรณ์ (Krouse et al., 2016) และสื่อวีดิทัศน์ (ศศิธร มงคลสวัสดิ์, 2553 & Crawford et al., 2012.) วิธีการสอนที่ทำให้ผู้มีทวารเทียมเห็นภาพเคลื่อนไหวและได้ยินเสียง หรือการใช้สื่อวีดิทัศน์ ทำให้ผู้มี ทวารเทียมเกิดการเรียนรู้จดจำได้รวดเร็ว สามารถลดเวลา และลดภาระงานในการให้การพยาบาล (พัชรภรณ์ วิริยะประสพโชค และศิลาปะ ไชยจันทร์, 2555; ศศิธร มงคลสวัสดิ์, 2553; อินทิรา ไพนุ พงศ์ และจริยพรรณ ขวัญใจ, 2554; Crawford et al., 2012) แต่การใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นการสื่อสารทาง เดียว ต่างจากการสอนโดยบุคคลที่สามารถโต้ตอบได้ตลอดเวลา การใช้สื่อวีดิทัศน์มาช่วยสอน ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม ที่มีภาพแสดงวิธีการระบายสิ่งขับถ่าย และการเปลี่ยนอุ้งรองรับสิ่งขับถ่าย เพื่อให้ผู้มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแลได้มีความรู้ความเข้าใจ และเห็นวิธีการในขั้นตอนต่างๆ รวมถึงมี โอกาสสาธิตกลับ และซักถามข้อสงสัยในขณะที่นอนโรงพยาบาล จึงน่าจะเป็นวิธีการที่ เหมาะสม

จากงานวิจัยที่ใช้สื่อวีดิทัศน์สอนผู้มีทวารเทียม ในประเทศสหรัฐอเมริกา(Crawford, 2012) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอน 3 ครั้ง โดยพยาบาลเฉพาะทางด้านออสโตมิและแผล มีความรู้ความมั่นใจ และทักษะการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายไม่แตกต่างกันกับกลุ่มที่ได้รับการสอน 2 ครั้ง โดยพยาบาลประจำเวิร์ด ร่วมกับการสอน 1 ครั้ง โดยการชมวีดิทัศน์ แสดงว่าสื่อวีดิทัศน์สามารถช่วยเสริมความรู้การดูแลทวารเทียมได้ สำหรับในประเทศไทย ศศิธร มงคลสวัสดิ์ (2553) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการสอนด้วยวีดิทัศน์ พบว่าหลังการสอนมีคะแนนความรู้เพิ่มมากขึ้น แต่ไม่ได้วัดผลทางด้านทักษะ โดยเฉพาะการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม (Stelton et al., 2015)

โรงพยาบาลรามารับดีเป็นโรงพยาบาลเหนือระดับตติยภูมิ ขนาด 1387 เตียง มีพยาบาลประจำคลินิกออสโตมิและแผลจำนวน 1 คน ไม่เพียงพอต่อการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล ในช่วงระยะ 3 ปี ที่ผ่านมาได้มีการส่งพยาบาลเพื่ออบรมออสโตมิและแผลเพิ่มขึ้น ในปัจจุบันมีพยาบาลออสโตมิและแผล จำนวน 10 คน แต่ในจำนวนนี้มีการเปลี่ยนตำแหน่งจากระดับผู้ปฏิบัติการเป็นระดับผู้บริหาร 2 คน และอีก 2 คน ลาศึกษาต่อ ส่วน 6 คนที่เหลือ ยังต้องทำงานประจำตามหอผู้มีทวารเทียม และถูกจัดเวรให้บริการผู้มีทวารเทียมและแผล คนละ 1 วัน/สัปดาห์ ซึ่งยังไม่เพียงพอในการดูแลผู้มีทวารเทียม บางครั้งพยาบาลประจำหอผู้มีทวารเทียมต้องเป็นผู้สอนผู้มีทวารเทียมและญาติ และบ่อยครั้งจะสอนในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ญาติผู้ดูแลไม่ได้มีโอกาสฝึกทักษะ โดยการสาธิตกลับ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ผ่านการอบรมออสโตมิและแผล จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาการดูแลผู้มีทวารเทียมให้กับญาติผู้ดูแล โดยจัดทำโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลทวารเทียมของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนร่วมกับการสอนแบบปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลทวารเทียมของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนร่วมกับการสอนแบบปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ

## คำถามวิจัย

1. ญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ ที่ได้รับ โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ร่วมกับการสอนแบบปกติ มีคะแนนความรู้ในการดูแลทวารเทียมมากกว่าญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียม รายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติหรือไม่ อย่างไร
2. ญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ที่ได้รับ โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ร่วมกับการสอนแบบปกติ มีคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมสูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียม รายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติหรือไม่ อย่างไร

## กรอบแนวคิดการศึกษา

การจัดทำโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ในญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียม ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Dependent-care agency) ซึ่งเหมือนกับแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นคุณสมบัติที่ซับซ้อนของมนุษย์ โดยโอเร็ม เชื่อว่า บุคคลเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ และมีความสามารถในการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่ ต้องการการพึ่งพา สามารถพัฒนาได้ เพราะบุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้ มีการ พัฒนาอยู่ตลอดเวลา และมีความต้องการการดูแล เพื่อปรับหน้าที่หรือป้องกันความผิดปกติที่จะมีผล ต่อการทำหน้าที่ (Orem, 1985) ผู้มีทวารเทียม มีการปรับเปลี่ยนการขับถ่ายจากทวารหนักมาทาง ทวารเทียมที่หน้าท้อง จึงจะต้องเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวัน กลับเข้า สังคม และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม แต่ในระยะหลังผ่าตัดและกลับไปอยู่ บ้านระยะแรก ผู้มีทวารเทียมมีข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถการดูแลตนเอง เนื่องจากยังมีแผล ผ่าตัด และมีสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์เพียงพอที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง พยาบาลจึงต้องส่งเสริม ความสามารถในการดูแลผู้ทวารเทียมแก่ญาติผู้ดูแล (Dependent care agency) โดยการสอน เป็น วิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียม และเป็นวิธีที่ เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ที่มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ (สมจิต หนูเจริญกุล , 2544, น. 44) โดยวัตถุประสงค์ด้านความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียม ตาม แนวคิดการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1964) นักการศึกษาชาวอเมริกันที่เชื่อว่า การเรียนการสอนที่จะ ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจน

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1 ช่วยลดภาระงานและเวลาของพยาบาล ในการสอนผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแล วางแผนจำหน่ายผู้ที่มีทวารเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 2 ผู้มีทวารเทียมรายใหม่ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเบิกอุปกรณ์เพิ่มเติมที่ใช้เมื่อมีภาวะแทรกซ้อน
- 3 มีสื่อการสอนที่ดีสำหรับนักเรียนพยาบาล

## รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดผลก่อนหลัง แบบ 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายใหม่ จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่หลังได้รับ โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ร่วมกับการสอนแบบปกติ (กลุ่มทดลอง) 25 ราย และญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) 25 ราย ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย โรงพยาบาลรามารัชชดิ ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2560 ถึง เดือน ธันวาคม 2560

ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 2 คน เป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมออสโตมิและแผล มีหน้าที่ในการประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม ได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการปฏิบัติ ทำความเข้าใจในการใช้แบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม และนำแบบประเมินให้ผู้ช่วยวิจัยไปทดลองใช้ก่อนประเมินจริง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และ 3) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมิน ภาวะการรู้คิดฉบับสั้น สร้างขึ้นโดยไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) แปลเป็นภาษาไทยโดย ประคอง อินทรสมบัติ (2539) ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน โดยประยุกต์จากคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้มีทวารเทียม/ออสโตเมท เพื่อขับถ่ายอุจจาระ ของคลินิก

ออสโตมี โรงพยาบาลรามาริบัติ และศึกษาจากทฤษฎี งานวิจัย บทความและเอกสารที่เกี่ยวข้อง แล้วผู้วิจัยนำโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

### 3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อความ

3.2 แบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม เป็นข้อคำถามความรู้จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า Content Validity Index: CVI เท่ากับ 1 ทดสอบความเที่ยงก่อนการวิจัยกับญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.77 หลังสิ้นสุดการวิจัย หาค่าความเที่ยงจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 ราย ได้ค่า KR20 เท่ากับ 0.69

3.3 แบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม เป็นแบบประเมินความถูกต้องของขั้นตอนในการระบายอุจจาระ การล้างถูรองรับสิ่งขับถ่ายและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายมี 15 รายข้อ โดยจะต้องทำขั้นตอนในข้อที่ 9 ถึง 13 ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญได้ถูกต้อง จึงถือว่าผ่าน เกณฑ์การให้คะแนน คือ ทำได้ดี ให้ 2 คะแนน ทำได้ให้ 1 คะแนน ทำไม่ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน คะแนนยิ่งสูง แสดงว่าญาติผู้ดูแลมีทักษะการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายมาก ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่ตรวจสอบแบบประเมินความรู้ ได้ค่า Content Validity Index: CVI เท่ากับ 1 และทดสอบความเที่ยงของการสังเกต (Interrater reliability) กับผู้ช่วยวิจัย 2 คน ประเมินญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียม จำนวน 5 คน จนได้ค่า kappa coefficient เท่ากับ 1

### การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมวิจัยในคน โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่โครงการ ID 04-60-30 ว พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และยินดีเข้าร่วมการทำแบบสอบถาม ข้อมูลในแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ ผลวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 จนถึงเดือนพฤศจิกายน 2560 มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ดำเนินการขอหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนในฐานะนักศึกษาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวของคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล
3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยพิเศษที่รับผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม ทั้ง 3 อาคาร ได้แก่ อาคารหลัก อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ และอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย การศึกษาประวัติของผู้ป่วยและดำเนินการวิจัย
4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ช่วยแจ้งกรณีที่ผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จากนั้นผู้วิจัยพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ เพื่อคัดเลือกญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย
5. เมื่อญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการเข้าร่วมวิจัยหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อในใบยินยอม จากนั้นจึงเริ่มการวิจัย โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบจำนวน 25 ราย แล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย

6. ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

### กลุ่มควบคุม

- หลังผ่าตัดวันที่ 2 – 3 (ก่อนการสอน) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นพยาบาลที่ผ่านการอบรมออส โดมีสอนและสาธิตการดูแลทวารเทียมและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายใช้เวลาในการสอนประมาณ 20 นาที และแจ้งนัดหมายในวันถัดไป

- หลังผ่าตัดวันที่ 4 – 5 (หลังการสอน) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นให้ฝึกทักษะการระบายอุจจาระ และเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผู้ช่วยวิจัยเป็นคน

สังเกตและประเมินการปฏิบัติ ตามแบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม หากกลุ่มตัวอย่างทำไม่ถูกต้องในข้อสำคัญ จะได้รับการสอนซ้ำจนทำได้ถูกต้อง

- ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยนัดหมายพบผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลในวันมาตรวจตามนัด ที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก

- ในวันมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน (หลังจำหน่าย) เมื่อผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลมาตรวจตามนัด ใช้เวลาระหว่างรอแพทย์เรียกตรวจ ให้ผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลเข้าห้องหัตถการ 15/1 หรือ 15/2 แผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ชั้น 2 อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โดยให้ญาติผู้ดูแลตอบแบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นให้สาธิตการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ผู้ช่วยวิจัยเป็นคนสังเกตและประเมินการปฏิบัติ ตามแบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม หากกลุ่มตัวอย่างทำไม่ถูกต้องในรายข้อสำคัญ จะได้รับการสอนซ้ำจนทำได้ถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### กลุ่มทดลอง

- หลังผ่าตัดวันที่ 2 – 3 (ก่อนการสอน) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างชมวิดีโอทัศนการณ์การดูแลทวารเทียม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และแจ้งนัดหมายในวันถัดไป

- ปฏิบัติเหมือนกลุ่มควบคุม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS statistics V21 โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแล ใช้สถิติบรรยาย โดยคำนวณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ก่อนการสอน หลังการสอน 2-3 วัน และวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วันภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Two-way repeated measure ANOVA หากผล

การทดสอบความแปรปรวนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงนำมาเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple comparison test)

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมหลังการสอน 2-3 วัน และหลังการสอนเมื่อมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 – 10 วัน ของแต่ละกลุ่มด้วยสถิติ Paired simple t-test

5. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

### ผลการวิจัย

ผู้มีทวารเทียมรายใหม่และญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอน หลังการสอน และหลังจำหน่าย สูงขึ้นตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอนและหลังการสอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอนและหลังจำหน่ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมหลังการสอน และหลังจำหน่าย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) และพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลทวารเทียมระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมหลังการสอน และหลังจำหน่ายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทวารเทียมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

## การอภิปรายผล

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เนื่องจากเพศหญิงสังคมไทย เป็นเพศที่ต้องรับผิดชอบงานบ้านและการดูแลบุคคลในครอบครัว ทั้งในภาวะสุขภาพดี และเมื่อมีปัญหาสุขภาพ และส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบมีหน้าที่ความรับผิดชอบสูง ทั้งในหน้าที่การงาน การหาเลี้ยงครอบครัว การดูแลคนในครอบครัว และบทบาทหน้าที่ทางสังคม (วิลลัดกษณ์ พงษ์โสภณ, 2555; สุกุณา บุศนรากร, 2551) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียม ที่ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง และมีสถานภาพสมรสคู่ (McMullen, 2014; Palma, et al., 2012) ส่วนใหญ่เป็นภรรยา และบุตรของผู้ที่มีทวารเทียม เป็นสมาชิกในครอบครัว อาจเนื่องมาจากในสังคมไทยเป็นลักษณะของการพึ่งพาคนในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2546) ได้สำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรและพี่น้องของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม ว่าครอบครัว คือ ปัจจัยพื้นฐาน เป็นหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา และเป็นหน่วยผู้รับบริการ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544 หน้า 225) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ เป็นศาสนาที่สอนให้ตอบแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณและบุพการี

ผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการสอนในกลุ่มผู้ที่มีทวารเทียมในประเทศไทยได้ค้นพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (56.9%) อายุเฉลี่ย 60.94 ปี (SD=16.58) (Lo et al., 2011) และสอดคล้องกับผู้ที่มีทวารเทียมในสหรัฐอเมริกาที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (73.7%) อายุเฉลี่ย 71.3 ปี (SD=7.4) (Krouse et al., 2016) ผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สอดคล้องกับผู้ที่มีทวารเทียมในสหรัฐอเมริกาที่ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Krouse et al., 2016) และสอดคล้องกับผู้ที่มีทวารเทียมในประเทศไทยที่ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (สมพร วรรณวงศ์, 2557) ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่เป็นทวารเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร วรรณวงศ์ (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม พบว่าผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่เป็นทวารเทียมมากถึงร้อยละ 73.33

### ความรู้การดูแลทวารเทียม

ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ที่ได้รับ โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนร่วมกับการสอนแบบปกติ และที่ได้รับการสอนแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แสดงว่า การสอนด้วยพยาบาลตามปกติ และการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่มีความรู้การดูแลทวารเทียมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของครอว์ฟ และคณะ (Crawford et al., 2012) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการสอนในผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ที่มีคุณลักษณะไม่แตกต่างกัน ด้วยโปรแกรมการสอนด้วย DVD ร่วมกับการสอนด้วยพยาบาล 2 ครั้งกับการสอนแบบปกติโดยพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้มีทวารเทียม ที่พบว่า คะแนนความรู้หลังการสอนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p > .05$  เนื่องจากการให้ความรู้เป็นวิธีการให้ความรู้ที่มีระบบทั้งพยาบาลเฉพาะทาง ออสโตมี และสื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ญาติผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีความสนใจ ใส่ใจในการเรียนรู้เกี่ยวกับ ทวารเทียมและการดูแล เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ได้อย่างถูกต้อง ญาติผู้ดูแลจึงมีความรู้ไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้จากผลการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ที่ได้รับ โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน และที่ได้รับการสอนแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมก่อนการสอน หลังการสอน และหลังจำหน่ายสูงขึ้นตามลำดับ และ เนื่องมาจากในการศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยดูแลทวารเทียมมาก่อน จึงมีคะแนนความรู้ก่อนการสอนค่อนข้างน้อย แต่มีบางราย เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้มีทวารเทียมโดยการศึกษารายละเอียดจากอินเทอร์เน็ตมาก่อน ทำให้มีค่าคะแนนความรู้ก่อนการสอนค่อนข้างสูง และเมื่อมีการให้ความรู้อย่างเป็นระบบทั้งจากพยาบาลเฉพาะทางออสโตมี และสื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนร่วมกับคำแนะนำจากพยาบาลออสโตมีและแผล จึงมีคะแนนความรู้การดูแลทวารเทียมสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยของศิริกรมงคลสวัสดิ์ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียมโรงพยาบาลขอนแก่น ที่ใช้สื่อวีดิทัศน์ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสอน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยได้หวันของโล และคณะ (Lo et al., 2011) พบว่า คะแนนความรู้หลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

### ทักษะการดูแลทวารเทียม

ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่หลังได้รับ โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนร่วมกับการสอนแบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลทวารเทียมสูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียม

รายใหม่ที่ได้รับการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาของประเทศอเมริกา ของครอว์ฟ และคณะ (Crawford et al., 2012) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการสอนในผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ด้วยโปรแกรมการสอนด้วย DVD ร่วมกับการสอนด้วยพยาบาล 2 ครั้งกับการสอนแบบปกติโดยพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้มีทวารเทียม ที่พบว่า คะแนนทักษะทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p > .05$  จากการสังเกตระหว่างการเก็บข้อมูลพบว่าการสอนตามปกติ โดยพยาบาลเฉพาะทาง ขณะพยาบาลสาธิตวิธีปฏิบัติ หากญาติผู้ดูแลในมุมมองเห็นการสาธิตได้ไม่ชัด และการสอนโดยพยาบาลออสโตมิและแผลหลายคน ตามเวลาที่ถูกจัดมาลงคลินิก อาจมีความแตกต่างกันได้ตามบริบทและภาระงานในขณะนั้น แต่การชมจากสื่อวีดิทัศน์ทำให้เห็นภาพขั้นตอนลงที่ตามสคริปที่จัดทำ และเห็นภาพที่ชัดเจนมากกว่า

จากการวิเคราะห์ทักษะการดูแลทวารเทียมรายข้อ พบว่า หลังการสอน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการระบายอุจจาระ และการล้างถูรองรับสิ่งขับถ่าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เนื่องจากขณะที่พยาบาลสอนญาติผู้ดูแล ในการระบายอุจจาระ และการล้างถูรองรับสิ่งขับถ่าย มักจะใช้วิธีการพูดอธิบายมากกว่าการสาธิต เพราะในบางครั้งขณะที่สอนยังไม่มีอุจจาระออก แต่ภายหลังญาติผู้ดูแลได้ลองฝึกทักษะด้วยตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในวันมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย คะแนนทักษะการระบายอุจจาระ และการล้างถูรองรับสิ่งขับถ่ายจึงดีขึ้น และไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม สำหรับทักษะการเปลี่ยนถูรองรับสิ่งขับถ่าย พบว่า หลังการสอนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเปลี่ยนถูรองรับสิ่งขับถ่ายไม่แตกต่างกัน แต่หลังจำหน่าย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเปลี่ยนถูรองรับสิ่งขับถ่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) อาจเกิดจากการชมวีดิทัศน์ที่มีการเน้นย้ำในขั้นตอนรายข้อที่สำคัญ ทำให้ญาติผู้ดูแลยังคงตระหนักในขั้นตอนการลอกถูรองรับอุจจาระใบเก่าออกอย่างนุ่มนวล การเช็ดทำความสะอาดทวารเทียม และผิวหนังรอบทวารเทียม การวัดขนาดของทวารเทียม การตัดแป้นของถูรองรับสิ่งขับถ่ายใบใหม่ และการติดแป้นของถูรองรับสิ่งขับถ่ายใบใหม่

### ข้อจำกัดในงานวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่หลังผ่าตัด จนถึงวันตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 7 - 10 วัน ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ได้มีการดูแลผู้มีทวารเทียมที่บ้าน อาจหาข้อมูลจากแหล่งอื่นที่อยู่ในช่วงการเข้าร่วมวิจัยได้

## ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

### ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

ควรนำโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในกลุ่มผู้มีทวารเทียมรายใหม่ และญาติผู้ดูแล เพื่อให้ผู้มีทวารเทียมรายใหม่ และญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และได้ฝึกทักษะการดูแลทวารเทียมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

### ข้อเสนอแนะสำหรับด้านการศึกษา

สามารถนำสื่อวีดิทัศน์ มาให้ความรู้แก่นักศึกษาพยาบาล พยาบาลจบใหม่ และผู้ช่วยพยาบาลจบใหม่ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมได้

### ข้อเสนอแนะสำหรับด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ในกลุ่มผู้มีทวารเทียมในระบบทางเดินปัสสาวะเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีทวารเทียมในระบบทางเดินปัสสาวะและญาติผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และได้ฝึกทักษะการดูแลทวารเทียม
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนในกลุ่มผู้มีทวารเทียมในระบบทางเดินอาหารในด้านอื่นอีก ได้แก่ การรับประทานอาหาร การควบคุมการเกิดกลิ่นและก๊าซ การออกกำลังกาย การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ การแต่งกาย การเดินทาง การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ผู้มีทวารเทียมรายใหม่ควรทราบ

THE EFFECT OF VIDEO ASSISTED TEACHING PROGRAM ON OSTOMY  
CARE KNOWLEDGE AND SKILLS AMONG NEW OSTOMATE'S  
CAREGIVERS

SUJINDA LADASOONTORN 5836659 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NIROBOL KANOKSUNTHORN RAT, Ph.D.,  
SUCHIRA CHAIVIBOONTHAM, Ph.D.

**EXTENDED SUMMARY**

**Background and Significance of the Problem**

Gastrointestinal ostomy is a colostomy or ileostomy which created on the abdominal wall to facilitate fecal excretion as a treatment for patients with colorectal cancer, enteritis, intestinal obstruction and diverticulosis with complications as well as colorectal injuries (Fazio et al., 2012; Muzyczka et al., 2013). Ostomy functions as a temporary or permanent rectum, depending on the pathology of the disease. The number of ostomates increases each year by 130,000 people in the United States (UOAA, 2016). The United Kingdom (Colostomy Association, 2014) and Canada (RNAO, as cited in Recalla et al., 2013) reported 13,000 colostomies in each year. Thailand has no reports on the total number of ostomates who received gastrointestinal ostomy. In the past three years (2013-2015), Ramathibodi Hospital had 86 persons with gastrointestinal ostomy and this number increased to 93 and 97, respectively.

Because ostomy has no sphincter, excrement flow cannot be controlled without knowledge about care. Furthermore, improper care causes problems in daily living such as clothing choices, traveling, sexual intercourse, gas sounds and undesirable odors (Vonk-Klaassen et al., 2016). Furthermore, ostomy may cause complications to peristomal skin from contact with excrement (63%) (Salvadalena,

2013). This is mostly caused by the wider incision than ostomy size and incomplete attachment of the excrement pouch, causing frequent excretory leakage and expulsion (Burch, 2014) while further increasing expenses (Meisner et al., 2012), pain, anxiety and loss of image. This causes ostomates to isolate themselves from society, resulting in lower quality of life with statistical significance (Nybaek et al., 2010). Studies have found self-care ability to be a predictive factor for quality of life among ostomates (KesineeTiratongdee and colleagues, 2014; Liao & Qin, 2014).

Self-care ability or care for dependent persons based on Orem's Self-Care Theory is a complex human quality that can be developed (Orem, 1985). Ostomates who changed excretion from the anal opening to an ostomy at the abdomen need to learn self-care. Ostomates need to receive ostomy care knowledge to promote self-care ability in order to be able to live in daily life, return to society and prevent complications. However, in the first stage after surgery and returning to live at home, most ostomates have limited development of self-care ability because of surgical wound and physical conditions that made them not sufficiently good to perform self-care. Therefore, nurses need to provide instruction on ostomy care for both ostomates and caregivers.

According to the literature review, new ostomates and caregivers have educational media such as charts (SompornWannawong, 2014), multimedia (Lo, 2011), equipment (Krouse et al., 2016) and video media (Sasitorn Mongkonsawat, 2010; Crawford et al., 2012). Teaching methods that allow ostomates to view videos and hear sound or video media enable ostomates to learn and memorize quickly. This saves time and reduces nursing care workloads (Patcharaporn Wiriyaprasobchoke and Silapa Chaikan, 2012; Sasitorn Mongkonsawad, 2010; Intira Painupong and Chariyapan Kwanjai, 2011; Crawford et al., 2012). However, use of video media as the sole means of communication is different from personal teaching where responses can be made at all times. Therefore, the use of video media to help teach knowledge on ostomy with images showing methods for draining excrement and replacing ostomy pouches to help new ostomates and caregivers to have knowledge, understanding and see methods in each step in addition to providing opportunities for feedback demonstrations and inquiries while hospitalized should be an appropriate method.

Studies with the use of video media to teach ostomates in the United States (Crawford, 2012) found patients taught in three sessions by nurses specializing in ostomy and wound care to have no different confidence and skills on ostomy care from patients who were taught twice by ward nurses and one video instruction, indicating video media is capable of reinforcing ostomy care knowledge. In Thailand, Sasitorn Mongkonsawad (2010) studied to compare knowledge before and after teaching with video media and found knowledge scores to be higher after teaching. However, the aforementioned study did not measure skills, particularly fecal excrement and pouch replacement skills, which are important for preventing peristomal skin complications (Stelton et al., 2015).

Ramathibodi Hospital is a tertiary hospital in the northern region with 1,387 beds and one ostomy and wound clinical nurse. This is insufficient for teaching and advising ostomates and caregivers. In the past three years, more nurses were sent to receive training on ostomy and wound care. Currently, the hospital has ten ostomy and wound nurses on staff. Of this number, however, two nurses changed positions from the operator level to the executive level and two nurses have taken leave for further education while the remaining six nurses work in wards and are organized in shifts to provide services for patients with ostomy and wounds for one day/week, which is not sufficient to care for ostomates. Sometimes ostomates and caregivers were taught on the days they discharged home. Caregivers have no opportunity to practice skills by performing feedback demonstrations. Therefore, the researcher, as a nurse trained in ostomy and wound care, is interested in developing ostomate care among caregivers by preparing a video-assisted teaching program.

## **Research Objectives**

1. To compare mean ostomy care knowledge scores among new ostomate caregivers between caregivers taught with the video-assisted teaching program plus routine instruction and caregivers who received routine instruction only.

2. To compare mean ostomy care skill scores among new ostomates' caregivers between caregivers who were taught with the video-assisted teaching program and caregivers who received routine instruction.

### **Research Questions**

1. Will new ostomates' caregivers receiving the video-assisted teaching program plus routine instruction have higher ostomy care knowledge scores than new ostomates' caregivers receiving routine instruction only? How?

2. Will new ostomates' caregivers receiving the video-assisted teaching program plus routine instruction have higher ostomy care skill scores than new ostomates' caregivers who received routine instruction only? How?

### **Conceptual Framework**

The video-assisted teaching program for ostomates' caregivers applied the concept of dependent-care agency which is similar to the concept of self-care and is a complex human quality. According to Orem, people are responsible and able to perform self-care or care for dependent persons. Furthermore, self-care can be improved because an individual is reasonable, able to learn, constantly developing his/her ability to adjust functions or prevent the impact of abnormalities on function (Orem, 1985). Therefore, ostomates who changed from excretion through the anal opening to an ostomy at the abdomen need to learn self-care in order to be able to live in daily life, return to society, and prevent complications from having ostomy. However, during the postoperative period and initially after returning home, ostomates have limited self-care improvement ability due to surgical wounds and insufficient physical conditions for self-care. Therefore, nurses need to promote ostomy care ability of ostomates' caregivers (dependent care agency). Teaching is one of the most important methods for improving ostomy care ability among ostomates' caregivers and a suitable method for helping ostomates and relatives develop some knowledge and skills (Somjit Hanujaremkun, 2011, Page 44). Ostomy care knowledge and skills

are measured based on Bloom's learning concept (1964), an American education expert who believes that educators must clearly specify goals for education to be successful and effective.

### **Expected Benefits**

1. Reductions in nurses' work and time burdens from teaching new ostomates and caregivers in addition to more effective ostomate discharge planning.
2. New ostomates have no peristomal skin complications and lower expenses from additional equipment used when there are complications.
3. Good teaching media for ostomate, caregivers and nursing students.

### **Research Design**

This study is a quasi-experimental research with a two-group pretest posttest design. The subjects were composed of 50 caregivers of new ostomates divided into 25 caregivers of new ostomates who received the video-assisted teaching program plus routine instruction (the experimental group) and 25 caregivers of new ostomates who received routine instruction only (the control group) admitted to every patient ward in Ramathibodi Hospital in July 2017 – December 2017.

The present study had two research assistants who were nurses trained in ostomy and wound care with the duty to assess ostomy care skills. Research assistants were prepared by the researcher, who informed research assistants regarding research objectives, steps, understanding about the use of ostomy care skill assessment forms before assessments.

### **Instrumentation**

Instrumentation was composed of the following three parts: 1) Screening instruments, 2) Research instruments and 3) Data collection instruments.

1. Screening instruments consisted of the Cognition Assessment Form (Short Version) created by Pfeiffer (1975) and translated into Thai by Prakong Intarasombat (1996). The form was used to screen subjects aged over 60 years.

2. Research instruments consisted of the video-assisted teaching program from the handbook on ostomy care practices of the Ostomy Clinic, Ramathibodi Hospital, and studies of related theories, researches, articles and documents. The researcher presented the video-assisted teaching program to three qualified experts to test for content validity and accuracy before making corrections according to recommendations.

### 3. Data Collection Instruments

3.1 The demographic data recording form for ostomates and caregivers was created by the researcher with choice questions and fill-in-the-blank questions.

3.2 The ostomy care knowledge assessment form contained 25 questions with three answer choices consisting of “Yes”, “No” and “Not Sure”. Accurate answers were awarded one point, inaccurate answers or uncertain answers were awarded zero points. The form was tested for validity by three qualified experts and achieved a Content Validity Index (CVI) of 1. Accuracy testing before the study with ten caregivers of ostomates who had similar qualifications to the subjects resulted in a KR20 score of 0.77. After the end of the study, accuracy from 50 subjects resulted in a KR20 score of 0.69.

3.3 The ostomy care skill assessment form was a form for assessing accuracy of steps in draining excrement, washing ostomy pouches and replacing new ostomy pouches with 15 steps. The subjects had to correctly complete steps in No. 9 – 13, which are vital skills, in order to pass. Scoring criteria consisted of “Good” (2 points), “Capable” (1 point) and “Incapable” (0 points) with a total score of 30 points. Higher scores indicated higher skills. The instrument was tested for validity by three qualified experts who tested the knowledge assessment form and obtained a Content Validity Index (CVI) of 1. Interrater reliability was tested with two research assistants and assessments were conducted with five ostomates’ caregivers until a kappa coefficient of 1 was obtained.

## **Ethical Considerations**

In the present study, the researcher adhered to human research ethics and passed consideration by the Institutional Review Board, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Project ID No. 04-60-30. The subjects' rights were protected by the researcher, who explained the research objectives and data collection procedures to all of the subjects. All of the subjects consented to participate in completing questionnaires. Data on questionnaires were kept confidential and the findings were presented collectively. After the subjects had agreed to participate in the study, the researcher had the subjects sign to indicate consent participation in the study on informed consent forms.

## **Data Collection Methods**

The researcher collected data in this study alone and with the research assistants. Data collection used time from July 2017 to November 2017 with the following procedures:

1. The researcher requested a letter of confirmation from the Institutional Review Board and requested permission for data collection according to steps as a graduate student of Mahidol University.
2. The researcher requested a letter of introduction from the Dean, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, to explain the research objectives and request permission for data collection.
3. After receiving a letter of approval, the researcher met with the head of the Out-Patient Surgical Unit, the Male Surgical Ward, the Female Surgical Ward and the Surgical Private Ward admitting patients who received gastrointestinal ostomy to explain the research objectives and request cooperation in the study.
4. The researcher sought cooperation from patient ward nurses to notify the researcher in cases where patients were hospitalized to receive gastrointestinal ostomy. Afterward, the researcher met with patients and caregivers of new ostomates to select caregivers meeting specified qualifications, introduce herself, inform

regarding objectives and steps of the study in order to ask for the subjects to participate in the study.

5. Once caregivers of new ostomates had consented to participate in the study, the researcher explained the participants' rights to participate or refuse to participate in the study and that data would be kept confidential and presented in an overall view. Once the participants had consented to participate in the study, the researcher had the participants sign informed consent forms before commencing the study. Data were collected from 25 subjects in the control group before collecting data from 25 subjects in the experimental group.

6. The researcher followed the following procedures:

Control Group

- On Days 2 – 3 after surgery (before teaching), the researcher had the subjects complete the demographic data questionnaire and the ostomy care knowledge assessment form by using 20 minutes. Afterward, nurses who received ostomy training instructed the subjects on ostomy care, spending approximately 20 minutes in teaching the subjects and informing the subjects of later appointments.

- On Days 4 – 5 after surgery, (after teaching) the researcher had the subjects complete the ostomy care knowledge assessment form by using 20 minutes before having the subjects practice excrement draining skills and replace new ostomy pouches by using 20 minutes. Research assistants observed and assessed practices according to the ostomy care skill assessment form. If the subjects did not properly perform on key items, the subjects were taught again until the subjects were able to perform accurately.

- On the day when the subjects were discharged home, the researcher scheduled appointments to meet with ostomates and caregivers when the subjects came to be examined by appointment at the Out-Patient Surgical Department.

- On Days 7 – 10 (after discharge) when ostomates and caregivers came to be examined by appointment after discharge, the researcher used the time when the subjects were waiting to be examined by a doctor to had the subjects complete the ostomy care knowledge assessment form using 20 minutes and demonstrate drainage excrement and pouch replacement. Research assistants observed and assessed practices according to the ostomy care skill assessment form. If the

subjects did not perform accurately on key items, the subjects were re-instructed until the subjects were able to perform properly. The researcher then thanked the subjects for cooperation in the study.

#### Experimental Group

- On Days 2 – 3 after surgery (before teaching), the researcher had the subjects complete the demographic data questionnaire and the ostomy care knowledge assessment form using 20 minutes before having the subjects watch the ostomy care video by using 20 minutes and notified the subjects of future appointments.

- The researcher followed the same procedures as the control group.

### Data Analysis

The researcher analyzed data collected from the subjects by statistical methods using the SPSS statistics V21 program and setting significance at .05 with the following information:

1. Demographic data of new ostomates and caregivers were analyzed by using descriptive statistics by calculating frequency, percentage, mean, standard deviation and range.

2. The researcher analyzed and compared demographic data of new ostomates and caregivers between the control and experimental groups by using Chi-square statistics.

3. The researcher analyzed and compared mean knowledge scores of new ostomates before and after teaching and after discharge within the control and experimental groups and between the two groups by using two-way repeated measure ANOVA statistics. If fluctuation test results were different with statistical significance, the researcher compared data using the multiple comparison test.

4. Mean ostomy care skill scores after teaching and after discharge were compared in each group by using paired simple t-test statistics.

5. Mean ostomy care skill scores between the experimental and control groups were compared using independent t-test statistics.

## Findings

New ostomates and caregivers in the control and experimental groups had demographic data with no statistically significant differences ( $p > .05$ ).

Within groups of the control group and the experiment, mean ostomy care knowledge scores before teaching, after teaching, and after discharge increased orderly. Mean ostomy care knowledge scores before teaching and after teaching were different with statistical significance ( $p < .05$ ). Mean ostomy care knowledge scores before teaching and after discharge were different with statistical significance ( $p < .05$ ).

Between groups of the control and the experiment, mean ostomy care knowledge scores before teaching, after teaching, and after discharge were not different with statistical significance ( $p > .05$ ).

New ostomates' caregivers in the control and experimental groups had mean ostomy care skill scores after discharge higher than after teaching and with statistical significance ( $p < .05$ ). The experimental group had mean ostomy care skill scores higher than the control group with statistical significance ( $p < .05$ ).

## Discussion of the Findings

### Characteristics of the Subjects

Most of the new ostomates' caregivers in the sample group were married female because the female gender is responsible for housework and care for family members when in good health and when family members have health problems in Thai society. In addition, most of the caregivers were married and middle-aged with many duties and responsibilities at work, supporting the family, caring for family members and social roles and duties (Wilailak Pongsopa, 2012; Sakuna Butnarakorn,

2008). This concurs with previous studies on ostomates' caregivers which found most of the caregivers to be married middle-aged women (McMullen, 2014; Palma, et al., 2012), most of whom were the spouse or daughter of an ostomate or a family member. This may be because Thai society has characteristics of dependence on family members. The findings concurred with a study conducted by Yupapin Sirapongam (2003) who surveyed studies on caregivers of patients with chronic diseases in Thailand and found most caregivers to be related to patients with chronic diseases as children and siblings. Furthermore, the findings were consistent with Orem's concept that families are a basic factor, a dependent care agency and a service recipient unit (Somjit Hanujareernkun, 2001; Page 225). Almost all of the caregivers in the sample group were Buddhists, adherents of a religion that teaches followers to repay the kindness of others and parents.

Most of the new ostomates were males in late adulthood. These findings were in agreement with previous studies on teaching programs for ostomates in Taiwan which found most of the subjects to be male (56.9%) with a mean age of 60.94 years (SD = 16.58) (Lo et al., 2011). Moreover, the findings concurred with ostomates in the United States, most of whom were male (73.7%) with a mean age of 71.3 years (SD = 7.4) (Krouse et al., 2016). Most of the new ostomates had been diagnosed with colorectal cancer. This was consistent with the fact that the most ostomates in the United States (Krouse et al., 2016) and in Thailand had colorectal cancer (Somporn Wannawong, 2014).

### **Ostomy Care Knowledge**

New ostomates' caregivers who received the video-assisted teaching program plus routine instruction and new ostomates' caregivers who received routing instruction only had no different mean ostomy care knowledge scores with statistical significance ( $p > .05$ ). Thus, teaching with routine care and video-assisted teaching gave new ostomates' caregivers no different ostomy care knowledge. The findings concurred with Crawford and colleagues (Crawford et al., 2012) who compared teaching in new ostomates who had no different characteristics with a DVD teaching program and two routing instruction only sessions with nurses to routing instruction only by nurses who specialized in care for ostomates and found knowledge after

teaching in the control and experimental groups to be no different with statistical significance at  $p > .05$ . This was because education was provided systematically by ostomy nurses and video-assisted teaching media. Furthermore, caregivers from both groups were interested and attentive in learning about ostomy care in order to enable the provision of proper care for new ostomates. Thus, caregivers had knowledge with no differences.

According to the findings, new ostomates' caregivers in both groups had higher mean ostomy care knowledge scores after teaching and after discharge, the subjects in this study had no ostomy care experience, causing knowledge scores before teaching to be low. However, some of the subjects in the control group may prepared to care for ostomates by studying information on the Internet, causing knowledge scores after teaching and after discharge to be high. While in the experimental group, the subjects had higher knowledge scores after teaching and after discharge because ostomy nurses and the video-assisted teaching program provided knowledge systematically. The findings were in agreement with a previous study in Thailand conducted by Sasitorn Mongkonsawad (2010) who studied the effects of the video-assisted teaching program for ostomates at KhonKaen Hospital and found the subjects to have higher knowledge scores after receiving the program with statistical significance at  $.05$ . Moreover, the findings were consistent with a study conducted in Taiwan by Lo and colleagues (2011) who found post-experimental knowledge scores to be higher than pre-experimental scores with statistical significance at  $p < 0.05$ .

### **Ostomy Care Skills**

After receiving the video-assisted teaching program plus routine care, new ostomates' caregivers had higher mean ostomy care skill scores than new ostomates' caregivers who received routine instruction only with statistical significance ( $p < .05$ ). The findings differed from a study conducted in the United States by Crawford and colleagues (Crawford et al., 2012) who compared teaching new ostomates with a DVD teaching program and nurses twice to routine instruction only by nurses who specialized in care for ostomates and found skill scores in both groups to be no different with statistical significance at  $p > .05$ , This may be because watching video media helped caregivers view images of the steps emphasized by nurses more clearly.

According to the analysis of individual ostomy care skills, the experimental group was found to have higher mean scores on excrement draining and excrement pouch washing skills after teaching than the control group with statistical significance ( $p < .05$ ). This was because nurses usually instructed caregivers to drain excrement and wash excrement pouches by using verbal explanations rather than demonstrations because the subjects sometimes had no excrement when the subjects were being instructed. However, once caregivers practiced skills after returning home, the caregivers' skills improved after being discharged from the hospital, thereby causing the scores for excrement draining skills and excrement pouch washing skills to be no different. In the area of excrement pouch replacement skills, the experimental and control groups were found to have no different mean excrement pouch replacement skill scores after teaching. However, after discharge from hospital, the experimental group was found to have higher mean excrement and pouch replacement skill scores than the control group with statistical significance ( $p < .05$ ). This may be because watching video-media with an emphasis on vital items helped caregivers to be aware of steps in gently removing old excrement pouches, cleaning ostomy and the skin around ostomy, measuring ostomy size, cutting and attaching new ostomy pouch clamps.

### **Research Limitations**

Because data in this study were collected postoperatively from 7 to 10 days after discharged home, Thus, the subjects can searched information from other sources during the subjects were at home.

### **Recommendations for Implementation of the Findings**

#### **Nursing Practice**

The developed video-assisted teaching program should be used among new ostomates and caregivers to help new ostomates and caregivers to have accurate

knowledge and understanding in addition to having the opportunity to practice ostomy care skills before hospital discharge.

### **Nursing Education**

Video media can be used to educate nursing students, newly graduated nurses and nursing assistants who work in surgical patients' wards.

### **Nursing Research**

1. Further study of the video-assisted teaching program should be conducted among ostomates in the urinary system in order to promote accurate knowledge, understanding and ostomy care skill practices among urinary system ostomates and caregivers.
2. The video-assisted teaching program should be developed for gastrointestinal ostomates in other areas such as food consumption, odor and gas control, exercise, work, sexual intercourse, dressing, traveling, complication prevention and correction in order to cover contents new ostomates should learn.

## รายการอ้างอิง

- กิดานันท์ มลิทอง. (2544). *สื่อการสอนและฝึกอบรม จากสื่อพื้นฐานถึงสื่อดิจิทัล*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- เกศิณี ชีรทองดี, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณินิจ พงศ์ถาวรภม. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง. *วารสารโลกมะเร็ง*, 34(2), 68 – 78.
- ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, อัจฉริยา ปทุมวัน, สมทรง จุไรทัศนีย์ และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2554). ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 17(1), 126 - 140.
- ขวัญใจ ลือเมือง, ขนิษฐา นาคะ และหทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2556). ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการ เฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. *การประชุมภาคใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4*, 170 – 184.
- จุฬารพร ประสงค์ดี และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (2558). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีไตไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- จุฬาวรี ชัยวงค์นาคพันธ์, ศิริกาญจน์ จินาวิณ, และวราภรณ์ ยศทวิ. (2560). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความเครียดและความสามารถ ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(3), 203 – 217.
- ทิสนา แคมมณี. (2554). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: ด้านสุชาการพิมพ์.
- ทิสนา แคมมณี. (2557). *วิธีสอนโดยใช้การสาธิต (Demonstration)*. ในทัศนีย์ ผิวขำ (บรรณาธิการ). *14 วิธีสอนสำหรับสำหรับครูมืออาชีพ*. (น.17 – 21). พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส, กาญจนา โกกิละนันท์, นางเยาว์ ธิติไพศาล, มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์, วรารัตน์ แยมโสภี, ฌภัทร ไวปรินทะ และคณะ. (2558). ผลของการสอนก่อนผ่าตัดโดยใช้

- สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีด ยาชาเข้าช่องไขสันหลัง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(1), 1-7.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวลักษณ์. (2546). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 21(4), 249 – 258.
- บุษรา ดาวเรือง, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และครุณี ชุณหะวัต. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการ ความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อ การปฏิบัติ พยาบาล และต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 18(3), 358 - 371.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2539). การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 2(3), 44-56.
- ประสาธน์ เนื่องเฉลิม. (2556). *วิจัยการเรียนการสอน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วี พรินท์.
- พัชรกรรณ์ วิริยะประสพโชค และศิลปะ ไชยจันทร์. (2555). ประสิทธิภาพของการสอนญาติผู้ป่วย หลังผ่าตัดตาต่อกระจกโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ หอผู้ป่วยโสตศอนาสิกและจักษุโรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์. *เชียงใหม่เวชสาร*, 4(2): 43-53.
- พิศสมัย อรทัย และศรีสมร ภูมณสกุล. (2556). *การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบและการประมาณค่า ขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power* (หน้า 37-40). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี 39.
- แพรภัทรา เขียวชะอุ่ม. (2546). การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ การมีส่วนร่วมกับทัศนคติต่อโครงการ "หนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์" ของสมาชิกกลุ่มอาชีพ จังหวัดนครนายก. *วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*.
- ไพบุณย์ จิวะไพศาลพงศ์. (2555). *Colostomy/ ileostomy ทวารเทียมหรือทวารใหม่*. กรุงเทพฯ: เวช สาร.
- ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร. (2554). Current concept in colorectal cancer treatment. ใน *ปริญา ทวิซัยการ (บรรณาธิการ)*. *ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเล่ม 1*. (น.279 – 312). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรณวงศ์. (2553). *การดูแลบาดแผลและทวารเทียม*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กฤษณิศา มาพิณ, ปรีกษ์กมล รัชกุล และวาริยา หมื่นสา. (2559). ผลของโปรแกรมการพัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมีย และความสามารถใน

- การดูแลเด็กของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็ก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(2), 52-68.
- มัทนา สังกวาลย์ และนิตยา โรจนนิรันดร์กิจ. (2558). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของสื่อการสอนระหว่างสื่อวีดิทัศน์กับภาพพลิกในด้านความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด และทักษะการให้นมมารดาของสตรีหลังคลอด. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, (29)1, 56 – 66. ค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2558. เว็บไซต์: [http://phpn.ph.mahidol.ac.th/Journal/txt/29\\_no1/5mantana%20.pdf](http://phpn.ph.mahidol.ac.th/Journal/txt/29_no1/5mantana%20.pdf)
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทย. *รวมารชิตพยาบาลสาร*, 9(2), 156 – 165.
- วาสิณี พิพัฒน์ผล. (2557). ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาด. *วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- วิษณุ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ สุกรโยธิน, อาคม ชัยวีระวัฒน์ และวีรุฒิ อิ่มสำราญ. (2558). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง*. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โฉมิตการพิมพ์.
- วิไลลักษณ์ พงษ์โสภณ. (2555). *สุขวิทยาจิต*. กรุงเทพฯ: วี. พรินท์.
- ศุภมาส มณีสินธุ์. (2553). การศึกษาคุณภาพชีวิตในด้านมิติสุขภาพของผู้ป่วยทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- ศศิธร มงคลสวัสดิ์. (2553). ผลของโปรแกรมการสอนผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียมโรงพยาบาลขอนแก่น. *ปริญญาานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- สกุณา บุศนรากร. (2551). การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย (pp. 205-246). สงขลา: เทมการพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2554). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2558. เว็บไซต์: <http://www.nci.go.th>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). สำมะโนประชากร และการเคหะ 2553. ค้นเมื่อ 22 มกราคม 2561. เว็บไซต์: [http://popcensus.nso.go.th/table\\_stat.php?yr=2553](http://popcensus.nso.go.th/table_stat.php?yr=2553)

- สุรัญญา นวลประสิทธิ์, พวงเพชร วุฒิพงศ์และกษิรา จันทรมณี. (2552). ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์โปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อกระจกและญาติผู้ดูแล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(2), 78 – 86.
- สมจิตต์ จันทร์กุล และกรกฎ เจริญสุข. (2558). ผลของการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยสื่อวีดิทัศน์ ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและระดับความวิตกกังวล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1).
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์ และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล*. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินติ้ง.
- สมพร วรรณวงศ์, แสงอรุณ อิศระมาลัย, วันดี คหะวงศ์ และโสมนัส นาคนวล. (2557). การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีทวารเทียม. *วารสารมหาวิทยาลัยยรนราชิวาสราชนครินทร์* 6(3): 36 – 47.
- สายสมร เฉลยกิตติ, ศิริพร พูนชัย, ศิริพร สว่างจิตร และจุฑารัตน์ บันดาลสิน. (2553). วิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 14(3), 31- 38.
- สฐาภรณ์ มหาวิจิตร. (2557). การดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล. *ปริญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา*.
- อินทรา ไพนุพาศ์ และจริยวรรณ ขวัญใจ. (2554). ผลการใช้สื่อการสอนด้วยวีดิทัศน์ เรื่องการออกกำลังกายข้อเข้าต่อทักษะในการบริหารข้อเข้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อเข้าเทียม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 31(2), 33-41.
- American cancer society. (2017). Cancer fact & figures 2017. Retrieved December 22, 2017, from, <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>
- Anaraki, F., Vafaie, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmaeilpour, S., & Safaee, A. (2012). Quality of life outcomes in patients living with stoma. *Indian Journal Palliative Care*, 18(3), 176-180. doi:10.4103/0973-1075.105687
- Bloom, B. S. (1964). *Stability and Change in Human Characteristics*. New York: Wiley.
- Bloom, B. S. (1986). Learning for mastery. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. *University of California at Los Angeles*. 2, 47-62.

- Bullen, T. L., Sharpe, L., Lawsin, C., Patel, D. C., Clarke, S., & Bokey, L. (2012). Body image as a predictor of psychopathology in surgical patients with colorectal disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(6), 459-463. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.08.010>
- Burch, J. (2014). Management of peristomal skin complications. *British Journal of Health Care Management*, 20(6), 264-269. Retrieved February 22, 2016, from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eoh&AN=36814536&site=pdf-live&authtype=ip,uid>
- Cheng, F., Meng, A. F., Yang, L. F., & Zhang, Y. N. (2013). The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study. *Ostomy Wound Management*, 59(7), 35-38.
- Colostomy Association. (2014). *What is a stoma?*. Retrieved September 22, 2016, from, <http://www.colostomyassociation.org.uk/index.php?p=239&pp=3&page=What%20is%20a%20stoma?>
- Crawford, D., Texter, T., Hurt, K., VanAelst, R., Glaza, L., & Vander Laan, K. J. (2012). Traditional nurse instruction versus 2 session nurse instruction plus DVD for teaching ostomy care: a multisite randomized controlled trial. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 39(5), 529-537. doi:10.1097/WON.0b013e3182659ca3
- Culha, I., Kosgeroglu, N., Bolluk, O. (2016). Effectiveness of Self-care Education on Patients with Stomas. *Journal of Nursing and Health Science*, 5(2), 70-76. DOI: 10.9790/1959-05217076
- Dabas, H., Sharma, K. K., Joshi, P., & Agarwala, S. (2016). Video teaching program on management of colostomy: Evaluation of its impact on caregivers. *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons*, 21(2), 54-56. <http://doi.org/10.4103/0971-9261.176933>
- Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burcharth, K., Rosenberg, J. (2013). Learning to live with a permanent intestinal ostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 40(4), 407-412.

- Donprapeng, B. (2006). The relationship among caregiving burden, coping resources and quality of life of dependent older adults caregivers. *The degree of master of nursing science Adult nursing, Faculty of Graduate studies, Mahidol university.*
- Engelke, Z. (2015). Patient Education: Teaching the Patient with a Stoma. In D. Pravikoff (Ed.). Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing.
- Fazio, V. W., Church, J. M., & Wu, J. S. (2012). *Atlas of intestinal stomas*. New York, OH: Springer.
- Gutman, N. (2011). *Colostomy guide*. United Ostomy Associations of America : UOAA. retrieved February 22, 2016, from [http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy\\_info/ColostomyGuide.pdf?direct=1](http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy_info/ColostomyGuide.pdf?direct=1)
- Hendren, S., Hammond, K., Glasgow, S. C., Perry, W. B., Buie, W. D., Steele, S. R., & Rafferty, J. (2015). Clinical practice guidelines for ostomy surgery. *Diseases of the Colon & Rectum*, 58(4), 375-387.
- Hooper, J. (2016). Peristomal Skin Complications. Retrieved May 2, 2017, from <http://www.shieldhealthcare.com/community/wp-content/uploads/2015/12/Webinar-Outline-Peristomal-Complications.pdf>
- Kadam, A., & Shinde, M. B. (2014). Effectiveness of structured education on caregiver's knowledge and attitude regarding colostomy care. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 3(4), 586-593.
- Krouse, R. S., Grant, M., McCorkle, R., Wendel, C. S., Cobb, M. D., Tallman, N. J., et al. (2016). A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors. *Psycho-oncology*, 25(5), 574-81. doi: 10.1002/pon.4078.
- Liao, C., & Qin, Y. (2014). Factors associated with stoma quality of life among stoma patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 1 ( 2 ) , 1 9 6 -2 0 1 . doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.05.007>
- Lim, S. H., Chan, S. W., & He, H. G. (2015). Patients' Experiences of Performing Self-care of Stomas in the Initial Postoperative Period. *Cancer Nursing*, 38( 3 ) , 185-193. doi:10.1097/ncc.0000000000000158

- Lo, S. F., Wang, Y. T., Wu, L. Y., Hsu, M. Y., Chang, S. C., & Hayter, M. (2011). Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation. *Journal Advanced Nursing*, 67(1), 68-76. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05455.x
- Leyk, M., Książek, J., Habel, A., Dobosz, M., Kruk, A., & Terech, S. (2014). The Influence of Social Support From the Family on Health Related-Quality of Life in Persons With a Colostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 41(6), 581-588. doi:10.1097/WON.0000000000000086
- Maydrick, D, R. (2014). Individuals with a permanent ostomy: quality of life and out-of-pocket financial costs for ostomy management. *Nurse economics journal*, 32(4), 204-218.
- McMullen CK, Schneider J, Altschuler A, Grant M, Hornbrook MC, Liljestrang P, & Krouse RS. (2014). Caregivers as healthcare managers: health management activities, needs, and caregiving relationships for colorectal cancer survivors with ostomies. *Supportive care in cancer*, 22(9), 2401-8. doi:10.1007/s00520-014-2194-3
- Meisner, S., Lehur, P. A., Moran, B., Martins, L., & Jemec, G. B. (2012). Peristomal skin complications are common, expensive, and difficult to manage: a population based cost modeling study. *Public library of science*, 7 ( 5 ) , e3 7 8 1 3 . doi:10.1371/journal.pone.0037813
- Muzyczka, K. & et al. (2013). Selected problems associated with the treatment and care for patients with colostomy - part 1. *Contemporary Oncology*, 17( 2 ) , 134-136. doi:10.5114/wo.2013.34615
- National Cancer Institute. (2012). SEER Cancer statistics review. retrived June 20, 2016. Available from [http://progressreport.cancer.gov/diagnosis/incidence#field\\_most\\_recent\\_estimates](http://progressreport.cancer.gov/diagnosis/incidence#field_most_recent_estimates)
- Nybaek, H., Knudsen, D. B., Laursen, T. N., Karlsmark, T., & Jemec, G. B. (2010). Quality of life assessment among patients with peristomal skin disease. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 22(2), 139-143. doi:10.1097/MEG.0b013e 32832ca054
- Orem, D. (1985). *Nursing: Concept of practice*. (3<sup>rd</sup> ed.) New York: McGraw-Hill.

- Palma, E., Simonetti, V., Franchelli, P., Pavone, D., & Cicolini, G. (2012). An observational study of family caregivers' quality of life caring for patients with stoma. *Gastroenterol Nursing, 35*(2), 99 - 104. doi: 10.1097/SGA.0b013e31824c2326
- Pfeiffer, E. (1975). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 23*(10), 433-441.
- Phillips, R. K. S., & Claerk, S. (2014). *Colorectal surgery* (5<sup>th</sup> ed.). British: Saunders ELSEVIER.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott.
- 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 of Wound, Ostomy & Continence Nursing, 42*(1), 79-82. doi:10.1097/won.0000000000000094
- Ratliff, C. R. (2010). Early Peristomal Skin Complications Reported by WOC Nurses. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing, 37*( 5) , 505 - 510. doi: 10.1097/WON.0b013e3181edac57
- Recalla, S., English, K., Nazarali, R., Mayo, S. Miller, D. & Gray, M. (2013). Ostomy care and management A systematic review. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing, 40*(5), 489-500. doi: 10.1097/WON.0b01e3182a219a1
- Rungsangjun, K. (2009). Lived experience of ostomates: eliminate suffering or suffering from elimination. *Thesis of master degree of medical and health social sciences*.
- Salvadalea, G. D. (2013). The incidence of stoma and peristomal complications during the first 3 months after ostomy creation. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing, 40*(4), 400-406. doi:10.1097/WON.0b013e318295a12b
- Sheppard, S., Carole, A. B., Nina B., Joanne, B., Mary, M., Janet, M. & et al. (2014). *Stoma Complications: Best Practice for Clinicians*. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. Mt. Laurel: NJ. Author.
- Stelton, S., Zulkowski, K., & Ayello, E. A. (2015). Practice implications for peristomal skin assessment and care from the 2014 world council of enterostomal therapists

international ostomy guideline. *Advances skin and wound care*, 28(6), 275-284; quiz 285-276. doi:10.1097/01.ASW.0000465374.42350.0f

United Ostomy Associations of America. (2016). *About Us*. Retrieved September 22, 2016, from [http://www.ostomy.org/About\\_the\\_UOAA.html](http://www.ostomy.org/About_the_UOAA.html)

Vonk-Klaassen, S.M., de Vocht, H.M., den Ouden, M.E.M., 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 Life Research*, 25( 1) , 125-133. doi:10.1007/s11136-015-1050-3

Vural, F. & et al. (2016). The impact of an ostomy on the sexual lives of persons with stomas. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 43( 4) , 381-384. doi:10.1097/WON.0000000000000236

Werth, S. L., Schutte, D. L., Stommel, M. (2014). Bridging the gap: perceived educational needs in the inpatient to home care setting for the person with a new ostomy. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 41(6), 566 – 572. Doi: 10.1097/won.0000000000000081



## ภาคผนวก ก

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมิน ภาวะการรู้คิดฉบับสั้น  
(a short portable mental status questionnaire: SPMSQ)
2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ
  - 2.1 แผนการสอน เรื่องทวารเทียมและการดูแลทวารเทียม การเทระบาย  
อุจจาระ การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย
  - 2.2 สคริปวีดิทัศน์ เรื่อง การดูแลทวารเทียม
3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่
  - 3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารเทียมและญาติ
  - 3.2 แบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม
  - 3.3 แบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม

### แบบประเมินการรู้จัก

#### Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้วัน เวลา สถานที่

1. วันนี้วันที่เท่าใด
2. วันนี้เป็นวันอะไรของสัปดาห์
3. ที่นี้ที่ไหน
4. บ้านท่านอยู่ที่ใด
5. ท่านอายุเท่าไร
6. ท่านเกิดปีอะไร
7. ใครคือนายกรัฐมนตรีคนปัจจุบัน
8. ใครคือนายกรัฐมนตรีคนก่อน
9. คุณยายของท่านชื่ออะไร
10. เอา 3 ลบออกจาก 20 ไปเรื่อยๆ

รวมคะแนน \_\_\_\_\_

**แผนการสอน เรื่อง ทวารเทียมและการดูแลทวารเทียม การระบายอุจจาระ การเปลี่ยน  
ถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย**

ผู้สอน	สุจินดา ลดาสุนทร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต 5836659 RAAN/M
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้มีทวารเทียมรายใหม่ และญาติ ในโรงพยาบาลรามาธิบดี
วิธีการสอน	การสอนเป็นรายบุคคล
เวลาสอน	ชมวิดิทัศน์ภาพเคลื่อนไหวพร้อมคำบรรยาย สาธิตการดูแลทวารเทียม การเท ระบายอุจจาระ การล้างถุงและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และชนิดของถุง รองรับสิ่งขับถ่าย 20 นาที
สถานที่	หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยพิเศษที่รับผู้ป่วย ผ่าตัดทวารเทียม ทั้ง 3 อาคาร ได้แก่ อาคารหลัก อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ และ อาคารศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"><li>- เพื่อให้ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทวารเทียม การดูแล ทวารเทียม การระบายอุจจาระ การล้างถุง การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และ ชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย</li><li>- เพื่อให้ญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมฝึกทักษะการระบายอุจจาระ การล้างถุง และ การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย</li></ul>

**แผนการสอน เรื่องทวารเทียม การระบายลมและอุจจาระ การเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับสิ่ง  
ขับถ่าย และชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย**

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ การ สอน	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารที่ปกติ เป็นบทบาทก่อนเข้าเนื้อหาทวารเทียม</p> <p>และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารที่ปกติ เป็นบทบาทก่อนเข้าเนื้อหาทวารเทียม</p>	<p><b>ทวารเทียม และข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดทวารเทียม</b></p> <p>บทบาท</p> <p>ระบบทางเดินอาหาร</p> <p>เริ่มจากเมื่อเรารับประทานอาหาร ร่างกายจะทำการย่อยอาหาร เริ่มตั้งแต่ภายใน ปาก หลอดอาหาร</p> <p>กระเพาะอาหาร</p> <p>ลำไส้เล็ก โดยที่ลำไส้เล็กจะมีการย่อยอาหารจนเป็นของเหลว เพื่อให้สารอาหารดูดซึมสู่ร่างกาย</p> <p>ส่วนกากอาหารและน้ำส่วนเกิน จะเดินทางสู่ลำไส้ใหญ่ ภายในลำไส้ใหญ่ดูดกลับน้ำ เหลือกากอาหารรวมกันเป็นอุจจาระเพื่อขับออกทางทวารหนัก</p>	<p>บรรยาย</p> <p>ประกอบ</p> <p>ภาพเคลื่อนไหว 3 มิติ</p>	<p>สื่อ</p> <p>วีดิทัศน์</p>	<p>ตอบแบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม</p>
<p>และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบ่งชี้การผ่าตัดทวาร</p>	<p>หากเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบขับถ่าย</p> <p>อุจจาระไม่สามารถขับออกได้ โดยอาจมีสาเหตุมาจากการมีก้อนเนื้อขัดขวางทางออกของอุจจาระหรือการมีแผลอักเสบในลำไส้ แล้วรักษาด้วยยาไม่ได้ผล จึงมีความจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม</p>	<p>บรรยาย</p> <p>ประกอบ</p> <p>ภาพเคลื่อนไหว 3 มิติ</p>	<p>สื่อ</p> <p>วีดิทัศน์</p>	<p>ตอบแบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>เติมใน ระบบ ทางเดิน อาหาร</p>				
<p>เพื่อให้ผู้ผู้มีความรู้ความเข้าใจความหมายของทวารเทียมระบบทางเดินอาหารชนิดและลักษณะอุจจาระของทวารเทียม</p>	<p>การผ่าตัดเปิดทวารเทียม คือ การผ่าตัดเปิดลำไส้คู่ผนังหน้าท้อง เพื่อขับถ่ายของเสีย โดยอาจเป็นลำไส้เล็กส่วนปลายหรือลำไส้ใหญ่ ทำหน้าที่เป็นทางออกของอุจจาระ อาจเป็นแบบถาวร หรือแบบชั่วคราว โดยแบบชั่วคราว เมื่อแก้ไขปัญหาหรือรักษาโรคเสร็จสิ้นสามารถผ่าตัดปิดทวารเทียมให้ถ่ายอุจจาระกลับไปขับทางทวารหนักได้เหมือนเดิม</p> <p>สำหรับทวารเทียมที่เปิดจากลำไส้เล็ก ลักษณะของอุจจาระเหลว เป็นน้ำมากกว่าเนื้อต่างจากทวารเทียมที่เปิดจากลำไส้ใหญ่ อุจจาระจะมีลักษณะเป็นเนื้อมากกว่าน้ำ</p> <p>...</p>	<p>บรรยายประกอบภาพเคลื่อนไหว 3 มิติ</p>	<p>สื่อวีดิทัศน์</p>	<p>ตอบแบบประเมินความรู้ การดูแลทวารเทียม</p>

### สกริปวีดิทัศน์เรื่อง “การดูแลทวารเทียม”

สกริปวีดิทัศน์นี้สำหรับผู้มีทวารเทียมรายใหม่ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย สร้างขึ้นเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ตามแนวคิดของโอเร็ม โดยมีเนื้อหามุ่งให้ผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแลมีความรู้ เจตคติ และทักษะที่ดีตามกรอบแนวคิดการเรียนรู้ของบลูม

ลำดับ	ภาพ	ตัวอักษรบรรยาย	เสียงบรรยาย
1.	รูปโรงพยาบาลรามาริบดี	วีดิทัศน์ให้ความรู้การดูแลทวารเทียมและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย	เสียงดนตรีบรรเลงเพลงของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี
2.	รูปโรงเรียนพยาบาลรามาริบดี	สงวนลิขสิทธิ์ ห้าม ทำสำเนา ทำการเปลี่ยนแปลง หรือทำขึ้นใหม่ด้วยวิธีการต่างๆ โดยไม่ได้รับอนุญาตจาก โรงเรียนพยาบาลคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี	เสียงดนตรีบรรเลงเพลงของคณะฯ
3.	รูปโรงเรียนพยาบาลรามาริบดี	วีดิทัศน์ชุดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารเทียม ได้เรียนรู้เกี่ยวกับทวารเทียม การดูแลทวารเทียม การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และได้เห็นวิธีการระบายลม และอุจจาระ การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย	เสียงดนตรีบรรเลงเพลงของคณะฯ
4.	ภาพสไลด์เป็นพื้นหลัง	เนื้อหาประกอบด้วย 1.ทวารเทียม และข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดทวารเทียม 2.ความสำคัญของการดูแลทวารเทียม 3.การระบายลมและอุจจาระ .....	เสียงดนตรีบรรเลงเพลงของคณะฯ

## แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารเทียมและญาติผู้ดูแล

โปรดเติมคำลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย X ลงในช่อง ( ) ในแต่ละข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

## ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลผู้มีทวารเทียมรายใหม่

หอผู้ป่วย..... อายุ.....ปี

เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

ศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ,ระบุ.....

สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หย่าร้าง/ หม้าย/ แยกกันอยู่

สิทธิการรักษา ( ) เงินสด ( ) ต้นสังกัด/ รัฐวิสาหกิจ ( ) ประกันสังคม

( ) บัตรประกันสุขภาพ ( ) อื่นๆ,ระบุ.....

## ข้อมูลญาติผู้ดูแล

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ..... อายุ.....ปี

เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

ศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ,ระบุ.....

ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้ศึกษา ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา

( ) อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร ( ) ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

( ) ค้าขาย ( ) เกษตรกรรม

( ) พนักงานบริษัท..... ( ) อื่นๆ,ระบุ.....

สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หย่าร้าง/ หม้าย/ แยกกันอยู่

สถานภาพในครอบครัว ( ) หัวหน้าครอบครัว ( ) สมาชิกในครอบครัว

รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ( ) ต่ำกว่า 15,000 บาท ( ) 15,000 – 30,000 บาท

( ) 30,001 – 50,000 บาท ( ) 50,000 – 100,000 บาท

( ) มากกว่า 100,000 บาท

**ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย**

การวินิจฉัยโรค ( ) มะเร็งลำไส้ใหญ่ ( ) มะเร็งทวารหนัก ( ) ลำไส้อุดตัน  
( ) ไม่ทราบ ( ) อื่นๆ,ระบุ.....

ชนิดการผ่าตัด ( ) การผ่าตัดต่อลำไส้ใหญ่ และเปิดลำไส้เล็กเป็นทวารเทียม  
( ) การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ และเปิดลำไส้ใหญ่เป็นทวารเทียม  
( ) การผ่าตัดเย็บปิดก้น และเปิดลำไส้ใหญ่เป็นทวารเทียม  
( ) การผ่าตัดเปิดทวารเทียมเพียงอย่างเดียว  
( ) ไม่ทราบชนิดการผ่าตัด  
( ) อื่นๆ,ระบุ.....

วันที่ได้รับการผ่าตัด .....

ประวัติการผ่าตัดในอดีต ( ) ไม่เคย ( ) เคย,ระบุ.....ปี พ.ศ. ....

ภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ( ) ไม่เกิด ( ) เกิด ระบุ.....

แบบประเมินความรู้ในการดูแลทวารเทียม

ให้ท่านใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง  ที่ตรงกับความเห็นของท่าน

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. ระบบทางเดินอาหาร เริ่มตั้งแต่ปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ไปจนถึงทวารหนัก			
2. ทวารเทียมที่เปิดออกมาทางหน้าท้อง คือส่วนของลำไส้ใหญ่ หรือลำไส้เล็ก ขึ้นกับพยาธิสภาพของโรค			
3. ทวารเทียมในระบบทางเดินอาหาร ทำหน้าที่แทนทวารหนัก			
4.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
24. หลังปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายเสร็จ ไม่ควรลุกขยับทันที ควรรอประมาณ 10 – 15 นาที จะช่วยให้เป็นติดยึดแนบสนิทกับผิวหนังมากที่สุด			
25. เวลาเดินทางออกนอกบ้าน ควรเตรียมอุปกรณ์การทำ ความสะอาดทวารเทียม และถุงรองรับสิ่งขับถ่ายไว้ อย่างน้อย 1 ชุด			

**แบบประเมินทักษะการดูแลทวารเทียม**

ประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง

รายการ	ทำได้ดี ( 2 คะแนน)	ทำได้ ( 1 คะแนน)	ทำไม่ได้ ( 0 คะแนน)
<b>ทักษะการระบายอุจจาระ และการล้างถุง</b>			
1. การเตรียมอุปกรณ์ในการระบายอุจจาระ			
2.			
3.			
4.			
5. การปิดปลายถุง และนำอุจจาระเทลงชักโครก			
<b>ทักษะการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย</b>			
6.การเตรียมอุปกรณ์ด้วยตนเอง			
7.			
8.			
9.การลอกถุงรองรับอุจจาระใบเก่าออกอย่างนุ่มนวล*			
10.การเช็ดทำความสะอาดทวารเทียม และผิวหนังรอบทวารเทียม*			
11.การวัดขนาดของทวารเทียม*			
12.การตัดแป้นของถุงรองรับสิ่งขับถ่ายใบใหม่*			
13.การติดแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายใบใหม่*			
14.			
15.			
<b>รวมคะแนน</b>			

หมายถึงรายชื่อที่ต้องทำให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียม

## เกณฑ์การให้คะแนนทักษะการดูแลทวารเทียม

รายการ	ทำได้ดี ( 2 คะแนน)	ทำได้ ( 1 คะแนน)	ทำไม่ได้ ( 0 คะแนน)
ทักษะการระบายอุจจาระ และการล้างถุง			
1.การเตรียมอุปกรณ์ในการระบายอุจจาระ - เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการระบายอุจจาระด้วยตนเอง	เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการระบายอุจจาระด้วยตนเองได้แก่ ภาชนะรองรับสิ่งขับถ่าย น้ำประปาใส่ขวด และกระดาษทิชชู หรือสำลี	เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการระบายอุจจาระด้วยตนเอง ได้ บางส่วน ต้องคอยช่วยแนะนำ	ไม่ได้เตรียมอุปกรณ์เลย
2.การพับปลายถุงขึ้นก่อนเทระบาย	มีการพับปลายถุงขึ้นก่อนการเทอุจจาระ	มีการพับปลายถุงขึ้นเล็กน้อยก่อนการเทอุจจาระ	เทอุจจาระ โดยไม่มีการพับปลายถุงขึ้นก่อน
3.การใต้น้ำล้างทำความสะอาดถุง	ใต้น้ำประปาล้างถุงเพื่อล้างทำความสะอาด โดยไม่หก และภายในถุงสะอาด	ใต้น้ำประปาล้างถุงเพื่อล้างทำความสะอาด	ไม่ได้ใต้น้ำล้างถุง
4. การเช็ดทำความสะอาดปลายถุง	มีการใช้กระดาษทิชชู หรือสำลีเช็ดทำความสะอาดปลายถุงทั้งภายในและภายนอก	มีการใช้กระดาษทิชชู หรือสำลีเช็ดทำความสะอาดปลายถุง	ไม่มีการเช็ดทำความสะอาด

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ทรงและเอกสารเชิญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. พว. ประไพ อริยประยูร  
พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้มีทวารเทียม
2. พว. กมลวรรณ จลาพงษ์  
หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญการดูแลผู้มี  
ทวารเทียม
3. พว. ปณิตดา สุวรรณภราดร  
พยาบาลที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญการดูแลผู้มีทวารเทียม



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
สาขาคณะวิทยาศาสตร์ ศึกษาศาสตร์ ชั้น 1  
ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กทม. 10400  
โทร. 0-2201-5206-7 โทรสาร 0-2354-7173

ที่ ศธ 0517.02 (วท) / 00533

วันที่ ๗ มีนาคม 2560

เรื่อง ขอเรียนเชิญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางสาวประไพ อริยประยูร

ด้วย น.ส.สุจินดา ลดาสุนทร เลขประจำตัว 5836659 RAAN/M นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (หลักสูตรปกติ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำลังอยู่ในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่" อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษาได้สร้าง 1) โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน 2) แบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม 3) แบบประเมินทักษะการจัดการการดูแลทวารเทียม เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในวีดิทัศน์ และความตรงของแบบประเมินความรู้และทักษะ บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ให้นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาพัฒนาให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัย ดังกล่าวซึ่ง น.ส.สุจินดา ลดาสุนทร ได้สร้างขึ้น จะขอบพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเทพ ไวยครุฑธา)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยองค์กรและนวัตกรรมการศึกษา

ปฏิบัติงานแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่อประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ผศ.ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์

โทร. 089-763-0743



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
สาขาคณะวิทยาศาสตร์ ศึกษาศาสตร์ ชั้น 1  
ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กทม. 10400  
โทร. 0-2201-5206-7 โทรสาร 0-2354-7173

ที่ ศธ 0517.02 (วท) / 00531

วันที่ ๗ มีนาคม 2560

เรื่อง ขอยื่นเชิญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางสาวกมลวรรณ จลาพงษ์

ด้วย น.ส.สุจินดา ลดาสุนทร เลขประจำตัว 5836659 RAAN/M นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (หลักสูตรปกติ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำลังอยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่" อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้นักศึกษาได้สร้าง 1) โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน 2) แบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม 3) แบบประเมินทักษะการจัดการการดูแลทวารเทียม เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในวีดิทัศน์ และความตรงของแบบประเมินความรู้และทักษะ บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอยื่นเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ให้นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาพัฒนาให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัย ดังกล่าวซึ่ง น.ส.สุจินดา ลดาสุนทร ได้สร้างขึ้น จะขอขอบคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเทพ ไวกฤษธา)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยองค์กรและนวัตกรรมการศึกษา

ปฏิบัติงานแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่อประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ผศ.ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์

โทร. 089-763-0743



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
สาขาคณะวิทยาศาสตร์ ดิจิทัล ชั้น 1  
ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กทม. 10400  
โทร. 0-2201-5206-7 โทรสาร 0-2354-7173

ที่ ศธ 0517.02 (วท) / 00532

วันที่ 7 มีนาคม 2560

เรื่อง ขอเรียนเชิญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางสาวปนัดดา สุวรรณภราดร

ด้วย น.ส.สุจินดา ลดาสุนทร เลขประจำตัว 5836659 RAAN/M นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (หลักสูตรปกติ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำลังอยู่ในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่" อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้นักศึกษาได้สร้าง 1) โปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน 2) แบบประเมินความรู้การดูแลทวารเทียม 3) แบบประเมินทักษะการจัดการการดูแลทวารเทียม เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในวีดิทัศน์ และความตรงของแบบประเมินความรู้และทักษะ บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ให้นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาพัฒนาให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัย ดังกล่าวซึ่ง น.ส.สุจินดา ลดาสุนทร ได้สร้างขึ้น จะขอบพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเทพ ไวยครุฑธา)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยองค์กรและนวัตกรรมการศึกษา

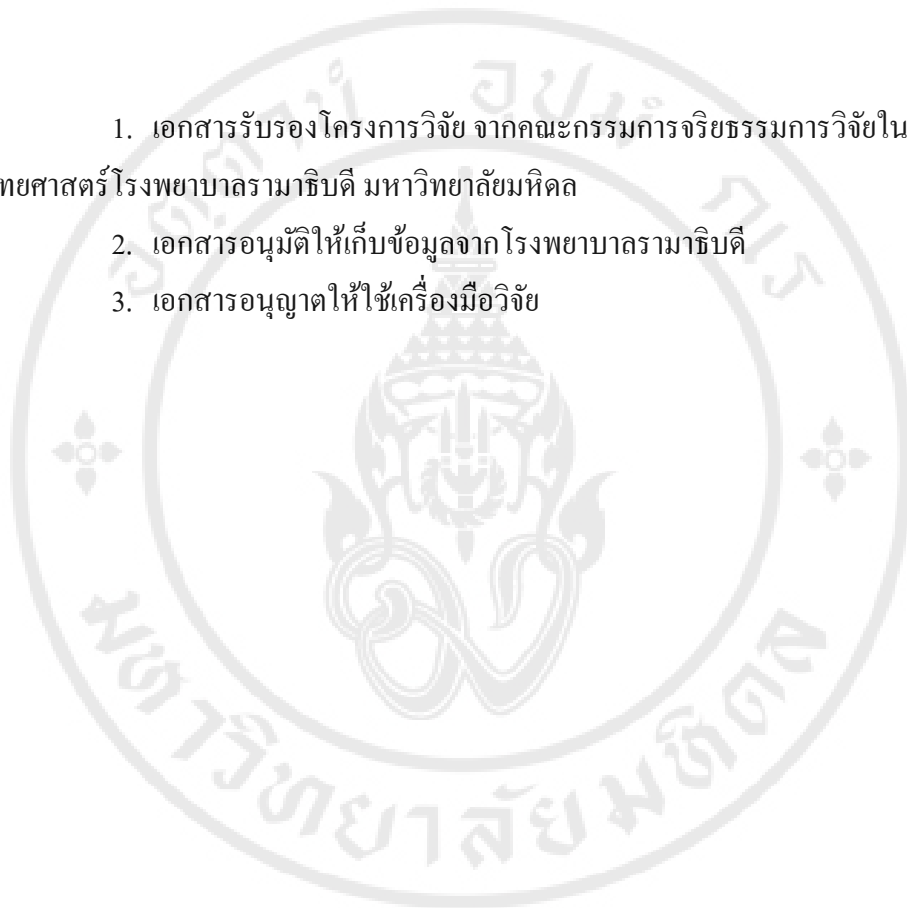
ปฏิบัติงานแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่อประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ผศ.ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์  
โทร. 089-763-0743

**ภาคผนวก ก**

**เอกสารชี้แจงพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

1. เอกสารรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. เอกสารอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลรามาธิบดี
3. เอกสารอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย





คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐

โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๖๐/๒๗๗

ชื่อโครงการ

ผลของโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่

เลขที่โครงการ/รหัส

ID 04 - 60 - 30 ว

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสาวสุจินดา ลดาสุนทร

ที่ทำงาน

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ  
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชูศักดิ์ โอภาสเจริญ)

วันที่รับรอง

๘ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ระยะเวลาในการศึกษา

๘ เดือน



สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
โทร 1 + ๖๘ + ๑๗๐๑ โทรสาร ๐๒ ๒๐๑๑๗๐๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๑๗/ ๑๗๗๓๓

วันที่ ๗๗ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (วท)/๐๑๒๘๓  
ลงวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นางสาวสุจินดา ดาสุนทร เลขประจำตัว ๕๘๓๖๖๕๔ RAAN/M  
นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (หลักสูตรปกติ) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล  
รามาธิบดี มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผล  
ของโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน ต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมในญาติผู้ดูแลผู้มีความพิการ  
ใหม่” โดยอยู่ในความควบคุมของ ผศ. ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้เข้าเก็บข้อมูลและสามารถ  
ติดต่อขอข้อมูลได้ที่ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ โทรศัพท์ ๐๒ ๒๐๐ ๔๙๓๓

ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ โทรศัพท์ ๐๒ ๒๐๑ ๑๕๔๓

ภาควิชาศัลยศาสตร์ โทรศัพท์ ๐๒ ๒๐๑ ๑๓๑๕

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(ศ. นพ.บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

Copyright by Mahidol University

เรียน ประธานหลักสูตร สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

เพื่อพิจารณา  เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง  
 เพื่อดำเนินการ  เพื่อขอคืน.....  
 เพื่อทราบ  เพื่อขอคืน.....



โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ที่ 18/3/60  
 ครั้งที่ 1.3 ส.ย. 2560 13.30 E  
 ครั้งที่ 2..... เวลา.....  
 ครั้งที่ 3..... เวลา.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
 ๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนตลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐  
 โทร. ๐-๒๕๕๑-๕๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๕๑-๙๙๓๕

(รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นันทันทร)  
 รองผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี  
 ฝ่ายบัณฑิตศึกษาและวิจัย

ที่ ศธ.๐๕๑๗.๐๒/๐๕๕๖๗  
 วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๐  
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

สําเนา จกท. นันทันทร  
 16 ส.ย. 2560

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตามหนังสือที่ ศธ.๐๕๑๗.๐๒/๑๑๕๖ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี  
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี แจ้งว่า  
 ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวสุจินดา ลดาสุนทร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
 งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: "ผลของโปรแกรมการสอนด้วยวีดิทัศน์ต่อความรู้และทักษะ" โดยมี  
 ผศ.ดร.นิโบล กนกสุนทรรัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
 เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบประเมินภาวะการรับรู้คิด ฉบับสั้น(The Short Portable Mental  
 Status Questionnaire: SPMSQ) แปลและปรับเป็นภาษาไทย  
 เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: รศ.ประคอง อินทรสมบัติ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบทความ เรื่อง "การประเมิน  
 ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ" ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ เล่มที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๓๙

บัณฑิตวิทยาลัยได้รับแจ้งจาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ว่าไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้  
 นางสาวสุจินดา ลดาสุนทร ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยยกเว้นค่าใช้จ่าย ดังรายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

  
 (รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์)  
 รองคณบดีฝ่ายวิชาการ  
 ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

เรียน รองผู้อำนวยการบัณฑิตศึกษาและวิจัย

เพื่อพิจารณา  เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง  
 เพื่อดำเนินการ  เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง  
 เพื่อทราบ  เพื่อขอคืน.....

  
 (รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญยม)  
 ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี  
 14 ส.ย. 2560

  
 14 ส.ย. 2560

**ภาคผนวก ง**

**ตารางที่ 1** ผลทดสอบการแจกแจงของข้อมูลตัวแปรด้านอายุของผู้มีทวารเทียมรายใหม่ และญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Shapiro-wilk

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ผู้ป่วย	.138	25	.200 <sup>*</sup>	.947	25	.220
ญาติผู้ดูแล	.079	25	.200 <sup>*</sup>	.984	25	.955

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

จากตารางแสดงผลการวิเคราะห์ แสดงว่า ในกลุ่มควบคุม อายุผู้มีทวารเทียมและอายุญาติผู้ดูแล มีการแจกแจงแบบปกติ  $p > .05$

**ตารางที่ 2** ผลทดสอบการแจกแจงของข้อมูลตัวแปรด้านอายุของผู้มีทวารเทียมรายใหม่ และญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Shapiro-wilk

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ผู้ป่วย	.094	25	.200 <sup>*</sup>	.981	25	.901
ญาติผู้ดูแล	.139	25	.200 <sup>*</sup>	.953	25	.297

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

จากตารางแสดงผลการวิเคราะห์ แสดงว่า ในกลุ่มทดลอง อายุผู้มีทวารเทียมและอายุญาติผู้ดูแล มีการแจกแจงแบบปกติ  $p > .05$

**ตารางที่ 3** ผลทดสอบการแจกแจงของข้อมูลตัวแปรคะแนนความรู้ก่อนการสอน คะแนนความรู้หลังการสอน คะแนนความรู้หลังจำหน่าย คะแนนทักษะหลังการสอน และคะแนนทักษะหลังจำหน่ายในกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Shapiro-wilk ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ความรู้ก่อนการสอน	.140	25	.200*	.961	25	.433
ความรู้หลังการสอน	.189	25	.022	.922	25	.056
ความรู้หลังจำหน่าย	.192	25	.018	.926	25	.072
ทักษะหลังการสอน	.101	25	.200*	.947	25	.216
ทักษะหลังจำหน่าย	.110	25	.200*	.966	25	.551

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

จากตารางแสดงผลการวิเคราะห์ แสดงว่าในกลุ่มควบคุม คะแนนความรู้ก่อนการสอน คะแนนความรู้หลังการสอน คะแนนความรู้หลังจำหน่าย คะแนนทักษะหลังการสอน และคะแนนทักษะหลังจำหน่าย มีการแจกแจงแบบปกติ  $p > .05$

**ตารางที่ 4** ผลทดสอบการแจกแจงของข้อมูลตัวแปรคะแนนความรู้ก่อนการสอน คะแนนความรู้หลังการสอน คะแนนความรู้หลังจำหน่าย คะแนนทักษะหลังการสอน และคะแนนทักษะหลังจำหน่าย ในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Shapiro-wilk ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ความรู้ก่อนการสอน	.130	25	.200*	.933	25	.100
ความรู้หลังการสอน	.162	25	.087	.930	25	.089
ความรู้หลังจำหน่าย	.156	25	.121	.948	25	.224
ทักษะหลังการสอน	.098	25	.200*	.961	25	.434
ทักษะหลังจำหน่าย	.179	25	.039	.921	25	.055

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

จากตารางแสดงผลการวิเคราะห์ แสดงว่าในกลุ่มทดลอง คะแนนความรู้ก่อนการสอน คะแนนความรู้หลังการสอน คะแนนความรู้หลังจำหน่าย คะแนนทักษะหลังการสอน และคะแนนทักษะหลังจำหน่าย มีการแจกแจงแบบปกติ  $p > .05$

**ภาคผนวก จ**

**ตารางที่ 5** การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความรู้ก่อนการสอน หลังการสอน และหลัง  
 จำหน่าย ของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>

	F	df1	df2	Sig.
ความรู้ก่อนการสอน	.304	1	48	.584
ความรู้หลังการสอน	.327	1	48	.570
ความรู้หลังจำหน่าย	1.186	1	48	.282

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Group  
 Within Subjects Design: time

ผลการวิเคราะห์ ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ก่อนการสอน หลังการสอน และ  
 หลังจำหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ  
 Levene Statistic พบว่า ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ก่อนการสอน หลังการสอน และหลังจำหน่าย  
 ของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ )  
 แสดงว่ามี Homogeneity of variance

**ตารางที่ 6** ผลทดสอบความสัมพันธ์ ( Correlation :r) ของคะแนนความรู้ก่อนการสอน หลังการสอน  
 และหลังจำหน่าย แต่ละคู่ที่วัดซ้ำไม่แตกต่างกัน โดยทดสอบ Equality of Covariance Matrices

Box's Test of Equality of Covariance Matrices<sup>a</sup>

Box's M	1.698
F	.264
df1	6
df2	16693.132
Sig.	.954

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept + Group Within Subjects Design: time

ผลการวิเคราะห์ Equality of Covariance Matrices แสดงว่า Covariance ไม่แตกต่างกัน  
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p > .05$

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวสุจินดา ลดาสุนทร
วัน เดือน ปีเกิด	9 เมษายน พ.ศ. 2528
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2546 – 2549 , พยาบาลศาสตรบัณฑิต ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2556, ประกาศนียบัตรออสโตมีและแผล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2558 – 2561, พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขากการพยาบาลผู้ใหญ่)
ตำแหน่งหน้าที่และสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย พยาบาลออสโตมีและแผล โรงพยาบาลรามธิบดี 270 ถ.พระรามหก แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
ที่อยู่ปัจจุบัน	784 ซ.เทอดไท 21 ถ.เทอดไท แขวงบางยี่เรือ เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600