

การศึกษาด้านทฤษฎีออสโตมี

นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF THE ENTEROSTOMAL THERAPY NURSE ROLES

Miss Thanchanok Wongtawan



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

| | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | การศึกษาด้านทฤษฎีการสื่อสาร |
| โดย | นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุกุศล |

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุกุศล)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม)

ัญชนก วงศ์ตะวัน : การศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี (A STUDY OF THE ENTEROSTOMAL THERAPY NURSE ROLES) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์, 191 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 20 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้บริหารทางการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาที่จัดอบรมหลักสูตรการเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์เอกสารเพื่อนำสาระที่ได้มาบูรณาการกำหนดเป็นกรอบในการสร้างข้อคำถามและสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม โดยการนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหาสร้างเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนที่ 3 ส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันคำตอบ วิเคราะห์สรุปผลการศึกษา โดยหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า บทบาทพยาบาลออสโตมี ประกอบด้วย 3 บทบาท

- 1) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 17 บทบาทย่อย
- 2) บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา ประกอบด้วย 13 บทบาทย่อย
- 3) บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 7 บทบาทย่อย

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5677179436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: ROLES / ENTEROSTOMAL THERAPY NURSE

THANCHANOK WONGTAWAN: A STUDY OF THE ENTEROSTOMAL THERAPY NURSE ROLES. ADVISOR: ASSOC. PROF. GUNYADAR PRACHUSILPA, Ph.D., 191 pp.

The purpose of this research was to study the Enterostomal therapy nurse roles. This research provides the foundations of the Delphi technique based on the sampling group of 20 Ostomy nursing experts. The research methodology is carried out on three rounds. The first round, analyses the document and design the interview framework and discuss with the selected group. The second round, qualitative data from the first round were analyzed by using content analysis for developing the rating scale questionnaire. All items in the questionnaire were ranked. The level of expected roles by a prior panel of experts. In round three, the new questionnaire was sent to previous experts for confirming the previous rank items. Data were analyzed by median and interquartile range to summarize the study.

The result revealed the Enterostomal therapy nurse roles consisted of 3 roles which follow:

- 1) Role in specialty nursing consists of 17 items
- 2) Role in facilitating the delivery of knowledge, coaching and counseling consists of 13 items
- 3) Role in evidence base practice consists of 3 items

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุกุศลป ผู้ซึ่งเสียสละเวลาอันมีค่าทั้งในและนอกเวลาราชการเพื่อให้คำแนะนำ คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่และห่วงใย ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสมุ กรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดและแนวทางปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้

ขอกราบขอบพระคุณกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 ท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้คำแนะนำ และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยอย่างดียิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้มอบทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ มอบ ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ สภากาชาดไทย ที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ เจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อนนิสิตและกัลยาณมิตรทุกท่าน รวมถึงพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนร่วมงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ให้คำแนะนำ สนับสนุน เป็นกำลังใจในการศึกษา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมารดา พี่ น้อง และญาติๆ ที่สนับสนุนทั้งกำลังใจและกำลังใจทรัพย์ พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้านตลอดระยะเวลาการศึกษา จนทำให้ผู้วิจัยสามารถสำเร็จการศึกษาได้อย่างภาคภูมิใจ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณ บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และกัลยาณมิตรทุกท่าน

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฅ |
| สารบัญแผนภูมิ..... | ญ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| คำถามการวิจัย | 6 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย | 6 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย | 7 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 8 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 9 |
| 1. สถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 10 |
| 2. หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 12 |
| 3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 13 |
| 4. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาของสภาการพยาบาล..... | 22 |
| 5. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลออสโตมี..... | 27 |
| 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 43 |
| 8. กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 45 |
| บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย | 47 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 47 |

| | |
|--|-----|
| การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... | 49 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 49 |
| รอบที่ 1 การสร้างเครื่องมือชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ บทบาทพยาบาลออสโตมี | 50 |
| รอบที่ 2 การสร้างเครื่องมือชุดที่ 2 แบบสอบถาม บทบาทพยาบาลออสโตมี..... | 52 |
| รอบที่ 3 การสร้างเครื่องมือชุดที่ 3 แบบสอบถามเรื่อง บทบาทพยาบาลออสโตมี | 72 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 76 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 92 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 93 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 93 |
| ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ | 98 |
| ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป..... | 98 |
| รายการอ้างอิง | 99 |
| ภาคผนวก..... | 106 |
| ภาคผนวก ก รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 107 |
| ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ | 118 |
| ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย | 122 |
| ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 140 |
| ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์บทบาทจากการศึกษาเอกสารและข้อมูลที่ได้..... | 164 |
| ภาคผนวก ฉ ตารางแสดงเหตุผลในการตอบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์..... | 180 |
| ภาคผนวก ช ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3 | 188 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ | 191 |

สารบัญตาราง

หน้า

| | |
|---|----|
| ตารางที่ 1 บทบาทพยาบาลออสโตมี ตามแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและจากบทบาทที่ จำเป็นและเกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาลออสโตมีทั้งในประเทศและต่างประเทศ | 34 |
| ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความคิดเห็นของข้อรายการบทบาท ย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล แสดงผลการวิเคราะห์ ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 ซึ่งเรียงลำดับตามกระบวนการ พยาบาล | 61 |
| ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความคิดเห็นของข้อรายการบทบาท ย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา แสดงผลการวิเคราะห์ ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 ซึ่งเรียงลำดับตามกระบวนการ พยาบาล | 66 |
| ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความคิดเห็นของข้อรายการบทบาท ย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ แสดงผลการ วิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 ซึ่งเรียงลำดับตาม กระบวนการพยาบาล | 70 |
| ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความคิดเห็นของข้อรายการบทบาท ย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล แสดงผลการวิเคราะห์ ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 3 ซึ่งเรียงลำดับตามกระบวนการ พยาบาล | 77 |
| ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความคิดเห็นของข้อรายการบทบาท ย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา แสดงผลการวิเคราะห์ ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 3 ซึ่งเรียงลำดับตามกระบวนการ พยาบาล | 82 |
| ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความคิดเห็นของข้อรายการบทบาท ย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ แสดงผลการ วิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 3 ซึ่งเรียงลำดับตาม กระบวนการพยาบาล | 87 |

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย 46



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาด้านการสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของประชากรโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2558 (World Health Organization, 2015) พบว่าประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากถึง 8.8 ล้านคน หรือร้อยละ 16 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก ในประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรไทย โดยมีอัตราการตายต่อแสนคน ตั้งแต่ปี 2554-2558 มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนี้ 95.2, 98.5, 104.8, 107.9 และ 113.7 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารและพบมากในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยยิ่งอายุมากขึ้นอุบัติการณ์จะมากขึ้นด้วย แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะอายุน้อยกว่า 40 ปี พบได้ร้อยละ 2-8 (Keswani et al., 2002)

จากรายงานทะเบียนโรคมะเร็งระดับโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2558 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากเป็นอันดับที่ 2 ร้อยละ 16.29 ของมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในเพศชาย และในเพศหญิงพบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 ร้อยละ 8.66 ของมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในเพศหญิง และมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ตั้งแต่ปี 2554-2558 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังนี้ 369, 417, 454, 483 และ 406 รายตามลำดับ ได้รับการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 29.3, 17.6, 7.79, 2.90 และ 28.08 ของวิธีการรักษาโรคมะเร็งทั้งหมดตามลำดับ (Hospital-based cancer registry, 2558) และจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พ.ศ. 2552-2555 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 1,754, 1,810, 1,551 และ 1,593 รายตามลำดับ

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องหลายล้านคนดำรงชีวิตอยู่ทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 120,000 คน จากข้อมูลสถิติของคลินิกออสโตมีและแผล โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ปี พ.ศ.2551-2554 มีผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องรายใหม่จำนวน 206, 213, 212 และ 154 รายตามลำดับ (กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2556) และจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า ปี พ.ศ. 2552-2555 มีผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องรายใหม่จำนวน 64, 94, 116 และ 134 รายตามลำดับ จากสถิติที่ได้กล่าวมาจะเห็นได้ว่าจำนวน

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดและมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องนั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นโรคที่เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์เยื่อบุลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากเนื้อเยื่อบุลำไส้และทวารหนักปกติไปเป็นติ่งเนื้อและพัฒนาไปเป็นมะเร็งในที่สุด และมีการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงหรืออวัยวะอื่นๆ ได้ เริ่มแรกอาจจะยังไม่มีอาการใดๆ จนเมื่อมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้นจนปิดกั้นรูของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก็จะก่อให้เกิดการอุดตันขึ้นหรืออาจมีเลือดหรือเมือกที่สร้างจากเนื้อมะเร็ง จนทำให้มีการถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติ เช่น มีมูกเลือดออกมาพร้อมกับอุจจาระ (สุภกิจ ขมวิลัย, 2557) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในปัจจุบันเป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการทำผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัดและการใช้รังสีรักษา โดยมีการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก (Kendal et al., 2002) มีจุดมุ่งหมายหลัก คือ การทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือมีโอกาสรักษาเป็นช้าน้อยที่สุด แต่ถ้าโรคอยู่ในระยะลุกลามเกินกว่าที่จะสามารถรักษาให้หายได้ จุดมุ่งหมายของการรักษาคือมุ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ (ไพศิษฏ์ ศิริวิทยากร, 2554) การทำผ่าตัดในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นการผ่าตัดเพื่อนำเนื้อมะเร็งออกจากร่างกาย พร้อมทั้งต่อมน้ำเหลืองและเส้นเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 วิธีได้แก่ การผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง และการผ่าตัดด้วยการส่องกล้อง เนื่องจากในการผ่าตัดจำเป็นต้องมีการเย็บลำไส้เข้าด้วยกันบริเวณใกล้รูเปิดทวารหนัก ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการรั่วภายหลังการผ่าตัดได้ จึงจำเป็นต้องยกลำไส้มาเปิดที่หน้าท้องเป็นทวารเทียม (Ileostomy) ชั่วคราว ให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องเป็นการชั่วคราว และทำการผ่าตัดปิดทวารเทียมหลังจากการผ่าตัด ประมาณ 3-6 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปถ่ายอุจจาระทางทวารหนักเหมือนเดิม ส่วนในกรณีที่ต้องตัดทวารออกพร้อมเนื้อมะเร็ง แล้วทำการเปิดทวารเทียมถาวร (Colostomy) เพื่อให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระออกทางหน้าท้องตลอดไป

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความซับซ้อนในด้านปัญหาของโรค ความเรื้อรังของพยาธิสภาพ และหลังจากได้รับการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ทางด้านร่างกายที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ และทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลที่จำเป็น เช่น เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ราคาแพงที่จำเป็นต้องใช้ ผลกระทบเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548; ศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์, 2556) การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องจึงต้องอาศัยความรู้ ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลในการหาวิธีการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ไม่เหมาะสม เช่น อยู่ใกล้แผลผ่าตัด จากสาเหตุการกำหนดตำแหน่งช่องเปิดลำไส้ก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม โครงสร้างทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเอง ร่วมกับการเลือกใช้อุปกรณ์ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

ต่างๆ หลายประการ เช่น การบาดเจ็บที่ทวารเทียม (Stomal injury) ภาวะลำไส้อุดตัน (Stomal obstruction), หรือผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (Irritant dermatitis) เป็นต้น (ไพบูลย์ จิวะไพศาลพงศ์, 2555; ศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์, 2556) นำมาซึ่งปัญหารุนแรง ยากต่อการดูแลตามมาได้ และต้องใช้เทคนิคต่างๆ ในการดูแล เช่น การปิดถุงรองรับไม่ได้หรือปิดได้ไม่นาน ทำให้อุจจาระไหลซึมเข้าสู่แผลผ่าตัด ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ผิวหนังบริเวณรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ เกิดการระคายเคือง และเกิดความรู้สึกไม่สบาย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งมีการทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องซึ่งผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องต้องได้รับการพยาบาลเฉพาะทาง จึงได้มีการเปิดคลินิกออสโตมีสำหรับให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

จากนโยบายพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดระดับสถานบริการสาธารณสุขเฉพาะทาง ตติยภูมิที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลและลดอัตราการป่วย อัตราการเสียชีวิตของประชาชน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนและโรคเฉพาะทาง ซึ่งต้องใช้เครื่องมือพิเศษ และมีแพทย์เฉพาะทางในการตรวจวินิจฉัย เป็นโรงพยาบาลที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ผู้ให้บริการมีความชำนาญพิเศษเฉพาะสาขา เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน และให้การดูแลพิเศษ จึงได้มีการจัดตั้งคลินิกออสโตมีขึ้นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ-ภูเก็ต โรงพยาบาลกรุงเทพ-อุดร และในบางโรงพยาบาลได้มีการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องในคลินิกศัลยกรรม/ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และคลินิกโรคมะเร็ง แต่ไม่ได้จัดตั้งเป็นคลินิกออสโตมี ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และโรงพยาบาลสมิติเวช-สุขุมวิท เป็นต้น

คลินิกออสโตมีตั้งอยู่ในแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก มีเป้าหมายของการจัดตั้งคลินิกนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนอย่างครอบคลุมและเป็นระบบทั้งโรงพยาบาล (สุวรรณากิตติเนาวรัตน์, 2548) ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศระดับสากล เป็นแหล่งบริการวิชาการ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องของบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นแหล่งสนับสนุน ส่งเสริม

การศึกษา ค้นคว้า วิจัย เพื่อพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง โดยความรับผิดชอบขึ้นตรงกับฝ่ายการพยาบาล

ในคลินิกออสโตมีจะประกอบด้วยบุคลากรคือ หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก เป็นผู้ดูแลการดำเนินงานของคลินิก และมีพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำการผ่าตัด การกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การดูแลผู้ป่วยหลังการทำผ่าตัด การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การป้องกันและประเมินภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำผ่าตัด การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและให้การรักษาพยาบาลตามปัญหาที่เกิดขึ้น สอนและให้คำแนะนำเรื่องการดูแลแผลและลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การสาธิตการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น การใช้แป้นและถุงรองรับอุจจาระ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้ด้วยตนเอง การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน รวมถึงการประสานงานเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพในทีมสุขภาพ และหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (บุญชื่น อิ่มมาก, 2553; Doughty, 1992; Mills-Zorzes, 2005)

จากที่ได้กล่าวมานั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องจึงมีความจำเป็น ต้องมีพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง (ระยะเวลาการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติรวมทั้งสิ้น 16 สัปดาห์) และการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขา (ระยะเวลาการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติรวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์) สาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ของสภาการพยาบาล เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีและแผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสถาบันที่จัดให้การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลมีทั้งหมด 1 แห่ง คือ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ได้รับการรับรองเมื่อ 18 เมษายน 2557 และสถาบันที่เปิดให้การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ที่สภาการพยาบาลรับรองมีทั้งหมด 2 แห่ง ได้แก่ 1) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ได้รับการรับรองเมื่อ 11 กันยายน 2552 2) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้รับการรับรองเมื่อ 24 ธันวาคม 2553 โดยมีจำนวนผู้เข้าฝึกอบรม รุ่นละประมาณ 20-25 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มาจากทั่วประเทศ ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้น 1 จากสภาการพยาบาล และมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 3 ปี (ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสภาการพยาบาล, 2557) เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และ

ควบคุมการซบถายไม่ได้ สามารถประเมินปัญหาความต้องการ แก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการผู้ป่วย สามารถป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย สามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี และแผลที่มีความซบซ้อน สามารถดูแลผิวนั่งให้คงสภาพและดูแลรักษาให้ผิวที่ถูกทำลายฟื้นฟู และป้องกันไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถใช้อุปกรณ์หรือเทคโนโลยีเกี่ยวข้อง ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการซบถายไม่ได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประสานการทำงานกับบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการซบถายไม่ได้ ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องสามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และภาวะผู้นำในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีและแผล (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, 2560) จากข้อมูลของชมรมพยาบาลออสโตมีและแผลในปี พ.ศ. 2558 มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการซบถายไม่ได้แล้วทั้งสิ้นจำนวน 446 คน (ชมรมพยาบาลออสโตมี และแผล, 2558)

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เนื่องจากการทำผ่าตัดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และมีแบบแผนการซบถายที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แต่เนื่องจากความซบซ้อนของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาให้เป็นผู้ที่มีความรู้ อย่างลึกซึ้งทั้งในด้านทฤษฎีและการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง สามารถให้การดูแลปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว มีความเป็นผู้นำสามารถวางแผนระบบการพยาบาลให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, 2560)

จากการทบทวนบทบาทพยาบาลออสโตมีในต่างประเทศ พบว่า มีบทบาทพยาบาลออสโตมีที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยออสโตมี เช่น The Canadian Association for Enterostomal Therapy: CAET (2014) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลออสโตมีไว้ 5 บทบาทคือ บทบาทผู้นำ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอน และผู้วิจัย ส่วน University of Southern California (2014) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลออสโตมีไว้ 3 บทบาทคือ ผู้สอน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี และผู้ให้คำปรึกษา Doughty (1992) ได้กล่าวถึงบทบาทพยาบาลออสโตมี 5 บทบาทคือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี ผู้ให้คำปรึกษา ผู้จัดการความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยออสโตมี ผู้สอน ผู้ประสานงาน และ Mills-Zorzes (2005) ได้กล่าวถึงบทบาทพยาบาลออสโตมี 2 บทบาทคือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี และผู้ให้คำปรึกษา

สำหรับในประเทศไทยได้ยังไม่มีข้อกำหนดบทบาทพยาบาลออสโตมีอย่างชัดเจน แต่มีการกำหนดหน้าที่ของพยาบาลออสโตมีไว้ เช่น ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

(2556) ได้กำหนดหน้าที่พยาบาลออสโตมีไว้ 5 ด้านคือ ด้านการพยาบาล ด้านวิชาการ ด้านการเป็นที่ปรึกษา ด้านการวิจัย และด้านประสานงาน ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี (2557) ได้กำหนดหน้าที่พยาบาลออสโตมีไว้ 5 ด้านคือ ด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี ด้านให้คำปรึกษา ด้านการจัดการความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยออสโตมี ด้านการให้ความรู้ และด้านการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยออสโตมี และบุญชื่น อิ่มมาก (2555) ได้กล่าวถึงบทบาทพยาบาลออสโตมี 4 บทบาทคือ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยออสโตมี ผู้ประสานงาน

ผู้วิจัยจึงบูรณาการแนวคิดบทบาทการปฏิบัติงานของพยาบาลออสโตมีทั้งใน และต่างประเทศโดยรวบรวมเนื้อหาจาก CAET (2014), University of Southern California (2014), Doughty (1992), Mills-Zorzes (2005), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2556), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี (2557) และบุญชื่น อิ่มมาก (2555) สรุปได้ว่าบทบาทพยาบาลออสโตมีที่ให้การดูแลผู้ป่วยออสโตมีประกอบด้วย 4 บทบาท ดังนี้ บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี บทบาทผู้ให้คำปรึกษา บทบาทผู้สอน บทบาทผู้วิจัย ส่วนในประเทศไทยนั้นมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลออสโตมี แต่ไม่ได้มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน จึงควรมีการกำหนดบทบาทที่ครอบคลุมในการปฏิบัติงานของพยาบาลออสโตมี และให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่ เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานสามารถยึดเป็นแนวปฏิบัติและนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมีว่าควรประกอบด้วย บทบาทอะไรบ้าง และรายละเอียดของแต่ละบทบาทประกอบด้วยอะไรบ้าง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการมอบหมายงานสำหรับพยาบาลออสโตมีที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมให้สอดคล้องกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลออสโตมีได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

บทบาทพยาบาลออสโตมีประกอบด้วยอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี หมายถึง พยาบาลที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วย
2. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง พยาบาลเฉพาะทางด้าน การดูแลออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้บริหารทางการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาที่จัดอบรมหลักสูตรการเฉพาะทาง/อนุสาขากการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
3. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ซึ่งมีเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 4 คน 2) พยาบาลเฉพาะทางด้าน การดูแลออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 7 คน 3) ผู้บริหารทางการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 4 คน และ 4) อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาที่จัดอบรมหลักสูตรการเฉพาะทาง/อนุสาขากการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวน 5 คน รวมจำนวน 20 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความเชี่ยวชาญ
4. ตัวแปรที่ศึกษา คือ บทบาทพยาบาลพยาบาลออสโตมี

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

บทบาทพยาบาลออสโตมี หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลวิชาชีพแสดงออกตามหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายบุคคลให้ดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องในคลินิกออสโตมีแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก และแผนกศัลยกรรม/ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการแนวคิดบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานของพยาบาลออสโตมีทั้งในและต่างประเทศ โดยใช้แนวคิดของ CAET (2014), University of Southern California (2014), Doughty (1992), Mills-Zorzes (2005), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ (2556), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี (2557) และบุญชื่น อิ่มมาก (2555) ร่วมกับใช้เทคนิคเดลฟายโดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 20 คน ประกอบด้วย 3 บทบาท ดังนี้

1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลออสโตมี ในให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องแบบองค์รวมและให้การพยาบาลรายบุคคล โดยใช้ความรู้และความสามารถเฉพาะทางในการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหา วางแผนให้การพยาบาล ประเมินปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและญาติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ พฤติกรรม โดยให้การพยาบาลตั้งแต่แรก ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน

2. บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลออสโตมีในการถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและญาติตามปัญหาและความต้องการ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจภายหลังการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้ด้วยตนเอง รวมถึงการให้ความรู้และเป็นที่ยอมรับให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องเมื่อเกิดปัญหาที่ซับซ้อนและไม่สามารถให้การดูแลได้

3. บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลออสโตมี ในการใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ในการทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้ความร่วมมือหรือมีส่วนร่วมหรือดำเนินการวิจัย มีความสามารถในการสืบค้นและรวบรวมผลการวิจัยและนำความรู้เชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการประเมินพยาบาลออสโตมี ที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการประเมินพยาบาลออสโตมี ที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมให้สอดคล้องกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลออสโตมี

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสาร วารสาร บทความ หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. สถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
2. หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
3. rome เร็งสำไส้ใหญ่และทวารหนักและลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
 - 3.1 การรักษา rome เร็งสำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 3.2 การผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
 - 3.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
4. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาของสภาการพยาบาล
 - 4.1 โครงสร้างหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาของสภาการพยาบาล
 - 4.2 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี ผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
5. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลออสโตมี
 - 5.1 ความหมายของบทบาท
 - 5.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท
 - 5.3 บทบาทพยาบาลออสโตมี
6. เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย
 - 6.1 ประวัติความเป็นมาของการวิจัยแบบเดลฟาย
 - 6.2 คุณลักษณะของเทคนิคเดลฟาย
 - 6.3 ความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability)
 - 6.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยของเทคนิคเดลฟาย
 - 6.5 ข้อดีของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย
 - 6.6 ข้อจำกัดของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย
 - 6.7 การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. สถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

สถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ในปัจจุบันมีเฉพาะในโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งต้องอาศัยความรู้ และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพ

ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลทุกระดับ

กระทรวงสาธารณสุขมีแผนพัฒนาระบบบริการในส่วนภูมิภาคโดยดำเนินการให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) มีระยะเวลาการพัฒนาน้อยกว่า 5 ปี (พ.ศ. 2555 – 2559) โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิและรวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง การสร้างระบบเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงกันในระดับจังหวัด ภายในเขต ระดับเครือข่ายบริการ

การแบ่งระดับโรงพยาบาลมีการจัดระดับ ดังนี้

1. ระบบบริการทุติยภูมิ แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามขีดความสามารถจากน้อยไปมากที่สุด ดังนี้
 - 1.1 โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (ระดับ F3) หมายถึง รพช. ขนาดเตียง 10 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ
 - 1.2 โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) หมายถึง รพช. ขนาดเตียง 30-90 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และจัดบริการตามมาตรฐานของบริการทุติยภูมิ โดยไม่มีแพทย์เฉพาะทาง
 - 1.3 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (ระดับ F1) หมายถึง รพช. ขนาดเตียง 60-120 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุร- กรรม ศัลยกรรม สูตินารีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก และวิสัญญีแพทย์) เป็นบางสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน
 - 1.4 โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย (ระดับ M2) หมายถึง รพช. ขนาดเตียง 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก
2. ระบบบริการตติยภูมิ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประกอบด้วย
 - 2.1 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (ระดับ M1) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

สาขาหลักทุกสาขา และสาขารองในบางสาขาที่กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง (ระดับ M1)

2.2 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (ระดับ S) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขาที่กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน (ระดับ S) โรงพยาบาลบางแห่งอาจจัดการศึกษาด้านแพทยศาสตรศึกษา โดยร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในพื้นที่ได้

2.3 โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance & sophisticate technology) มีภารกิจด้านแพทยศาสตรศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารองและสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง (ระดับA)

2.4 ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง เป็นหน่วยที่จัดตั้งขึ้นภายในโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อรองรับระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ ๔ สาขา ได้แก่ สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด สาขาโรคมะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด โดยแต่ละสาขาจะแบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ระดับ ๑ มีขีดความสามารถขั้นสูง ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยในสาขานั้นได้เกือบทั้งหมดยกเว้นการดูแลโดยโรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัย ครอบคลุมพื้นที่ระดับภาค หรือกลุ่มเขต

ระดับ ๒ เน้นรองรับการส่งต่อ แต่มีขีดความสามารถรองจากระดับ ๑

ระดับ ๓ เน้นการดูแลในจังหวัด ดังนั้น รพ.ประจำจังหวัด ทุกจังหวัดจะถูกพัฒนาเป็นระดับ ๓ เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนในจังหวัดมีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการพื้นฐาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

สรุปได้ว่าโรงพยาบาลทุกระดับมีขีดความสามารถในการให้การรักษายาบาลแตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องส่วนใหญ่มักได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ซึ่งมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางทุกสาขาที่มีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ มีลักษณะด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาลโรคทุกสาขาทั้งทางกายและจิต ให้บริการผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงจนถึงขั้นวิกฤต และผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน อีกทั้งยังเป็นแหล่งในการศึกษา ฝึกอบรม ค้นคว้า วิจัย และพัฒนาวิชาการทั้งด้านการแพทย์และการพยาบาล

2. หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องเป็นหน่วยงานพิเศษซึ่งมีเฉพาะโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่, โรงพยาบาลรามาริบัติ, โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี, โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ-ภูเก็ต, โรงพยาบาลกรุงเทพ-อุดร และในบางโรงพยาบาลได้มีการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องในคลินิกศัลยกรรม/ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และคลินิกโรคมะเร็ง แต่ไม่ได้จัดตั้งเป็นคลินิกออสโตมี ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี, โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์, โรงพยาบาลจุฬารัตน์, โรงพยาบาลกรุงเทพ, โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และโรงพยาบาลสมิติเวช-สุขุมวิท เป็นต้น

ในคลินิกออสโตมีจะประกอบด้วยบุคลากรคือ หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก เป็นผู้ดูแลการดำเนินงานของคลินิก และมีพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำการผ่าตัด การกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การดูแลผู้ป่วยหลังการทำผ่าตัด การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การป้องกันและประเมินภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำผ่าตัด การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและให้การรักษาพยาบาลตามปัญหาที่เกิดขึ้น สอนและให้คำแนะนำเรื่องการดูแลแผลและลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การสาธิตการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น การใช้แป้นและถุงรองรับอุจจาระ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้ด้วยตนเอง การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน รวมถึงการประสานงานเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพในทีมสุขภาพ และหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (บุญชื่น อิมมาก, 2553; Doughty, 1992; Mills-Zorzes, 2005)

โดยมีเป้าหมายของการจัดตั้งคลินิกนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนอย่างครอบคลุมและเป็นระบบทั้งโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางเพื่อมุ่งความเป็นเลิศระดับสากล เป็นแหล่งบริการวิชาการ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแหล่งสนับสนุนส่งเสริมการศึกษา ค้นคว้า วิจัย เพื่อพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง มีบริบทในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

คลินิกศัลยกรรม/ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีบริบทในการให้บริการรักษาพยาบาล และดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยศัลยแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการตรวจวินิจฉัย ให้การรักษา และการผ่าตัด อีกทั้งมีพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในการให้ความรู้ คำแนะนำ รวมถึงการให้การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม/ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คลินิกโรคมะเร็ง มีบริบทในการให้บริการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย บำบัดและการรักษา โรคมะเร็งทุกระบบอย่างครบวงจร โดยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็ง แพทย์รังสีรักษา นักฟิสิกส์ และพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง

สรุปได้ว่า คลินิกออสโตมีเป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องในแผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยพยาบาลออสโตมีซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และเป็นแหล่งบริการวิชาการ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแหล่งสนับสนุน ส่งเสริมการศึกษา ค้นคว้า วิจัย เพื่อพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

ในปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาด้านการสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของประชากรโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปีพ.ศ. 2558 (World Health Organization, 2015) พบว่าประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากถึง 8.8 ล้านคน หรือร้อยละ 16 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก ในประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรไทย โดยมีอัตราการตายต่อแสนคน ตั้งแต่ปี 2554-2558 มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนี้ 95.2, 98.5, 104.8, 107.9 และ 113.7 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารและพบมากในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยยิ่งอายุมากขึ้นอุบัติการณ์จะมากขึ้นด้วย แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยโรคนี้อายุน้อยลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะอายุน้อยกว่า 40 ปี พบได้ร้อยละ 2-8 (Keswani et al., 2002)

จากรายงานทะเบียนโรคมะเร็งระดับโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2558 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากเป็นอันดับที่ 2 ร้อยละ 16.29 ของมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในเพศชาย และในเพศหญิงพบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 ร้อยละ 8.66 ของมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในเพศหญิง และมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ตั้งแต่ปี 2554-

2558 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังนี้ 369, 417, 454, 483 และ 406 รายตามลำดับ ได้รับการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 29.3, 17.6, 7.79, 2.90 และ 28.08 ของวิธีการรักษาโรคมะเร็งทั้งหมดตามลำดับ (Hospital-based cancer registry, 2558) และจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พ.ศ. 2552-2555 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 1,754, 1,810, 1,551 และ 1,593 รายตามลำดับ

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องหลายล้านคนดำรงชีวิตอยู่ทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 120,000 คน จากข้อมูลสถิติของคลินิกออสโตมีและแผล โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ปี พ.ศ.2551-2554 มีผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องรายใหม่จำนวน 206, 213, 212 และ 154 รายตามลำดับ (กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2556) และจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า ปี พ.ศ. 2552-2555 มีผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องรายใหม่จำนวน 64, 94, 116 และ 134 รายตามลำดับ จากสถิติที่ได้กล่าวมาจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดและมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องนั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

3.1 การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในปัจจุบันเป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการทำผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัดและการใช้รังสีรักษา โดยมีการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก (Kendal et al., 2002) มีจุดมุ่งหมายหลักคือ การทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค หรือมีโอกาสกลับเป็นซ้ำน้อยที่สุด แต่ถ้าโรครออยู่ในระยะลุกลามเกินกว่าที่จะสามารถรักษาให้หายได้ จุดมุ่งหมายของการรักษาคือ มุ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ (Hohenberger, 2001; กษยา ดันติผลาชีวะ, 2554; ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร, 2554) สำหรับการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยทั่วไปมีการรักษาหลัก 3 วิธี (Colussi et al., 2001; ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์, 2553; ัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์, 2553; ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร, 2554; ACS, 2014) ได้แก่

3.1.1 การรักษาโดยการผ่าตัด (Surgery)

การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นการรักษาที่สามารถทำได้ในทุกระยะของโรคมะเร็ง ส่วนวิธีการผ่าตัดนั้นจะขึ้นอยู่กับชนิด ตำแหน่ง และระยะการเกิดเนื้องอก ตลอดจนสภาพร่างกายของผู้ป่วย เป้าหมายของการผ่าตัดคือ การตัดลำไส้ช่วงที่เป็นมะเร็งออกให้มากที่สุดพออย่างน้อยให้เหลือส่วนที่มองเห็นว่าเป็นมะเร็งข้างละ 5 เซนติเมตรรวมทั้งตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นออกให้หมดด้วย (ัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์, 2553; กษยา ดันติผลาชีวะ, 2554)

3.1.2 การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy)

การใช้ยาในการรักษาโรคมะเร็ง ยาที่ใช้เรียกว่ายาเคมีบำบัด โดยจะออกฤทธิ์ในการทำลายเซลล์มะเร็ง หรือยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง การใช้ยาเคมีบำบัดใน 2 รูปแบบคือ รูปแบบที่ใช้เสริมการรักษาโดยการผ่าตัด และรูปแบบที่ใช้เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยที่มีโรคลุกลามเกินกว่าที่จะรักษาด้วยการผ่าตัดได้ สำหรับการเลือกวิธีการใช้ยาเคมีบำบัดนั้นจะขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็ง และระยะของเซลล์มะเร็งเป็นสำคัญ ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับผลข้างเคียงจากการใช้เคมีบำบัด เช่น อารมณ์แปรปรวน การอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณที่ให้ยา อาการชาบริเวณปลายมือปลายเท้า คลื่นไส้ อาเจียน การอักเสบของเยื่อช่องปากและระบบทางเดินอาหาร ท้องเสีย การติดเชื้อ ภาวะเลือดออกง่าย เป็นต้น (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548 ; นรินทร์ วรภูมิ, 2554)

3.1.3 การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy)

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

สรุปได้ว่าในปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการทำผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด และการรักษาด้วยรังสีรักษา มีจุดมุ่งหมายหลักคือ การทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค หรือมีโอกาสกลับเป็นซ้ำน้อยที่สุด และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.2 การผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

ลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (ทวารเทียม) เป็นส่วนของลำไส้ส่วนใดส่วนหนึ่งที่น่ามาเปิดบริเวณหน้าท้อง โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) ป้องกันหรือลดปริมาณอุจจาระที่จะผ่านลงสู่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ซึ่งอาจมีรอยโรค รอยต่อลำไส้ หรือแผลหลังได้รับการผ่าตัดที่ไม่ต้องการให้อุจจาระผ่านออก 2) เป็นทางออกถาวรของอุจจาระในกรณีที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายหรือทวารหนักได้รับการผ่าตัดออกไปแล้ว 3) เพื่อการรักษาการบาดเจ็บต่อลำไส้ (กษยา ตันติผลาชีวะ, 2554)

3.2.1 ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

การผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma surgery) เป็นการผ่าตัดให้เกิดรูเปิด โดยมีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดเปิดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ดังนี้ (ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์, 2553)

- 1) เพื่อลดแรงดันในระบบทางเดินอาหาร และระบายสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินอาหารเหนือบริเวณที่ลำไส้อุดตัน
- 2) เพื่อไม่ให้สารคัดหลั่งจากระบบทางเดินอาหารผ่านรอยต่อของลำไส้ซึ่งอาจจะมีรอยรั่วหรือไม่ให้ผ่านบริเวณที่เป็นรูติดต่อกัน เช่น การทะลุระหว่างลำไส้และช่องคลอด
- 3) เพื่อทำหน้าที่แทน Anus ในผู้ที่ทำ Abdominoperineal resection (APR) หรือในกรณีที่ยังไม่สามารถต่อลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดได้
- 4) ลำไส้มีความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital anomalies) เช่น ไม่มีรูทวารหนัก (Imperforated anus) หรือมีการตีบแคบของรูทวารหนัก (Constrictive anus)
- 5) ลำไส้ใหญ่มีการทะลุ หรือมีการติดเชื้อ เช่น Ulcerative colitis, Crohn's disease หรือ Diverticulitis
- 6) มะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักบริเวณไส้ตรง CA rectum หรือ CA sigmoid colon มักจะทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน
- 7) ลำไส้ใหญ่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เช่น ถูกยิง ถูกแทงหรือรูทวารหนักได้รับบาดเจ็บมีแผลทะลุ (ประทีน ไชยศรี, 2550)

3.2.2 ชนิดของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

ชนิดของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แบ่งตามระยะเวลาการใช้งาน แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ (Gordon et al., 2007)

- 1) ลำไส้เปิดทางหน้าท้องชนิดถาวร (Permanent colostomy) หมายถึง การทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ไม่มีโอกาสจะต่อลำไส้ หรือแก้ไขให้กลับไปมีการขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติเหมือนเดิมได้ ผู้ป่วยต้องมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Ostomy) ไปตลอดชีวิต เช่น ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งทวารหนักส่วนปลาย จำเป็นต้องตัดทวารหนักออกหมดไม่มีส่วนของทวารหนักเหลืออยู่เลย ผู้ป่วยจะต้องมี End sigmoid colostomy ตลอดชีวิต
- 2) ลำไส้เปิดทางหน้าท้องชนิดชั่วคราว (Temporary colostomy) หมายถึง การทำทางเปิดหรือทางเบี่ยงชั่วคราว เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในผู้ป่วยที่จำเป็นการให้การรักษาผ่าตัดแบบเต็มรูปแบบยังไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในขณะนั้น เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงทำการปิดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Ostomy) ภายหลัง

3.2.3 ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

การทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เป็นวิธีการรักษาที่ศัลยแพทย์ใช้เพื่อการรักษาหรือประกอบการรักษา ภายหลังจากผ่าตัดอาจพบปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้ โดยสามารถแบ่งภาวะแทรกซ้อนออกเป็น 2 ประเภท คือ

3.2.3.1 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

1) ภาวะลำไส้ขาดเลือด (Stomal ischemia and necrosis) สาเหตุของการขาดเลือดมาเลี้ยงจนทำให้เกิด ischemia หรือ necrosis ของทวารเทียม คือ มีการ mobilize ลำไส้ไม่เพียงพอทำให้เกิด tension ขณะดึงลำไส้มาเกิดที่ผนังหน้าท้อง, มีการตัดเลาะไขมันรอบๆ ลำไส้ใหญ่ออก เนื่องจากเส้นเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ใหญ่จะม้วนตัวอยู่ในไขมันนี้, มีการทำรูที่ผนังหน้าท้องที่จะให้ลำไส้โผล่ขึ้นมา มีขนาดเล็กเกินไป

2) ภาวะลำไส้บวม (Stomal edema) อาการบวมของช่องเปิดลำไส้เป็นภาวะปกติหลังผ่าตัด อาการบวมจะค่อยๆ ลดน้อยลงจนช่องเปิดของลำไส้มีขนาดคงที่ ภายหลังจากผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ หรืออาจเกิดขึ้นได้ เมื่อเกิดอาการท้องเสีย เยื่อบุลำไส้อักเสบหรือได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น การได้รับยาเคมีบำบัด

3) ภาวะเลือดออก (Stomal bleeding) ภาวะเลือดออกของช่องเปิดลำไส้เป็นเรื่องปกติหากออกเล็กน้อยและหยุดได้เองแต่ในระยะเวลาหลังผ่าตัดใหม่มีเลือดออกนั้นหมายถึง อาจมีปมใหม่เย็บหลุด ทำให้มีเลือดออกทางช่องเปิด

4) ภาวะลำไส้อุดตัน (Stomal obstruction) แบ่งตามสาเหตุได้เป็น 2 กลุ่ม คือ สาเหตุจากภายนอกลำไส้เกิดจากพังผืด การมีภาวะไส้เลื่อนภายในช่องท้อง หรือลำไส้บิดเกลียว ทำให้มีการกดเบียดลำไส้จากภายนอก จนช่องว่างในลำไส้แคบลงจนถึงอุดตัน ส่วนสาเหตุภายในลำไส้ อาจเกิดจากการอุดตันของอาหาร อาการที่แสดงถึงภาวะอุดตันได้แก่ ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง และไม่มีการขับถ่ายอุจจาระ เป็นต้น (จันทร์ฉาย แซ่ตั้ง, 2551)

5) ภาวะตีบแคบของช่องเปิดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stomal stenosis) อาจมีสาเหตุจากการเปิดแผลที่ผนังหน้าท้องแคบเกินไปในขณะที่ทำผ่าตัด หรือส่วนใหญ่มักมีสาเหตุจากการเน่าตาย หรือการติดเชื้อมัดของเนื้อเยื่อทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุลำไส้ การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องไม่ถูกวิธีทำให้เกิดแผลเรื้อรังที่บริเวณลำไส้เปิดทางหน้าท้องจนเกิดเป็นพังผืด ซึ่งทำให้เกิดการตีบของลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ระดับผิวหนัง อาการที่พบ ได้แก่ อุจจาระที่ออกมา มีลักษณะเป็นลำเล็กลงเรื่อยๆ จนมีลักษณะเป็นเส้น

6) ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal prolapse) สาเหตุเกิดจากการผ่าตัดรูเปิดที่ผนังหน้าท้องกว้างเกินไป การเพิ่มแรงดันในช่องท้องจากการไอหรือจาม อาจทำให้มีลำไส้ยื่นออกมาได้มากถึง 5-13 นิ้ว โดยสามารถหดกลับได้เองหรือใช้นิ้วดันกลับเข้าไปในช่องลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้

ยกเว้นในรายที่ลำไส้ยื่นมาก ซึ่งอาจทำให้เกิดการบอบซ้ำของลำไส้และเกิดเลือดออกได้ (Butler, 2009) จึงควรมีการประเมินระดับการยื่นของลำไส้ การระคายเคืองของเยื่อบุลำไส้ และสีของลำไส้ เนื่องจากการยื่นออกมาแบบเฉียบพลันอาจทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตันได้ (Barr, 2004) ต้องมีการเฝ้าระวังเรื่องการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงเพราะอาจทำให้เกิดภาวะลำไส้ขาดเลือดได้ (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548)

7) ภาวะลำไส้เปิดทางหน้าท้องถูกดึงรั้ง (Stomal retraction) อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การทำผ่าตัดที่ทำให้การเคลื่อนที่ของลำไส้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการดึงรั้งบริเวณลำไส้เปิดทางหน้าท้องกลับไปในช่องท้อง, ไม่ได้ทำการถ่างขยายรูลำไส้เปิดทางหน้าท้องในระยะแรก, ใช้ลำไส้ส่วนที่เคยถูกฉายรังสีมาทำลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, ผู้ป่วยอ้วนมากขึ้นหลังจากทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องจึงเกิดการดึงรั้งของทวารเทียมทำให้เกิดปัญหาในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เนื่องจากติดแป้นรองรับสิ่งขับถ่ายยากและเกิดการรั่วซึมของสิ่งขับถ่ายได้ง่ายขึ้น และทำให้เกิดการระคายเคืองผิวหนังบริเวณรอบๆ ลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Butler, 2009)

8) ภาวะไส้เลื่อน (Peristomal hernia) เกิดจากการมีกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรงหรือเกิดจากเทคนิคการผ่าตัดเปิดช่องลำไส้ทางหน้าท้องโดยไม่ผ่านชั้นกล้ามเนื้อ rectus จึงไม่มีกล้ามเนื้อพุงช่องเปิดลำไส้ไว้ทำให้ ileum หรือ colon ไหลมากองที่ชั้น subcutaneous

3.2.3.2 ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Peristomal complication)

เกิดจากการระคายเคืองของผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้องจากการสัมผัสกับสิ่งขับถ่าย พบมากในรายที่ทำลำไส้เปิดทางหน้าท้องตรงตำแหน่งลำไส้เล็ก (Ileostomy) และลำไส้ส่วนขวาง (Transverse colostomy) เนื่องจากอุจจาระในส่วนนี้ค่อนข้างเหลว น้ำอุจจาระสามารถเกาะเข้าได้แป้นรองรับสิ่งขับถ่ายได้ง่ายกว่า การระคายเคืองและอักเสบมีดังนี้

1) การอักเสบของรูขุมขน (Folliculitis) การอักเสบของรูขุมขนในบริเวณผิวหนังรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง มีสาเหตุจากแบคทีเรียเข้าไปเมื่อผิวหนังได้รับอันตราย มีลักษณะผิวหนังเป็นสีแดง มีผื่นขึ้น อาจเกิดจากการบาดเจ็บระหว่างการดึงลอคแป้นรองรับอุจจาระหรือจากการที่ขนถูกดึงถอนอย่างไม่เหมาะสม การอักเสบเล็กน้อยอาจหายได้เองภายใน 7-10 วัน โดยการทำ ความสะอาดผิวหนังรอบๆ ลำไส้เปิดทางหน้าท้องให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ หากมีการติดเชื้อรุนแรง อาจต้องใช้ยาปฏิชีวนะตามการพิจารณาของแพทย์ (Burch & Sica, 2008)

2) ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (Irritant dermatitis) มักเกิดจากการสัมผัสหรือเสียดสีกับวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย หรือสัมผัสกับอุจจาระโดยตรง จนทำให้เกิดการแพ้หรืออักเสบและเกิดเป็นแผล (Herlufsen et al., 2006) สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องไม่ถูกต้อง เช่น การตัดขนาดรูเปิดของแป้นรองรับสิ่งขับถ่ายกว้างเกินไป (Ratliff et al.,

2005) อาการในระยะแรกผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้องจะแดงและคัน ถ้าปล่อยให้ป็นเรื้อรังจนเกิดแผลถลอกได้

สรุปได้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่มีมากขึ้น การผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันหรือลดปริมาณอุจจาระที่จะผ่านลงสู่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย เพื่อเป็นทางออกถาวรของอุจจาระในกรณีที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายหรือทวารหนักได้รับการผ่าตัดออกไปแล้ว และเพื่อการรักษาการบาดเจ็บต่อลำไส้ ซึ่งการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์และความเรื้อรังของพยาธิสภาพ ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลที่จำเป็น ผลกระทบเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หากไม่ได้รับการดูแลและให้คำแนะนำในเรื่องของการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ดี อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้ เช่น การบาดเจ็บที่บริเวณลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, ภาวะลำไส้อุดตัน, ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง

3.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตจากการที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ การมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ ความลำบากในการกลับไปทำงานตามปกติ การมีเพศสัมพันธ์ลดลง (Krouse et al, 2007) จำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (วงเดือน เอี่ยมสกุล และคณะ, 2548) พยาบาลในฐานะที่เป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่ดีอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีโอกาสนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้อย่างเหมาะสมกับสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลจะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยชี้แนะแนวทางให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยในแต่ละราย นอกจากนี้ การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีวัตถุประสงค์ คือป้องกันความเจ็บปวดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดภายหลังการผ่าตัด รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจเพื่อปรับสภาพให้เข้าสู่สภาพปกติ (ประทีน ไชยศรี, 2550) ดังนั้น การให้การพยาบาลควรครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2548)

1. ช่วงก่อนผ่าตัด-วันผ่าตัด (Initial period) เป็นช่วงระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงวันก่อนผ่าตัด

1.1 ประเมินการรับรู้ การยอมรับในการวินิจฉัยโรค ความรู้ ทักษะคิดเรื่องโรค แผนการรักษาและการทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง พร้อมทั้งอธิบายและให้คำแนะนำในเรื่องภาพลักษณ์ใหม่เมื่อมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, การเปลี่ยนแปลงการขับถ่าย, การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องเบื้องต้น, ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เสริมที่ใช้กับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

1.2 ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1.2.1 สภาพร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะการมองเห็น การสัมผัส

1.2.2 ความสามารถในการดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

1.2.3 โรคประจำตัว การแพ้ยา แพ้อาหาร รวมทั้งการแพ้ของผิวหนังต่อสารเคมี

1.2.4 ประวัติการผ่าตัด/การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.3 ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคมพร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิผู้ที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือต่างๆ

1.4 ประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนการทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องโดยอธิบายและให้คำแนะนำดังต่อไปนี้

1.4.1 การเตรียมความสะอาดของร่างกายทั่วไป และการเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด

1.4.2 การเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด

1.4.3 อธิบายถึงสภาพภายหลังออกจากห้องผ่าตัด

1.4.4 สอน สาธิตและฝึกวิธีการไอ และการหายใจลึกๆอย่างมีประสิทธิภาพ

1.4.5 ร่วมกับผู้ป่วยกำหนดจุดที่ควรจะมีเปิด (Stoma siting) โดยพิจารณาจากแผนการรักษา และความสมบูรณ์ของผิวหนังหน้าท้อง

1.4.6 ตรวจสอบความพร้อมเกี่ยวกับการรับรู้และยินยอมผ่าตัดพร้อมทั้งเซ็นยินยอมผ่าตัด, ตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ, EKG, Film X-ray, จอเงืดตามแผนการรักษา, อุปกรณ์และยาที่ต้องเตรียมไปห้องผ่าตัด เป็นต้น

1.4.7 ดูแลให้ได้รับสารน้ำ สารอาหารและยาครบตามแผนการรักษา

1.4.8 ดูแลให้ได้รับการพักผ่อน งดอาหารและน้ำดื่มตามแผนการรักษา

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

ระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

2.1 ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับจากห้องผ่าตัด โดยตรวจสอบความรู้สึกตัว, จัดทำนอนให้เหมาะสม, ประเมินการหายใจและสัญญาณชีพ, ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารตามแผนการรักษา

2.2 ประเมินภาวะเสียเลือดโดย

2.2.1 ตรวจสอบสัญญาณชีพและบันทึก ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์ทันที

2.2.2 ประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดและจากท่อระบายของเสียต่างๆ

2.2.3 บันทึกลักษณะเลือดที่ออกจากท่อระบาย (ถ้ามากกว่า 200 ซีซี/ชั่วโมง รายงานแพทย์)

2.2.4 สังเกตขนาดและสีของ Stoma

2.2.5 สังเกตและบันทึกลักษณะ สี และจำนวนของ Content ที่ออกจาก Stoma เลือกใช้ถุง Colostomy ขึ้นเดียวแบบใส ปลายเปิด เพื่อให้สังเกตลักษณะและสีของ Content และ Stoma

2.2.6 สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด

2.2.7 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.3 ประเมินและควบคุมอาการปวด

2.3.1 ประเมินอาการปวด

2.3.2 จัดทำนอนให้สุขสบาย

2.3.3 ให้อาบน้ำหรืออาบน้ำตามแผนการรักษา

ระยะ 48 ชั่วโมง-วันที่ 7 หลังผ่าตัด

2.4 ประเมินภาวะ Stoma ขาดเลือดมาเลี้ยง

2.5 ประเมินภาวะเลือดออกจาก Stoma

2.6 ประเมินและป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

2.7 ประเมินและป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

2.8 ประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับ Stoma และผิวหนังโดยรอบ

2.9 ประเมินการยอมรับความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเผชิญความเครียดกับการสูญเสียภาพลักษณ์

2.10 ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ด้วยตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดย

2.10.1 ตรวจเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.10.2 สร้างความมั่นใจในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องด้วยตนเอง

2.10.3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องด้วยตนเองโดยให้ความรู้ในเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง พร้อมทั้งสาธิตวิธีการทำความสะอาด Stoma และผิวหนังโดยรอบ, การเปลี่ยนและปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย, วิธีการใช้และทำความสะอาดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย

3. ช่วงระยะพักฟื้น-ก่อนกลับบ้าน (Pre-discharge)

3.1 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องโดย

3.1.1 ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

3.1.2 ประเมินความรู้และทักษะในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และความรู้เพื่อสนับสนุน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการกลับสู่สังคมเดิมอย่างมีคุณภาพของผู้ป่วยรวมทั้ง ทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องด้วยตนเอง

3.2 การประเมินความต้องการด้านอุปกรณ์ลำไส้เปิดทางหน้าท้องและแหล่งสนับสนุน ด้านสุขภาพ พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.3 ประเมินความพร้อมเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทข้างต้นจะเห็นได้ว่า พยาบาลออสโตมี มีบทบาท ในการให้ดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย การให้การดูแลเตรียมความพร้อม ด้านร่างกายและจิตใจก่อนและหลังการทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับ บ้าน โดยการให้การพยาบาลครอบคลุมการทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยหลังจากการทำผ่าตัด สามารถดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้ด้วยตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งยังมีบทบาทในการประสานงานเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพในทีมสุขภาพ และหน่วยบริการปฐม ภูมิเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาของสภาการพยาบาล

ในปัจจุบันนี้ปัญหาสุขภาพของประชาชนไทยมีความซับซ้อนมากขึ้นต้องอาศัยความก้าวหน้า ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูงในการวินิจฉัยและการรักษา พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความรู้ที่ ลึกซึ้งทั้งด้านโรคและด้านความก้าวหน้าในการดูแลรักษาประกอบกับนโยบายของการปฏิรูประบบ สุขภาพสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้กำหนดอย่างชัดเจนว่า ประชาชนไทยทุกคนต้อง สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเกิดความเป็นธรรมเพื่อตอบสนองความ ต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น รวมถึงสิทธิของ ประชาชนไทยด้านสุขภาพมีผลให้ประชาชนทุกคนตระหนักในสิทธิที่ตนพึงจะได้รับ เกิดความคาดหวัง การบริการที่เป็นเลิศพยาบาลไทยต้องขยายบทบาทและพัฒนาสมรรถนะให้สอดคล้องกับ ความ ต้องการของประชาชนสำหรับสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึง โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่ให้การรักษายาบาลประชาชนที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงและซับซ้อน และได้มีการนำเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้ในการรักษาพยาบาล หรือต้องรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการ การดูแลเฉพาะสาขา เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพกลุ่มนี้ ต้องมีความรู้ลึกซึ้งในการให้การพยาบาล ร่วมการใช้เทคโนโลยีการรักษาขั้นสูง และการทำงานร่วมกับ

ที่มีสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดของการรักษาพยาบาล การพัฒนาพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะสาขาจึงเป็นเรื่องจำเป็น ในการพัฒนาพยาบาลให้มีสมรรถนะและความชำนาญเฉพาะสาขา ด้วยการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถโดยการศึกษาในหลักสูตรการเรียนการสอนจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ยิ่ง สภาการพยาบาลได้ดำเนินการเรื่องการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการจัดหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทาง เพื่อให้สถาบันต่างๆที่มีความพร้อมใช้เป็นแนวทางในการจัดทำหลักสูตรให้มีมาตรฐานและมีทิศทางเดียวกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และมีการพัฒนาเกณฑ์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและความต้องการของประชาชน (ศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง สภาการพยาบาล, 2557)

4.1 โครงสร้างหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาของสภาการพยาบาล

ตามประกาศประกาศสภาการพยาบาลเรื่องเกณฑ์มาตรฐานโครงสร้างหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขา และเกณฑ์ในการบริหารจัดการหลักสูตร จากพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๐ ซึ่งกำหนดให้สภาการพยาบาลมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมการศึกษา การบริการการวิจัยและความก้าวหน้าในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ประกอบกับให้ทำหน้าที่ในการรับรองหลักสูตรต่างๆ สำหรับการศึกษาระดับประกาศนียบัตรของสถาบันที่จะทำการสอนหรือฝึกอบรมในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สภาการพยาบาลจึงเห็นสมควรกำหนดเกณฑ์มาตรฐานโครงสร้าง หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาและเกณฑ์ในการบริหารจัดการหลักสูตร เพื่อให้สถาบันการศึกษานำไปเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการบริหารจัดการหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาต่อไป (ศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง สภาการพยาบาล, 2557)

4.1.1 โครงสร้างหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาและเกณฑ์ในการบริหารจัดการหลักสูตรประกอบด้วย

4.1.1.1 ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางด้านคลินิก

การปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง หมายถึง การกระทำการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ใช้บริการบริการ กลุ่มเฉพาะโรค โดยใช้ความรู้ ความชำนาญและทักษะการพยาบาลเฉพาะสาขานั้นๆ ในการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างมีประสิทธิภาพ และจัดทำฐานข้อมูลอย่างง่ายติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน

4.1.1.2 สมรรถนะของการพยาบาลเฉพาะทางด้านคลินิกประกอบด้วย 4 สมรรถนะคือ

สมรรถนะที่ 1 มีความรู้และความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

1. มีความรู้ด้านระบาดวิทยาและสถานการณ์เกี่ยวกับโรคเฉพาะสาขา

2. มีความรู้เรื่องตัวชี้วัดต่างๆที่สะท้อนผลลัพธ์ทางการพยาบาลและผลลัพธ์ของทีมที่เกี่ยวข้องกับโรคเฉพาะสาขา
3. มีความรู้เรื่องโรคกระบวนการการก่อโรคพยาธิสภาพและผลกระทบของโรคเฉพาะสาขา
4. มีความรู้เรื่องการรักษาการใช้ยาและการใช้เทคโนโลยีต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และการวิเคราะห์ สืบสวนโรคเฉพาะสาขา
5. สามารถประเมินสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน
6. สามารถคาดการณ์ปัญหาซับซ้อนจากการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและวางแผนแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
7. สามารถวางแผนให้การบำบัดทางการพยาบาลและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ
8. สามารถปฏิบัติงานเป็นทีมกับพยาบาลแพทย์ บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคได้
9. สามารถประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วยและแหล่งประโยชน์ในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด
10. สามารถเป็นที่ปรึกษาและให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเฉพาะโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการพัฒนาคุณภาพการรักษพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรคโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)

1. ประเมินและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค
2. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนาคุณภาพการรักษพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรค

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการจัดการข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยเฉพาะโรคได้อย่างเหมาะสม

1. มีทักษะในการจัดการข้อมูลสุขภาพโดยมีการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลความหมายข้อมูล
2. เสนอแนวทางในการนำข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานที่ตนเองรับผิดชอบ
3. นำเสนอข้อมูลสุขภาพในรูปแบบต่างๆ

4. ระบุผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย
5. เลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ คุณภาพทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย
6. นำผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
7. จัดทำฐานข้อมูลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างง่าย

สมรรถนะที่ 4 มีทักษะพิเศษในการพยาบาลเฉพาะด้านคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.1.1.3 โครงสร้างหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง มีระยะเวลาการศึกษา 16 สัปดาห์ และมีโครงสร้างหลักสูตรดังนี้คือ จำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร 15-16 หน่วยกิต ประกอบด้วย ภาคทฤษฎี 10 หน่วยกิต ภาคปฏิบัติ 5-6 หน่วยกิต (วิชาภาคปฏิบัติ 1 หน่วยกิต เท่ากับ 60 ชั่วโมง) รายวิชาในหลักสูตร ประกอบด้วย 1) วิชาแกน 2 หน่วยกิต ให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับระบบสุขภาพและการจัดการข้อมูลทางคลินิก 2) วิชาบังคับของสาขาทางคลินิก 2 หน่วยกิต ได้แก่ วิชาการประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก 3) วิชาความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขามีเนื้อหาวิชาให้สะท้อนสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางแต่ละสาขา ภาคทฤษฎี 6 หน่วยกิต ภาคปฏิบัติ 5-6 หน่วยกิต (วิชาภาคปฏิบัติ 1 หน่วยกิต เท่ากับ 60 ชั่วโมง)

4.1.1.4 โครงสร้างหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขา

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขา มีระยะเวลาการศึกษา 8 สัปดาห์ และมีโครงสร้างหลักสูตรดังนี้คือ จำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร 8 หน่วยกิต ประกอบด้วย ภาคทฤษฎี 5 หน่วยกิต ภาคปฏิบัติ 3 หน่วยกิต (วิชาภาคปฏิบัติ 1 หน่วยกิต เท่ากับ 60 ชั่วโมง) รายวิชาในหลักสูตร ประกอบด้วย 1) วิชาแกนไม่ได้กำหนดแต่ขอให้มีเนื้อหาเรื่องระบบสุขภาพบรรจุไว้ในรายวิชาเฉพาะสาขา 2) วิชาเฉพาะสาขา 8 หน่วยกิต ภาคทฤษฎี 5 หน่วยกิต ภาคปฏิบัติ 3 หน่วยกิต

4.1.2 การประเมินผลโดยการสอบข้อเขียน และการปฏิบัติทางการพยาบาล

4.1.3 คุณสมบัติของผู้เข้ารับการศึกษามีดังนี้คือ 1) หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาผู้เข้ารับการศึกษามีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงในสาขาเฉพาะทางนั้นไม่น้อยกว่า 1 ปีก่อนการศึกษา 2) หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ผู้เข้ารับการศึกษามีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงไม่น้อยกว่า 1 ปีก่อนการศึกษา

4.1.4 การสำเร็จการศึกษามีเกณฑ์ดังนี้คือ 1) ผู้เข้ารับการศึกษามีระยะเวลาศึกษาทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 2) มีระยะเวลาการฝึกปฏิบัติไม่น้อยกว่า 300 ชั่วโมง 3) ได้เกรดเฉลี่ยทุกวิชาตลอดหลักสูตรไม่ต่ำกว่า 2.00

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขา มีการส่งเสริมการศึกษา การบริการ การวิจัย และความก้าวหน้าในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้สถาบันการศึกษานำไปเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการบริหารจัดการหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาต่อไป

4.2 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

หลักสูตรการเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เป็นหนึ่งในหลักสูตรในอบรมพยาบาลเพื่อมีทักษะพิเศษในการพยาบาลเฉพาะด้านคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ สามารถประเมินปัญหาความต้องการ แก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการผู้ป่วย สามารถป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและแผลที่มีความซับซ้อน สามารถดูแลผิวหนังให้คงสภาพและดูแลรักษาให้ผิวหนังที่ถูกทำลายฟื้นหายและป้องกันไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถใช้อุปกรณ์หรือเทคโนโลยีเกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถประสานการทำงานกับบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องสามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และภาวะผู้นำในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ในประเทศไทยมีสถาบันที่จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลรับรองมีทั้งหมด 1 แห่ง คือ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ได้รับการรับรองเมื่อ 18 เมษายน 2557 และสถาบันที่เปิดให้การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ที่สภาการพยาบาลรับรองมีทั้งหมด 2 แห่ง 1) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ได้รับการรับรองเมื่อ 11 กันยายน 2552 2) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้รับการรับรองเมื่อ 24 ธันวาคม 2553

โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มาจากทั่วประเทศ โดยมีคุณสมบัติดังนี้ คือ 1) เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้น 1 จากสภาการพยาบาล 2) เป็นผู้ที่มิประสบกรณีในการพยาบาลผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 3 ปี 3) เป็นผู้มีความประพฤติดี

ประวัติการทำงานดี มีความรับผิดชอบและได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชา 4) มีสุขภาพสมบูรณ์ไม่เป็นโรคอันจะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและฝึกปฏิบัติ

สถาบันที่จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ได้กำหนดองค์ประกอบหลักสูตรดังนี้คือ มีจำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร 15 หน่วยกิต ประกอบด้วย ภาคทฤษฎี 10 หน่วยกิต ประกอบด้วย วิชาแกน 2 หน่วยกิต วิชาเฉพาะสาขา 8 หน่วยกิต และภาคปฏิบัติ 5 หน่วยกิต ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 16 สัปดาห์ ส่วนสถาบันการศึกษาอีก 2 สถาบันได้กำหนดองค์ประกอบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีลักษณะคล้ายคลึงกันดังนี้ คือ มีจำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร 8 หน่วยกิต ประกอบด้วย ภาคทฤษฎี 5 หน่วยกิต แผล และภาคปฏิบัติ 3 หน่วยกิต ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็น 3 วิชา คือ 1) วิชาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี 2) วิชาการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 3) วิชาหลักการประเมินปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องนั้นจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรการเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เพื่อให้มีทักษะพิเศษในการพยาบาลเฉพาะด้านคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มีความรู้และทักษะในการพยาบาล สามารถประเมินปัญหาความต้องการ แก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการผู้ป่วย สามารถป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

5. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลออสโตมี

5.1 ความหมายของบทบาท

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของบทบาทไว้ดังนี้

เรณู สอนเครือ (2541) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง การแสดงพฤติกรรม หรือการประพฤติปฏิบัติของบุคคลตามสิทธิและหน้าที่ในสถานภาพของตนที่มีอยู่ให้เป็นไปตามความคาดหวังของบุคคลในสังคมและตัวผู้แสดงบทบาทเอง โดยบทบาทนั้นจะควบคู่กับตำแหน่งที่บุคคลดำรงอยู่

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542) ให้ความหมายว่า บทบาท หมายถึง การทำทำตามบท การทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ เช่น บทบาทของพ่อแม่ บทบาทของครู

Biddle (1979) กล่าวว่า บทบาท เป็นพฤติกรรมมีการกระทำในหน้าที่ที่มีจำนวนมาก โดยความเข้าใจในบทบาทบุคคลจะกระทำบทบาทของตนก็เพราะมีความต้องการและเห็นดีด้วยในหน้าที่ที่จะต้องกระทำให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

Roy and Roberts (1981 อ้างถึงในทัศนีย์ สงกา, 2548) กล่าวว่า บทบาทเป็นหน่วยของหน้าที่ทางสังคม เป็นพฤติกรรมที่คาดหวังว่าบุคคลควรจะทำเมื่อดำรงอยู่ในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง บทบาทเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากผลของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า บทบาท หมายถึง การแสดงพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกตามหน้าที่หรือตำแหน่งที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งบุคคลจะแสดงบทบาทตามความคาดหวังและการรับรู้ของตนเอง หรือความคาดหวังของบุคคลอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกับตำแหน่งนั้นๆ

5.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท

จากการทบทวนวรรณกรรม มีแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับบทบาทดังนี้

5.2.1 ทฤษฎีของลินตัน (Linton อ้างถึงในสงวน สุทธิเลิศอรุณ และคณะ, 2522) กล่าวว่า สถานภาพเป็นนามธรรม หมายถึง ฐานะหรือตำแหน่งซึ่งจะเป็นเครื่องกำหนดบทบาทของตำแหน่งนั้นๆ ว่าจะมีภาระหน้าที่อย่างไร เมื่อมีตำแหน่งเกิดขึ้น สิ่งที่ควบคู่กับตำแหน่งคือบทบาทของตำแหน่ง เพราะว่าทุกๆ ตำแหน่งจะต้องมีบทบาทกำกับ บทบาทจะเป็นสิ่งที่ควบคู่กับตำแหน่ง และตำแหน่งเป็นผลรวมของสิทธิและหน้าที่ ดังนั้นบทบาทจึงเป็นผลรวมของสิทธิและหน้าที่ โดยอาจรวมบทบาทและหน้าที่ของตำแหน่งไว้ด้วยกัน เรียกว่าบทบาทและหน้าที่

5.2.2 ทฤษฎีของกัสกิน (Guskin อ้างถึงในสงวน สุทธิเลิศอรุณ และคณะ, 2522) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลแต่ละคนคือผลที่ได้จากตำแหน่งทางสังคมของมนุษย์นั้น ทฤษฎีบทบาทเป็นข้อตกลงเบื้องต้นที่สถาบันต่างๆ ในสังคมคาดหวังว่าบุคคลที่ได้รับตำแหน่งควรประพฤติและปฏิบัติ

5.2.3 Allport (1998, อ้างถึงในรุจา ภูไพบูลย์, 2534) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการ คือ

- 1) ความคาดหวังในบทบาท (Role expectation) เป็นบทบาทตามความคาดหวังของบุคคลอื่น หรือเป็นบทบาทที่สถาบัน องค์กร หรือกลุ่มสังคมคาดหวังให้บุคคลที่ดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งปฏิบัติเมื่อดำรงตำแหน่งนั้น

- 2) การรับรู้บทบาท (Role conception) เป็นการรับรู้บทบาทของตนเองว่าควรจะมีบทบาทอย่างไร และสามารถมองเห็นบทบาทของตนเองได้ตามการรับรู้ นั้น โดยเกี่ยวข้องกับความต้องการของบุคคลนั้นเองทั้งการรับรู้บทบาทความต้องการของบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล เป้าหมายในชีวิตและค่านิยมของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น

3) การยอมรับบทบาทของบุคคล (Role acceptance) คือการยอมรับบทบาทของบุคคล ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากที่เขาได้มองเห็นว่าบทบาทนั้นมีความสำคัญต่อตนเองหรือสอดคล้องกับบทบาทที่สังคมคาดหวัง

4) การปฏิบัติตามบทบาท (Role performance) คือการแสดงบทบาทของสภาพจริง ซึ่งอาจเป็นการแสดงบทบาทที่คาดหวัง หรือตามการรับรู้และเข้าใจของตนเอง การที่บุคคลจะปฏิบัติตามหน้าที่ได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับบทบาทนั้นของบุคคลที่ครองตำแหน่งอยู่ ซึ่งเนื่องมาจากความสอดคล้องกันของบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและตามการรับรู้บทบาทของตนเอง

5.2.4 Broom and Phillips (2002) ได้กล่าวว่า บทบาทประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ

1) บทบาทในอุดมคติ หรือสิ่งที่สังคมกำหนดไว้เป็นบทบาทในอุดมคติที่มีการกำหนดสิทธิและหน้าที่ตามตำแหน่งทางสังคม

2) บทบาทที่ควรกระทำเป็นการที่บุคคลปฏิบัติตามตำแหน่งที่ได้รับ ซึ่งอาจจะไม่เหมือนบทบาทในอุดมคติ หรือมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

3) บทบาทที่กระทำจริง เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของแต่ละบุคคล รวมถึงโอกาสในแต่ละสังคมในช่วงระยะเวลาหนึ่งๆ บุคลิกภาพ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า บทบาทเป็นพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่คาดหวังในการปฏิบัติงานตามตำแหน่งและหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีการยอมรับบทบาทที่ตนเองครองตำแหน่งอยู่ และบทบาทเป็นพฤติกรรมที่สถาบัน องค์กร หรือกลุ่มสังคมคาดหวังให้บุคคลที่ดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งปฏิบัติเมื่อดำรงตำแหน่งนั้นๆ

5.3 บทบาทพยาบาลออสโตมี

เนื่องจากบทบาทพยาบาลออสโตมี ยังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้ ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการแนวคิด บทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานของพยาบาลออสโตมีทั้งในและต่างประเทศโดยรวบรวมเนื้อหาจาก CAET (2014), University of Southern California (2014), Doughty (1992), Mills-Zorzes (2005), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2556), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี (2557) และบุญชื่น อิมมาก (2555) ดังนี้

5.3.1 The Cananian Association for Enterostomal Therapy : CAET (2014) ได้กล่าวถึงบทบาทพยาบาลออสโตมีไว้ดังนี้

5.3.1.1 ผู้นำส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, ส่งเสริมคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, เป็นผู้ให้บริการ, เป็น

ผู้ให้การสนับสนุน, เป็นผู้ทำให้เกิดการตัดสินใจ, เป็นผู้ประสานงาน, เป็นผู้กระทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง, มีการสร้างนวัตกรรมใหม่, เป็นผู้ช่วยในการสร้างสังคมและนโยบายเศรษฐกิจ

5.3.1.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องมีการนำผลการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและการจัดการสิ่งแวดล้อม, มีการประเมินที่ครอบคลุม, เป็นผู้ให้คำแนะนำ, เป็นที่ปรึกษา, ให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมในการบริหาร และป้องกันความวิตกกังวลจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนในผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

5.3.1.3 ผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมการดูแลโดยเป็นผู้ให้คำปรึกษาอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ, เป็นผู้แนะนำวิชาชีพและองค์กร, ให้คำปรึกษาการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, ให้คำปรึกษาเรื่องนโยบาย, ให้คำปรึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, ให้คำปรึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, ให้คำแนะนำเรื่องการใช้และประเมินผลิตภัณฑ์

5.3.1.4 ผู้สอนเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องในการตัดสินใจ โดยให้ความรู้และสอนเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องให้ข้อมูลที่มีความสอดคล้องกัน, เชื่อถือได้ และถูกต้อง, เป็นผู้สอนให้กับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ และนักเรียน ในการส่งเสริมคุณภาพการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องผ่านการสอน, การให้คำปรึกษา, การพัฒนาโปรแกรมและการติดตามตรวจสอบคุณภาพ

5.3.1.5 ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการเสริมสร้างการพยาบาลเฉพาะทางออสโตมี โดยการมีส่วนร่วมและการนำการวิจัยมาประยุกต์ใช้ และการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์, สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมในการกำหนดหัวข้อการวิจัยและการตรวจสอบการใช้งาน ที่จะสามารถส่งผลกระทบต่อพยาบาลออสโตมี และวิวัฒนาการทางการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและมาตรฐานการดูแล

5.3.2 University of Southern California (2014) ได้กำหนดบทบาทพยาบาลออสโตมี ไว้ดังนี้

5.3.2.1 ผู้สอนโดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ญาติหรือผู้ดูแลในการดำเนินของโรค การให้คำแนะนำก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

5.3.2.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องโดยดูแลให้การพยาบาลก่อนการผ่าตัดหลังทำผ่าตัด และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

5.3.2.3 ผู้ให้คำปรึกษาโดยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ญาติหรือผู้ดูแลรวมถึงสหสาขาวิชาชีพต่างๆในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

5.3.3 Doughty (1992) ได้กล่าวถึงบทบาทพยาบาลออสโตมีไว้ดังนี้

5.3.3.1 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง โดยดูแลให้การพยาบาลก่อนการผ่าตัด, หลังทำผ่าตัด และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

5.3.3.2 ผู้ให้คำปรึกษาโดยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ญาติหรือผู้ดูแลรวมถึงสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

5.3.3.3 ผู้จัดการความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง โดยประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้การพยาบาลในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องตามปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.3.3.4 ผู้สอนโดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ญาติหรือผู้ดูแลในการดำเนินของโรค การให้คำแนะนำก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลเปิดทางหน้าท้อง การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

5.3.3.5 ผู้ประสานงานโดยประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมต่อเนื่องและสนองตอบความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

5.3.4 Mills-Zorzes (2005) ได้กล่าวถึงบทบาทพยาบาลออสโตมีไว้ดังนี้

5.3.4.1 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง โดยดูแลให้การพยาบาลก่อนการผ่าตัด, หลังทำผ่าตัด และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

5.3.4.2 ผู้ให้คำปรึกษาโดยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ญาติหรือผู้ดูแลรวมถึงสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

5.3.5 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2556) ได้กำหนดหน้าที่ของพยาบาลออสโตมีไว้ดังนี้

5.3.5.1 ด้านการพยาบาล

1) ประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ซับซ้อน รวมทั้งติดตามประเมินผล

2) ให้การพยาบาลในด้านเฉพาะทางการดูแลที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ด้วยความชำนาญแก่ผู้รับบริการ และตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม

3) ให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในด้านการพยาบาลเฉพาะทางดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

4) มีการพัฒนาวิธีปฏิบัติการพยาบาลอันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน

5) เป็นต้นแบบการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

5.3.5.2 ด้านวิชาการ

1) ให้ความรู้/คำแนะนำแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ/นักศึกษาในทีมสุขภาพ/ผู้มาศึกษาดูงาน ในการปฏิบัติการพยาบาลในด้านการพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

2) เป็นผู้นำ/มีส่วนร่วมในการจัดโครงการวิชาการ/นวัตกรรม/โครงการในด้านการพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

3) จัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Wound, Ostomy, and Incontinence Nursing Program) ปีละ 1 ครั้ง

4) จัดประชุมวิชาการ Biennial Conference ในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 2 ปี/ครั้ง

5.3.5.3 ด้านการเป็นที่ปรึกษา

1) เป็นที่ปรึกษาแก่บุคลากรในทีมสุขภาพในการปฏิบัติการพยาบาลในด้านการพยาบาลเฉพาะทาง ด้านการดูแลที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและแผล/การให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการในปัญหาสุขภาพ การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

2) เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ใช้บริการในปัญหาสุขภาพด้าน การพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและแผล

3) ความสามารถด้านคิดวิเคราะห์งานด้านการพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและแผล

5.3.5.4 ด้านการวิจัย

ความสามารถนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและแผล รวมทั้งการวิจัย/นวัตกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง

5.3.5.5 ด้านประสานงาน

สามารถบริหารจัดการ/ประสานงาน/มีส่วนร่วมกับ บุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมต่อเนื่องและสนองตอบความต้องการของผู้ใช้บริการ

5.3.6 ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี (2557) ได้กำหนดหน้าที่ของพยาบาลออสโตมีไว้ดังนี้

5.3.6.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง โดยดูแลให้การพยาบาลก่อนการผ่าตัด, หลังทำผ่าตัด และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การทำ stoma siting

5.3.6.2 ด้านให้คำปรึกษาโดยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ญาติ หรือผู้ดูแลรวมถึงสหสาขาวิชาชีพต่างๆในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

5.3.6.3 ด้านการจัดการความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง โดยประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้การพยาบาลในการดูแลที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ตามปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.3.6.4 ด้านการให้ความรู้โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ญาติ หรือผู้ดูแลในการดำเนินของโรค การให้คำแนะนำก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

5.3.7 บุญขึ้น อิ่มมาก (2555) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลออสโตมีไว้ดังนี้

5.3.7.1 ผู้ให้คำปรึกษา (counselor) โดยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ญาติหรือผู้ดูแลรวมถึงสหสาขาวิชาชีพต่างๆในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

5.3.7.2 ผู้สอน (education) โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ญาติ หรือผู้ดูแลในการดำเนินของโรค การให้คำแนะนำก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

5.3.7.3 ผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง(administration/ manager) โดยดูแลให้การพยาบาลก่อนการผ่าตัด, หลังทำผ่าตัด และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การทำ stoma siting

5.3.7.4 ผู้ประสานงานโดยประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ใช้บริการ ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมต่อเนื่องและสนองตอบความต้องการของผู้ใช้บริการ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทและหน้าที่การปฏิบัติงานของพยาบาลออสโตมีจากทั้งในและต่างประเทศ โดยรวบรวมเนื้อหาจาก CAET (2014), University of Southern California (2014), Doughty (1992), Mills-Zorzes (2005), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2556), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี (2557) และบุญขึ้น อิ่มมาก (2555) ผู้วิจัยได้บูรณาการและนำมากำหนดเป็นบทบาทพยาบาล สรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาทพยาบาลออสโตมี ตามแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและจากบทบาทที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาลออสโตมีทั้งในประเทศและต่างประเทศ

| | CAET, 2014 | University of Southern California, 2014 | Doughty, 1992 | Mills-Zorzes, 2005 | ฝ่ายการพยาบาล รพ. มหาราช นคร เชียงใหม่, 2556 | ฝ่ายการพยาบาล รพ. ราชวิถี, 2557 | บุญชื่น อิ่มมาก, 2555 |
|--|------------|---|---------------|--------------------|--|---------------------------------|-----------------------|
| 1. บทบาทผู้นำ | | | | | | | |
| 1.1 ส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ |
| 1.2 ส่งเสริมคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ |
| 1.3 เป็นผู้ให้บริการ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 1.4 เป็นผู้ให้การสนับสนุน | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 1.5 เป็นผู้ทำให้เกิดการตัดสินใจ | ✓ | - | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ |
| 1.6 เป็นผู้ประสานงาน | ✓ | - | ✓ | - | ✓ | - | ✓ |
| 1.7 เป็นผู้กระทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง | ✓ | - | - | - | ✓ | - | - |
| 1.8 มีการปฏิบัตินวัตกรรมใหม่ | ✓ | - | - | - | ✓ | - | - |
| 1.9 เป็นผู้ช่วยในการสร้างสังคมและนโยบาย เศรษฐกิจ | ✓ | - | - | - | - | - | - |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| | | | | | | | |
|--|------------|---|---------------|--------------------|--|---------------------------------|-----------------------|
| บพทพยาบาลออสโตมี | CAET, 2014 | University of Southern California, 2014 | Doughty, 1992 | Mills-Zorzes, 2005 | ฝ่ายการพยาบาล รพ. มหาราช นคร เชียงใหม่, 2556 | ฝ่ายการพยาบาล รพ. ราชวิถี, 2557 | บุญชื่น อิ่มมาก, 2555 |
| 2. บทบาทผู้ปฏิบัติการ | | | | | | | |
| พยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้ | | | | | | | |
| เปิดทางหน้าท้อง | | | | | | | |
| 2.1 มีการนำผลการวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้ เปิดทางหน้าท้อง | ✓ | - | - | - | ✓ | - | - |
| 2.2 มีการประเมินที่ครอบคลุม | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2.3 เป็นผู้ให้คำแนะนำ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2.4 เป็นที่ปรึกษา | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2.5 ให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมในการบริหารและป้องกันความวิตกกังวลจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนในผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| | CAET, 2014 | University of Southern California, 2014 | Doughty, 1992 | Mills- Zorzes, 2005 | ฝ่ายการ พยาบาล รพ. มหาราช นคร เชียงใหม่, 2556 | ฝ่ายการ พยาบาล รพ. ราชวิถี, 2557 | บุญขึ้น อิมมาก, 2555 |
|--|---------------|---|------------------|---------------------------|---|--|----------------------------|
| บทบาทพยาบาลออสโตมี | | | | | | | |
| 3. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา | | | | | | | |
| 3.1 ส่งเสริมการดูแลโดย เป็นผู้ให้คำปรึกษาอย่าง เป็นทางการและไม่เป็น ทางการ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 3.2 เป็นผู้แนะนำระดับวิชาชีพ และองค์กร | ✓ | - | - | - | - | - | - |
| 3.3 ให้คำปรึกษาการ ปฏิบัติการพยาบาลทาง คลินิก | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 3.4 ให้คำปรึกษาเรื่อง นโยบาย | ✓ | - | - | - | - | - | - |
| 3.5 ให้คำปรึกษาเรื่องการ พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้า ท้อง | ✓ | - | - | - | ✓ | - | - |
| 3.6 ให้คำปรึกษาเรื่องการ พัฒนาโปรแกรมการดูแล ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้า ท้อง | ✓ | - | - | - | ✓ | - | - |
| 3.7 ให้คำแนะนำเรื่องการ ใช้และประเมินผลิตภัณฑ์ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| | | | | | |
|--------------------|--|------|---|----------------------------------|-----------------------|
| บพบาทพยาบาลออสโตมี | CAET, University Doughty, Mills- 2014 of 1992 Zorzes, Southern California, 2014 | 2005 | ฝ่ายการ พยาบาล รพ. มหาราช นคร เชียงใหม่, 2556 | ฝ่ายการ พยาบาล รพ. ราชวิถี, 2557 | บุญขึ้น อิ่มมาก, 2555 |
|--------------------|--|------|---|----------------------------------|-----------------------|

4.บพบาทผู้สอน

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องในการตัดสินใจ โดยให้ความรู้และสอนเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิด ทางหน้าท้อง รวมถึงการให้ข้อมูลที่มีความสอดคล้องกัน, เชื่อถือได้ และถูกต้อง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 4.2 เป็นผู้สอนให้กับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ และนักเรียน ในการส่งเสริมคุณภาพการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องผ่านการสอน, การให้คำปรึกษา, การพัฒนาโปรแกรม และการติดตามตรวจสอบคุณภาพ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| | |
|---|--|
| | CAET, University Doughty, Mills- ฝ่ายการ ฝ่ายการ บัญชี 2014 of 1992 Zorzes, พยาบาล พยาบาล อิมมาก, Southern 2005 รพ. รพ. 2555 California, มหาราช ราชวิถี, 2014 นคร 2557 เชียงใหม่, 2556 |
| 5.บทบาทผู้วิจัย | |
| 5.1 มุ่งมั่นในการ เสริมสร้างการพยาบาล เฉพาะทางออสโตมี โดยการมีส่วนร่วมในการนำ หลักฐานเชิงประจักษ์มา ประยุกต์ใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาล | ✓ - - - ✓ - - |
| 5.2 สอบถามรายละเอียด เพิ่มเติมในการกำหนด หัวข้อการวิจัยและการ ตรวจสอบการใช้งาน ที่จะ สามารถส่งผลกระทบต่อ พยาบาลออสโตมี และ วิวัฒนาการทางการ ปฏิบัติการพยาบาลทาง คลินิก และมาตรฐานการ ดูแล | ✓ - - - ✓ - - |

จากตารางที่ 1 บทบาทพยาบาลออสโตมีจากการทบทวนวรรณกรรม มี 5 บทบาท ดังนี้คือ
1) บทบาทผู้นำ 2) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง 3) บทบาทผู้ให้ คำปรึกษา 4) บทบาทผู้สอน และ 5) บทบาทผู้วิจัย

6. เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบเดลฟาย จัดว่าเป็นวิธีการวิจัยในสามประเภทที่แบ่งโดยใช้เวลาเป็นเกณฑ์จำแนก เดลฟายกลายเป็นวิธีวิจัยประเภทหนึ่งที่ได้รับค่านิยม และสนใจของนักวิทยาศาสตร์และนักสังคมศาสตร์ในปัจจุบัน โดยครอบคลุมทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปรัชญา และมีประโยชน์ในการสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอนาคตได้ดีขึ้น ความสามารถในการบรรยายทางเลือกอนาคตที่เป็นไปได้ในแต่ละทางเลือก อันจะนำไปสู่การเตรียมรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ควบคุมและผลักดันรวมทั้งการวางแผนอนาคตให้เป็นไปในทางที่พึงประสงค์ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2544)

6.1 ประวัติความเป็นมาของการวิจัยแบบเดลฟาย

คำว่า“เดลฟาย” (Delphi) เป็นชื่อวิหารศักดิ์สิทธิ์สมัยกรีกโบราณซึ่งประชาชนนิยมไปขอคำทำนายอนาคตหรือเหตุการณ์สำคัญๆ การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายจึงเป็นเทคนิคการทำนายเหตุการณ์หรือความเป็นไปได้ในอนาคต โดยอาศัยฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันน่าเชื่อถือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ข้อสรุปจากฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนี้จะสามารถนำมาใช้ประกอบในการตัดสินใจด้านต่างๆได้ ทั้งในเชิงวิชาการและบริหาร เทคนิคเดลฟายเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2495 แต่ถูกเก็บเป็นความลับเนื่องจากเป็นเทคนิคที่กองทัพอากาศอเมริกกันใช้ศึกษาและวิจัยสิ่งต่างๆ ได้รับการเปิดเผยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2505 โดย โอลาฟเฮลเมอร์ (Olaf Helmer) และนอร์แมน ซี ดาลกี (Norman C. Dalkey) ซึ่งเป็นนักวิจัยของบริษัทแรนด์ (Rand Corporation) ในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ทั้งสองเขียนบทความเรื่อง An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts ตีพิมพ์ในวารสาร Management Science ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 เมษายน 2506 และได้พัฒนาจนเป็นเทคนิคที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย (ชนิดา รักษ์พลเมือง, 2551)

6.2 คุณลักษณะของเทคนิคเดลฟาย

คุณลักษณะของเทคนิคเดลฟาย มีดังต่อไปนี้ (ชนิดา รักษ์พลเมือง, 2551)

6.2.1 ผู้เข้าร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญในการศึกษาวิจัย ไม่ทราบว่ามีใครบ้างที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ไม่ทราบว่าผู้อื่นมีความเห็นอย่างไรในประเด็นที่ศึกษา ทั้งนี้เพราะผู้เชี่ยวชาญทุกคนจะตอบแบบสอบถามตามที่ผู้วิจัยจะกำหนดขึ้นในแต่ละขั้นตอนในเวลาใกล้เคียงกัน

6.2.2 ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในการวิจัยต้องตอบแบบสอบถามตามที่ผู้วิจัยกำหนดให้ครบทุกขั้นตอน ซึ่งอาจเป็น 2-4 รอบ ทั้งนี้โดยที่การสอบถามครั้งแรกจะเป็นคำถามปลายเปิด ส่วนคำถามรอบต่อไปจะอยู่ในลักษณะมาตราประเมินค่า ผู้เชี่ยวชาญสามารถทบทวนคำตอบของตนได้

ทุกขั้นตอน มีโอกาสถกเถียงคำตอบของตนอย่างละเอียดรอบคอบ จนกระทั่งมีความมั่นใจในคำตอบ และสามารถแสดงความคิดเห็นของตนได้อย่างอิสระ

6.2.3 ผู้วิจัยจะนำคำตอบไปวิเคราะห์ใหม่และป้อนข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอีกครั้งโดยปกติกระบวนการทำซ้ำ (Iterative process) แบบนี้จะดำเนินไปจนกว่าจะได้คำตอบที่เป็นฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จุดประสงค์การทำซ้ำก็เพื่อที่จะกรอง (Refine) ความเชี่ยวชาญของกลุ่มผู้เชียวชาญนั่นเอง

6.2.4 ความน่าเชื่อถือได้ของคำตอบและความสำเร็จของการวิจัยขึ้นอยู่กับแบบสอบถามความรอบรู้ของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถาม และความร่วมมือในการวิจัย

6.2.5 การใช้สถิติวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยทั่วไปจะใช้สถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและการวัดการกระจาย

6.3 ความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability)

ความตรงและความเที่ยงของเทคนิคเดลฟายขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้เชี่ยวชาญและอัตราการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จะต้องมีการตั้งคำถามด้วยความระมัดระวัง สิ่งสำคัญคือการเลือกผู้ในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งผลลัพธ์ของเทคนิคเดลฟายเป็นคำตอบจากความคิดเห็นที่ผ่านการถามย้ำ โดยการผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสตรวจคำตอบของตนเองหลายรอบ จึงเป็นการหาความเที่ยงและความตรงอยู่ในกระบวนการของเทคนิคเดลฟาย ดังนั้น ความเที่ยงและความตรงของข้อมูลที่ได้รับจึงขึ้นอยู่กับทางเลือกผู้เชี่ยวชาญอันจะทำให้ผลการวิจัยที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น (Sharkey and Sharples, 2001)

6.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยของเทคนิคเดลฟาย มีขั้นตอนดังนี้

6.4.1 กำหนดปัญหาที่จะศึกษาปัญหาที่จะวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายควรเป็นปัญหาที่ยังไม่มีคำตอบที่ถูกต้องแน่นอนและสามารถวิจัยปัญหาได้จากการให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ เป็นผู้ตัดสินใจ ประเด็นปัญหาควรจะนำไปสู่การวางแผนนโยบายหรือการคาดการณ์ในอนาคต

6.4.2 การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญขั้นตอนนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากคุณลักษณะเฉพาะของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายคือการอาศัยข้อคิดเห็นจากการตอบของผู้เชี่ยวชาญ ผลการวิจัยจะน่าเชื่อถือหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกสรรมานั้นสามารถให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้เพียงใดดังนั้นสิ่งที่ผู้วิจัยจะต้องคำนึงถึงในการเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้แก่ความสามารถของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญ และวิธีการเลือกผู้เชี่ยวชาญเป็นต้น

6.4.3 การทำแบบสอบถามในกระบวนการทำวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายจะให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามจำนวน 3 รอบ ดังนี้

1) การสร้างแบบสอบถามรอบที่ 1 การทำแบบสอบถามฉบับแรกโดยทั่วไปแบบสอบถามฉบับแรกเป็นแบบสอบถามปลายเปิดและเป็นการถามแบบกว้างๆให้ครอบคลุมประเด็น

ปัญหาที่จะวิจัยนั้น เพื่อระดมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยทางไปรษณีย์ ที่สอดคล้องซึ่งจำหน้า และปิดดวงตราไปรษณีย์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้เชี่ยวชาญกำหนดเวลาในการส่งคำตอบนี้คืน ภายใน 2 สัปดาห์ถ้าผู้เชี่ยวชาญคนใดไม่ส่งคืนควรทวงถามสำหรับการวิเคราะห์คำตอบแบบสอบถาม รอบแรกผู้วิจัยจะต้องรวบรวมความคิดเห็นและวิเคราะห์โดยละเอียดและนำมาวิเคราะห์และ สังเคราะห์เป็นประเด็นโดยตัดข้อมูลที่ซ้ำซ้อนออกเพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามในรอบต่อไป

2) การสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยการนำคำตอบที่วิเคราะห์ได้จากรอบแรก มา สร้างเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วน (Rating scale) อาจใช้ 5 ระดับเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละ คนให้นำน้ำหนักความสำคัญของแต่ละข้อ รวมทั้งเหตุผลที่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยของแต่ละข้อลงในช่องว่าง ที่เว้นไว้ตอนท้ายประโยชน์ หรือควรแก้ไขสำนวนผู้เชี่ยวชาญให้เสนอแนะเพิ่มเติมได้ แล้วส่ง แบบสอบถามในรอบนี้ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม และอำนวยความสะดวกในการส่งคืนทางไปรษณีย์ เช่นเดียวกับรอบแรก และสำหรับการวิเคราะห์คำตอบจากแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยการนำคำตอบ แต่ละข้อมาหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang)

3) การวิเคราะห์ในรอบที่ 3 นำคำตอบแต่ละข้อจากการวิเคราะห์รอบที่ 2 โดย พิจารณาจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กล่าวคือถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แคบ แสดงว่าคำตอบที่ วิเคราะห์ได้นั้นมีความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกัน ซึ่งถ้าผู้วิจัยได้ข้อมูลเพียงพอก็อาจสรุป ผลการวิจัยได้รอบนี้เลย แต่ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้าง (มีค่ามาก) แสดงว่าคำตอบที่วิเคราะห์ แบบสอบถามรอบที่ 3 โดยมีข้อความเดียวกันกับแบบสอบถามรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งของค่า มัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นๆ ได้ตอบใน แบบสอบถามรอบที่ 2 ลงไปแล้วส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นได้ยืนยันคำตอบเดิมหรือ เปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่

สำหรับจำนวนรอบที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมาย เวลา งบประมาณของการวิจัย จำนวนรอบสำหรับการวิจัยควรพิจารณาดูคำตอบที่ได้ในรอบต่างๆ ว่ามีความสอดคล้องกันของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญครอบคลุมเรื่องที่ศึกษาหรือไม่ ถ้ามีมากพออาจจะหยุดในรอบที่ 2 หรือรอบที่ 3 ในเรื่อง ของจำนวนรอบได้มีการศึกษาพบว่า การส่งแบบสอบถาม 3 รอบเป็นจำนวนรอบที่พอดี ความคลาด เคลื่อนมีไม่มาก ตั้งแต่รอบที่ 3 ขึ้นไป ความแตกต่างของผลที่ได้ไม่มีนัยสำคัญ (จุมพล พูลภัทรชีวัน, 2530) และยังพบว่ารอบที่ 2-3 ก็มีความสอดคล้องกันในการพยากรณ์อนาคตได้ และจำนวนรอบยัง ขึ้นอยู่กับจำนวนข้อคำถามและเหตุการณ์ (Couper, 1984)

6.5 ข้อดีของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

6.5.1 ผู้วิจัยสามารถรวบรวมข้อความคิดจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากได้โดยไม่ต้องเสียเวลาจัดประชุม กลไกในการใช้เทคนิคง่ายแก่การดำเนินการ ผู้วิจัยสามารถรวบรวมหาความ สอดคล้องของแนวคิดได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว

6.5.2 ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบได้อย่างอิสระไม่ถูกครอบงำความคิด ไม่ต้องเผชิญหน้ากันและไม่ทราบว่ามีใครเข้าร่วมอยู่การวิจัยบ้าง และใครให้คำตอบว่าอย่างไร ผู้ตอบจะทราบเพียงแต่คำตอบของกลุ่มทั้งหมด โดยการแสดงด้วยสถิติต่างๆ เท่านั้น

6.5.3 ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน เพราะทุกคนจะตอบแบบสอบถามฉบับเดียวกันทุกขั้นตอน และยังมีโอกาสรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นเท่าๆ กัน มีโอกาสปรับเปลี่ยนหรือยืนยันความคิดเห็นของตนจนเกิดความมั่นใจ และช่วยให้มีการพิจารณาประเด็นปัญหาได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

6.5.4 ผู้เชี่ยวชาญต้องผ่านการพิจารณาไตร่ตรองหลายขั้นตอน ในการตอบประเด็นปัญหาซ้ำหลายรอบ ความสอดคล้องกันของความคิดเห็นหรือฉันทามติจึงได้มาจากการพิจารณาร่วมกันอย่างละเอียดรอบคอบ ช่วยให้มีความเชื่อมั่นของคำตอบที่ได้รับนั้นสูงขึ้น

6.6 ข้อจำกัดของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

6.6.1 การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญและเกณฑ์การพิจารณาเลือกผู้เชี่ยวชาญให้ได้มาซึ่งผู้ที่มีความรอบรู้ ความเต็มใจ และเห็นความสำคัญของการวิจัยเป็นส่วนสำคัญมากในด้านความเชื่อถือของการวิจัย

6.6.2 หากเป็นการวิจัยเพื่อวางแผนหรือนโยบาย ควรคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่โดยตรงเข้าร่วมกันวิจัย

6.6.3 การกำหนดให้ตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบอาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความเบื่อหน่าย หรือเกิดความรู้สึกว่าถูกรบกวนมากเกินไป อาจไม่ร่วมมือตอบแบบสอบถามรอบต่อไป

6.6.4 ผู้เชี่ยวชาญต้องเข้าใจในประเด็นปัญหาโดยรวมและข้อความในแบบสอบถามแต่ละข้อตรงกัน เพื่อให้เกิดความสอดคล้องทางความคิดและไม่มีอคติ

6.6.5 หากกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายเหตุการณ์ในระยะเวลาใกล้หรือไกลเกินไป อาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายได้ด้วยความยากลำบากและเกิดความคลาดเคลื่อนได้มีผู้ศึกษาไว้ว่าช่วงเวลาของการทำนายอนาคตควรอยู่ในช่วงเวลา 10-15 ปี

6.6.6 ผู้วิจัยขาดความรอบคอบ และมีความลำเอียงในการพิจารณาวิเคราะห์คำตอบที่ได้ในแต่ละรอบ

6.6.7 เนื่องจากมีการส่งแบบสอบถามหลายรอบ อาจมีการสูญหายของแบบสอบถามหรือไม่ได้รับคำตอบคืนกลับมา

การวิจัยแบบเดลฟายเป็นการระดมความคิดเห็นเพื่อหาข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจ ซึ่งโดยปกติจะเป็นข้อมูลเชิงอนาคต หากได้ข้อมูลมาอย่างเป็นระบบระเบียบจะช่วยให้ทราบข้อมูลอันน่าเชื่อถือ เพื่อประกอบการกำหนดหรือวางแผนแนวทางปรับเปลี่ยนสภาพที่เป็นอยู่ให้นำไปสู่อนาคตที่คาดหวัง และสามารถใช้อุปกรณ์ที่ได้รับเป็นแนวทางสร้างสรรค์อนาคตที่ดียิ่งขึ้น

6.7 การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) มีวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ดังนี้ (ศิริรัตน์ ศรีโพลาม, 2560)

ขั้นตอนที่ 1 การจัดระบบจำแนกประเภทเนื้อหา มีรายละเอียดดังนี้

1. สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย นำไปสู่การตอบปัญหาการวิจัย
2. มีความครอบคลุมในรายละเอียดของเนื้อหาмаกพอ
3. ข้อมูลมีความชัดเจนในตนเอง
4. ไม่ซ้ำซ้อนหรือคล้ายคลึงเหลือมกัน
5. ใช้หลักเดียวกันในการจำแนกประเภท

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดหน่วยของเนื้อหาที่จะจำแนกเพื่อการแจกแจง

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวิธีแจกแจง เช่น นับเวลา สถานที่ ความถี่ เป็นต้น

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาลออสโตมีโดยตรง ยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงขอเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลเฉพาะทางในบริบทต่างๆ ดังนี้

วันเพ็ญ เส้นศูนย์ (2544) ได้ศึกษาบทบาทและหน้าที่ที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในปี พ.ศ.2553 โดยดำเนินการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย พบว่า บทบาทและหน้าที่ที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในปีพ.ศ. 2553 ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ประกอบด้วยบทบาทหลัก 14 ด้านคือ 1) การปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด 2) การบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพ 3) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย จริยธรรมและกฎหมาย 4) การวิจัย 5) การสอนและการให้คำปรึกษา 6) การพัฒนาวิชาชีพและตนเอง 7) การประสานงาน 8) ด้านนวัตกรรม เทคโนโลยีสารสนเทศและเทคโนโลยี 9) การส่งเสริมสุขภาพ 10) การพยาบาลเชิงรุก 11) การดูแลสิ่งแวดล้อม 12) การเป็นผู้นำ 13) การใช้การพยาบาลทางเลือก และ 14) การเป็นพยาบาลช่วยผ่าตัดคนหนึ่งที่บทบาทและหน้าที่ที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในปี พ.ศ.2553 ทั้ง 14 ด้าน ประกอบด้วยหน้าที่ 200 รายการ เป็นหน้าที่ที่มีความจำเป็นในระดับมากที่สุด 48 รายการ และมีความจำเป็นในระดับมาก 152 รายการ

กาญจณี โอภาสทิพากร (2550) ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ประกอบด้วยบทบาท 6 ด้านคือ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 2) ด้านการให้ความรู้ 3) ด้านการวิจัย 4) ด้านการให้คำปรึกษา 5) ด้านบริหารจัดการและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง และ 6) ด้านคุณธรรมจริยธรรมและกฎหมาย กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับ

วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รุ่นที่ 1, 2 และ 3 จำนวน 157 ผลการวิจัยพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพ ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางโดยรวมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการรับรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาล รองลงมาคือด้านการเป็นที่ปรึกษา ด้านการให้ความรู้ ด้านคุณธรรมจริยธรรมและกฎหมาย ด้านการบริหารจัดการและเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการวิจัย 2) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับวุฒิบัตรความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่มีความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงานก่อนได้รับการรับรองวุฒิบัตรสถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน วุฒิบัตรสาขาการพยาบาลพบว่า มีค่าเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติบทบาทแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริพร ลวณะสกล (2552) ได้ศึกษาบทบาทที่คาดหวังของพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา โรงพยาบาลรัฐ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจักษุจำนวน 21 คน เทคนิคการวิจัยเดลฟาย พบว่า บทบาทที่คาดหวังของพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา โรงพยาบาลรัฐ ประกอบด้วย 6 บทบาท 1) บทบาทการพยาบาลเฉพาะทาง 2) บทบาทวิชาการและการวิจัย 3) บทบาทการเป็นที่ปรึกษา 4) บทบาทการส่งเสริมสุขภาพ 5) บทบาทการควบคุมและป้องกันโรค 6) บทบาทการจัดการและผู้นำการเปลี่ยนแปลง

พรธรวดี เหลืองรัตน์ (2554) ได้ศึกษาบทบาทพยาบาลเบาหวานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า 1) บทบาทพยาบาลเบาหวานในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการประสานงานและการติดต่อสื่อสาร และด้านการวิจัยและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ อยู่ในระดับปานกลาง 2) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้บทบาทดีกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้รับการอบรม ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านวิชาชีพ และหน่วยงานที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีการรับรู้บทบาทพยาบาลเบาหวานไม่ต่างกัน

Bhzeq, Teleb, Mahmoud and Soliman (2013) ได้ศึกษาการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของพยาบาลกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ในระดับที่ไม่พึงประสงค์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M=0.8269$) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($M=2.2308$) พยาบาลทุกคนให้คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน ในระดับที่ไม่พึงประสงค์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M=19.42$) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($M=2.4615$) และพบว่ามีความสัมพันธ์ที่ติระหว่างความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ($r=0.15$, $p=0.3$)

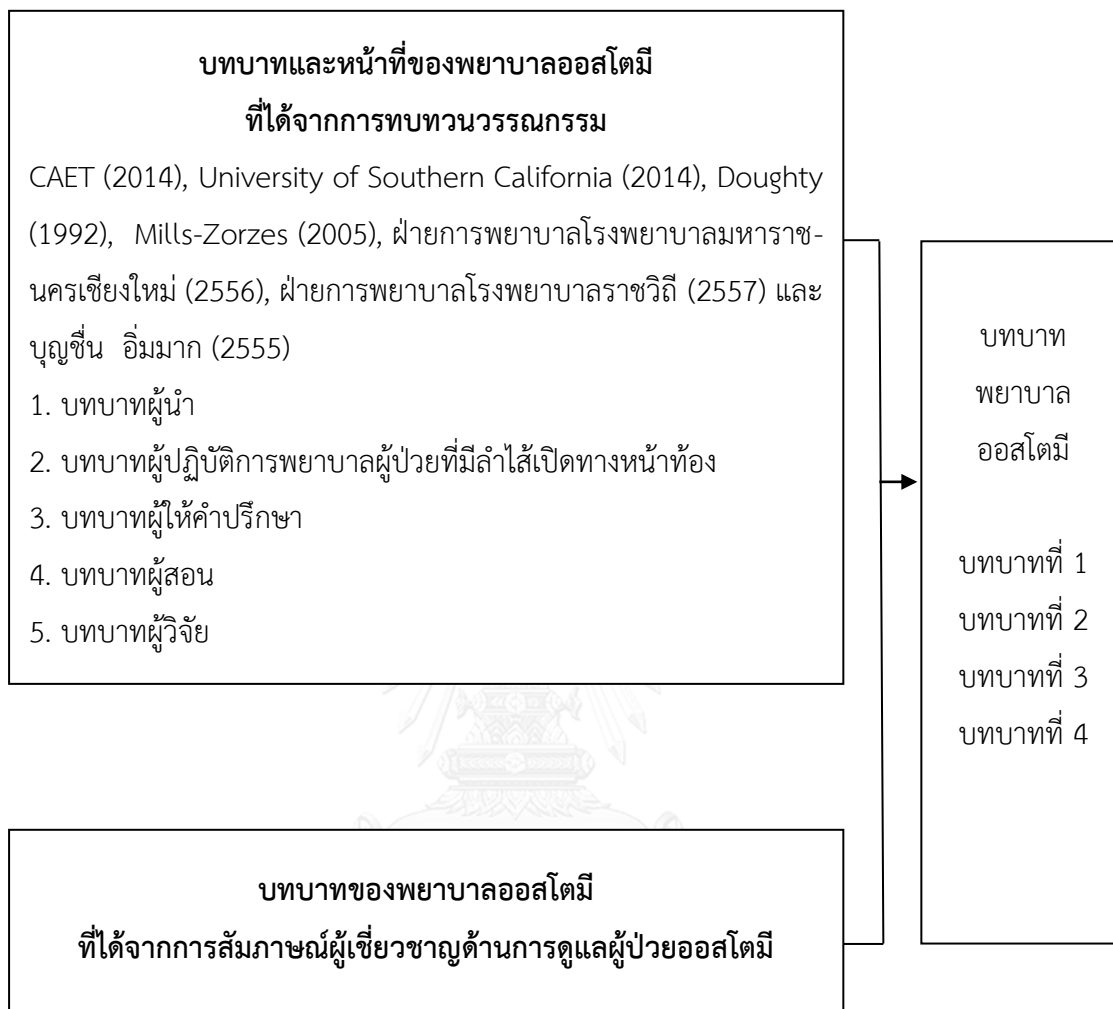
Person, Ifargen, Lachter, Duek, Kluger, Assalia (2012) ได้ศึกษาผลกระทบของการทำ Stoma site marking ก่อนการทำผ่าตัด ต่ออุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิต และความเป็นอิสระของผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบของการกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma site marking) ก่อนการทำผ่าตัด ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความเป็นอิสระ และภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่า การกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma site marking) ก่อนการทำผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นภายหลังการผ่าตัด ส่งเสริมความเป็นอิสระ และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลออสโตมี มีบทบาทสำคัญมากในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลเฉพาะทางในบริบทต่างๆ ช่างค้นพบว่า พยาบาลเฉพาะทางในแต่ละสาขานั้นควรจะมีบทบาทที่เฉพาะ เนื่องจากมีบริบทของงานที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการประเมินพยาบาลออสโตมีที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เป็นแนวทางในการประเมินตนเองของพยาบาลออสโตมีที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานพยาบาลออสโตมีได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

8. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมโดยการศึกษาจากหนังสือ เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาลออสโตมี ทั้งในและต่างประเทศโดยรวบรวมเนื้อหาจาก CAET (2014), University of Southern California (2014), Doughty (1992), Mills-Zorzes (2005), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2556), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี (2557) และบุญชื่น อิมมาก (2555) พบว่าในประเทศไทยได้ยังไม่มีกำหนดบทบาทของพยาบาลออสโตมีอย่างชัดเจน มีแต่การกำหนดหน้าที่ของพยาบาลออสโตมีไว้เท่านั้น ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการแนวคิดบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานของพยาบาลออสโตมี มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมีโดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เป็นตัวแทนของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาที่จัดอบรมหลักสูตรการเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 4 คน พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 7 คน ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 4 คน และอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาที่จัดอบรมหลักสูตรการเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวน 5 คน รวมจำนวน 20 คน จากการศึกษาขนาดตามกลุ่มตัวอย่างตามการศึกษาของ Macmillan กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามการศึกษาของ Macmillan (1971) พบว่าผู้เชี่ยวชาญจำนวน ตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป ระดับความคลาดเคลื่อนจะลดลงอย่างคงที่และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยวิธีการกำหนดคุณสมบัติของผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จากการสอบถามผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์ที่ปรึกษา รวมถึงค้นคว้าประวัติการทำงานการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ผลงานที่ปรากฏเอกสารเผยแพร่ทางวิชาการ และให้ผู้เชี่ยวชาญเสนอผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มคนต่อไป ตามเทคนิคการ

บอกต่อ (Snowball technique) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องมากที่สุด เพราะการได้รับคำแนะนำบอกต่อจากตัวผู้เชี่ยวชาญมีความน่าเชื่อถือ และมีผลในเรื่องการให้ความร่วมมือในการวิจัยมากขึ้น (Burns and Grove, 2001) เมื่อได้รับการบอกต่อผู้วิจัยทำการตรวจสอบประวัติผลงาน คุณสมบัติตามเกณฑ์อีกครั้ง เสนอรายชื่อ ปริญญา อาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นจึงติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เชี่ยวชาญ 20 คน โดยกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกลุ่มดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 4 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

- 1.1 แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- 1.2 ได้รับวุฒิบัตรสาขาศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากแพทยสภาหรือจากต่างประเทศ
- 1.3 มีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป

2. พยาบาลเฉพาะทางด้าน การดูแลออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 7 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

- 2.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
- 2.2 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง 3 ปีขึ้นไป

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 4 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

- 3.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท
- 3.2 มีประสบการณ์ในการบริหารงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง 3 ปีขึ้นไป

4. อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาที่จัดอบรมหลักสูตรการเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวน 5 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

- 4.1 มีวุฒิการศึกษาด้านพยาบาลศาสตร์ในระดับปริญญาโทขึ้นไป
- 4.2 มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการสอนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

4.3 มีประสบการณ์เป็นคณะกรรมการด้านการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

4.4 มีผลงานวิชาการด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2558 และได้รับการอนุมัติต่ออายุเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2560 และได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2558 และได้รับการอนุมัติต่ออายุเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2559

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้นโดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเวลา ซึ่งการปฏิเสธนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น รวมทั้งชี้แจงให้ทราบรายละเอียดขั้นตอน ประโยชน์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้อัปเดตเป็นความลับ โดยเก็บไว้ในที่ปลอดภัย และทำลายทิ้งภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลการวิเคราะห์ในลักษณะภาพรวม โดยไม่สามารถเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่างบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และแบบสอบถาม 2 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์บทบาทพยาบาลออสโตมี เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและข้อคำถามปลายเปิด เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ หรือให้ผู้เชี่ยวชาญเขียนตอบ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1

ชุดที่ 2 แบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มระดับความคิดเห็นของบทบาทพยาบาลในแต่ละด้านในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2

ชุดที่ 3 แบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ของข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาคำตอบของตัวเองและของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดก่อนทบทวนคำตอบ

และยืนยันระดับความคิดเห็นของตนเองของตัวเอง เพื่อการยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3

รอบที่ 1 การสร้างเครื่องมือชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ บทบาทพยาบาลออสโตมี

1. จุดประสงค์ คือ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยได้แสดงความคิดเห็นภายในกรอบที่กำหนด

2. วิธีการสร้างแบบสอบถาม

2.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาลออสโตมี ทั้งในประเทศและต่างประเทศ นำมาบูรณาการเพื่อกำหนดเป็นกรอบในการสร้างคำถาม

2.2 สร้างแบบสอบถามเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างตามแนวคิดบทบาทพยาบาลออสโตมี กำหนดเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม สถานที่ปฏิบัติงาน วุฒิการศึกษา และความเชี่ยวชาญ เฉพาะ ให้ผู้เชี่ยวชาญกรอรายละเอียดลงในช่องว่างเพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงถึงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการกำหนดบทบาทพยาบาลออสโตมี

ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ ข้อคำถามที่ใช้มีดังนี้คือ “ท่านคิดว่าบทบาทของพยาบาลออสโตมี อะไรบ้าง และรายละเอียดของแต่ละบทบาทประกอบด้วยอะไรบ้าง”

2.3 นำแบบสัมภาษณ์ เรื่อง บทบาทพยาบาลออสโตมี ที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม

2.4 นำแบบสัมภาษณ์ เรื่อง บทบาทพยาบาลออสโตมี มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลรอบที่ 1 โดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเองจำนวน 20 คน

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรม ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลออสโตมี มีวิธีดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

3.1 ดำเนินการทำหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้เชี่ยวชาญที่ได้คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อใช้ในการขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในการให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลออสโตมี

3.2 ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือ แนะนำตัวและนัดหมายการส่งเอกสารรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลประชากรตัวอย่าง แบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 และโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อให้

ผู้เชี่ยวชาญได้ศึกษาก่อนการนัดหมายสัมภาษณ์ การนำส่งเอกสาร นำส่งด้วยตนเอง 17 คน ส่งทางไปรษณีย์ 3 คน พร้อมทั้งนัดหมาย วัน เวลา ที่จะสัมภาษณ์ ขออนุญาตสัมภาษณ์และบันทึกเสียงทางโทรศัพท์ ทบทวนกำหนดการนัดหมายล่วงหน้าก่อนถึงวันนัด ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทุกท่านให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

3.3 การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์ โดยจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องบันทึกเสียง กระดาษสำหรับจดบันทึกย่อ ใบเซ็นยินยอมเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิจัย โทรศัพท์ไปสอบถามเพื่อยืนยันกำหนดการนัดหมายล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เป็น 3 แบบ

3.3.1 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง จำนวน 14 คน เมื่อถึงวันนัดหมายสัมภาษณ์ ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์บันทึกเสียงอีกครั้ง เดินทางไปยังที่นัดหมายล่วงหน้า ประมาณ 30 นาที โทรศัพท์ถึงผู้เชี่ยวชาญเมื่อถึงเวลานัดหมาย เพื่อขอพบและเริ่มการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดโครงการวิจัย เหตุผล ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการวิจัยที่มีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และตอบแบบสอบถามอีก 2 ครั้ง ขอความอนุเคราะห์ให้ผู้เชี่ยวชาญเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยตามความสมัครใจ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความยินดีและสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.3.2 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์ จำนวน 3 คน ผู้วิจัยมีการจัดเตรียมเครื่องบันทึกเสียง กระดาษสำหรับจดบันทึกย่อ ตรวจสอบความพร้อมของโทรศัพท์ เครื่องบันทึกเสียง และเอกสารอีกครั้งให้มีความพร้อม โทรศัพท์ติดต่อผู้เชี่ยวชาญเมื่อถึงเวลานัด เพื่อขอเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดโครงการวิจัย เหตุผล ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการวิจัยที่มีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และตอบแบบสอบถามอีก 2 ครั้ง ขอความอนุเคราะห์ให้ผู้เชี่ยวชาญเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยตามความสมัครใจ และส่งเอกสารกลับพร้อมแบบสอบถามครั้งถัดไป ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความยินดีและสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.3.3 ผู้เชี่ยวชาญที่แสดงความจำนงขอตอบแบบสอบถาม จำนวน 3 คน ให้เหตุผลว่าจะสามารถแสดงความคิดเห็นได้ครอบคลุมมากกว่าการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจัดส่งแบบสัมภาษณ์ที่มีข้อความแบบเดียวกับการสัมภาษณ์ เพิ่มเติมเนื้อที่ในการเขียนตอบมากขึ้น ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพร้อมเอกสารอื่นๆ โดยผู้วิจัยขออนุญาตติดต่อขอรับเอกสารกลับด้วยตนเอง กำหนดการตอบกลับไม่เกิน 2 สัปดาห์หลังได้รับแบบสอบถามและขออนุญาตติดต่อทางโทรศัพท์เมื่อมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

3.4 ในการสัมภาษณ์ ขออนุญาตผู้เชี่ยวชาญในการใช้เครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึกย่อระหว่างการสัมภาษณ์ ใช้คำถามปลายเปิด ตามแนวที่กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์ แสดงความสนใจ ตั้งใจฟัง สรุปความตามประเด็น สอบถามเมื่อมีข้อสงสัย สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมจน

ครอบคลุมประเด็นทั้งหมด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมากที่สุด โดยไม่มีการถามนำ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมตามต้องการ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30–45 นาที หลังจากการสัมภาษณ์ ชี้แจงถึงการเก็บข้อมูลรอบต่อไป ประมาณ วัน เวลา ที่จะส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ขออนุญาตติดต่อทางโทรศัพท์หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม และยืนยันว่าจะทำลายเทปบันทึกเสียงทันทีหลังสิ้นสุดการวิจัย และกล่าวขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ

3.5 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน 2558 ถึงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2558 ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 220 วัน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ถอดเทปการสัมภาษณ์ทันทีที่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน นำมาตรวจสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาลออสโตมีในแต่ละบทบาท ก่อนนำมาสรุปเป็นบทบาทพยาบาลออสโตมีที่เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทุกคน ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา หากเนื้อหายังไม่ครอบคลุม นำกลับไปสอบถามเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญหรือสอบถามทางโทรศัพท์ จนเนื้อหาครอบคลุม นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดจากการบูรณาการเอกสาร การทบทวนวรรณกรรม บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลออสโตมีทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ CAET (2014), University of Southern California (2014), Doughty (1992), Mills-Zorzes (2005), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2557), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี (2557) และบุญชื่น อิมมาก (2555) จนครอบคลุมบทบาทพยาบาลออสโตมี ตามกรอบแนวคิดและจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (รายละเอียดดังภาคผนวก จ) สรุปได้ว่าบทบาทพยาบาลออสโตมี มีทั้งหมดจำนวน 3 บทบาท ประกอบด้วย 1) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล 2) บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา 3) บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีรายละเอียดบทบาทย่อย จำนวน 41 ข้อ เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2

รอบที่ 2 การสร้างเครื่องมือชุดที่ 2 แบบสอบถาม บทบาทพยาบาลออสโตมี

1. **จุดประสงค์** คือ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญระดับความสำคัญของข้อความ บทบาทพยาบาลออสโตมีในแต่ละบทบาท และมีข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างอิสระ

2. วิธีการสร้างแบบสอบถาม

2.1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์และคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เปรียบเทียบกรอบแนวคิดจากการศึกษาบทบาท

พยาบาลออสโตมีทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ CAET (2014), University of Southern California (2014), Doughty (1992), Mills-Zorzes (2005), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ (2556), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี (2557) และบุญชื่น อิ่มมาก (2555) จากนั้นจัดหมวดหมู่โดยนำข้อมูลที่มีข้อความเนื้อหาในลักษณะเดียวกันมารวบรวมเข้าด้วยกัน จัดหมวดหมู่บทบาท และบทบาทย่อย จะได้บทบาทพยาบาลออสโตมีทั้งหมด 3 บทบาท ประกอบด้วย 1) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล 2) บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา 3) บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีข้อความบทบาทย่อยจำนวน 41 ข้อ ดังนี้

1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล

1) ชักประวัติผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัวเกี่ยวกับอาการสำคัญ, ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน, ความเจ็บป่วยในอดีต, ประวัติครอบครัว, ประวัติส่วนตัวและประวัติอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

2) ประเมินความรู้ เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว

3) ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

4) ประเมินปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจที่อาจมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

5) ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ต่อการเป็นผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

6) ประเมินการรับรู้และการปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

7) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เช่น ภาวะลำไส้อุดตัน (Stomal obstruction) ภาวะลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis)

8) แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วย การเตรียมความสะอาดของลำไส้ตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การให้ยาระบาย, การสวนอุจจาระ, ชนิดและลักษณะของอาหารก่อนวันผ่าตัด

9) กำหนดตำแหน่งที่เหมาะสมของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma siting) ให้กับผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลสำคัญ คือ การวินิจฉัยโรค, ชนิดของการผ่าตัด, ชนิดของลำไส้เปิด, ขนาดและ

ลักษณะของหน้าท้อง รวมทั้งความสามารถในการมองเห็นของผู้ป่วย ในการดูแลตำแหน่งของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

10) ประเมินและดูแลบริเวณลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, ผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Peristomal skin), รอยเย็บของลำไส้เปิดกับผิวหนังหน้าท้อง (Mucocutaneous suture line) และสิ่งขับหลังจากลำไส้เปิด (Effluent)

11) ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณลำไส้เปิดและผิวหนังรอบลำไส้เปิดที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด เช่น ภาวะลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis), ภาวะเลือดออก (Stomal bleeding), ภาวะลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยง (Stomal ischemia), ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (Irritant dermatitis)

12) ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณลำไส้เปิดและผิวหนังรอบลำไส้เปิดที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว เช่น ภาวะไส้เลื่อน (Parastomal hernia), ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal Prolapse)

13) บริหารจัดการความปวดหลังการผ่าตัด และบันทึกทางการพยาบาลโดยบันทึกเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดง, การเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

14) วางแผนร่วมกับทีมสุขภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ภาวะลำไส้อุดตัน, ภาวะช่องลำไส้ตีบ, ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ

15) พิจารณาเลือกใช้แป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ผลิตภัณฑ์ และอุปกรณ์ เสริมสำหรับลำไส้เปิดทางหน้าท้องให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

16) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม, เวชภัณฑ์ ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เสริมต่างๆ ที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย ในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ฯลฯ ตามสิทธิของผู้ที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

17) ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้านของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องภายหลังจากการผ่าตัด

18) เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัวและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

19) ให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การเท/เปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย, การรับประทานอาหาร, การควบคุมกลิ่นและก๊าซ, การออกกำลังกาย, การมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

20) ติดต่อและประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา

1) ก่อนการผ่าตัด ประเมินความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เช่น ความจำเป็นของการผ่าตัดที่จะต้องมิลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, การทำงานลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, วัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับทวารเทียม, การปฏิบัติตนก่อนการทำผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง, การเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนการทำผ่าตัด เป็นต้น

2) หลังการผ่าตัดให้ความรู้ คำแนะนำ และสอนสาธิต เรื่องการทำความสะอาดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และผิวหนังโดยรอบ ให้กับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว

3) หลังทำผ่าตัดให้ความรู้ คำแนะนำ และสอนสาธิตคำแนะนำ เรื่องการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายทางหน้าท้อง เพื่อผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัวสามารถเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น ชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เสริมที่ใช้กับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย, ช่วงเวลาในการเปลี่ยนที่เหมาะสม, ระยะเวลาในการเปลี่ยนที่เหมาะสม, การวัดขนาดของถุงหรือแป้น, การทำความสะอาดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และถุงรองรับสิ่งขับถ่าย

4) หลังทำผ่าตัดให้ความรู้ คำแนะนำ กับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว ในการป้องกันผิวหนังจากการถูกทำลายเมื่อสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่ง/สิ่งขับถ่าย, การป้องกันการบาดเจ็บของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนังโดยรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, การป้องกันการแพ้ผลิตภัณฑ์

5) หลังทำผ่าตัดให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่น การรับประทานอาหาร, การควบคุมกลิ่นแก๊ส, การออกกำลังกาย และการมีเพศสัมพันธ์

6) หลังทำผ่าตัดให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เกี่ยวกับการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนังโดยรอบช่องเปิดลำไส้ เช่น ภาวะลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis), ภาวะเลือดออก (Stomal bleeding), ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal prolapse), ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (Irritant dermatitis)

7) หลังทำผ่าตัดให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เกี่ยวกับการป้องกันภาวะท้องผูก, ภาวะท้องเดิน, ภาวะขาดน้ำ, ภาวะไส้เลื่อน

8) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน

9) ให้คำปรึกษาโดยผ่านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบท และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

10) ประเมินผลการให้ความรู้ การสอนและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว และนำผลการประเมินที่ได้มาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

11) ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

12) เป็นวิทยากรให้ความรู้ คำแนะนำ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แก่หน่วยงานต่างๆ ที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

13) เป็นผู้นิเทศและสอนนักศึกษาพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

14) จัดโครงการฝึกอบรมความรู้เพื่อเสริมความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

3. บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

1) เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้เปิดทางหน้าท้องรายใหม่, ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และนำข้อมูลที่ได้มาศึกษา

2) นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางการป้องกันการแก้ปัญหา และสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

3) วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

4) ประเมินผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

5) ส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง นำมาใช้ในการพัฒนาการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

6) เป็นผู้นำในการจัดการความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

7) เผยแพร่แนวปฏิบัติที่ดีจากหลักฐานทางวิชาการ/การวิจัย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร

2.2 จัดทำเป็นแบบสอบถามเรื่องบทบาทพยาบาลออสโตมี ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยกำหนดข้อรายการเป็นบทบาทย่อย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดง

ความคิดเห็นว่า บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลออสโตมีอยู่ในระดับใด ตั้งแต่ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบบสอบถามเรียงลำดับข้อรายการตามบทบาทพยาบาลออสโตมีกับบทบาทย่อย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

| ข้อ | บทบาทพยาบาลออสโตมี | ระดับความสำคัญ | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|------------------------------------|--|----------------|---|---|---|---|------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล | | | | | | | |
| 1.1 | ซักประวัติผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องเกี่ยวกับอาการสำคัญ, ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน, ความเจ็บป่วยในอดีต และประวัติอื่นๆ | | | | | | |
| 1.2 | ประเมินความรู้ เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว | | | | | | |

เกณฑ์การพิจารณาระดับความเห็นของบทบาทพยาบาลออสโตมีในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 มีดังนี้

- 5 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญมากที่สุดของพยาบาลออสโตมี**
- 4 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญมากของพยาบาลออสโตมี**
- 3 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญปานกลางของพยาบาลออสโตมี**
- 2 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญน้อยของพยาบาลออสโตมี**
- 1 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญน้อยที่สุดของพยาบาลออสโตมี**

2.3 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของข้อความเนื้อหา และความหมายของบทบาทย่อยในแต่ละข้อรายการ

2.4 ปรับแก้ข้อความตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ข้อความบทบาทมีความชัดเจนและถูกต้อง นำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 (รายละเอียดของแบบสอบถามดังกล่าว ภาคนว ก)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล มีวิธีดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

3.1 จัดเตรียมเอกสารส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมจำนวน 20 ชุด โทรศัพท์ติดต่อผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คนขออนุญาตส่งแบบสอบถามชุดที่ 2 โดยใส่ซองและนำส่งแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 17 ชุด นำส่งทางไปรษณีย์จำนวน 3 ชุด โดยแนบซองเปล่าจำหน่ายซองถึงผู้วิจัย ติดแสตมป์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญส่งกลับทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษทุกฉบับ แจ้งกำหนดวันในการขอรับแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์

3.2 เมื่อครบกำหนดเวลา โทรศัพท์นัดหมาย วัน เวลา ในการขอรับแบบสอบถามคืนซึ่งรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเองทั้งหมด 17 ฉบับ และผู้เชี่ยวชาญส่งแบบสอบถามกลับคืนทางไปรษณีย์ จำนวน 3 ชุด

3.3 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559 ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 60 วัน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3 ดังนี้

4.1 สูตรการคำนวณค่ามัธยฐาน (ชนิดข้อมูล วิชาสาย)

$$Md = Lo + i \left[\frac{N/2 - f_1}{f_2} \right]$$

| | | |
|----------------|-----|---|
| Md | คือ | ค่ามัธยฐาน |
| Lo | คือ | ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐาน |
| i | คือ | ความกว้างของอันตรภาคชั้น |
| N | คือ | จำนวนข้อมูลทั้งหมด |
| f ₁ | คือ | ความถี่สะสมจากคะแนนต่ำสุดถึงคะแนนที่เป็นขีดจำกัดบน ของคะแนนในชั้นก่อนชั้นที่มีมัธยฐาน |
| f ₂ | คือ | ความถี่ของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐาน |

โดยแปลความหมายค่ามัธยฐาน ดังนี้ (ชนิษฐา วิทยานุมาส, 2530)

| | |
|--------------------------------|--|
| ค่ามัธยฐาน 4.50 ขึ้นไป | หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า บทบาทตามข้อ รายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญมากที่สุดของ พยาบาลออสโตมี |
| ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 3.50-4.49 | หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า บทบาทตามข้อ รายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญมากของ พยาบาลออสโตมี |
| ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 2.50-3.49 | หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า บทบาทตามข้อ รายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญปานกลางของ พยาบาลออสโตมี |
| ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 1.50-2.49 | หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า บทบาทตามข้อ รายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญน้อยของ พยาบาลออสโตมี |
| ค่ามัธยฐานต่ำกว่า 1.50 | หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า บทบาทตามข้อ รายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญน้อยที่สุดของ พยาบาลออสโตมี |

4.2 สูตรการคำนวณค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2553)

$$IR = Q3 - Q1$$

โดยคำนวณหา Q1 และ Q3 จากสูตร

$$Q1 = L_{Q1} + \frac{[N/4 - CF]}{f_{Q1}} i$$

| | | |
|----------|-----|---|
| Q1 | คือ | ค่าควอไทล์ของตำแหน่งที่ 1 |
| L_{Q1} | คือ | ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นที่ควอไทล์ที่ 1 อยู่ |
| i | คือ | ความกว้างของอันตรภาคชั้นควอไทล์ที่ 1 |
| N | คือ | จำนวนข้อมูลทั้งหมด |
| CF | คือ | ความถี่สะสมของชั้นที่อยู่ล่างควอไทล์ที่ 1 แต่เป็นชั้นที่มีคะแนน น้อยกว่า |
| f_{Q1} | คือ | ความถี่ของคะแนนในชั้นควอไทล์ที่ 1 |

$$Q3 = L_{Q3} + \frac{[3 N/4 - CF] i}{f_{Q3}}$$

| | | |
|-----------------|-----|---|
| Q3 | คือ | ค่าควอไทล์ของตำแหน่งที่ 3 |
| L _{Q3} | คือ | ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นที่ควอไทล์ที่ 3 อยู่ |
| i | คือ | ความกว้างของอันตรภาคชั้นควอไทล์ที่ 3 |
| N | คือ | จำนวนข้อมูลทั้งหมด |
| CF | คือ | ความถี่สะสมของชั้นที่อยู่ล่างควอไทล์ที่ 3 แต่เป็นชั้นที่มีคะแนนน้อยกว่า |
| f _{Q3} | คือ | ความถี่ของคะแนนในชั้นควอไทล์ที่ 3 |

การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range : IR)

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายความว่า ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อบทบาทพยาบาลออสโตมี ข้อความดังกล่าวมีความสอดคล้องกัน

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มากกว่า 1.50 หมายความว่า ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อบทบาทพยาบาลออสโตมี ข้อความดังกล่าวไม่สอดคล้องกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

บทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี จากการวิจัยแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 ในรูปของตารางและแสดงดังตารางที่ 5-7

1. **บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล** ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 ของบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความคิดเห็นของข้อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล แสดงผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 ซึ่งเรียงลำดับตามกระบวนการพยาบาล

| ข้อ | บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล | รอบที่ 2 | | | คำอธิบาย |
|----------------------|--|----------|------|--------------------------|--|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| ก่อนการผ่าตัด | | | | | |
| 1 | การซักประวัติผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 4.73 | 1.11 | มากที่สุด | การซักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญ ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ความเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ประวัติส่วนตัว และประวัติอื่นๆที่เกี่ยวข้อง |
| 2 | ประเมินความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและแนวทางการรักษา | 4.87 | 0.62 | มากที่สุด | ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยประสบอยู่ แผนการรักษา แผนการทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ประเมินความรู้เกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้องของผู้ป่วย ที่ทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว |
| 3 | ประเมินความพร้อมในการผ่าตัด/ปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | ประเมินความพร้อมและปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย และครอบครัวที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 4 | ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลง ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ ของผู้ป่วยหลังจากได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล | รอบที่ 2 | | | คำอธิบาย |
|-----|---|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 5 | แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด | 4.91 | 0.58 | มากที่สุด | <p>ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความสะอาดของลำไส้ตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การรับประทานยาระบาย การสวนอุจจาระ ชนิดและลักษณะของอาหารที่ต้องรับประทานหรือที่ควรงดก่อนวันผ่าตัด รวมทั้งการฝึกการหายใจ (Deep breathing exercise) เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังทำผ่าตัด เช่น ปอดอักเสบและถุงลมในปอดแฟบ</p> |
| 6 | การกำหนดตำแหน่งที่เหมาะสมของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma siting) ให้กับผู้ป่วย | 4.87 | 0.62 | มากที่สุด | <p>โดยใช้ข้อมูลสำคัญ คือ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของลำไส้เปิด ขนาดและลักษณะหน้าท้องของผู้ป่วย รวมทั้งความสามารถในการมองเห็นตำแหน่งของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และความสามารถในการใช้มือ 2 ข้างของผู้ป่วย ในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล | รอบที่ 2 | | | คำอธิบาย |
|------------------------|---|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| หลังการทำผ่าตัด | | | | | |
| 7 | ประเมินลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | ประเมินผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Peristomal skin) รอยเย็บของลำไส้เปิดกับผิวหนังหน้าท้อง (Mucocutaneous suture line) และสิ่งขับหลังจากลำไส้เปิด (Effluent) |
| 8 | ประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 4.91 | 0.58 | มากที่สุด | ประเมินทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณลำไส้เปิดและผิวหนังรอบลำไส้เปิดที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด เช่น ภาวะลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis) ภาวะเลือดออก (Stomal bleeding) ภาวะลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยง (Stomal ischemia) และผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (Irritant dermatitis) |
| 9 | ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณลำไส้เปิดและผิวหนังรอบลำไส้เปิดที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว | 4.78 | 0.84 | มากที่สุด | ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะไส้เลื่อน (Parastomal hernia) และภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal Prolapse) |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล | รอบที่ 2 | | | คำอธิบาย |
|-----|--|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 10 | บันทึกทางการพยาบาล | 4.73 | 1.11 | มากที่สุด | บันทึกเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดง ลักษณะของลำไส้เปิดทางหน้าท้องหลังทำผ่าตัด การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับ และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล |
| 11 | วางแผนร่วมกับทีมสุขภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่มีปัญหาซับซ้อน | 4.91 | 0.58 | มากที่สุด | ปัญหาซับซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการทำผ่าตัดมีทั้งทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า และทางด้านร่างกาย เช่น ภาวะลำไส้อุดตัน ภาวะช่องลำไส้ตีบ ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ ฯลฯ |
| 12 | พิจารณาเลือกใช้แป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เสริม | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | พิจารณาเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ต่างๆสำหรับลำไส้เปิดทางหน้าท้องให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย |
| 13 | แนะนำผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | การปฏิบัติตัว เช่น การเท/เปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นและก๊าซ การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ การนอน การอาบน้ำ การสังเกตอาการผิดปกติของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและการดูแลเบื้องต้น ก่อนมาพบแพทย์ |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล | รอบที่ 2 | | | คำอธิบาย |
|-----|---|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 14 | ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | ประเมินโดยทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องด้วยตนเองของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทุกราย เช่น การเปลี่ยนและปิดถุงรับร่องสิ่งขับถ่าย การทำความสะอาดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 15 | แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม | 4.94 | 0.56 | มากที่สุด | แนะนำ เวชภัณฑ์ ผลึกภัณฑ์ และอุปกรณ์เสริมต่างๆ ในผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 16 | ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง สามารถปรับตัวและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ | 4.94 | 0.56 | มากที่สุด | สร้างความมั่นใจและสนับสนุนให้เกิดทักษะในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องด้วยตนเองของผู้ป่วย |
| 17 | ประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | 4.78 | 0.89 | มากที่สุด | กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง รวมถึงติดตามประเมินผลหลังการจำหน่าย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง |

จากตารางที่ 2 พบว่ามีบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล ทั้งหมด 17 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ระดับความเห็นของข้อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 17 ข้อ

2. บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 ของบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษาดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับคิดความเห็นของข้อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา แสดงผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 ซึ่งเรียงลำดับตามกระบวนการพยาบาล

| ข้อ | บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา | รอบที่ 2 | | | คำอธิบาย |
|-----|--|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 1 | ให้ความรู้ คำแนะนำ และ สอนสาธิต เรื่องการทำ ความสะอาดลำไส้เปิดทาง หน้าท้อง และผิวหนัง โดยรอบ | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | สอนผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทาง หน้าท้องและครอบคร้วให้ สามารถทำความสะอาดและดูแล ผิวหนังบริเวณรอบลำไส้เปิดทาง หน้าท้องได้ด้วยตนเอง |
| 2 | ให้ความรู้ คำแนะนำ และ สอนสาธิต เรื่องการ เปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ทางหน้าท้อง | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | สอนผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทาง หน้าท้องและครอบคร้วให้ สามารถเปลี่ยนถุงรองรับสิ่ง ขับถ่ายได้อย่างถูกต้องและ เหมาะสม เช่น ชนิดของถุงรองรับ สิ่งขับถ่าย ผลิตภัณฑ์และ อุปกรณ์เสริมที่ใช้กับลำไส้เปิดทาง หน้าท้อง การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ สำหรับเปลี่ยนถุงรองรับสิ่ง ขับถ่าย การวัดขนาดของถุงและ แป้น การทำความสะอาดลำไส้ เปิดทางหน้าท้อง และกำจัดสิ่ง ขับถ่าย |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา | รอบที่ 2 | | | คำอธิบาย |
|-----|--|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 3 | ให้ความรู้ คำแนะนำกับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | ให้ความรู้การป้องกันผิวหนังจากการถูกทำลายเมื่อสัมผัสกับสิ่งขับถ่าย การป้องกันการบาดเจ็บของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนังโดยรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การป้องกันการแพ้ผลิตภัณฑ์ |
| 4 | ให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | ให้ความรู้ เช่น การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นแก๊ส การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ การอาบน้ำ การนอน การแต่งกาย และการเดินทาง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ |
| 5 | ให้ความรู้กับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และครอบครัว เกี่ยวกับการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนังโดยรอบช่องเปิดลำไส้ | 4.94 | 0.56 | มากที่สุด | ให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติของลำไส้เปิดทางหน้าท้องหลังทำผ่าตัด เช่น ลำไส้ยื่นผิดปกติ ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง และการดูแลเบื้องต้น ก่อนมาพบแพทย์ |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา | รอบที่ 2 | | | คำอธิบาย |
|-----|---|----------|------|--------------------------|--|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 6 | ให้ความรู้กับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และครอบครัว เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด | 4.91 | 0.58 | มากที่สุด | ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด เช่น ท้องผูก ท้องเสีย และการขาดน้ำ ฯลฯ |
| 7 | ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และครอบครัว หลังจากจำหน่ายกลับบ้าน | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เมื่อมีปัญหาในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และแนะนำเรื่องการแก้ไขเบื้องต้นก่อนมาพบแพทย์ |
| 8 | ให้คำปรึกษาโดยผ่านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม | 4.94 | 0.56 | มากที่สุด | ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทาง E-mail หรือทาง line ให้เหมาะสมกับบริบท และความต้องการของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และครอบครัวที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 9 | ประเมินผลการให้ความรู้ การสอน และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว | 4.94 | 0.56 | มากที่สุด | นำผลการประเมินที่ได้มา พัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา | รอบที่ 2 | | | คำอธิบาย |
|-----|--|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 10 | ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เมื่อมีปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 11 | ให้ความรู้ คำแนะนำ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แก่หน่วยงานต่างๆ ที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 4.94 | 0.56 | มากที่สุด | ให้ความรู้ คำแนะนำ และเป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่างๆ ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด |
| 12 | นิเทศและสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 4.91 | 0.58 | มากที่สุด | นิเทศและสอน นักศึกษาพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ |
| 13 | ให้ความรู้เพื่อเสริมความรู้ และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 4.83 | 0.66 | มากที่สุด | จัดอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง |

จากตารางที่ 3 พบว่ามีบทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา ทั้งหมด 13 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ระดับความเห็นของข้อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษาอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 13 ข้อ

3. บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 ของบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับคิดความเห็นของข้อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ แสดงผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 ซึ่งเรียงลำดับตามกระบวนการพยาบาล

| ข้อ | บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ | รอบที่ 2 | | | คำอธิบาย |
|-----|---|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 1 | เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 4.87 | 0.62 | มากที่สุด | เก็บข้อมูล เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ ทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง รายใหม่ ปัญหา และ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เพื่อนำไปใช้ในการวิจัย |
| 2 | นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บ รวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ | 4.83 | 0.66 | มากที่สุด | นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา หา แนวทางการป้องกันการแก้ปัญหา และสร้างองค์ความรู้ใหม่และ นวัตกรรมใหม่ ในการให้การ พยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทาง หน้าท้อง |
| 3 | ศึกษาและวิเคราะห์ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ เกี่ยวข้อง | 4.78 | 0.84 | มากที่สุด | นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง มา พัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่มี ลำไส้เปิดทางหน้าท้องให้มี ประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น |

ตารางที่ 4 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้ใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ | รอบที่ 2 | | | คำอธิบาย |
|-----|---|----------|------|--------------------------|--|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 4 | ประเมินผลการใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมา ใช้ในการพัฒนาการ พยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้ เปิดทางหน้าท้อง | 4.66 | 1.01 | มาก ที่สุด | การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มา ใช้ประเมินผล เพื่อนำมาปรับปรุง ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีลำไส้ เปิดทางหน้าท้องในแต่ละราย |
| 5 | ส่งเสริมและสนับสนุนการ ทำวิจัย | 4.73 | 0.90 | มาก ที่สุด | ส่งเสริมการทำวิจัยเกี่ยวกับการ พยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทาง หน้าท้องเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิด การพัฒนาการให้การพยาบาล ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 6 | เป็นผู้นำหลักฐานเชิง ประจักษ์มาใช้ | 4.87 | 0.62 | มาก ที่สุด | นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มา ใช้ในการจัดการความรู้ที่เป็น ประโยชน์ต่อการให้การพยาบาล ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 7 | เผยแพร่แนวปฏิบัติที่ได้ จากหลักฐานทางวิชาการ/ การวิจัย | 4.83 | 0.66 | มาก ที่สุด | เผยแพร่แนวปฏิบัติที่ได้จาก หลักฐานทางวิชาการ/การวิจัย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้ เปิดทางหน้าท้องทั้งภายใน/นอก องค์กร |

จากตารางที่ 4 พบว่ามีบทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งหมด 7 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญมีความ
คิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ระดับความเห็นของข้อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ใน
บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 7 ข้อ

รอบที่ 3 การสร้างเครื่องมือชุดที่ 3 แบบสอบถามเรื่อง บทบาทพยาบาลออสโตมี

เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแบบสอบถามชุดที่ 2

1. จุดประสงค์ คือ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้รับรู้ระดับความเห็นของบทบาทแต่ละข้อของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และของผู้ตอบแบบสอบถาม สำหรับมาใช้ประกอบการพิจารณาตัดสินใจหรือยืนยันความคิดเห็นของบทบาทพยาบาลออสโตมีตามความเห็นเดิม หรือพิจารณาเปลี่ยนแปลงระดับความเห็นให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

2. วิธีการสร้างแบบสอบถาม

2.1 นำคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของข้อคำถามแต่ละข้อเพื่อระบุค่ากลางและการกระจายของความคิดเห็น

2.2 สรุปข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากแบบสอบถามรอบที่ 2 วิเคราะห์ข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาความเหมาะสมในการปรับแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ

2.3 สร้างแบบสอบถามจากข้อความเดิม แต่มีการปรับปรุงข้อความ รวมข้อความ และตัดข้อความที่ซ้ำซ้อน ไม่ชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 คือ

1) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล ข้อความในข้อที่ 1.3, 1.4 และ 1.5 ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่ามีความซ้ำซ้อนกัน ดังนั้นจึงปรับข้อความรวมกัน ในข้อ 1.7 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเป็นการปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป จึงไม่ได้เป็นบทบาทพยาบาลออสโตมี จึงตัดข้อความข้อ 1.7 ออกในข้อที่ 1.10 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า มีความไม่ชัดเจนในข้อความ และบางข้อความไม่ได้เป็นบทบาทของพยาบาลออสโตมี จึงตัดข้อความและปรับแก้ไขข้อความให้มีความชัดเจน และมีการปรับแก้ไขข้อความในแต่ละข้อให้มีความชัดเจนมากขึ้นตามข้อเสนอแนะ

2) บทบาทผู้สอนและให้คำปรึกษา ข้อความในข้อที่ 2.1 และ 2.3 ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่ามีความซ้ำซ้อนกัน ดังนั้นจึงปรับข้อความรวมกัน และมีการปรับแก้ไขข้อความในแต่ละข้อให้มีความชัดเจนมากขึ้นตามข้อเสนอแนะ

3) บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีการปรับแก้ไขข้อความในข้อที่ 3.5 และ 3.6 ให้มีความชัดเจนมากขึ้นตามข้อเสนอแนะ

โดยแบบสอบถามในรอบที่ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับเหมือนรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบ รวมข้อบทบาทในรอบที่ 2 หลังจากปรับปรุงแก้ไขข้อความ และรวมข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความถูกต้อง

เหมาะสมของข้อความบทบาทพยาบาลออสโตมี มีทั้งหมด 3 บทบาทคงเดิม ประกอบด้วย บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา และบทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีข้อความบทบาทย่อยจำนวน 37 ข้อ

2.4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แสดงความสอดคล้องกันของแต่ละข้อความของการตอบแบบสอบถาม และตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 แสดงด้วยเครื่องหมายดังตัวอย่างต่อไปนี้

ค่ามัธยฐาน (Md) ใช้สัญลักษณ์ \triangle

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ใช้สัญลักษณ์ \longleftrightarrow

ตำแหน่งคำตอบของท่านในรอบที่ผ่านมา ใช้สัญลักษณ์ X

| ข้อ | บทบาทพยาบาลออสโตมี | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|----------------|---|-------------------|---|---|--------------------------------------|------|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 1 | บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินความรู้ เกี่ยวกับเรื่องโรคและ แนวทางการรักษาของผู้ป่วยที่มีลำไส้ เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม | | \triangle X \longleftrightarrow \checkmark | | | | 4.70 | 0.60 | |
| 2 | ประเมินการรับรู้และการปรับตัว เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ของผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดลำไส้ เปิดทางหน้าท้อง ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม | | \triangle \longleftrightarrow | X \checkmark | | | 4.01 | 1.50 | คำตอบ ของท่าน <u>อยู่นอก</u> ค่าพิสัย ระหว่าง ควอไทล์ โป ร ด แ ส ด ง เหตุผล ประกอบ |

โดยคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ข้อนั้น หมายความว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ประกอบ แต่ถ้าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญอยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขอให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงเหตุผล ประกอบในข้อนี้ๆ

2.5 หลังจากปรับปรุงแก้ไขข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความถูกต้องเหมาะสม และเพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ (Interquatile range) และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปใช้เก็บข้อมูลในรอบที่ 3

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล มีวิธีดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

3.1 จัดเตรียมเอกสารส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมจำนวน 20 ชุด โทรศัพท์ติดต่อผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน ขออนุญาตส่งแบบสอบถามชุดที่ 3 โดยใส่ซองและนำส่งแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 17 ชุด นำส่งทางไปรษณีย์จำนวน 3 ชุด โดยแนบซองเปล่าจำหน่ายของถึงผู้วิจัย ติดแสตมป์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญส่งกลับทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษทุกฉบับ แจกกำหนดวันในการขอรับแบบสอบถามคืนภายใน 15 สัปดาห์

3.2 เมื่อครบกำหนดเวลา โทรศัพท์นัดหมาย วัน เวลา ในการขอรับแบบสอบถามคืน ซึ่งรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเองทั้งหมด 17 ฉบับ และผู้เชี่ยวชาญส่งแบบสอบถามกลับคืนทางไปรษณีย์ จำนวน 3 ชุด

3.3 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 25 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 24 พฤษภาคม 2560 ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 30 วัน

สรุประยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 3 รอบ คือ รอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน 2558 ถึง วันที่ 25 พฤศจิกายน 2558 รอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2559 รอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 25 เมษายน 2560 ถึง วันที่ 24 พฤษภาคม 2560 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 310 วัน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อีกครั้งเพื่อสรุปผลการวิจัย โดยพิจารณาจากผลการคำนวณในแต่ละบทบาทย่อยที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 3.50 พิจารณาความสอดคล้องของบทบาทย่อยจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่า 1.50 และคำตอบที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Limestone and Turoff, 1975)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 พบว่า บทบาทย่อยตามค่ามัธยฐานของทุกข้อความ มี ค่ามัธยฐาน 4.50-5.00 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด ส่วน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของทุกข้อความมีค่าน้อยกว่า 1.50 และการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 13.51 (รายละเอียดดังภาคผนวก ข) ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลและสรุปผลการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 20 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้บริหารทางการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาที่จัดอบรมหลักสูตรการเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ โดยเริ่มต้นจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาลออสโตมี ทั้งในประเทศและต่างประเทศมาบูรณาการเพื่อเป็นกรอบในการวิจัย มีการเก็บข้อมูลโดยการรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 รอบ โดยการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และตอบแบบสอบถามอีก 2 ครั้ง

การศึกษารายละเอียดของพยาบาลออสโตมี

บทบาทหลักของพยาบาลออสโตมี จากการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญได้ บทบาทพยาบาลออสโตมี จำนวน 3 บทบาท ประกอบด้วย 1) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล มีบทบาทย่อยจำนวน 17 ข้อ 2) บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา มีบทบาทย่อยจำนวน 13 ข้อ 3) บทบาทผู้ให้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีบทบาทย่อยจำนวน 7 ข้อ

การศึกษารายละเอียดของพยาบาลออสโตมี

บทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี จากการวิจัยแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 ในรูปของตารางและแสดงดังตารางที่ 5-7

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 3 ของบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความคิดเห็นของข้อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล แสดงผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 3 ซึ่งเรียงลำดับตามกระบวนการพยาบาล

| ข้อ | บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล | รอบที่ 3 | | | คำอธิบาย |
|----------------------|--|----------|------|------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับความคิดเห็น | |
| ก่อนการผ่าตัด | | | | | |
| 1 | การซักประวัติผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 4.90 | 0.50 | มากที่สุด | การซักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญ ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ความเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ประวัติส่วนตัว และประวัติอื่นๆที่เกี่ยวข้อง |
| 2 | ประเมินความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและแนวทางการรักษา | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยประสบอยู่ แผนการรักษา แผนการทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ประเมินความรู้เกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้องของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว |
| 3 | ประเมินความพร้อมในการผ่าตัด/ปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | ประเมินความพร้อมและปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 4 | ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ ของผู้ป่วยหลังจากได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้ปฏิบัติการ พยาบาล | รอบที่ 3 | | | คำอธิบาย |
|-----|---|----------|------|--------------------------|--|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 5 | แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความสะอาดของลำไส้ตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การรับประทานยาระบาย การสวนอุจจาระ ชนิดและลักษณะของอาหารที่ต้องรับประทานหรือที่ควรงดก่อนวันผ่าตัด รวมทั้งการฝึกการหายใจ (Deep breathing exercise) เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังทำผ่าตัด เช่น ปอดอักเสบและถุงลมในปอดแฟบ |
| 6 | การกำหนดตำแหน่งที่เหมาะสมของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma siting) ให้กับผู้ป่วย | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | โดยใช้ข้อมูลสำคัญ คือ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัดชนิดของลำไส้เปิด ขนาดและลักษณะหน้าท้องของผู้ป่วย รวมทั้งความสามารถในการมองเห็นตำแหน่งของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และความสามารถในการใช้มือ 2 ข้างของผู้ป่วย ในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้ปฏิบัติการ พยาบาล | รอบที่ 3 | | | คำอธิบาย |
|------------------------|---|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| หลังการทำผ่าตัด | | | | | |
| 7 | ประเมินลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | ประเมินผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Peristomal skin) รอยเย็บของลำไส้เปิดกับผิวหนังหน้าท้อง (Mucocutaneous suture line) และสิ่งขับหลังจากลำไส้เปิด (Effluent) |
| 8 | ประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | ประเมินทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณลำไส้เปิดและผิวหนังรอบลำไส้เปิดที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด เช่น ภาวะลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis) ภาวะเลือดออก (Stomal bleeding) ภาวะลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยง (Stomal ischemia) และผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (Irritant dermatitis) |
| 9 | ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณลำไส้เปิดและผิวหนังรอบลำไส้เปิดที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะไส้เลื่อน (Parastomal hernia) และภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal Prolapse) |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้ปฏิบัติการ พยาบาล | รอบที่ 3 | | | คำอธิบาย |
|-----|--|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 10 | บันทึกทางการพยาบาล | 4.78 | 0.81 | มากที่สุด | บันทึกเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดง ลักษณะของลำไส้เปิดทางหน้าท้องหลังทำผ่าตัด การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับ และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล |
| 11 | วางแผนร่วมกับทีมสุขภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่มีปัญหาซับซ้อน | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | ปัญหาซับซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการทำผ่าตัดมีทั้งทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า และทางด้านร่างกาย เช่น ภาวะลำไส้อุดตัน ภาวะช่องลำไส้ตีบ ภาวะลำไส้ยื่น ผิดปกติ ฯลฯ |
| 12 | พิจารณาเลือกใช้แป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เสริม | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | พิจารณาเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ต่างๆ สำหรับลำไส้เปิดทางหน้าท้องให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย |
| 13 | แนะนำผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | การปฏิบัติตัว เช่น การเท/เปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นและก๊าซ การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ การนอน การอาบน้ำ การสังเกตอาการผิดปกติของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและการดูแลเบื้องต้น ก่อนมาพบแพทย์ |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้ปฏิบัติการ พยาบาล | รอบที่ 3 | | | คำอธิบาย |
|-----|---|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 14 | ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | ประเมินโดยทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องด้วยตนเองของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทุกราย เช่น การเปลี่ยนและปิดถุงรับร่องสิ่งขับถ่าย การทำความสะอาดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 15 | แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | แนะนำ เวชภัณฑ์ ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เสริมต่างๆ ในผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 16 | ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง สามารถปรับตัวและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | สร้างความมั่นใจและสนับสนุนให้เกิดทักษะในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องด้วยตนเองของผู้ป่วย |
| 17 | ประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง รวมถึงติดตามประเมินผลหลังการจำหน่าย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง |

จากตารางที่ 5 พบว่ามีบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล ทั้งหมด 17 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ระดับความเห็นของข้อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 17 ข้อ

สรุปบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลออสโตมีมีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องแบบองค์รวมและให้การพยาบาลรายบุคคล โดยใช้ความรู้และความสามารถเฉพาะทางในการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหา วางแผนให้การพยาบาล ประเมินปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและญาติ ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกเริ่ม ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน

2. บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 ของบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับคิดความเห็นของข้อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา แสดงผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 3 ซึ่งเรียงลำดับตามกระบวนการพยาบาล

| ข้อ | บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา | รอบที่ 3 | | | คำอธิบาย |
|-----|--|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 1 | ให้ความรู้ คำแนะนำ และสอนสาธิต เรื่องการทำความสะอาดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และผิวหนังโดยรอบ | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | สอนผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัวให้สามารถทำความสะอาดและดูแลผิวหนังบริเวณรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้ด้วยตนเอง |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา | รอบที่ 3 | | | คำอธิบาย |
|-----|---|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 2 | ให้ความรู้ คำแนะนำ และสอนสาธิต เรื่องการเปลี่ยนถ่วงรองรับสิ่งขับถ่ายทางหน้าท้อง | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | สอนผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัวให้สามารถเปลี่ยนถ่วงรองรับสิ่งขับถ่ายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น ชนิดของถ่วงรองรับสิ่งขับถ่าย ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เสริมที่ใช้กับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับเปลี่ยนถ่วงรองรับสิ่งขับถ่าย การวัดขนาดของถ่วงและแป้น การทำความสะอาดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และกำจัดสิ่งขับถ่าย |
| 3 | ให้ความรู้ คำแนะนำกับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | ให้ความรู้การป้องกันผิวหนังจากการถูกทำลายเมื่อสัมผัสกับสิ่งขับถ่าย การป้องกันการบาดเจ็บของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนังโดยรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การป้องกันการแพ้ผลิตภัณฑ์ |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา | รอบที่ 3 | | | คำอธิบาย |
|-----|--|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 4 | ให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | ให้ความรู้ เช่น การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นแก๊ส การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ การอาบน้ำ การนอน การแต่งกาย และการเดินทาง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ |
| 5 | ให้ความรู้กับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และครอบครัว เกี่ยวกับการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนังโดยรอบช่องเปิดลำไส้ | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | ให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติของลำไส้เปิดทางหน้าท้องหลังทำผ่าตัด เช่น ลำไส้ยื่นผิดปกติ ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง และการดูแลเบื้องต้นก่อนมาพบแพทย์ |
| 6 | ให้ความรู้กับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และครอบครัว เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด เช่น ท้องผูก ท้องเสีย และการขาดน้ำ ฯลฯ |
| 7 | ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และครอบครัว หลังจากจำหน่ายกลับบ้าน | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เมื่อมีปัญหาในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และแนะนำเรื่องการแก้ไขเบื้องต้นก่อนมาพบแพทย์ |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา | รอบที่ 3 | | | คำอธิบาย |
|-----|--|----------|------|--------------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 8 | ให้คำปรึกษาโดยผ่านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทาง E-mail หรือทาง line ให้เหมาะสมกับบริบท และความต้องการของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และครอบครัวที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 9 | ประเมินผลการให้ความรู้ การสอน และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | นำผลการประเมินที่ได้มา พัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น |
| 10 | ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เมื่อมีปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 11 | ให้ความรู้ คำแนะนำ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แก่หน่วยงานต่างๆ ที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | ให้ความรู้ คำแนะนำ และเป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่างๆ ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา | รอบที่ 3 | | | คำอธิบาย |
|-----|--|----------|------|--------------------------|--|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 12 | นิเทศและสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | นิเทศและสอนนักศึกษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ |
| 13 | ให้ความรู้เพื่อเสริมความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | จัดอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง |

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 6 พบว่ามีบทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา ทั้งหมด 13 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ระดับความเห็นของข้อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมิ ในบทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษาอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 13 ข้อ

สรุปบทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลออสโตมิมีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและญาติตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจภายหลังการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้ด้วยตนเอง รวมถึงการให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องเมื่อเกิดปัญหาที่ซับซ้อนและไม่สามารถให้การดูแลได้

3. บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 3 ของบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความคิดเห็นของข้อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ แสดงผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 3 ซึ่งเรียงลำดับตามกระบวนการพยาบาล

| ข้อ | บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ | รอบที่ 3 | | | คำอธิบาย |
|-----|---|----------|------|------------------|---|
| | | Md | IR | ระดับความคิดเห็น | |
| 1 | เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 4.97 | 0.52 | มากที่สุด | เก็บข้อมูล เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องรายใหม่ ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เพื่อนำไปใช้ในการวิจัย |
| 2 | นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ | 5.00 | 0.00 | มากที่สุด | นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาหาแนวทางการป้องกันการแก้ปัญหาและสร้างองค์ความรู้ใหม่และนวัตกรรมใหม่ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 3 | ศึกษาและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง | 4.78 | 0.84 | มากที่สุด | นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง มาพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น |

ตารางที่ 7 (ต่อ)

| ข้อ | บทบาทผู้ใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ | รอบที่ 3 | | | คำอธิบาย |
|-----|---|----------|------|--------------------------|--|
| | | Md | IR | ระดับ ความ คิดเห็น | |
| 4 | ประเมินผลการใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ ในการพัฒนาการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้า ท้อง | 4.66 | 1.01 | มาก ที่สุด | การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มา ใช้ประเมินผล เพื่อนำมาปรับปรุง ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีลำไส้ เปิดทางหน้าท้องในแต่ละราย |
| 5 | ส่งเสริมและสนับสนุนการทำ วิจัย | 4.73 | 0.90 | มาก ที่สุด | ส่งเสริมการทำวิจัยเกี่ยวกับการ พยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทาง หน้าท้องเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิด การพัฒนาการให้การพยาบาล ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 6 | เป็นผู้นำหลักฐานเชิง ประจักษ์มาใช้ | 4.87 | 0.62 | มาก ที่สุด | นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มา ใช้ในการจัดการความรู้ที่เป็น ประโยชน์ต่อการให้การพยาบาล ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 7 | เผยแพร่แนวปฏิบัติที่ได้จาก หลักฐานทางวิชาการ/การ วิจัย | 4.83 | 0.66 | มาก ที่สุด | เผยแพร่แนวปฏิบัติที่ได้จาก หลักฐานทางวิชาการ/การวิจัย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้ เปิดทางหน้าท้องทั้งภายใน/นอก องค์กร |

จากตารางที่ 7 พบว่ามีบทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งหมด 7 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญมีความ
คิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ระดับความเห็นของข้อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ใน
บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 7 ข้อ

สรุปบทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พยาบาลออสโตมีมีบทบาทในการใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะ ในการทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้ความร่วมมือหรือมีส่วนร่วมหรือดำเนินการวิจัย มีความสามารถในการสืบค้นและรวบรวมผลการวิจัย และนำความรู้เชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

สรุปผลการวิจัย

บทบาทพยาบาลออสโตมี มีทั้งหมดจำนวน 3 บทบาท คือ

1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล
2. บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา
3. บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

บทบาทที่ 1 มีชื่อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้สอนและผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 17 ข้อ คือ

1. การซักประวัติผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและแนวทางการรักษา
3. ประเมินความพร้อมในการผ่าตัด/ปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ
4. ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
5. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด
6. การกำหนดตำแหน่งที่เหมาะสมของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma siting) ให้กับผู้ป่วย
7. ประเมินลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
8. ประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
9. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณลำไส้เปิดและผิวหนังรอบลำไส้เปิดที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว
10. บันทึกทางการพยาบาล
11. วางแผนร่วมกับทีมสุขภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่มีปัญหาซับซ้อน
12. พิจารณาเลือกใช้แป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ผลิตภัณฑ์ และอุปกรณ์เสริม

13. แนะนำผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
14. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน
15. แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม
16. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง สามารถปรับตัวและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ
17. ประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

บทบาทที่ 2 มีข้อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา จำนวน 13 ข้อ คือ

1. ให้ความรู้ คำแนะนำ และสอนสาธิต เรื่องการทำความสะอาดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และผิวหนังโดยรอบ
2. ให้ความรู้ คำแนะนำ และสอนสาธิต เรื่องการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายทางหน้าท้อง
3. ให้ความรู้ คำแนะนำกับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว
4. ให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน
5. ให้ความรู้กับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และครอบครัว เกี่ยวกับการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนังโดยรอบช่องเปิดลำไส้
6. ให้ความรู้กับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และครอบครัว เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด
7. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และครอบครัว หลังจากจำหน่ายกลับบ้าน
8. ให้คำปรึกษาโดยผ่านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม
9. ประเมินผลการให้ความรู้ การสอนและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว
10. ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ
11. ให้ความรู้ คำแนะนำ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แก่หน่วยงานต่างๆ ที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
12. นิเทศและสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
13. ให้ความรู้เพื่อเสริมความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

บทบาทที่ 3 มีข้อรายการบทบาทย่อยของพยาบาลออสโตมี ในบทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 7 ข้อ คือ

1. เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
2. นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์
3. ศึกษาและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง
4. ประเมินผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
5. ส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิจัย
6. เป็นผู้นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้
7. เผยแพร่แนวปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานทางวิชาการ/การวิจัย



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง โดยเริ่มต้นจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาลพยาบาลออสโตมี ทั้งในประเทศและต่างประเทศมาบูรณาการเพื่อกำหนดเป็นกรอบในการวิจัย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 รอบ โดยการสอบถาม 1 ครั้ง และตอบแบบสอบถามอีก 2 ครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 20 คน จำแนกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 4 คน 2) พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 7 คน 3) ผู้บริหารทางการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 4 คน และ 4) อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาที่จัดอบรมหลักสูตรการเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์บทบาทพยาบาลออสโตมี เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและข้อคำถามปลายเปิด ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามเรื่องบทบาทพยาบาลออสโตมี ที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาพร้อมกันระหว่างจากการสอบถามและจากการทบทวนวรรณกรรม นำมาสร้างเป็นแบบข้อคำถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบ Likert scale 5 ระดับ มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 41 ข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มระดับความคิดเห็นของบทบาทพยาบาลออสโตมีในแต่ละข้อ และชุดที่ 3 เป็นแบบสอบถามเรื่องบทบาทพยาบาลออสโตมี ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบในรอบที่ 2 ของข้อคำถามแต่ละข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบข้อคำตอบของตนเองและกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดก่อน ทบทวนคำตอบของตนเองเพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 37 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2558 และได้รับการอนุมัติต่ออายุเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2560 และขอจริยธรรม

การวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2558 และได้รับการอนุมัติต่ออายุเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์ และผู้เชี่ยวชาญที่แสดงความจำนงขอตอบแบบสอบถาม ตามวัน เวลา และสถานที่นัดหมายตามที่ผู้เชี่ยวชาญสะดวก การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 และ 3 โดยการส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง และนำส่งทางไปรษณีย์ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมตอบแบบสอบถาม ผู้เชี่ยวชาญตอบครบถ้วน และได้รับแบบสอบถามคืนทั้ง 20 ชุด

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบ รอบ คือ รอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน 2558 ถึง วันที่ 25 พฤศจิกายน 2558 รอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2559 รอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 25 เมษายน 2560 ถึง วันที่ 24 พฤษภาคม 2560 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 310 วัน

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า บทบาทพยาบาลออสโตมี มีทั้งหมดจำนวน 3 บทบาท ดังนี้คือ บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา และ บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และในแต่ละบทบาทมีบทบาทประกอบด้วยบทบาทย่อยดังข้อรายการต่อไปนี้

1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยบทบาทย่อย จำนวน 17 ข้อ ควรเป็นบทบาทของพยาบาลออสโตมีอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งหมด 17 ข้อ
2. บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา ประกอบด้วยบทบาทย่อย จำนวน 13 ข้อ ควรเป็นบทบาทของพยาบาลออสโตมีอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งหมด 13 ข้อ
3. บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยบทบาทย่อย จำนวน 7 ข้อ ควรเป็นบทบาทของพยาบาลออสโตมีอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งหมด 7 ข้อ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 1) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยบทบาทย่อย จำนวน 17 ข้อ
- 2) บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา ประกอบด้วยบทบาทย่อย จำนวน 13 ข้อ
- 3) บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยบทบาทย่อย จำนวน 7 ข้อ

1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล

จากงานวิจัยผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลทุกบทบาทย่อยทั้งหมด เป็นบทบาทที่สำคัญมากที่สุดของพยาบาลออสโตมี โดยระดับความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด ($Md = 4.78 - 5.00$, $IR = 0.00 - 0.81$)

อภิปรายผลดังนี้ แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในปัจจุบันเป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการทำผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัดและการใช้รังสีรักษา โดยมีการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก (Kendal et al., 2002) จุดมุ่งหมายของการรักษาคือ มุ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ (Hohenberger, 2001; กษยา ตันติผลาชีวะ, 2554; ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร, 2554) ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่มีมากขึ้น มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) ป้องกันหรือลดปริมาณอุจจาระที่จะผ่านลงสู่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ซึ่งอาจมีรอยโรค รอยต่อลำไส้ หรือแผลหลังได้รับการผ่าตัดที่ไม่ต้องการให้อุจจาระผ่านออก 2) เป็นทางออกถาวรของอุจจาระในกรณีที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายหรือทวารหนักได้รับการผ่าตัดออกไปแล้ว 3) เพื่อการรักษาการบาดเจ็บต่อลำไส้ (กษยา ตันติผลาชีวะ, 2554) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์และความเรื้อรังของพยาธิสภาพ ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลที่จำเป็น ผลกระทบเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หากไม่ได้รับการดูแลและให้คำแนะนำในเรื่องของการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ดี อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้ เช่น การบาดเจ็บที่บริเวณลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, ภาวะลำไส้อุดตัน, ผิวน้ำอึกเสบจากการระคายเคือง ซึ่งพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องนั้นจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความรู้เรื่องการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องและอาการแทรกซ้อนต่างๆ อาจเกิดขึ้น โดยมีการซักประวัติ ประเมินความรู้เรื่องโรค ประเมินความพร้อม/ปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ รวมถึงการประเมินความรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องซึ่งสอดคล้องกับวงเดือน เอี่ยมสกุล (2548) กล่าวไว้ว่า การให้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง พยาบาลควรให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม และมีบทบาทในการให้คำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับ จุฬารพร ประสงค์ (2558) กล่าวไว้ว่า การให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การให้ข้อมูลการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด จะช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้องก่อนการผ่าตัด The American society of Colon & Rectal Surgery (ASCRS) และ The Wound Ostomy Continence Nurse Society (WOCN) ได้กำหนดให้ผู้ป่วยทุกคนที่ทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ต้องได้รับการกำหนดตำแหน่ง โดยผู้มีประสบการณ์ ความรู้ และสมรรถนะ ซึ่งผู้ที่มีบทบาทคือแพทย์ผ่าตัดด้านมะเร็งลำไส้ หรือพยาบาลพยาบาลออสโตมีและแผล (ET Nurse) เท่านั้น (จุฬาพร ประสงค์, 2558) เพื่อให้ลำไส้เปิดอยู่ในตำแหน่งที่ดี สามารถดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้ง่าย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังบริเวณรอบๆลำไส้เปิดทางหน้าท้อง นอกจากนี้พยาบาลออสโตมีต้องมีความรู้ในเรื่องการประเมิน และให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องในภาวะปกติ และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณลำไส้เปิด และผิวหนังบริเวณรอบๆลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ซึ่งสอดคล้องกับ ญัฐวรรณ วรรณรักษ์เจริญ (2558) กล่าวไว้ว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง สังเกต ดูแลเอาใจใส่กับความผิดปกติแม้เพียงเล็กน้อย การรับฟังคำบอกเล่าของผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม และรายงานแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขภาวะดังกล่าวได้อย่างทันท่วงที บทบาทที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ การเขียนบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดง ลักษณะของลำไส้เปิดทางหน้าท้องหลังทำผ่าตัด การปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2556) กล่าวว่า บันทึกทางการพยาบาลเป็นการสื่อสารเรื่องราวสำคัญของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล และสะท้อนสิ่งที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล อีกทั้งเป็นการส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันระหว่างทีมการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

2. บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา

จากงานวิจัยผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษาทุกบทบาทย่อยทั้งหมด เป็นบทบาทที่สำคัญมากที่สุดของพยาบาลออสโตมี โดยระดับความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด (Md = 5.00, IR = 0.00)

อภิปรายผลดังนี้ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตจากการที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ การมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ ความลำบากในการกลับไปทำงานตามปกติ การมีเพศสัมพันธ์ลดลง (Krouse et al, 2007) จำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (วงเดือน เอี่ยมสกุล และคณะ, 2548) กองการพยาบาล (2544) ได้กล่าวถึง บทบาทหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ คือให้ความรู้เพื่อให้เกิดผลดีแก่สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้มา

ใช้บริการทุกระดับ สนับสนุนเพื่อให้เกิดการดูแลและสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ครอบครัว ด้วยการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดความรู้ สร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการดูแล ป้องกัน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องดูแลตนเอง โดยการให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ และสอนสาธิต เรื่องการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เช่น การทำความสะอาดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การสังเกตภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ยัวร์ตัน ม่วงเงิน (2558) ได้กล่าวว่า บทบาทสำคัญของพยาบาลซึ่งมีหน้าที่ให้ข้อมูล ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การปฏิบัติตัวเมื่อมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลเป็นผู้ฝึกทักษะการดูแลทำความสะอาดและติดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายด้วยตนเอง เสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยเกิดความชำนาญ รวมทั้งคอยเสริมแรงใจ ประคับประคองด้านอารมณ์ ความรู้สึก ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า และสามารถควบคุมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ และบุญชื่น อิ่มมาก (2555) ที่ได้กล่าวว่า พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ยอมรับการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง กลับไปดำรงชีวิตประจำวันกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข โดยการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่บ้าน

นอกจากนี้พยาบาลออสโตมี มีบทบาทในการให้ความรู้ คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว แล้ว พยาบาลออสโตมียังมีบทบาทในการให้คำปรึกษาแก่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพในหน่วยงานต่างๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เมื่อมีปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และให้ความรู้เพื่อความรู้และเสริมทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ซึ่งสอดคล้องกับ Doughty (1992) ได้กล่าวว่า พยาบาลออสโตมี มีบทบาทผู้ให้คำปรึกษาโดยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ญาติ หรือผู้ดูแลรวมถึงสหสาขาวิชาชีพต่างๆในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2557) ได้กำหนดหน้าที่ของพยาบาลออสโตมีด้านการเป็นที่ปรึกษาไว้ว่า เป็นที่ปรึกษาแก่บุคลากรในทีมสุขภาพในการปฏิบัติการพยาบาลในด้านการพยาบาลเฉพาะทาง ด้านการดูแลที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและแผล/การให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการในปัญหาสุขภาพ การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

3. บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

จากงานวิจัยผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ บทบาทย่อยทั้งหมด เป็นบทบาทที่สำคัญมากที่สุดของพยาบาลออสโตมี โดยระดับความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด ($Md = 4.50 - 5.00$, $IR = 0.00 - 1.00$)

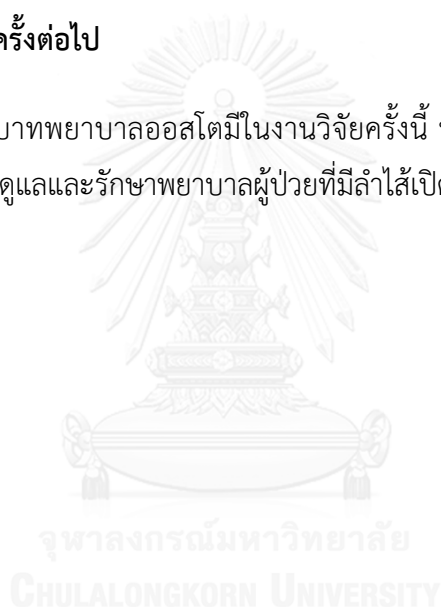
อภิปรายผลดังนี้ ในปัจจุบัน วงการพยาบาล แพทย์ และสาธารณสุขกำลังตื่นตัวกับการใช้ผลงานวิจัย (research utilization) หรือการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice; EBP) เพื่อพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการประกันคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2551) ดังนั้นพยาบาลออสโตมี ควรมีเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง วิเคราะห์ หาแนวทางการป้องกันและการแก้ไขปัญหา รวมถึงการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง อีกทั้งควรมีการศึกษาและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เพื่อนำมาพัฒนาการพัฒนาระบบการพยาบาลและในการจัดการความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ring et al. (2005) ได้ทำการศึกษาการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพ ได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นั้น เกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการดูแล คุณภาพในการให้การพยาบาลมีมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น และประโยชน์ต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติคือ ช่วยให้มีความมั่นใจในการตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองมากขึ้น เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีหลักฐานมาสนับสนุนในการปฏิบัติ และสอดคล้องกับ รุ่งนภา เขียวชะอำ (2548) ที่กล่าวว่า การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ช่วยให้ทีมบุคลากรทางการพยาบาลตัดสินใจหาวิธีที่ดีที่สุดในการให้การดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการปฏิบัติงานทางการพยาบาลต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของพยาบาลที่อยู่ในสาขานั้นๆ โดยต้องมีการวิเคราะห์ ประเมิน และพิจารณาว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำมาใช้มีความเหมาะสมและสามารถใช้ได้จริงเพียงใด ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดกับกลุ่มผู้ป่วยในความรับผิดชอบ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในประเมินและมอบหมายงานสำหรับพยาบาลออสโตมี ที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องในหน่วยงาน เพื่อให้การบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป
2. เป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมให้สอดคล้องกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลออสโตมี

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำผลการวิจัยบทบาทพยาบาลออสโตมีในงานวิจัยครั้งนี้ พัฒนาเป็นแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลออสโตมีที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กันยา กาญจนานุรานนท์. (2534). การบริการสุขภาพ. ใน **เอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข 1 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **เกณฑ์พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ แนวทางพัฒนางานบริการขั้นสูงสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กษยา ตันติผลาชีวะ. (2554). Colon and Rectum. ใน **สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ (บรรณาธิการ). ตำราศัลยศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงใหม่)**. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กองการพยาบาล. (2544). **การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน**. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (2556). Peristomal Skin Assessment Tools (เครื่องมือประเมินผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้หน้าท้อง). ใน **จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลออสโตมีและแผลในศตวรรษที่ 21**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พุ่มทอง.
- กาญจณี โอภาสทิพากร. (2550). **การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชินิษฐา วิทยาอนุมาส. (2530). การวิจัยแบบเดลฟาย: เทคนิคและปัญหาที่พบในการวิจัย. ใน **กองการศึกษา สำนักคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. รวบรวมบทความเกี่ยวกับการวิจัยการศึกษา**. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองสาสน์การพิมพ์.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. (2557). **โครงการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้**. กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา).
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. (2557). **CoP มะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal Cancer)**. [Online].แหล่งที่มา: <http://www.si.mahidol.ac.th> [17 สิงหาคม 2557]
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2556). **Siriraj cancer registry 2013**. [Online].แหล่งที่มา: <http://www.si.mahidol.ac.th> [6 กรกฎาคม 2560]

- จันทร์ฉาย แซ่ตั้ง. (2553). Humanized care for ostomate. ใน ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์ (บรรณาธิการ). **การดูแลบาดแผลและทวารเทียม**. หน้า 77-90. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- จุฬาพร ประสงค์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จาก ผู้เชี่ยวชาญ. ใน จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (บรรณาธิการ). **การกำหนด ตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง**. หน้า 45-49. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- จุฬาพร ประสงค์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จาก ผู้เชี่ยวชาญ. ใน จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (บรรณาธิการ). **การพยาบาล ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง**. หน้า 1-11. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี. เอ.ลีฟวิ่ง.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2530). เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR. **ข่าวสารวิจัยการศึกษา**. 10: 23-30.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2544). **เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR ในเทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิดา รักษ์พลเมือง. (2551). การวิจัยแบบเดลฟาย. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ). **เทคนิค วิธีการวิเคราะห์นโยบาย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมรมพยาบาลออสโตมีและแผล. (2558). **รายชื่อสมาชิกชมรมพยาบาลออสโตมีและแผล**. [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.ostomythai.com> [16 กรกฎาคม 2560]
- ณัฐวรรณ วรรณรักษ์เจริญ. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. ใน จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (บรรณาธิการ). **การพยาบาลภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนังรอบ ลำไส้เปิดทางหน้าท้อง**. หน้า 61-79. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์. (2553). การจัดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลำไส้. ใน ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ). **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่มที่ 2**. พิมพ์ ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โอกรูป เพรส.
- ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์. (2557). **มาตรฐานการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ ตตรง: วจนแห่งศิลป์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นรินทร์ วรวิทย์. (2554). Principle of Chemotherapy. ใน ปริญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ). **ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สายธุรกิจโรงพิมพ์ อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง (มหาชน).

- บุญชื่น อิ่มมาก. (2553). บทบาทของ ET Nurse. ในธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์ (บรรณาธิการ). **การดูแลบาดแผลและทวารเทียม**. หน้า 77-90. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- บุญชื่น อิ่มมาก. (2555). บทบาทของ ET Nurse. ใน นพ.ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์ (บรรณาธิการ). **ทวารเทียมหรือทวารใหม่**. หน้า 30-48. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ต.
- ประทีน ไชยศรี. (2550). **การดูแลช่องเปิดลำไส้และการฟื้นฟูสภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ยูเนี่ยนออฟเซ็ท.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2556). **การอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้**. เชียงใหม่. (อัดสำเนา).
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี. (2557). **ออสโตมีคลินิก**. [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.ostomythai.com> [17 สิงหาคม 2557]
- พรรณวดี เหลืองรัตน์. (2554). **การศึกษาบทบาทพยาบาลเบาหวาน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์. (2555). **Ostomy ทวารเทียม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร. (2554). Colostomy ileostomy and complications. ใน ปริญญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ). **ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง (มหาชน).
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2551). **การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: พี-วัน.
- พาริตา อิบราฮิม. (2535). **สาระแห่งวิชาชีพการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: สามเจริญการพิมพ์.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2556). การพยาบาลออสโตมีและแผลในศตวรรษที่ 21. ใน จุฬาร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (บรรณาธิการ). **Focus Charting in Ostomy Wound and Incontinence**. หน้า 15-31. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พุ่มทอง.
- ยุวรัตน์ ม่วงเงิน. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. ใน จุฬาร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (บรรณาธิการ). **การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว**. หน้า 171-181. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

- ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542.** (2542). กรุงเทพฯ. (อัส
สำเนา).
- รุจา ภูไพบูลย์. (2534). **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดและทฤษฎีและการนำไปใช้.** ขอนแก่น:
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุ่งนภา เขียวขำ. (2548). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ . **วารสารวิทยาลัย
พยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.** 24 (2): 94-108.
- เรณู สอนเครือ. (2541). **แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาลเล่ม 1.** นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ
วิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2556). **สถิติที่เกี่ยวกับลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้ป่วยติ๊กงกลนี
วัฒนวงศ์ ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** กรุงเทพฯ. (อัสสำเนา).
- วงเดือน เอี่ยมสกุล. (2548). **แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่
ผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- วันเพ็ญ เส้นศูนย์. (2544). **บทบาทและหน้าที่ที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในปี
พ.ศ. 2553.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. (2557). **หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลผู้ป่วยที่
มีบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้.** [Online]. แหล่งที่มา:
<http://cne.trcn.ac.th>. [17 สิงหาคม 2557].
- ศิริพร ลวงะสกล. (2552). **บทบาทที่คาดหวังของพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา โรงพยาบาลรัฐ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ศิริรัตน์ ศรีโพลาม, (2560). **การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ.** [Online].
แหล่งที่มา: <http://202.28.33.1/2010/km/ppt-sirirat.pdf>. [16 กรกฎาคม 2560].
- ศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์. (2556). **การดูแลผู้ป่วยมะเร็งทวารหนักที่มี Ostomy ร่วมกับแผลแยก. ใน
จุฬาร ประสังสิต และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลออสโตมีและ
แผลในศตวรรษที่ 21.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พุ่มทอง.
- ศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง สภากาชาดไทย. (2557). **หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง.** [Online].
แหล่งที่มา: <http://www.ccne.or.th/subject.php>. [7 กันยายน 2557].
- สงวน สุทธิเลิศอรุณ และคณะ. (2522). **จิตสังคมวิทยา.** พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: ชัยศิริการพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2557). **Hospital-based cancer registry.** [Online]. แหล่งที่มา:
<http://www.nci.go.th>. [7 ธันวาคม 2557].

- สภาการพยาบาล. (2540). **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540**. กรุงเทพฯ: เดอะเบสท์กราฟฟิคแอนด์ปริ้นท์.
- สภาการพยาบาล. (2557). **คู่มือการจัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง**. [Online]. แหล่งที่มา: http://www.tnc.or.th/files/2010/12/page-430/_16037.pdf . [15 มกราคม 2558]
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินติ้ง.
- สุภกิจ ขมวิสัย. (2557). **มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก**. [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.colorectalchula.com>. [28 สิงหาคม 2557].
- สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์. (2548). การก่อตั้ง Ostomy Clinic ภา.ร.6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. **วารสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย**. 30 (1): 102-103.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2548). **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547**. [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.moph.go.th> [17 ธันวาคม 2557].
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). **การจัดระดับสถานบริการสาธารณสุข**. นนทบุรี. (อัดสำเนา).
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). **สถิติสาธารณสุข**. [Online]. แหล่งที่มา: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf [6 กรกฎาคม 2560].

ภาษาอังกฤษ

- American Cancer Society. (2014). **Colorectal cancer**. [Online]. Available from: <http://www.cancer.org>. [2014, September 3].
- Barr, J. E. (2004). Assessment and management of stomal complications: A framework for clinical decision making. **Ostomy Wound Management**. 50(9): 50-52.
- Bhzen, N. M., Teleb, S. M., Mahmoud, M. A., and Soliman, A. M. (2013). Colostomy : Developing nursing care standards for patient with colostomy. **Medical Journal of Cairo University**. 81(2): 57-64.
- Biddle, B. J. (1979). **Role theory expectations, identities, and behaviors**. New York: Academic press.
- Broom, L., and Selznick, P. (2002). **Sociology** . New York: Plemum Press.

- Burch, J., and Sica, J. (2008). Common peristomal skin problems and potential treatment options. **British Journal of Nursing**. 17(17): S4-S11.
- Burns, N., and Grove, S. K. (2001). **The practice of nursing research**. 4th ed . Philadelphia: W.B.Saunders.
- Butler, D. L. (2009). Early postoperative complications following ostomy surgery. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing**. 36(5): 513-519.
- Colussi, A. M., Mazzer, L., Candotto, D., De Biasi, M., De Lorenzi, L., Pin, I., et al. (2001). The elderly cancer patient: A Nursing perspective. **Critical Review in Oncology/Hematology**. 39: 235-245.
- Couper, M. R. (1984). The Delphi technique: Characteristics and sequence model. **Advance in Nursing Science**. 7(1): 72-77.
- Doughty, D. (1992). Role of the enterostomal therapy nurse in ostomy patient rehabilitation. **CANCER Supplement**. 70(5): 1390-1392.
- Gordon, P. H., McDonald, J., & Cataldo, P. A. (2007). Intestinal stomas. In Gordon, P. H., & Nivatvongs, S. (Eds.). **Principles and practice of surgery for the colon rectum and anus**. 3rd edition: Informa Healthcare.
- Herlufsen, P., Olsen, A. G., Carlsen, B., Nyback, H., Karlsmark, T., Laurse, T. N., et al . (2006). Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. **British Journal of Nursing**. 15(16): 854-862.
- Hohenberger, P. (2001). Colorectal cancer: What is standard surgery. **European Journal of cancer**. 37(7): 173-187.
- Kendel, W. S., Cripps, C., Viertelhausen, S., & Stern, H. (2002). Multimodality management of locally recurrent colorectal cancer. **Surgical Clinical of North America**. 82(5): 1059-1073.
- Keswani, S. G., Baye, M. J., and Maxwell, J. P. (2002). Colorectal cancer in patients younger than 40 years of age. **American surgery**. 68: 871-876.
- Krouse, R. M., et al. (2007). Quality of life outcomes in 599 cancer and non- cancer patients with colostomies. **Journal of Surgical Research**. 138(1): 79-87.
- Macmillan, T. T. (1971). The delphi technique. **Paper presentation at the annual meeting of the California Junior Colleges Association Committee on Research and Development**. 5 : 3-5.

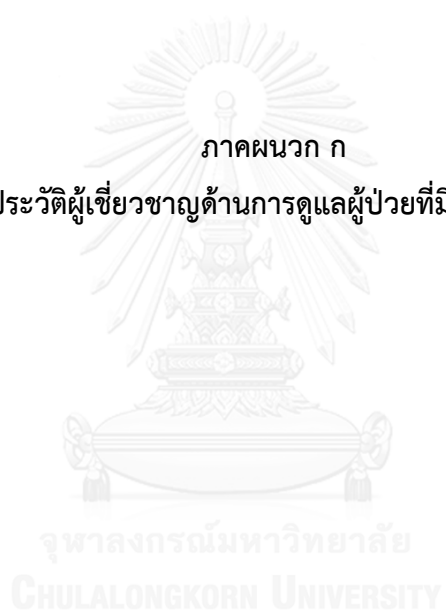
- Mills-Zorzes, S. (2005). Distance education: The Canadian enterostomal therapy nursing education program model. **Wound Care Canada**. 3(1): 34-37.
- Ostomy Team Rajavithi. (2014). **The role of ET nurse**. [Online]. Available from: <http://rajahosp.com/km/ostomy-team/>. [2014,September 19].
- Person, B., et al. (2012). The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complication, quality of life, and patient's independence. **Diseases of The Colo & Rectum**. 55(7): 783-787.
- Ratliff, C. R., Scarano, K. A., & Donovan, A. M. (2005). Descriptive study of peristomal complications. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing**. 32(1): 33-37.
- Ring, N., et al. (2005). Nursing best practice statements: An exploration of their implementation in clinical practice. **Journal of Clinical Nursing**. 14, 1048-1058.
- Sharkey, S. B., and Sharple, A. Y. (2001). An approach to consensus building using the Delphi technique: Developing a learning resource in mental health nursing. **Nurse Education Today**. 21: 398-408.
- The Canadian Association for Enterostomal Therapy. **ET nurse**. [Online]. Available from: <http://www.caet.ca/caet-english/about-et-nurse.htm> [2014, August 17].
- University of Southern California. **Colorectal surgery**. [Online]. Available from: <http://www.surgery.usc.edu/colorectal/pg-enterostomalcare.html> [2014, September 19].
- World Health Organization. (2016). **World health statistics 2015**. [Online]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/ [2016, June 30].



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง



รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญที่ให้สอบถามและตอบแบบสอบถาม จำนวน 20 คน มีรายนามต่อไปนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 4 คน
 - 1.1 นายแพทย์ชาญจิโรจน์ ทิพย์ธนกิจ
 - 1.2 นายแพทย์ประพนธ์ กาญจนศิลป์
 - 1.3 รองศาสตราจารย์ ดร.วรุฒม์ โล่ห์ศิริวัฒน์
 - 1.4 นายแพทย์วิษณุ ปานจันทร์
2. พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 7 คน
 - 2.1 นางไพรัตน์ ศุภระสร
 - 2.2 นางสาวสุวภัทร ลีพูลทรัพย์
 - 2.3 พว.จิตติมา พิรัชย์เดโช
 - 2.4 พว.ยุวรัตน์ ม่วงเงิน
 - 2.5 พว.กัลยา บุรณกุลกิจการ
 - 2.6 นางมัลลิกา ไวยรุต
 - 2.7 นายบัณฑิต อินตะพิงค์
3. ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 4 คน
 - 3.1 นางสาวจันทิพย์ ตีระละ
 - 3.2 นางสาวบุญชิ้น อิ่มมาก
 - 3.3 นางสาวอัญชลี บุญตานนท์
 - 3.4 นางสาวดาววรรณ คุณยศยิ่ง
4. อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาที่จัดอบรมหลักสูตรการเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวน 5 คน
 - 4.1 นางศิริจิตร จันทร
 - 4.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์
 - 4.3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัชนาฏ ณ นคร
 - 4.4 พว.จุฬาร ประสงค์สิต
 - 4.5 นางสาวศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์

ประวัติผู้เชี่ยวชาญ

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 4 คน

1.1 นายแพทย์ชาญจิโรจน์ ทิพย์ธนกิจ

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์

สถานที่ปฏิบัติงาน หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประสบการณ์ในการทำงาน 10 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 10 ปี

วุฒิการศึกษา - พ.บ. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ทั่วไป
- วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- อาจารย์ประจำหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1.2 นายแพทย์ประพนธ์ กาญจนศิลป์

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์

สถานที่ปฏิบัติงาน หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประสบการณ์ในการทำงาน 6 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 6 ปี

วุฒิการศึกษา - พ.บ. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ทั่วไป
- วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- อาจารย์ประจำหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1.3 รองศาสตราจารย์ ดร. นพ.วรุตม์ โล่ห์ศิริวัฒน์

ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์

สถานที่ปฏิบัติงาน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์ในการทำงาน 16 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 11 ปี

วุฒิการศึกษา - พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 1) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล (2542)
- ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป (2547)
- อ.ว. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (2549)
- Ph.D. in Gastrointestinal surgery; University of
Nottingham, UK.

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1.4 นายแพทย์วิษณุ ปานจันทร์

ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ชำนาญการ ด้านศัลยกรรม

สถานที่ปฏิบัติงาน สถาบันมะเร็ง

ประสบการณ์ในการทำงาน 18 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 15 ปี

วุฒิการศึกษา - พ.บ. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ว.ว. ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์
ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินอาหาร

2. พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 7 คน

2.1 นางไพรัตน์ ศุกระศร

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพระดับ 6

สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงานการพยาบาล ดิถังกลนิ วัฒนวงศ์ ชั้น 1
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประสบการณ์ในการทำงาน 17 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 17 ปี

วุฒิการศึกษา - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- การพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี

แผล และการควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- การดูแลผู้ป่วยออสโตมี แผล และการควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้

2.2 นางสาวสุภภัทร ลิ้มพลทรัพย์

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพระดับ 6

สถานที่ปฏิบัติงาน ดิกรผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม

ประสบการณ์ในการทำงาน 16 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 16 ปี

- วุฒิการศึกษา
- ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (2542)
 - วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2549)
 - การพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และการควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้ (2555)

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- การดูแลผู้ป่วยออสโตมี แผล และการควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้

2.3 พว.จิตติมา พิรัชย์เดโช

ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ปฏิบัติงาน - ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ 28 ปี, ออสโตมีคลินิก 1 ปี

ประสบการณ์ในการทำงาน 29 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 29 ปี

- วุฒิการศึกษา
- วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลการผดุงครรภ์และอนามัย
 - หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมี และการควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- การดูแลผู้ป่วยออสโตมี แผล และการควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้

2.4 พว.ยุวรัตน์ ม่วงเงิน

ตำแหน่งปัจจุบัน - หัวหน้าหน่วยพยาบาลด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

- ET Nurse

สถานที่ปฏิบัติงาน - หน่วยพยาบาลด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ตึกผู้ป่วยนอก
ประสบการณ์ในการทำงาน 16 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 10 ปี (ET Nurse)

วุฒิการศึกษา

- ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล (2542)
- หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมี และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ รุ่น 7 (2548)
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2550)

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- การดูแลผู้ป่วยออสโตมี แผล และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

2.5 พว.กัลยา บุรณกุลกิจการ

ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ปฏิบัติงาน

- หน่วยผ่าตัดเล็ก
- ออสโตมีคลินิก

ประสบการณ์ในการทำงาน 10 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 10 ปี

วุฒิการศึกษา

- ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมี และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- การดูแลผู้ป่วยออสโตมี แผล และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

2.6 นางมัลลิกา ไวยรุต

ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน - งานพยาบาลออสโตมีและแผล กลุ่มงาน วิชาการพยาบาลสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ประสบการณ์ในการทำงาน 10 ปี (ออสโตมีคลินิก)

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 25 ปี

วุฒิการศึกษา

- พยาบาลศาสตร์และการผดุงครรภ์ขั้นสูง
- การพยาบาลเฉพาะทาง การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

- การพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- พยาบาลเฉพาะทางดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่มีออสโตมีและแผล

2.7 นายบัณฑิต อินตะพินค์

ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ปฏิบัติงาน - หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ประสบการณ์ในการทำงาน 37 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 37 ปี

วุฒิการศึกษา - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

- รัฐศาสตรบัณฑิต

- หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมี และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- การดูแลผู้ป่วยออสโตมี แผล และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง จำนวน 4

คน

3.1 นางสาวจันทิพย์ ตีระละ

ตำแหน่งปัจจุบัน - หัวหน้าหอผู้ป่วย

สถานที่ปฏิบัติงาน - กลุ่มงานการพยาบาล ตึกจงกลนี วัฒนวงศ์ ชั้น 1
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประสบการณ์ในการทำงาน 26 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 26 ปี

วุฒิการศึกษา

- ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

- การพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- หลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมเฉพาะทางระบบลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก และศัลยกรรมตกแต่งและเสริมสร้าง
- การดูแลผู้ป่วยออสโตมี แพล และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
- การดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ

3.2 นางสาวบุญจีน อิมมาก

ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

สถานที่ปฏิบัติงาน - ตึกศัลยกรรมพิเศษรวม 8 ข และออสโตมีคลินิก
โรงพยาบาลราชวิถี

ประสบการณ์ในการทำงาน 31 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 31 ปี

วุฒิการศึกษา - ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ (2527)
- พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2537)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล (2538)

- การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ : เอ็ดส์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2540)
- การพัฒนาผู้นำคลื่นลูกใหม่ในราชการไทย รุ่น 3 สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน (2545)
- การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แพล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล (2550)

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - หัวหน้าหน่วยออสโตมีคลินิก ให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินใหม่ของระบบทางเดินอาหารและทางเดินปัสสาวะ ในการปรับตัวต่อโรค และการผ่าตัดทวารเทียม ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่องใน

ระยะติดตามหลังการรักษา และการดูแลแผล โดยเฉพาะ
แผลกดทับ

3.3 นางสาวอัญชลี บุญตานนท์

ตำแหน่งปัจจุบัน - หัวหน้างานมิตรภาพบำบัด กลุ่มงาน วิชาการพยาบาล
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- ที่ปรึกษาคลินิกออสโตมีและแผล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สถานที่ปฏิบัติงาน - สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ประสบการณ์ในการทำงาน 32 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 20 ปี

วุฒิการศึกษา - ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและการผดุงครรภ์ชั้นสูง
(2527)
- ประกาศนียบัตรพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาล ออสโตมี และ
แผล (2535)

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การดูแลผู้ป่วยออสโตมี และแผล

3.4 นางสาวดาววรรณ คุณยศยิ่ง

ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ปฏิบัติงาน - หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 งานพยาบาลศัลยศาสตร์ โรงพยาบาล
มหาราชนครเชียงใหม่

ประสบการณ์ในการทำงาน 36 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 36 ปี

วุฒิการศึกษา - การพยาบาลพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูง (ปริญญาตรี)
- บริหารการพยาบาล (ปริญญาโท)

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - Enterostomal nurse therapy: Wound and ostomy and
incontinence (ประกาศนียบัตรจาก ออสเตรเรีย) การดูแล
ผู้ป่วยออสโตมี แผล และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
- การดูแลผู้ป่วย chest surgery / การใส่ท่อระบายทรวงอก
(ชำนาญการ 7-8) / Lung cancer
- การดูแลผู้ป่วย HBP surgery / Liver cancer

4. อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาที่จัดอบรมหลักสูตรการเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวน 5 คน

4.1 นางศิริจิตร์ จันทร

ตำแหน่งปัจจุบัน - อาจารย์

สถานที่ปฏิบัติงาน - วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ประสบการณ์ในการทำงาน 38 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 9 ปี (การสอนการดูแลผู้ป่วยออสโตมีแผล และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้)

วุฒิการศึกษา - ครุศาสตรบัณฑิต
- ครุศาสตรมหาบัณฑิต
- การพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผล และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาด-ไทย

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - Wound care and Ostomy care

4.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์

ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้ช่วยศาสตราจารย์

สถานที่ปฏิบัติงาน - วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ประสบการณ์ในการทำงาน 40 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 33 ปี

วุฒิการศึกษา - ครุศาสตรบัณฑิต
- ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Certificate Enterostomal Therapist, School of Nursing, Singapore

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การพยาบาลศัลยกรรมทั่วไป
- Enterostomal Therapist Nurse

4.3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัชชา ญ นคร

ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้ช่วยศาสตราจารย์ 8

สถานที่ปฏิบัติงาน - วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ประสบการณ์ในการทำงาน 41 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม - ปี

- วุฒิการศึกษา**
- วิทยาศาสตร์บัณฑิต พยาบาลสาธารณสุข (วท.บ.)
 - สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต การแพทย์ฝ่ายจิต (สส.ม.)
 - Certificate Enterostomal Therapist, School of Nursing Singapore (2537)

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การดูแลผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ และแผลเรื้อรัง

4.4 พว.จุฬาพร ประสงค์

ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ, พยาบาลชั้นสูง

สถานที่ปฏิบัติงาน - คลินิกออสโตมีและแผล, งานพัฒนาคุณภาพ

ประสบการณ์ในการทำงาน 241 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 24 ปี

- วุฒิการศึกษา**
- ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
 - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การดูแลผู้ป่วยที่มีออสโตมี แผลเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยผิวหนังถูกทำลายจากภาวะ Incontinence

4.5 นางสาวศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์

ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

สถานที่ปฏิบัติงาน - หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ประสบการณ์ในการทำงาน 31 ปี

ประสบการณ์ในการทำงานแผนกศัลยกรรม 31 ปี

- วุฒิการศึกษา**
- ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ (2528)
 - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2549)

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ - การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก/ผ่าตัดลำไส้-เปิดทางหน้าท้อง

- การดูแลผู้ป่วยที่มีแผล/แผลซับซ้อน/ออสโตมี



ที่ ศธ 0512.11/ 0825



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 มิถุนายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

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

เนื่องด้วย นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญา ประจุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ บุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยออสโตมี เป็นผู้ให้ข้อมูล ตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. พว. จุฬาร ประสงค์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 2. พว. กัลยา บูรณกุลกิจการ | พยาบาลวิชาชีพ |
| 3. พว. ยัวร์ตนี ม่วงเงิน | พยาบาลวิชาชีพ |
| 4. พว. จิตติมา พีรชัยเดโช | พยาบาลวิชาชีพ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

พว. จุฬาร ประสงค์, พว. กัลยา บูรณกุลกิจการ, พว. ยัวร์ตนี ม่วงเงิน
และพว. จิตติมา พีรชัยเดโช

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญา ประจุศิลป์ โทร. 0-2218-1160

ชื่อ นิสิต

นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน โทร. 08-6392-6489



ที่ ศธ 0512.11/0829

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 มิถุนายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ บุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยออสโตมี เป็นผู้ให้ข้อมูล ตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชัยนาฏ ณ นคร | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณภา กิตติเนาวรัตน์ | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน |
| 3. นางศิริจิตร จันทร | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

วรินทร์ อนุวงศ์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชัยนาฏ ณ นคร, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณภา กิตติเนาวรัตน์ และนางศิริจิตร จันทร

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน โทร. 08-6392-6489

ที่ ศธ 0512.11/0895



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 มิถุนายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ บุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยออสโตมี เป็นผู้ให้ข้อมูล ตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. นางสาวจันทิพย์ ตีระณะ | หัวหน้าหอผู้ป่วย จงกลนิเวศนวงศ์ ชั้น 1 |
| 2. นางสาวไพรัตน์ ศุกระศร | พยาบาลวิชาชีพ |
| 3. นางสาวสุภัทร ลีพัลลภทรัพย์ | พยาบาลวิชาชีพ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนติลป)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวจันทิพย์ ตีระณะ, นางสาวไพรัตน์ ศุกระศร และนางสาวสุภัทร ลีพัลลภทรัพย์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์ โทร. 0-2218-1160

นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน โทร. 08-6392-6489

ภาคผนวก ค

เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 067/2558

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 057/58 : การศึกษาบทบาทพยาบาลออสโดมี
 ผู้วิจัยหลัก : นางสาวชญชนก วงศ์ตะวัน
 หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
 (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ได้

ลงนาม.....
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทั่นประดิษฐ์)

ประธาน

ลงนาม.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 1 เมษายน 2558

วันหมดอายุ : 31 มีนาคม 2559

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย



เลขที่โครงการวิจัย..... 057/58
 - 1 เม.ย. 2558
 วันที่รับรอง.....
 วันหมดอายุ..... 31 มี.ค. 2559

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องหยุด เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี
 ชื่อผู้วิจัย นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวันรหัสสนិត 5677179436
 สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หอผู้ป่วยจกกลนี วัฒนวงศ์ ชั้น 1
 ถ.พระราม4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-256-4223
 โทรศัพท์มือถือ 086-392-6489 E-mail : nid.thanchanok@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่าวิจัยนี้ทำเพราะเหตุผลใด เกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี

3. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลออสโตมี โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีออสโตมี จากการค้นหาประวัติการทำงานและผลงานทางวิชาการที่ได้รับการเผยแพร่ มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

3.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยออสโตมี จำนวน 4 คน

3.2 พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET Nurse) ในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 6 คน

3.3 ผู้บริหารทางการแพทย์ในแผนกสัลยกรรมผู้ป่วยนอก เช่น ผู้ตรวจการพยาบาลหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 4 คน

3.4 อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาที่จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้จำนวน 6 คน

4. การวิจัยนี้ใช้เทคนิคการวิจัยแบบเคลฟาย โดยศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในการวิจัยด้วยตนเอง หรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือเขียนตอบแบบสัมภาษณ์ตามความประสงค์ของผู้เชี่ยวชาญ ตามวัน เวลา สถานที่ ที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด เพื่อให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลออสโตมี โดยการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเทป 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาทีจนครบ 20 คน



AF 04-07

ขั้นตอนที่ 2 หลังจากนั้น ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดทำเป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพิจารณาประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของบทบาทพยาบาลออสโตมีในแต่ละด้าน และมีข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างอิสระ โดยการส่งแบบสอบถามกลับคืนทางไปรษณีย์ โดยผู้วิจัยจัดเตรียมซองจดหมายและผนึกตราไปรษณียากรที่ระบุชื่อและที่อยู่ของผู้วิจัย เพื่อความสะดวกในการส่งกลับผู้วิจัยกำหนดวันรับแบบสอบถามกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 นำแบบสอบถามที่ได้จากรอบที่ 2 มาสร้างแบบสอบถามฉบับใหม่ที่ใช้ข้อความเดิม และปรับข้อความในแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันความถูกต้องเหมาะสมของบทบาทพยาบาลออสโตมี ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ซึ่งแสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่วิเคราะห์ได้จากคำตอบส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญท่านเดิม เพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบโดยการส่งแบบสอบถามกลับคืนทางไปรษณีย์ โดยผู้วิจัยจัดเตรียมซองจดหมายและผนึกตราไปรษณียากรที่ระบุชื่อและที่อยู่ของผู้วิจัย เพื่อความสะดวกในการส่งกลับผู้วิจัยกำหนดวันรับแบบสอบถามกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์


ระยะเวลาที่ใช้ในการมีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ 1 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาที และตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใช้เวลา 25-30 นาที โดยในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 จะใช้ระยะเวลาห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์

5. การเข้าร่วมงานวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่อาจเกิดความไม่สะดวกของผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ คือ สละเวลาส่วนตัวในการให้สัมภาษณ์ จำนวน 1 ครั้ง และตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ครั้ง

6. งานวิจัยครั้งนี้จะมีประโยชน์โดยรวมคือ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการมอบหมายงานสำหรับพยาบาลออสโตมีที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี และเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมให้สอดคล้องกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลออสโตมี

7. ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับใดๆทั้งสิ้น ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการทำงาน เช่น การประเมินผลปฏิบัติงานในหน่วยงาน ฯลฯ

8. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมโดยติดต่อที่ผู้วิจัย คือนางสาว ธัญชนก วงศ์ตะวัน ทางโทรศัพท์หมายเลข 086-392-6489 ได้ตลอดเวลาและหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษต่อการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว


 เลขที่โครงการวิจัย..... 057/58
 วันที่รับรอง..... - 1 เม.ย. 2558
 วันหมดอายุ..... 31 มี.ค. 2559

AF 04-07

9. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุลลงในแบบประเมิน ผู้วิจัยจะใช้เป็นรหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลต่างๆ จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และเทปที่ใช้ในการสัมภาษณ์จะถูกทำลายทิ้งหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการปกปิดเสมอ

10. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายชดเชยการเสียเวลาและไม่มีของที่ระลึกมอบให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้นที่ 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

เลขที่โครงการวิจัย..... 057/58

วันที่รับรอง..... - 1 มิ.ย. 2558

วันหมดอายุ..... 31 มี.ค. 2559



AF 05-07

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



เลขที่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าผู้ซึ่ง ได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษายาพิษวิทยาของยาออกสโตมิ วันที่รับรอง - 1 เม.ย. 2558
 ชื่อผู้วิจัย นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน รหัสบันทึก 5677179436 วันหมดอายุ 31 มี.ค. 2559
 สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หอผู้ป่วยจักษุชั้น 1 วัฒนวงศ์ ชั้น 1
 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์มือถือ 086-392-6489

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดอย่างชัดเจนเกี่ยวกับความเป็นมา วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากงานวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดี

ข้าพเจ้ามีความยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ โดยขั้นตอนการวิจัยในรอบที่ 1 เป็นการสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกเทป หรือเขียนตอบแบบสัมภาษณ์ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที การตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที และใช้ระยะห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ ข้อมูลในการบันทึกเสียงจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น ภายใต้งานไขที่ระบุในเอกสารผู้เข้าร่วมวิจัย และข้าพเจ้ามีสิทธิในการถอนตัวออกจากงานวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากงานวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ รวมทั้งเก็บรักษาข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และผู้วิจัยจะลบทำลายเทปเสียงที่ได้บันทึกหลังจากสิ้นสุดงานวิจัย จะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัยในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้นที่ 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

วิไล ปรจวบ

AF 05-07

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว
 สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษา ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

ลงชื่อ.....

(นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน)

ผู้วิจัยหลัก

สภที่โครงการวิจัย.....

วันที่รับรอง.....

วันหมดอายุ.....



ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ก.วิ.๑๓ (วิ.๑๓๖๖)



AF 01-12
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: cccu@chula.ac.th

COA No. 080/2560

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 057/58 : การศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี
 ผู้วิจัยหลัก : นางสาวรัชชนก วงศ์ตะวัน
 หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

ลงนาม..... *Dr. S. S. S.* ลงนาม..... *Dr. P. P.*
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทັນประคิมฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
 ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 25 เมษายน 2560 วันหมดอายุ : 24 เมษายน 2561

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย

เงื่อนไข

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

2 ถนนรัชกาลหัวง บางกอกน้อย
กรุมททท 10700



โทร +66 2419 2667-72
โทรสาร +66 2411 0162

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 431/2015

ชื่อโครงการภาษาไทย : การศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี

รหัสโครงการ : 362/2558(EC3)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวรัชชชนก วงศ์ตะวัน / คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 11 สิงหาคม 2558

วันหมดอายุ : 10 สิงหาคม 2559

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจรุพิมพ์ สูงสว่าง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

14 ส.ค. 2558

วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

17 ส.ค. 2558

วันที่

2 WAN LANG Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. +66 2419 2667-72
Fax. +66 2411 0162

Siriraj Institutional Review Board
Certificate of Approval

COA no. Si 431/2015

Protocol Title : A study of the enterostomal therapy nurse roles

Protocol number : 362/2558(EC3)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Thanchanok Wongtawan / Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

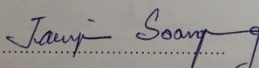
Approval includes :

1. SIRB Submission Form
2. Proposal
3. Participant information sheet
4. Informed consent form
5. Questionnaire
6. Curriculum Vitae

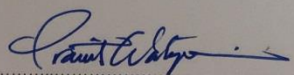
Approval date : August 11, 2015

Expired date : August 10, 2016

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).


.....
(Prof. Jarupim Soongswang, M.D.)
Chairperson

14 AUG 2015
.....
date


.....
(Prof. Prasit Watanapa, M.D., Ph.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

17 AUG 2015
.....
date

Page 1 of 2

2 ถนนวิหังหลัง บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร +66 2419 2667-72
โทรสาร +66 2411 0162

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ต่ออายุ)

หมายเลข Si 431/2015

ชื่อโครงการภาษาไทย : การศึกษาบทบาทพยาบาลอาสาสมัคร

รหัสโครงการ : 362/2558(EC3)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน / คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่ต่ออายุ (1) : 11 สิงหาคม 2559

วันหมดอายุ : 10 สิงหาคม 2560

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

- 8 ส.ค. 2559

วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

- 8 ส.ค. 2559

วันที่

2 WANG LANG Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. +66 2419 2667-72
Fax. +66 2411 0162

Siriraj Institutional Review Board
Certificate of Approval (Renewal)

COA no. Si 431/2015

Protocol Title : A study of the enterostomal therapy nurse roles

Protocol number : 362/2558(EC3)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Thanchanok Wongtawan / Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. SIRB Submission Form
2. Proposal
3. Participant information sheet
4. Informed consent form
5. Questionnaire
6. Curriculum Vitae

Renewal date (1st) : August 11, 2016

Expired date : August 10, 2017

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

(Prof. Chairat Shayakul, M.D.)
Chairperson

- 8 AUG 2016

date

(Prof. Dr. Prasit Watanapa, M.D., Ph.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

- 8 AUG 2016

date

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย.....การศึกษบทบาทพยาบาลออสโตมี.....

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย.....นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน.....

สถานที่วิจัย.....คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
.....1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หอผู้ป่วยจกกลนี้ วัฒนธรรมชั้น 1 ถ.พระราม4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-256-4223 โทรศัพท์มือถือ 086-392-6489 E-mail :
nid.thanchanok@hotmail.com.....

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย.....(ไม่มี).....

การมีส่วนได้ส่วนเสียกับแหล่งทุน ไม่มี มี ระบุ.....

ระยะเวลาในการวิจัย.....1 ปี 6 เดือน.....

ที่มาของโครงการวิจัย.....ในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดออสโตมีทางหน้าท้องมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยออสโตมีจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยออสโตมีเพื่อให้ผู้ป่วยออสโตมีได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษบทบาทพยาบาลออสโตมีว่าควรประกอบด้วยบทบาทอะไรบ้าง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการมอบหมายงานสำหรับพยาบาลออสโตมีที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี และเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมให้สอดคล้องกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลออสโตมีได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทบาทการปฏิบัติงานของพยาบาลออสโตมีในงานวิจัยนี้บูรณาการจากแนวคิด The Cananian Association for Enterostomal Therapy (2014) , University of Southern California (2014), Dorothy (1992), Susan (2005), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2557), ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี (2557) และบุญชิ้น อิมมาก (2555) สรุบบทบาทพยาบาลออสโตมี 5 บทบาท ดังนี้ 1) ผู้นำ 2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี 3) ผู้ให้คำปรึกษา 4) ผู้สอน 5) ผู้วิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ในการรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยออสโตมี จำนวน 20 คน

เอกสารหมายเลข 3ก วันที่ 18 สิงหาคม 2557

1



ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยออสโตมี, พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลออสโตมี แผลและ
 ควบคุมการขยับถ่ายไม้ได้ในแผนกผู้ป่วยนอก, ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลในแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก และอาจารย์
 พยาบาลในสถาบันการศึกษาที่จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผล
 และควบคุมการขยับถ่ายไม้ได้

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย.....เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี.....

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก.....ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลออสโตมี โดย
 คัดเลือกตามคุณสมบัติผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีออสโตมี.....

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 20 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยออสโตมี จำนวน 4 คน
2. พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลออสโตมี แผลและควบคุมการขยับถ่ายไม้ได้ (ET Nurse) ในแผนก
 ผู้ป่วยนอก จำนวน 6 คน
3. ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลในแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก เช่น ผู้ตรวจการพยาบาลหรือหัวหน้าหอ
 ผู้ป่วย จำนวน 4 คน
4. อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาที่จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการ
 พยาบาลผู้ป่วยออสโตมีแผลและควบคุมการขยับถ่ายไม้ได้จำนวน 6 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

การวิจัยนี้ใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย โดยศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมี
 รายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในการวิจัยด้วยตนเอง หรือสัมภาษณ์ทาง
 โทรศัพท์ หรือเขียนตอบแบบสัมภาษณ์ตามความประสงค์ของผู้เชี่ยวชาญ ตามวัน เวลา สถานที่ ที่ผู้เชี่ยวชาญ
 กำหนด เพื่อให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลออสโตมี โดยการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึก
 เทป 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที จนครบ 20 คน

ขั้นตอนที่ 2 หลังจากนั้น ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลออสโตมี ที่ได้จากการสัมภาษณ์
 ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดทำเป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Likert
 scale) 5 ระดับ แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพิจารณาประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของบทบาทพยาบาล
 ออสโตมีในแต่ละด้าน และมีข้อคำถามปลายเปิดให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะ
 เพิ่มเติมอย่างอิสระ โดยการส่งแบบสอบถามกลับคืนทางไปรษณีย์ โดยผู้วิจัยจัดเตรียมซองจดหมายและผนึกตรา

เอกสารหมายเลข 3ก วันที่ 18 สิงหาคม 2557

2



ไปรษณียากรที่ระบุชื่อและที่อยู่ของผู้วิจัย เพื่อความสะดวกในการส่งกลับ ผู้วิจัยกำหนดวันรับแบบสอบถามกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 นำแบบสอบถามที่ได้จากรอบที่ 2 มาสร้างแบบสอบถามฉบับใหม่ที่ใช้ข้อความเดิม และปรับข้อความในแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันความถูกต้องเหมาะสมของบทาพยาบาล ออสโตมี ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ซึ่งแสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่วิเคราะห์ได้จากคำตอบ ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญท่านเดิม เพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ โดยการส่งแบบสอบถามกลับคืนทางไปรษณีย์ โดยผู้วิจัยจัดเตรียมซองจดหมายและผนึกตราไปรษณียากรที่ระบุชื่อและที่อยู่ของผู้วิจัย เพื่อความสะดวกในการส่งกลับ ผู้วิจัยกำหนดวันรับแบบสอบถามกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์

ระยะเวลาที่ใช้ในการมีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาที และตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใช้เวลา 25-30 นาที โดยในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 จะใช้ระยะเวลาห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 1-2 เดือน

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย.....การเข้าร่วมงานวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่อาจเกิดความไม่สะดวกของผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ คือ สละเวลาส่วนตัวในการให้สัมภาษณ์ จำนวน 1 ครั้ง และตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ครั้ง.....

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติคือ.....ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับใดๆทั้งสิ้น ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการทำงาน เช่น การประเมินผลปฏิบัติงานในหน่วยงาน ฯลฯ.....

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ.....นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน โทรศัพท์มือถือ 086-392-6489 E-mail : nid.thanchanok@hotmail.com.....

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ.....การวิจัยนี้ไม่ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ.....



ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย...เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลในการ
มอบหมายงานสำหรับพยาบาลออสโตมีที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี และเป็นแนวทางในการ
พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมให้สอดคล้องกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลออสโตมี ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง
กับงานวิจัยครั้งนี้

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ.....การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายชดเชยการเสียเวลาและไม่มี
ของที่จะลืกลับมอบให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง.....ไม่มี.....

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดย
รวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผย
ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/
อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการ
วิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น
โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

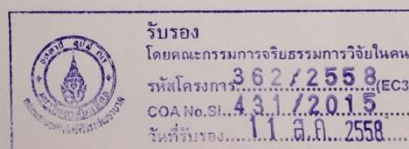
ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบ
ล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ
ปฏิบัติงานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยัง
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารหมายเลข 3ข

(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี
 อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง.....การศึกษาบทบาทพยาบาลออกไทม์.....

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ.....นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หอผู้ป่วยจงดกลนี้ วัฒนธรรมฯ ชั้น 1 ถ.พระราม4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์มือถือ 086-392-6489 E-mail : nid.thanchanok@hotmail.com.....

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ต้องการปรึกษาปัญหา ข้อกังวล มีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.02 419 2667-72 โทรสาร 02 411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

เอกสารหมายเลข 3ข วันที่ 18 สิงหาคม 2557

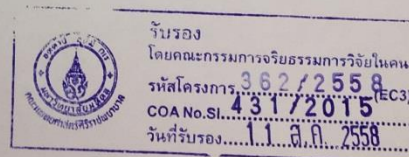
1



ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้
โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)





ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีออสโตมี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่อง การศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี
2. แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย รอบที่ 1

ดิฉัน นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหาร
การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอเรียนเชิญท่านผู้ทรงคุณวุฒิเข้าร่วมใน
การวิจัยเรื่อง “การศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี” พร้อมกับจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
ครั้งนี้ให้ท่านได้พิจารณา เพื่อเป็นข้อมูลการเข้าร่วมในการวิจัย ซึ่งโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติและ
เห็นชอบหัวข้อและโครงร่างวิทยานิพนธ์ โดยคณะกรรมการของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสภา
บัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2558 และผ่านการพิจารณาจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม
2558 จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้
ด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ด้วยความเคารพอย่างสูง

นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน

หมายเหตุ: ขอความกรุณาท่านผู้ทรงคุณวุฒิ กรอกข้อมูลแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 1 หน้า 1 และส่งคืน
แก่ผู้วิจัยในวันคืนสัมภาษณ์ ขอขอบพระคุณค่ะ

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย**(รอบที่ 1)**

การศึกษานบทบาทพยาบาลออสโตมี

A STUDY OF THE ENTEROSTOMAL THERAPY NURSE ROLES

ผู้วิจัย

นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวันรหัสนิสิต 5677179436

นิสิตสาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

รศ. ดร. กัญญาดา ประจุกีฬา



แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย รอบที่ 1
เรื่อง บทบาทพยาบาลออสโตมี

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณากรอกรายละเอียดลงในช่องว่างเพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงถึงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบทบาทพยาบาลออสโตมี

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

เรื่อง ขอส่งแบบสอบถามเพื่อการวิจัย รอบที่ 2

เรียน.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่อง การศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี
2. แบบสอบถามเพื่อการวิจัย รอบที่ 2

ดิฉัน นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวันนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหาร
การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็น
วิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี” โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งต้องใช้เวลาในการ
ตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ได้มีการดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านไปในรอบที่ 1 แล้ว
ซึ่งในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ประกอบด้วยบทบาทพยาบาลออสโตมีทั้งหมด 3
บทบาท จำนวน 41 ข้อ ดังนี้

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ ในการนี้
ใคร่ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อ และโปรดแสดงความคิดเห็นพร้อมทั้งข้อเสนอแนะ
ตามที่ท่านเห็นสมควร และเพื่อความตรงของการวิจัย ช่วงระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละ
รอบไม่ควรห่างกันมากนัก ดิฉันจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่าน ได้โปรดส่งแบบสอบถามนี้คืนภายใน 2
สัปดาห์ เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดของงานวิจัย และขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็น
อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง

นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน

เบอร์โทรศัพท์ 086-392-6489

หมายเหตุ: กรุณาส่งแบบสอบถามใส่ซองติดแสตมป์แบบส่งด่วน (EMS) ที่ผู้วิจัยส่งมาพร้อม
แบบสอบถามฉบับนี้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย**(รอบที่ 2)**

การศึกษานบทบาทพยาบาลออสโตมี

A STUDY OF THE ENTEROSTOMAL THERAPY NURSE ROLES

ผู้วิจัย

นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวันรหัสนิสิต 5677179436

นิสิตสาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

รศ. ดร. กัญญาดา ประจุกีศิลป



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย (รอบที่ 2)

เรื่อง บทบาทพยาบาลออสโตมี

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย บทบาทพยาบาลออสโตมีที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการ บูรณาการจากการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน ในรอบที่ 1 โดย ข้อคำถามประกอบด้วยบทบาทพยาบาลออสโตมีทั้งหมด 3 บทบาท จำนวน 41 ข้อ ดังนี้

- | | |
|------------------------------------|--------------|
| 1.1 บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล | จำนวน 20 ข้อ |
| 1.2 บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา | จำนวน 14 ข้อ |
| 1.3 บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ | จำนวน 7 ข้อ |

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมความคิดเห็นใน 2 ประเด็นดังนี้

1. ท่านมีความคิดเห็นว่า บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ออสโตมีในระดับมากที่สุดถึงน้อยที่สุด (ระดับ 5-1) โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างของ ข้อความแต่ละข้อ ตามความเห็นของท่าน หากท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โปรดให้ข้อเสนอแนะ ทางด้านขวามือของแบบสอบถาม ทั้งนี้โปรดใช้เกณฑ์การพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ดังนี้

5 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญมาก ที่สุดของพยาบาลออสโตมี**

4 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญมาก ของพยาบาลออสโตมี**

3 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญปาน กลางของพยาบาลออสโตมี**

2 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญน้อย ของพยาบาลออสโตมี**

1 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญน้อย ที่สุดของพยาบาลออสโตมี**

2. ในแต่ละบทบาทพยาบาลออสโตมี ควรมีการเพิ่มเติมหรือตัดข้อความใดออกบ้าง หากมี ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โปรดให้ข้อเสนอแนะทางด้านขวามือของแบบสอบถามในแต่ละข้อรายการ

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย (รอบที่ 2)

| ข้อ | บทบาทพยาบาลออสโตมี | ระดับความสำคัญ | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|------------------------------------|---|----------------|---|---|---|---|------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล | | | | | | | |
| 1.1 | ซักประวัติผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และครอบครัวเกี่ยวกับอาการสำคัญ, ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน, ความเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว, ประวัติส่วนตัว และประวัติอื่นๆที่เกี่ยวข้อง | | | | | | |
| 1.2 | ประเมินความรู้ เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว | | | | | | |
| | ↓ | | | | | | |
| 1.20 | ติดต่อและประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง | | | | | | |

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

| ชื่อ | บทบาทพยาบาลออสโตมี | ระดับความสำคัญ | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|---------------------------------------|--|----------------|---|---|---|---|------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 2.บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา | | | | | | | |
| 2.1 | ก่อนการผ่าตัด ประเมินความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เช่น ความจำเป็นของการผ่าตัดที่จะต้องมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, การทำงานลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, วัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับทวารเทียม, การปฏิบัติตนก่อนการทำผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง, การเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนการทำผ่าตัด เป็นต้น | | | | | | |
| | ↓ | | | | | | |
| 2.14 | จัดโครงการฝึกอบรมความรู้เพื่อเสริมความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง | | | | | | |

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

| ชื่อ | บทบาทพยาบาลออสโตมี | ระดับความสำคัญ | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|---|---|----------------|---|---|---|---|------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 3.บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ | | | | | | | |
| 3.1 | เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้เปิดทางหน้าท้องรายใหม่, ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และนำข้อมูลที่ได้มาศึกษา | | | | | | |
| 3.2 | นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางการป้องกันการแก้ปัญหา และสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | | | | | | |
| | ↓ | | | | | | |
| 3.7 | เผยแพร่แนวปฏิบัติที่ดีจากหลักฐานทางวิชาการ/การวิจัย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร | | | | | | |

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

เรื่อง ขอส่งแบบสอบถามเพื่อการวิจัย รอบที่ 3

เรียน.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่อง การศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี
2. แบบสอบถามเพื่อการวิจัย รอบที่ 3

ดิฉัน นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาบทบาทพยาบาลออสโตมี” โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งประกอบด้วยการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ได้ดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านแล้วใน รอบที่ 1 และรอบที่ 2 ซึ่งในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 เป็นการทบทวนคำตอบของท่านกับผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ เพื่อหาความสอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถามประกอบด้วยบทบาทพยาบาลออสโตมี ทั้งหมด 3 บทบาท จำนวน 37 ข้อ

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ในการนี้ใคร่ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามครบทุกข้อ และโปรดแสดงเหตุผลประกอบตามคำชี้แจงในตัวอย่างแบบสอบถามรอบที่ 3 และเพื่อความตรงของการวิจัย ดิฉันจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่าน ได้โปรดส่งแบบสอบถามนี้คืนภายใน 2 สัปดาห์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง

นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน

เบอร์โทรศัพท์ 086-392-6489

หมายเหตุ: กรุณาส่งแบบสอบถามใส่ซองติดแสตมป์แบบส่งด่วน (EMS) ที่ผู้วิจัยส่งมาพร้อมแบบสอบถามฉบับนี้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย**(รอบที่ 3)**

การศึกษานบทบาทพยาบาลออสโตมี

A STUDY OF THE ENTEROSTOMAL THERAPY NURSE ROLES

ผู้วิจัย

นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวันรหัสนิสิต 5677179436

นิสิตสาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

รศ. ดร. กัญญดา ประจุศิลป์



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย (รอบที่ 3)

เรื่อง บทบาทพยาบาลออสโตมี

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามรอบที่ 3 นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่ม และ ทบทวนคำตอบของตนเองจากการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 โดยผู้วิจัยได้นำคะแนนทั้งหมดมา คำนวณค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter quartile range) เพื่อแสดงความ สอดคล้องกันของแต่ละข้อความของการตอบ พร้อมทั้งระบุคะแนนการตอบของท่านในรอบที่ 2 ไว้ ด้วย ดังเครื่องหมายแสดงต่อไปนี้

ค่ามัธยฐาน (Md) ใช้สัญลักษณ์ \triangle

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ใช้สัญลักษณ์ \longleftrightarrow

ตำแหน่งคำตอบของท่านในรอบที่ผ่านมา ใช้สัญลักษณ์ X

2. เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย \checkmark เพื่อยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลง ตามความคิดเห็นของท่านให้ครบทุกข้อ ทั้งนี้โปรดใช้เกณฑ์การพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ดังนี้

5 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญมาก ที่สุดของพยาบาลออสโตมี**

4 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญมาก ของพยาบาลออสโตมี**

3 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญปาน กลางของพยาบาลออสโตมี**

2 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญน้อย ของพยาบาลออสโตมี**

1 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่า **บทบาทตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญน้อย ที่สุดของพยาบาลออสโตมี**

3. หากคำตอบของท่าน **อยู่ใน** ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ของข้อนั้น หมายความว่า ความเห็น ของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ท่านไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ

แต่ถ้าคำตอบของท่าน **อยู่นอก** ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความเห็นของท่านไม่ สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านได้โปรดเขียนชี้แจง เหตุผลประกอบข้อนั้นๆ

| | |
|---|---|
| ค่ามัธยฐาน 4.50 ขึ้นไป | หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า บทบาทตามข้อ รายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญมากที่สุดของ พยาบาลออสโตมี |
| ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 3.50-4.49 | หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า บทบาทตามข้อ รายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญมากของ พยาบาลออสโตมี |
| ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 2.50-3.49 | หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า บทบาทตามข้อ รายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญปานกลางของ พยาบาลออสโตมี |
| ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 1.50-2.49 | หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า บทบาทตามข้อ รายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญน้อยของ พยาบาลออสโตมี |
| ค่ามัธยฐานต่ำกว่า 1.50 | หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า บทบาทตามข้อ รายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญน้อยที่สุดของ พยาบาลออสโตมี |
| ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ที่ใช้มีความหมายดังนี้ | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 | หมายความว่า ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อบทบาท พยาบาลออสโตมี <u>มีความสอดคล้องกัน</u> |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 1.50 | หมายความว่า ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อบทบาท พยาบาลออสโตมี <u>ไม่สอดคล้องกัน</u> |

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม (มีความคิดเห็นสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ)

| ข้อ | บทบาทพยาบาลออสโตมี | ระดับความเห็น | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ | |
|-----|--|---------------|------------------|---|---|---|--------------------------------------|------|----------|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | | |
| 1 | บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินความรู้ เกี่ยวกับเรื่องโรคและ แนวทางการรักษาของผู้ป่วยที่มีลำไส้ เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม | | △ X ↔ ✓ | | | | | 4.70 | 0.60 | |

การแปลความหมาย

1. บทบาทพยาบาลออสโตมีในข้อ 1 มีค่ามัธยฐาน (Md) = 4.70 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 0.60 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า “ประเมินความรู้ เกี่ยวกับเรื่องโรคและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว” ตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญมากที่สุดของพยาบาลออสโตมีพยาบาลออสโตมี และผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

2. คำตอบในรอบที่ 2 ของท่าน (X) อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) หมายความว่า ความคิดเห็นของท่าน สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิมคือ 4 ซึ่งเป็นคำตอบที่ อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม (มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ)

| ข้อ | บทบาทพยาบาลออสโตมี | ระดับความเห็น | | | | | ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ | |
|-----|---|---------------|---|---|---|---|------------------------------|------|----------|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | | |
| 2 | บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินการรับรู้และการปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม | | △ | X | ↔ | | | 4.01 | 1.50 | คำตอบ ของท่าน <u>อยู่นอก</u> ค่าพิสัย ระหว่าง ควอไทล์ โป ร ต แ ส ด ง เหตุผล ประกอบ |

การแปลความหมาย

1. บทบาทพยาบาลออสโตมีในข้อ 1 มีค่ามัธยฐาน (Md) = 4.01 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 1.00 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า **บทบาทพยาบาลออสโตมี** “ประเมินการรับรู้และการปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง” ตามข้อรายการดังกล่าว เป็นบทบาทที่สำคัญมากของพยาบาลออสโตมี และผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน

2. คำตอบในรอบที่ 2 ของท่าน (X) อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) หมายความว่า ความคิดเห็นของท่าน ไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิมคือ 3 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ในกรณีนี้ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านโปรดแสดงเหตุผลประกอบ

3. หรือหากกรณีที่คำตอบในรอบที่ 2 ของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ท่านเปลี่ยนแปลงคำตอบมาเป็น 4 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ **ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องแสดงผลประกอบ**

หมายเหตุ :

1. กรณีไม่มีเครื่องหมาย X ในคำตอบของท่าน แสดงว่าในรอบที่ผ่านมาท่านไม่ได้ตอบแบบสอบถามข้อนี้สังเกต
2. ผู้วิจัยแสดงหมายเหตุข้อที่ความคิดเห็นของท่านอยู่นอกเขตพิสัยระหว่างควอไทล์ด้วย **สีแดง** เพื่อให้ท่านสังเกตได้ชัดเจนขึ้น



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย (รอบที่ 3)

| ข้อ | บทบาทพยาบาลออสโตมี | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|------------------------------------|--|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|------|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล | | | | | | | | | |
| 1.1 | ซักประวัติผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดลำไส้ เปิดทางหน้าท้อง เกี่ยวกับอาการ สำคัญ ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ความ เจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ประวัติส่วนตัว และประวัติอื่นๆที่ เกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม | △ ↔ | | | | | 4.73 | 1.11 | |
| 1.2 | ประเมินความรู้ เกี่ยวกับเรื่องโรคและ แนวทางการรักษาของผู้ป่วยที่ทำการ ผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องและ ครอบครัว ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม | △ ↔ | | | | | 4.87 | 0.62 | |

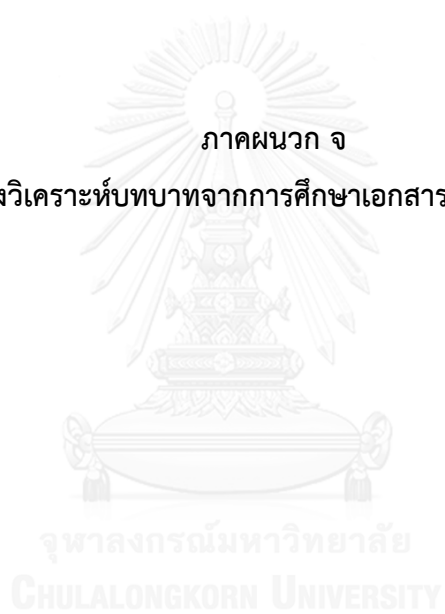
| ข้อ | บทบาทพยาบาลออสตีมี | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|--|---|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|------|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ) | | | | | | | | | |
| 1.3 | ประเมินความพร้อม/ปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม | △ ↔ | | | | | 4.97 | 0.52 | |
| | ↓ | | | | | | | | |
| 1.17 | ประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง รวมถึงติดตามประเมินผลหลังการจำหน่าย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม | △ ↔ | | | | | 4.78 | 0.89 | |

| ข้อ | บทบาทพยาบาลออสโตมี | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ | |
|---------------------------------------|---|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|------|----------|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | | |
| 2.บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา | | | | | | | | | | |
| 2.1 | <p>ให้ความรู้ คำแนะนำ และสอนสาธิต เรื่องการทำความสะอาดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และผิวหนังโดยรอบ ให้กับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว</p> <p>ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | △ | ↔ | | | | | 4.97 | 0.52 | |
| | ↓ | | | | | | | | | |
| 2.13 | <p>ให้ความรู้เพื่อเสริมความรู้และทักษะ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง</p> <p>ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | △ | ↔ | | | | | 4.83 | 0.66 | |

| ข้อ | บทบาทพยาบาลออสโตมี | ระดับความสำคัญ | | | | | ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|---|--|----------------|---|---|---|---|--------------------------------------|------|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 3.บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ | | | | | | | | | |
| 3.1 | เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องรายใหม่ ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม | △ | ↔ | | | | 4.87 | 0.62 | |
| | ↓ | | | | | | | | |
| 3.7 | เผยแพร่แนวปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานทางวิชาการ/การวิจัย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทั้งภายใน/นอกองค์กร ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม | △ | ↔ | | | | 4.83 | 0.66 | |

ภาคผนวก จ

ตารางวิเคราะห์บทบาทจากการศึกษาเอกสารและข้อมูลที่ได้



ตารางวิเคราะห์บทบาทจากการศึกษาเอกสารและข้อมูลที่ได้

1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 20 ข้อ

| จากการทบทวนวรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|---|--|---|
| <p>1. ชักประวัติของผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>2. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะโรค</p> <p>3. ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>4. ประเมินปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม</p> <p>5. ประเมินการรับรู้และการปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ</p> | <p>- การชักประวัติผู้ป่วย ตั้งแต่อาการสำคัญ ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ความเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ประวัติส่วนตัว และประวัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>- การชักประวัติ เพื่อค้นหาประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล</p> <p>- พยาบาลควรมีการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา เพื่อประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>- พยาบาลควรมีการประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>- พยาบาลควรมีการประเมินการรับรู้และการปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ</p> <p>- ควรมีการประเมินปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจาก การผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ต้องมีค่าใช้จ่ายในการใช้เวชภัณฑ์เฉพาะ</p> <p>- การมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพลักษณะ มีผลกระทบต่อจิตใจ พยาบาลควรประเมินภาวะอารมณ์ด้านจิตใจก่อนให้</p> | <p>1. ชักประวัติผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และครอบครัวเกี่ยวกับอาการสำคัญ, ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน, ความเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว, ประวัติส่วนตัว และประวัติอื่นๆที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2. ประเมินความรู้ เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว</p> <p>3. ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>4. ประเมินปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจที่อาจมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>5. ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ต่อการเป็นผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้า</p> |

| จากการทบทวนวรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|--|---|--|
| | การพยาบาล | ท้อง 6. ประเมินการรับรู้และการปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง |
| 6. วางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | <ul style="list-style-type: none"> - วางแผนให้การพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล คือ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล - วางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง ภาวะลำไส้อุดตัน - การวางแผนการพยาบาล ทำให้ทราบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้ครอบคลุมองค์รวม | 7. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เช่น ภาวะลำไส้อุดตัน (Stomal obstruction) ภาวะลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis) |
| 7. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด 8. กำหนดตำแหน่งที่เหมาะสมของลำไส้ | <ul style="list-style-type: none"> - การให้คำแนะนำผู้ป่วย แบ่งออกเป็น ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน - การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด การให้ยาระบาย การสวนอุจจาระ | 8. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วย การเตรียมความสะอาดของลำไส้ตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การให้ยาระบาย, การสวนอุจจาระ, |

| จากการทบทวนวรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|--|---|---|
| <p>เปิดทางหน้าท้อง (Stoma siting) ให้กับผู้ป่วย</p> | <p>ชนิดและลักษณะของอาหารก่อนวันผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเตรียมความพร้อมในเรื่องการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดทั่วไป เช่น การฝึกการหายใจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังจากการทำผ่าตัด - พยาบาลออสโตมีมีบทบาทในการกำหนดตำแหน่งที่เหมาะสมของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma siting) ให้กับผู้ป่วย เพื่อให้มีตำแหน่งที่ดี และง่ายต่อการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - การกำหนดตำแหน่งที่ดีทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการปิดถุงและแป้นลดลง - วางแผนการวางตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้องร่วมกับแพทย์ - Stoma siting เป็นบทบาทเฉพาะของ ET Nurse | <p>ชนิดและลักษณะของอาหารก่อนวันผ่าตัด</p> <p>9. กำหนดตำแหน่งที่เหมาะสมของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma siting) ให้กับผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลสำคัญ คือ การวินิจฉัยโรค, ชนิดของการผ่าตัด, ชนิดของลำไส้เปิด, ขนาดและลักษณะของหน้าท้อง รวมทั้งความสามารถในการมองเห็นของผู้ป่วย ในการดูแลตำแหน่งของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> |
| <p>9. การประเมินและดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>10. การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>11. การให้การพยาบาลหลังทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> | <ul style="list-style-type: none"> - หลังการทำผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ต้องมีการประเมินบริเวณลำไส้เปิดทางหน้าท้อง สี ลักษณะของ stoma - มีการประเมินผิวหนังบริเวณรอบๆ ลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - การประเมินทำให้เราทราบถึงการเปลี่ยนแปลง และ ปัญหาของผู้ป่วย และหาวิธีการแก้ไขได้ทันทั่วทั้งที่ - สังเกตลักษณะของสิ่งขับหลังจากลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - ให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิด | <p>10. ประเมินและดูแลบริเวณลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, ผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Peristomal skin), รอยเย็บของลำไส้เปิดกับผิวหนังหน้าท้อง (Mucocutaneous suture line) และสิ่งขับหลังจากลำไส้เปิด (Effluent)</p> <p>11. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด</p> |


| จากการทบทวนวรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|---------------------|--|--|
| | <p>ภาวะแทรกซ้อนบริเวณลำไส้เปิดและผิวหนังรอบลำไส้เปิดที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องมีหลายอย่าง พยาบาลออสโตมีต้องมีความรู้ เพื่อนำมาใช้ในการประเมิน และให้การรักษาเบื้องต้นได้ - ให้การรักษาเบื้องต้นได้ในกรณีที่เกิดปัญหาไม่ซับซ้อน - บริหารจัดการความปวดหลังการผ่าตัด - ควรมีการบันทึกที่ชัดเจน - การบันทึกเป็นสิ่งสำคัญนอกจากเป็นการสื่อสารกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพแล้ว ยังมีประเด็นทางกฎหมายที่สามารถอธิบายด้วยการบันทึกทางการแพทย์ - ทำให้ทราบข้อมูลของผู้ป่วยที่แท้จริง ทุกครั้งที่ให้การพยาบาล และเป็นการส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลออสโตมีที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง - มีความสำคัญเพราะเป็นกระบวนการทางการแพทย์ และเป็นบทบาทของพยาบาลออสโตมี - พยาบาลออสโตมีจะต้องมีความรู้ในการบันทึกที่ถูกต้อง ตามองค์ความรู้ของสาขาที่เชี่ยวชาญ มีการบันทึกอย่างมีคุณภาพ กระชับ ชัดเจน เพื่อสื่อสารให้ทีมสุขภาพอ่านแล้วเข้าใจ | <p>ภาวะแทรกซ้อนบริเวณลำไส้เปิดและผิวหนังรอบลำไส้เปิดที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด เช่น ภาวะลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis), ภาวะเลือดออก (Stomal bleeding), ภาวะลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยง (Stomal ischemia), ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (Irritant dermatitis)</p> <p>12. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณลำไส้เปิดและผิวหนังรอบลำไส้เปิดที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว เช่น ภาวะไส้เลื่อน (Parastomal hernia), ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal Prolapse)</p> <p>13. บริหารจัดการความปวดหลังการผ่าตัด และบันทึกทางการแพทย์ โดยบันทึกเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดง, การเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติการ</p> |

| จากการทบทวน วรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เมื่อให้การดูแลรักษาเบื้องต้น แล้วควรส่งต่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ - หากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อน ควรส่งต่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทันที | <p>พยาบาล</p> <p>14. วางแผนร่วมกับทีมสุขภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ภาวะลำไส้อุดตัน, ภาวะช่องลำไส้ตีบ, ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ</p> |
| <p>12. พิจารณาเลือกใช้แป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ผลิตภัณฑ์ และอุปกรณ์ เสริมสำหรับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> | <ul style="list-style-type: none"> - เลือกวัสดุ เวชภัณฑ์ ที่เกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย - การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ หรือถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ยี่ห้อต่างๆ ควรมีการเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และผู้ป่วยพึงพอใจ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเลือกผลิตภัณฑ์นั้นๆเอง - พยาบาลออสโตมีควรมีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ชนิดต่างๆ เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ - เวชภัณฑ์ส่วนใหญ่ที่เข้ากับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง อาจจะมีส่วนเกิน ในบางยี่ห้อ หรือผลิตภัณฑ์เสริมบางอย่าง พยาบาลอาจจะต้องประเมินสถานะเศรษฐกิจของผู้ป่วย และให้คำแนะนำในการเลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามสิทธิของผู้ที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | <p>15. พิจารณาเลือกใช้แป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ผลิตภัณฑ์ และอุปกรณ์ เสริมสำหรับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>16. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม, เวชภัณฑ์ ผลิตภัณฑ์ และอุปกรณ์เสริมต่างๆ ที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย ในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ฯลฯ ตามสิทธิของผู้ที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> |


| จากการทบทวนวรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|--|--|--|
| | <p>- พยาบาลออสโตมีควรให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องให้ทราบเกี่ยวกับสถานบริการซึ่งสามารถให้ความรู้และคำแนะนำ และเป็นທີ່ปรึกษาเพิ่มเติมได้ ในแผนกออสโตมีคลินิก เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี ฯลฯ</p> | |
| <p>13. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - ประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - ให้ผู้ป่วยลองสาธิตย้อนกลับ โดยการเท/เปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การเปลี่ยนถุงและแป้นรองรับสิ่งขับถ่าย - เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัวและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ - ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน โดยให้คำแนะนำในเรื่องการเท/เปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย, การรับประทานอาหาร, การควบคุมกลิ่นและก๊าซ, การออกกำลังกาย, การมีเพศสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ลำไส้เปิดทาง | <p>17. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้านของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องภายหลังจากการผ่าตัด</p> <p>18. เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัวและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ</p> <p>19. ให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การเท/เปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย, การรับประทานอาหาร, การควบคุมกลิ่นและก๊าซ, การออกกำลังกาย, การมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น</p> |

| จากการทบทวน วรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|--|---|--|
| | <p>หน้าห้อง สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ วิธีการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และให้มาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีปัญหาที่ซับซ้อน เช่น มีลำไส้อุดตัน เป็นต้น - แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการและประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน | |
| <p>14. ติดต่อและประสานงาน หรือส่งต่อผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าห้อง เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> | <ul style="list-style-type: none"> - มีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อส่งต่อให้ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าห้องได้รับการดูแล และติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น สถานีอนามัยใกล้บ้าน - มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม - องค์กรสร้างความร่วมมือ และประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพชุมชน และ องค์กร อื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย - มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย - มีการติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง | <p>20. ติดต่อและประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าห้อง เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> |

2. บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา จำนวน 14 ข้อ

| จากการทบทวนวรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|---|--|---|
| 1. ประเมินความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | <p>- ก่อนการให้ความรู้ผู้ป่วยต้องมีการประเมินก่อนว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโรค การทำผ่าตัด และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>- ประเมินการรับรู้และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย</p>  | 1. ก่อนการผ่าตัด ประเมินความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่จะทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เช่น ความจำเป็นของการผ่าตัดที่จะต้องมียาไส้เปิดทางหน้าท้อง, การทำงานลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, วัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับทวารเทียม, การปฏิบัติตนก่อนการทำผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง, การเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนการทำผ่าตัด เป็นต้น |
| 2. ให้ความรู้ คำแนะนำ และสอนสาธิต เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังทำผ่าตัด | <p>- ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และการปฏิบัติตัวเมื่อมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>- ให้ความรู้ และสอนสาธิต เรื่องการทำความสะอาดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และผิวหนังโดยรอบ</p> <p>- ให้ความรู้ และสอนสาธิต เรื่องการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายทางหน้าท้อง</p> <p>- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับ ชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เสริมที่ใช้กับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>- ให้ความรู้การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย</p> | 2. หลังการผ่าตัดให้ความรู้ คำแนะนำ และสอนสาธิต เรื่องการทำความสะอาดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และผิวหนังโดยรอบ ให้กับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว |
| | | 3. หลังทำผ่าตัด ให้ความรู้ คำแนะนำ และสอนสาธิต คำแนะนำ เรื่องการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายทางหน้าท้อง เพื่อผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว สามารถเปลี่ยนถุงรองรับสิ่ง |

| จากการทบทวน วรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทยพยาบาลออสโตมี |
|-------------------------|--|--|
| | <p>-ให้ความรู้ช่วงเวลาในการเปลี่ยนที่เหมาะสม ระยะเวลาในการเปลี่ยนที่เหมาะสม</p> <p>- ให้ความรู้เกี่ยวกับการวัดขนาดของถุงหรือแป้น</p> <p>- ให้ความรู้การทำความสะอาดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และถุงรองรับสิ่งขับถ่าย</p> <p>- ให้ความรู้เกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน</p> <p>- ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเมื่อมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>- ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย</p> <p>- ให้ความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์</p> <p>- ให้ความรู้เรื่องอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังทำผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องรวมถึงการดูแลเบื้องต้น</p> <p>- ให้ความรู้ คำแนะนำ กับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว ในการป้องกันผิวหนังจากการถูกทำลายเมื่อสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่ง/สิ่งขับถ่าย</p> <p>- ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เกี่ยวกับการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนังโดยรอบช่องเปิดลำไส้</p> <p>- ให้ความรู้การป้องกันการบาดเจ็บของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนัง</p> | <p>ขับถ่ายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น ชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เสริมที่ใช้กับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย, ช่วงเวลาในการเปลี่ยนที่เหมาะสม, ระยะเวลาในการเปลี่ยนที่เหมาะสม, การวัดขนาดของถุงหรือแป้น, การทำความสะอาดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และถุงรองรับสิ่งขับถ่าย</p> <p>4. หลังทำผ่าตัด ให้ความรู้ คำแนะนำ กับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว ในการป้องกันผิวหนังจากการถูกทำลายเมื่อสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่ง/สิ่งขับถ่าย, การป้องกันการบาดเจ็บของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนังโดยรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง, การป้องกันการแพ้ผลิตภัณฑ์</p> <p>5. หลังทำผ่าตัด ให้ความรู้และ คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องสามารถ</p> |

| จากการทบทวนวรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|---|--|--|
| | <p>โดยรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้ในการป้องกันการแพ้ของผลิตภัณฑ์ - ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เกี่ยวกับการป้องกันภาวะท้องผูก, ภาวะท้องเดิน, ภาวะขาดน้ำ, ภาวะไส้เลื่อน  <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p> | <p>ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่น การรับประทานอาหาร , การควบคุมกลิ่นแก๊ส, การออกกำลังกาย และการมีเพศสัมพันธ์</p> <p>6. หลังทำผ่าตัด ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เกี่ยวกับการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนังโดยรอบช่องเปิดลำไส้ เช่น ภาวะลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis), ภาวะเลือดออก (Stomal bleeding), ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal Prolapse), ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (Irritant dermatitis)</p> <p>7. หลังทำผ่าตัด ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เกี่ยวกับการป้องกันภาวะท้องผูก, ภาวะท้องเดิน, ภาวะขาดน้ำ, ภาวะไส้เลื่อน</p> |
| 3. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | - ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | 8. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับ |

| จากการทบทวน วรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|--|--|---|
| | <p>หลังจากจำหน่ายกลับบ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับระบบช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม - ให้คำปรึกษาโดยผ่านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบท และความต้องการของผู้ป่วย เช่น การใช้ Line การใช้โทรศัพท์ ให้การให้คำปรึกษา - ประเมินผลการให้ความรู้ การสอน และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว - นำผลการประเมินที่ได้มาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ | <p>การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>หลังจากจำหน่ายกลับบ้าน</p> <p>9. ให้คำปรึกษาโดยผ่านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบท และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>10. ประเมินผลการให้ความรู้ การสอนและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว และนำผลการประเมินที่ได้มาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล</p> |
| <p>4. ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>5. เป็นผู้นิเทศและสอนให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - เป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แก่หน่วยงานต่างๆ ที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล - เป็นผู้นิเทศและสอนนักศึกษาพยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - เป็นผู้นิเทศและสอนพยาบาลวิชาชีพผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง/อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แผลและ | <p>11. ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>12. เป็นวิทยากรให้ความรู้ คำแนะนำ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แก่หน่วยงานต่างๆ ที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล</p> <p>13. เป็นผู้นิเทศและสอนนักศึกษาพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพ</p> |

| จากการทบทวน วรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|-------------------------|--|---|
| | <p>ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดโครงการฝึกอบรมความรู้เพื่อเสริมความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง - การเป็นวิทยากร ทำให้เราเกิดการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ | <p>ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขากการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้</p> <p>14. จัดโครงการฝึกอบรมความรู้เพื่อเสริมความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง</p> |

3. บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 7 ข้อ

| จากการทบทวน วรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|--|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง 2. วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง 3. ส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | <ul style="list-style-type: none"> - เก็บรวบรวมข้อมูลสถิติที่มีเกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้องรายใหม่ - เก็บรวบรวมข้อมูลสถิติเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - เก็บรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหา - นำข้อมูลที่ได้มาหาวิธีในการแก้ไขปัญหา - นำข้อมูลที่ได้มาสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | <ol style="list-style-type: none"> 1. เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้เปิดทางหน้าท้องรายใหม่ ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และนำข้อมูลที่ได้มาศึกษา 2. นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางการป้องกันการแก้ปัญหา และสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการให้การ |

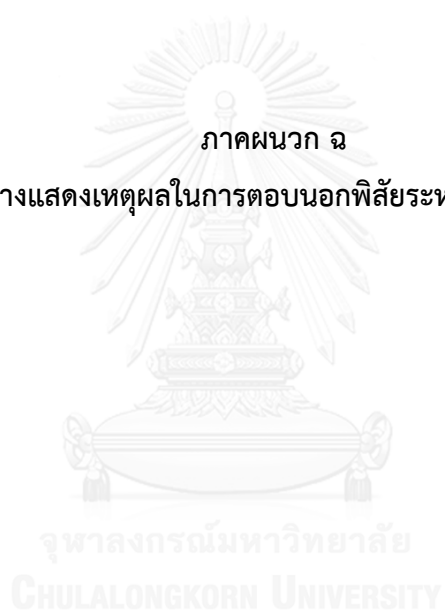
| จากการทบทวน วรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|-------------------------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้นั้น จะต้องนำมาพิจารณาก่อนว่า เหมาะสมกับผู้ป่วยจริงๆ หรือนำมาปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย - หลังการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ควรมีการประเมินผลหลังการใช้ด้วย - การประเมินหลังการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ทำให้ทราบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้นั้นมีประสิทธิภาพที่ดี | <p>พยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>3. วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>4. ประเมินผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> - การทำวิจัยในปัจจุบันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องมีค่อนข้างน้อย เนื่องจากภาระงานมาก และไม่มีที่ปรึกษาในการทำวิจัย - ผลการวิจัยที่ได้ ควรนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - มีการนำงานวิจัยใหม่ๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีออสโตมี - เมื่อเรามีการเก็บข้อมูล สามารถนำมาทำเป็นผลงานวิจัย หรือนำมาคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ หรือวิธีการดูแลต่างๆ ขึ้นมาใหม่ได้ - การทำวิจัยเป็นการตอบปัญหา และสามารถนำผลการวิจัยนั้นมาใช้ได้ - นำผลการวิจัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ | <p>5. ส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง นำมาใช้ในการพัฒนาการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> |

| จากการทบทวน วรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|---|---|--|
| | <p>มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่วนใหญ่ถ้าไม่ได้ทำวิจัยเอง ก็จะมีส่วนร่วมในการวิจัยแทน - สนับสนุนการทำวิจัยทางการพยาบาล <p>ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการส่งเสริมให้มีการทำวิจัย <p>เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องเพิ่มมากขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำวิจัยเพื่อพัฒนางานการพยาบาล - หยิบเอางานประจำมาทำให้เป็นงานวิจัย - ติดตามการนำผลการวิจัยมาปรับปรุงการบริการพยาบาล | |
| <p>4. เป็นผู้นำในการจัดการความรู้เกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ควรเป็นผู้ที่มีการจัดการความรู้ที่ดี เพื่อนำความรู้ที่ได้มาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - นำข้อมูล/ความรู้ที่ได้ มาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง - เผยแพร่ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ดีให้ได้แก่หน่วยงานอื่น - มีการนำเสนอผลงาน เผยแพร่แนวปฏิบัติที่ดี หรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องให้กับหน่วยงานภายในและภายนอกองค์กร - การนำความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิง | <p>6. เป็นผู้นำในการจัดการความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>7. เผยแพร่แนวปฏิบัติที่ดีจากหลักฐานทางวิชาการ/การวิจัย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร</p> |

| จากการทบทวน วรรณกรรม | จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ | บทบาทพยาบาลออสโตมี |
|-------------------------|---|--------------------|
| | <p>ประจักษ์มาปรับใช้ และทำเป็นแนวปฏิบัติเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง</p> <p>- ทำวิจัยเผยแพร่ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล และนำผลการวิจัยสู่การปฏิบัติ</p> | |



ภาคผนวก ฉ
ตารางแสดงเหตุผลในการตอบนอกพัลียระหว่างควอไทล์



ตารางแสดงผลในการตบนอกพิสัยระหว่างคอไทร์

| ข้อ | รายการ | เหตุผล |
|------------------------------------|---|---|
| 1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล | | |
| 1.1 | ซักประวัติผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เกี่ยวกับอาการสำคัญ ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ความเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ประวัติส่วนตัว และประวัติอื่นๆที่เกี่ยวข้อง | -การซักประวัติเกี่ยวกับอาการและอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้จะเป็นปฏิบัติบทบาทนี้อยู่แล้ว พยาบาลควรเน้นในการซักประวัติอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (3) -ประวัติผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งได้จากข้อมูล การตรวจของแพทย์ผู้รักษาอยู่แล้วซึ่ง สามารถศึกษาข้อมูลจากหน้าปาย ก่อนพบผู้ป่วย จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องไปซักประวัติซ้ำกับแพทย์อีก อาจเป็นการเสียเวลา และรบกวนผู้ป่วยในการตอบคำถามซ้ำๆ (17) |
| 1.2 | ประเมินความรู้ เกี่ยวกับเรื่องโรคและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องและครอบครัว | -การประเมินความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาที่มีความซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยการประสานงานระหว่าง ทีมแพทย์ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย (1) |
| 1.5 | แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วย การเตรียมความสะอาดของลำไส้ตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การรับประทานยาระบาย การสวนอุจจาระ ชนิดและลักษณะของอาหารที่ต้องรับประทานหรือที่ควรงด ก่อนวันผ่าตัด รวมทั้ง การฝึกการหายใจ (Deep breathing exercise) เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด เช่น ปอดอักเสบและถุงลมในปอดแฟบ | -เป็นหน้าที่ของแพทย์ และพยาบาลในหอผู้ป่วย ไม่ใช่หน้าที่พยาบาลออสโตมี (3) |

| ข้อ | รายการ | เหตุผล |
|--|---|---|
| 1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ) | | |
| 1.6 | กำหนดตำแหน่งที่เหมาะสมของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma siting) ให้กับผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลสำคัญ คือ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของลำไส้เปิด ขนาดและลักษณะหน้าท้อง ของผู้ป่วย รวมทั้งความสามารถในการมองเห็นตำแหน่งของลำไส้เปิดทางหน้าท้องและความสามารถในการใช้มือ 2 ข้างของผู้ป่วย ในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | -ส่วนใหญ่แพทย์จะเป็นผู้กำหนดตำแหน่งของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (20) |
| 1.9 | ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณลำไส้เปิดและผิวหนังรอบลำไส้เปิดที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว เช่น ภาวะไส้เลื่อน (Parastomal hernia) และภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal Prolapse) | -การป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้ต้องเริ่มตั้งแต่ศัลยแพทย์ พยาบาลออสโตมี ไม่มีบทบาทในการป้องกันภาวะ Parastomal hernia หรือ Stomal Prolapse แต่พยาบาลออสโตมีมีบทบาทในกรณีที่เกิด Complication แล้ว (3) |
| 1.10 | บันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดง ลักษณะของลำไส้เปิดทางหน้าท้องหลังทำผ่าตัดการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับ และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล | -การบันทึกควรมีการระบุช่วงระยะเวลาหลังทำผ่าตัด (5) -การบันทึกเป็นสิ่งสำคัญนอกจากเป็นการสื่อสารกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพแล้ว ยังมีประเด็นทางกฎหมายที่สามารถอธิบายด้วยการบันทึกทางการพยาบาล (8) -ทำให้ทราบข้อมูลของผู้ป่วยที่แท้จริงทุกครั้งที่ให้การพยาบาล และเป็นการส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลออสโตมีที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีผลทางกฎหมาย (9) |

| ข้อ | รายการ | เหตุผล |
|--|---|--|
| 1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ) | | |
| 1.10 | <p>บันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดง ลักษณะของลำไส้เปิดทางหน้าท้องหลังทำผ่าตัดการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับ และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)</p> | <p>-มีความสำคัญเพราะเป็นกระบวนการทางการพยาบาล และเป็นบทบาทของพยาบาลออสโตมี (11)</p> <p>-การปฏิบัติการพยาบาลตามอาการและอาการแสดงควรได้รับการบันทึกเป็นหลักฐานที่สามารถนำมาทบทวนภายหลังได้ ทำให้เห็นความสอดคล้องระหว่างอาการและอาการแสดงกับการปฏิบัติการพยาบาล และการใช้อุปกรณ์หรือผลิตภัณฑ์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง (14)</p> <p>-การบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าผู้ให้บริการจะเป็นใคร (16)</p> <p>-มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลออสโตมีจะต้องมีความรู้ในการบันทึกที่ถูกต้อง ตามองค์ความรู้ของสาขาที่เชี่ยวชาญ มีการบันทึกอย่างมีคุณภาพ กระชับ ชัดเจน เพื่อสื่อสารให้ทีมสุขภาพอ่านแล้วเข้าใจ (17)</p> |
| 1.17 | <p>ประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง รวมถึงติดตามประเมินผลหลังการจำหน่าย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> | <p>-เนื่องจากทางโรงพยาบาลไม่มีระบบส่งต่อ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีปัญหาที่คิดว่าควรมีการติดตาม จะนัดมาพบพยาบาลเฉพาะทาง (6)</p> |

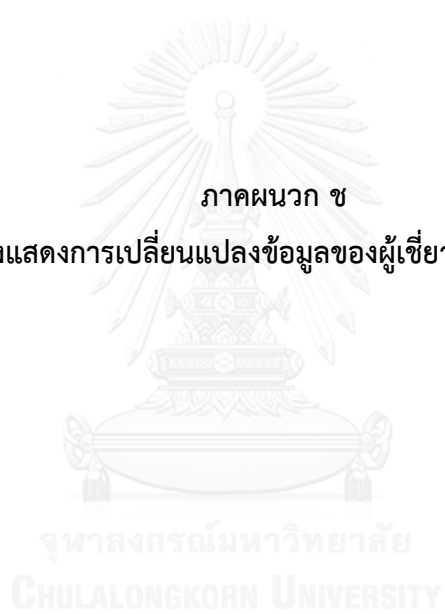
| ข้อ | รายการ | เหตุผล |
|---|---|---|
| 2.บทบาทผู้สอนและผู้ให้คำปรึกษา (ต่อ) | | |
| 2.8 | ให้คำปรึกษาโดยผ่านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบท และความต้องการของผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และครอบครัวที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | -การขอคำปรึกษาของผู้ป่วยมักจะไม่ค่อยมีขอบเขตหรือเวลาเป็นตัวกำหนด เพราะเมื่อเผชิญปัญหาต้องการวิธีการแก้ไขปัญหาทันที เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว บางครั้งรบกวนเวลาส่วนตัวของพยาบาลออสโตมี (5) |
| 3.บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ | | |
| 3.1 | เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องรายใหม่ ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | -การเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะแทรกซ้อน อาจให้เวชระเบียนเป็นคนที่ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้ และรายงานผลสถิติเป็นรายปี โดยต้องเก็บข้อมูลตามที่พยาบาลออสโตมีระบุ (5) |
| 3.2 | นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางการป้องกันการแก้ปัญหา และสร้างองค์ความรู้ใหม่และนวัตกรรมใหม่ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | -ภาวะแทรกซ้อนบางอย่างไม่สามารถแก้ไขได้ เพราะมีข้อจำกัด เช่นเดียวกับแพทย์ในเรื่องหลังผ่าตัด แล้วกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้องไม่เหมาะสม แต่ไม่สามารถผ่าตัดแก้ไขได้ แม้จะมีปัญหาในการดูแลและเปลี่ยนแปลง (5) |
| 3.3 | ศึกษาและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | -ควรส่งเสริมให้พยาบาลออสโตมี มีการทำวิจัยมากขึ้น ในเรื่องการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ไม่ซับซ้อน -พยาบาลออสโตมี ที่ไม่ได้จบปริญญาโท มีข้อจำกัดทางการศึกษา อาจจะแค่คิดได้แต่ไม่สามารถทำวิจัยได้ เพราะขาดทักษะและไม่มีผู้ให้คำแนะนำในการอ่านวิจัย (5) |

| ข้อ | รายการ | เหตุผล |
|---|---|--|
| 3.บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ) | | |
| 3.4 | ประเมินผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | <p>-การประเมินผลจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ได้ถึงปัญหา ข้อดี ข้อเสีย ซึ่งสามารถนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้ (1)</p> <p>-EBP ส่วนใหญ่มักจะพัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านนั้นๆ ดังนั้นความจะให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยในการประเมินผลการใช้ด้วย หรือเป็นที่ปรึกษาในการประเมิน (6)</p> <p>-การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้กับผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการประเมินผล เพื่อคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (8)</p> <p>-การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ควรต้องมีการประเมินผลว่าเหมาะสมสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยในแต่ละราย หรืออาจต้องหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน ใหม่ๆ มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื่อยๆ (9)</p> <p>-เป็นบทบาทพยาบาลออสโตมีที่จะนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องสามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสม (11)</p> <p>-มีการนำมาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยบ้าง แต่ยังไม่ค่อยเป็นระบบที่ชัดเจน (12)</p> <p>-หลักฐานเชิงประจักษ์บางเรื่องอาจไม่เหมาะสมกับบริบทของทุกหน่วยงาน หรือหากนำมาใช้อย่างไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ อาจไม่ได้ผลตามที่ศึกษาไว้เนื่องจากปัจจัยที่แตกต่างกัน (14)</p> |

| ข้อ | รายการ | เหตุผล |
|---|---|--|
| 3.บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ) | | |
| 3.4 | ประเมินผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (ต่อ) | <p>-หลักฐานเชิงประจักษ์หรือข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงที่สามารถนำมาแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา ข้อมูลที่ไม่ได้เห็นเอง อาจจะผ่านการตีความ อาจจะไม่เที่ยงตรง ซึ่งจะนำมาเป็นข้อมูลที่ใช้พัฒนา อาจจะไม่สามารถแก้ปัญหามาได้ตรงประเด็น หลักฐานเชิงประจักษ์ อาจเป็นสิ่งที่มองเห็นด้วยตาจากสิ่งนั้นๆ โดยตรง หรืออาจถ่ายทอดด้วยสื่อ เช่น การถ่ายรูป (16)</p> <p>-การประเมินผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีความจำเป็นอย่างยิ่งว่า องค์ความรู้ที่นำมาใช้เหมาะสมกับงานที่ทำหรือไม่ เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ (17)</p> <p>-การประเมินผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นสิ่งที่พยาบาลออสโตมีควรมีบทบาทนี้มากที่สุด เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้เป็นหลักฐานที่น่าเชื่อถือ สามารถนำมาพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องให้ทันสมัยและเป็นที่ยอมรับ ซึ่งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ต้องมีการประเมินผลว่าใช้ถูกต้องและเหมาะสม (18)</p> |
| 3.5 | ส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิจัย การพัฒนาการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | <p>-การสนับสนุนการทำวิจัยบางครั้ง ไม่ตรงกับความสนใจของผู้ทำวิจัย (5)</p> <p>-การสนับสนุนให้เวลาในการทำวิจัยมากขึ้น (11)</p> <p>-มีการส่งเสริมเชิงนโยบาย แต่ในทางปฏิบัติยังไม่ค่อยมีการทำวิจัยมากนัก อาจจะต้องอาศัยปัจจัยหลายด้านในการสร้างให้เกิดงานวิจัย (12)</p> |

| ข้อ | รายการ | เหตุผล |
|---|---|---|
| 3.บทบาทผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ) | | |
| 3.5 | ส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิจัย การพัฒนาการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (ต่อ) | -การทำวิจัยเป็นบทบาทที่รองมาจากด้านการบริการพยาบาลและการศึกษา (19) |
| 3.6 | เป็นผู้นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการจัดการความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง | -ยังเป็นการลงไปศึกษาและพัฒนาความรู้ความสามารถโดยการรวบรวม การจัดการความรู้ตามระบบการอบรม พัฒนาของทางโรงพยาบาล ซึ่งในอนาคตน่าจะมีการพัฒนาความรู้ทางด้านวิชาการเพิ่มมากขึ้น (12) |
| 3.7 | เผยแพร่แนวปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานทางวิชาการ/การวิจัย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องทั้งภายใน/นอกองค์กร | -เนื่องจากในองค์กรยังไม่มีวิจัยเผยแพร่โดยพยาบาลออสโตมีขององค์กร (5) -กำลังเริ่มศึกษาในด้านการวิจัย เนื่องจากศักยภาพของพยาบาลออสโตมีที่จบปริญญาโท และมีความรู้ความสามารถในดำเนินงานวิจัยยังมีจำนวนน้อย (12) |

ภาคผนวก ข
ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3



ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

| ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่) | จำนวนคำตอบที่เปลี่ยนแปลง(ข้อ) | ร้อยละ |
|----------------------|-------------------------------|---------------|
| 1 | 1 | 2.70 |
| 2 | 15 | 40.54 |
| 3 | 3 | 8.10 |
| 4 | 10 | 27.02 |
| 5 | 4 | 10.81 |
| 6 | 1 | 2.70 |
| 7 | 35 | 94.59 |
| 8 | 1 | 2.70 |
| 9 | 0 | 0.00 |
| 10 | 4 | 10.81 |
| 11 | 0 | 0.00 |
| 12 | 15 | 40.54 |
| 13 | 0 | 0.00 |
| 14 | 1 | 2.70 |
| 15 | 2 | 5.40 |
| 16 | 0 | 0.00 |
| 17 | 1 | 2.70 |
| 18 | 0 | 0.00 |
| 19 | 7 | 18.91 |
| 20 | 0 | 0.00 |
| รวม | 100 | 270.22 |
| ค่าเฉลี่ย | 5 | 13.51 |

คำนวณค่าความเปลี่ยนแปลงของความน่าจะเป็นทั้งหมด 37 ข้อ จากผู้เชี่ยวชาญ 20 คน ได้ดังนี้

$$\begin{aligned}
 &= \frac{\text{จำนวนข้อที่เปลี่ยนแปลง} \times 100}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด} \times \text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}} \\
 &= \frac{100 \times 100}{37 \times 20} \\
 &= \frac{10000}{740} \\
 &= 13.51
 \end{aligned}$$



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวธัญชนก วงศ์ตะวัน เกิดเมื่อวันที่ 3 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2523 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ. 2544 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2556

ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 หอผู้ป่วยภูมิสิริมิ่งคลานุสรณ์ ชั้น 15 โซน C (จกกลงนี้ วัฒนวงศ์ ชั้น 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

