

กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม

Nursing Care for Colorectal Cancer Patients with Colostomy

วันดี สำราญราชภู¹

Wandee Somranraj¹

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย การผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy) เป็นวิธีการรักษาร่วมกับการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีอื่น ซึ่งเป็นวิธีการรักษาเพื่อช่วยระบายอุจจาระผ่านทางหน้าท้อง อย่างไรก็ตามบุคคลที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมมีผลกระทบต่ออาการอย่างรุนแรง ร่วมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสิ่งกังวลหวั่นใยมากมาย จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน

ในปัจจุบันมีความยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะโรคร่วมที่จำเป็นต้องได้รับการควบคุมให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลมาจากโรคร่วมนี้ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการบูรณาการแนวทางการจัดการตนเองของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ตามแนวคิด ERAS program ในการผ่าตัดทวารเทียมนั้น ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมความพร้อมเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยและสามารถดูแลตนเอง เมื่อมีทวารเทียมและโรคร่วมได้ ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมและมีโรคร่วมนี้คือช่วยจัดการกับความยุ่งยากซับซ้อนของโรค การรักษา และผู้ป่วยสามารถวางแผนกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ยอมรับทวารเทียม และการเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : ทวารเทียม, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, การพยาบาล, โรคร่วม

¹ โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

¹ Samutprakarn Hospital, Samutprakarn Province

Abstract

Colorectal cancer is a major public health problem and known as a top cause of death globally, including Thailand. A colostomy is procedures may be done as part of treatment to help drainage of feces. The patients who underwent colostomy have a serious impact on their self-image and affect the quality of life in all aspects.

Some patients have comorbidity when they were diagnosed with cancer. The operative of colostomy needs to be monitored for the safety from complications and comorbid conditions. Nurses who provide care for these patients need the knowledge, skills and expertise to integrate self-management concepts into patients and their caregivers with the nursing process according to the ERAS program in colostomy surgery. It allows pre-operative patients get well prepared to undergo surgery safely and comorbid disease. The study indicated that the role of nurses can provide care to patients with colorectal cancer who have had colostomy surgery with the complexity

Keywords: Colostomy, Colorectal cancer, Nursing care, Comorbidity

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ.2559 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย รองจากมะเร็งตับและอันดับที่ 3 ในเพศหญิงรองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มีความก้าวหน้าและมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับระยะการเป็นโรค การกระจายของโรค และสภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีรวมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสรอดชีวิตนานกว่า 5 ปี มีจำนวนมากขึ้น การผ่าตัดในผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหากก้อนมะเร็งอยู่ใกล้หูรูดทวารหนัก ศัลยแพทย์จำเป็นต้องยกลำไส้ขึ้นมาเปิดที่หน้าท้องเป็นทวารเทียม (Colostomy) เพื่อระบายอุจจาระเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดนี้เป็นวิธีการรักษาที่ดี การผ่าตัด บางชนิดก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนได้ อย่างไรก็ตามด้วยวิธีการรักษาดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผลกระทบของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องเท่าที่พบ คือ การสูญเสียภาพลักษณ์ และการใช้ชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป ความกังวลในเรื่องกลิ่นอุจจาระ การแต่งกาย การเดินทาง ภาวะท้องผูก ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ความเหนื่อยล้า วิตกกังวลเกี่ยวกับเสียงผายลม และภาวะซึมเศร้า

ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร การขับถ่ายการออกกำลังกาย และการใช้ชีวิตในสังคม เป็นต้น (Kittinouvarat, 2014)

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อป้องกันและช่วยลดผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับการผ่าตัดนั้นหายจากโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจนฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว สามารถกลับไปดำรงบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัวและสังคมได้ตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ต้องได้รับการผ่าตัดทวารเทียมบางราย มีภาวะโรคร่วม ได้แก่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติก่อนทำการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อ เลือดออกง่าย และภาวะสมองขาดเลือด (Alexander, David, Paul, Patrica, & Liliana, 2014) หากผู้ป่วยได้รับการเตรียมร่างกายและจิตใจก่อนรับการผ่าตัดเป็นอย่างดี ก็จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ (ชนุตพร รัตนมงคล, ศิริอร สีนธู, ทิพา ต่อสกุลแก้ว และเชิดศักดิ์ ไธรมณิรัตน์, 2559)

ในปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้นเนื่องจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันกำหนดแผนการดูแลรักษาโดยการนำ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program (Wilmore & Kehlet, 2001) มาใช้ในการดูแล ซึ่งพบว่าระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง ลดค่าใช้จ่าย และลดระยะเวลาในการรอเตียง ERAS program ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การวางแผน การประเมิน การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการรับการรักษาในโรงพยาบาล 2) การลดความตึงเครียดทางกาย 3) การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด และการดูแลหลังการผ่าตัด และ 4) การเคลื่อนไหวร่างกายและลุกเดินโดยเร็วหลังการผ่าตัด ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการนำโปรแกรม ERAS ไปใช้ในทางปฏิบัติ ส่วนสำคัญคือการทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลในแต่ละวันจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน นั่นคือบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมก่อนผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจมีความสำคัญอย่างมาก ซึ่งจำเป็นต้องมีการนำโปรแกรม ERAS มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม โดยการควบคุมอาการและอาการแสดงของโรคร่วมก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอด โรคหัวใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการทำงานของหัวใจ และระบบไหลเวียนเลือดอย่างรวดเร็วในขณะดมยาสลบได้ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหรือผู้ป่วยขาดความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัด อาจจะมีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบการไหลเวียนเลือดในร่างกาย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวช้าลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นและระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้นเช่นกันในส่วนของการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยมีความสำคัญเช่นเดียวกัน เนื่องจากการผ่าตัดทวารเทียมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมพร้อมทางด้านจิตใจที่จะเผชิญกับภาพลักษณ์ของตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น อาจจะมีผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายเช่นกัน นั่นคือบทบาทของพยาบาลที่จะปรับกลยุทธ์ในการ

เตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดด้วยวิธีการสอนและการฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เพื่อพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญความจริงและปรับตัวให้เข้ากับร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ (สราวุฒิ สีถาน, 2560)

จากสถิติของโรงพยาบาลสมุทรปราการระหว่างปี พ.ศ.2558-2560 พบผู้ป่วยที่มีมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีโรคร่วม ร้อยละ 22.1, 20.6 และ 18.0 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม ร้อยละ 3.2, 3.1 และ 3.6 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสมุทรปราการ, 2560) ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีความรู้ ความชำนาญในการพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติในการดูแลตนเอง และส่งเสริมกำลังใจกับผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (บุศรา ชัยทัศน์, 2559) รวมถึงการวางแผนจำหน่ายร่วมกับพยาบาลเฉพาะทางทวารเทียม และติดตามผู้ป่วยกระทั่งกลับมาพบแพทย์ในช่วงระหว่าง 2-4 สัปดาห์ ภายหลังกลับบ้าน (Vonk-Klaassen, Vocht, Ouden, Eddes, & Schuurmans., 2016) โดยผู้ป่วยที่ได้เข้าโปรแกรมการดูแลจากพยาบาลเฉพาะทาง มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำตึกรักษาทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Vonk-Klaassen et al., 2016)

ในการศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้ จะนำเสนอการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วม ได้แก่โรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการ งานผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม เป็นการพยาบาล ตามโปรแกรม ERAS ในการผ่าตัดทวารเทียม เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ร่วมกับแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ของ Lorig and Holman (2003) ในการจัดการโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เชื่อว่าบุคคลจะต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการสร้างสุขนิสัยที่ดี ไม่มีใครสามารถปรับแต่งพฤติกรรมของคนอื่นได้นอกจากตัวบุคคลนั่นเอง โดยพยาบาลมีบทบาทกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจเพื่อเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง รวมทั้งบุคคลสามารถที่จะจัดการตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง (อารีย์ เสนีย์, 2557)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการประยุกต์กระบวนการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องและมีโรคร่วมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

การคัดเลือกกรณีศึกษา

ผู้ศึกษาได้คัดเลือกกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีภาวะโรคร่วม คือโรคเบาหวาน และได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในอยู่ในระดับปกติก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและภายหลังการผ่าตัด

ระยะเวลาของการศึกษา 2 เดือนระหว่าง 3 มกราคม ถึง 9 มีนาคม ปี พ.ศ. 2561

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับดังนี้

1. พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล แบบบันทึกทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้และข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง และการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ตลอดจนปรึกษาพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่าง ๆ

2. ผู้ศึกษาติดต่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา และการดำเนินการศึกษาให้ฟังพอสังเขป โดยเพิ่มเติมรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการศึกษา และการรักษาความลับของผู้ป่วย

3. ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยแล้วให้การพยาบาลด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องและมีโรคร่วมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

- 3.1. การประเมินภาวะสุขภาพ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกาย การซักประวัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทั่วไปด้วย 11 แบบแผนของกอร์ดอน และการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัดทวารเทียม ร่วมกับการประเมินสภาพจิตใจ ความรู้สึก ซึ่งมีผลสำคัญต่อความสามารถในการเรียนรู้ การปรับตัวเพื่อรับความเปลี่ยนแปลงและความเครียด รวมทั้งการประเมินสภาพครอบครัวและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อ การควบคุมโรคเบาหวานที่สัมพันธ์กับผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงความรู้ การสื่อสาร และการจัดการอาการด้วยตนเองในอดีต

- 3.2. ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

- 3.3. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ประกอบด้วย การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียมตามโปรแกรม ERAS การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

การจัดการทางด้านอารมณ์ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยติดตามตัวแปรสุขภาพ คือ ค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย (BMI: Body Mass Index) และระดับน้ำตาลในเลือด เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และมีความพร้อมต่อการผ่าตัดทวารเทียม ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามสภาพตามความเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา

3.4. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพร้อมทั้งสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

4. วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลการศึกษา

ผลการศึกษา

การศึกษาในกรณีศึกษาครั้งนี้ ขอนำเสนอผลการศึกษาตามขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ พบว่ากรณีศึกษา ชายไทย อายุ 53 ปี น้ำหนัก 80 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 25.24 กิโลกรัม/ ตารางเซนติเมตร สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง อาชีพค้าขายที่บ้าน อาศัยอยู่กับภรรยาสองคน ที่อยู่ปัจจุบันจังหวัดสมุทรปราการ มาโรงพยาบาลด้วยอาการถ่ายเป็นเลือดสดก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน

ผู้ป่วยมีประวัติท้องผูกเป็นประจำ รับการรักษาริดสีดวงทวารด้วยการรับประทานยาระบายและเหน็บยา เมื่อ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสดผสมกากเล็กน้อย แต่ไม่พบก้อนที่บริเวณทวารหนัก ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รับประทานยารักษาต่อเนื่อง Glibenclamide (5mg.) 2 เม็ดก่อนอาหารเช้า รับประทานอาหารไม่ตรงเวลาไม่ค่อยออกกำลังกายเพราะคิดว่าป่วยเป็นเบาหวาน ไม่ควรทำกิจกรรมมาก

สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท

การตรวจร่างกายพบ ภาวะซีดเล็กน้อย น้ำหนักเกินและมีภาวะเสี่ยงต่อทุพโภชนาการ ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ 256 mg/dl ระดับไขมันในเลือด Total cholesterol 289 mg/dl, Triglyceride 202 mg/dl. ตรวจทวารหนัก พบ Mass at posterior rectum size 2 cm.

ผลการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT scan of whole abdomen ร่วมกับการตรวจทวารหนักผ่านทางกล้อง Colonoscopy with Biopsy พบก้อนเนื้อ rectal mass ขนาด 2.9 เซนติเมตร มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขนาด 0.2 เซนติเมตร บริเวณใกล้เคียง ไม่พบลำไส้อุดตัน กระเพาะอาหาร ตับ และลำไส้เล็กปกติ ผลชิ้นเนื้อพบ Adenocarcinoma, well differentiated.

สรุปการวินิจฉัยโรค: Carcinoma of Lower Rectum with Non-insulin-dependent diabetes mellitus type 2 at without complication, primary hypertension, disorder of lipoprotein metabolism แพทย์กำหนดการรักษาโดยการผ่าตัด Exploratory laparotomy with abdominoperineal resection (APR) พร้อมกับการควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด และควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ จากการพูดคุยซักถาม ผู้ป่วยและครอบครัวมีท่าทีกังวลใจเกี่ยวกับการผ่าตัดและ

การดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัดและมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ระดับความเครียด (Stress Test 5) ของ กรมสุขภาพจิต เท่ากับ 10 คะแนน แพทย์นัดผ่าตัดในอีก 1 เดือน ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ใน โรงพยาบาล 9 วัน และนัดตรวจ 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย แผลผ่าตัดแห้งดี มีภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนัง รอบทวารเทียมเนื่องจากแพ้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย ภรรยาเป็นผู้ทำความสะอาดทวารเทียมให้ โดยที่ผู้ป่วยไม่กลัมองแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและไม่ยอมสัมผัสทวารเทียม ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ โรคเบาหวาน สามารถจัดการโรคได้ดี

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการ ดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมกระบวนการ 6 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด ระยะ หลังผ่าตัด ระยะการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ระยะการมาตรวจตามนัด และระยะการดูแลต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยผู้ศึกษาจึงได้นำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแล ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทวารเทียมทั้งผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม ในระยะก่อนผ่าตัด และระยะการมาตรวจ ตามนัด รายละเอียดดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัดและมีทวารเทียมทางหน้าท้อง
2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงในระหว่าง และภายหลังการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะการมาตรวจตามนัด

3. มีภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมเนื่องจากแพ้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย
4. สูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ปฏิเสธการดูแลตนเอง

การวางแผนการพยาบาล

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดำเนินชีวิตภายหลังการ ผ่าตัดและมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ระดับความเครียด 10 คะแนน เท่ากับ เครียดมาก

O: แพทย์วางแผนการผ่าตัด Exploratory laparotomy with Abdominoperineal resection (APR)

: ผู้ป่วยและครอบครัวมีท่าทีกังวลใจเกี่ยวกับการผ่าตัด และการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัด และมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความเครียด ST-5 ของกรมสุขภาพจิตอยู่ในระดับเครียดน้อย

2. ผู้ป่วยและภรรยาที่มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

3. ยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การดูแลด้วยท่าที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือ

2. ให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดทวารเทียมโดยบูรณาการกระบวนการ ERAS program (Bryan & Dukes, 2010) มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดทวารเทียมแบบเย็บปิดรูทวารหนักและภายหลังการผ่าตัดจะมีท่อและสายต่าง ๆ ติดตัวผู้ป่วย ยาแก้ปวด ตำแหน่งของแผลผ่าตัดและทวารเทียม โดยกำหนดตำแหน่งทวารเทียมโดยการทำ Stoma siting ตำแหน่งบริเวณ Left Lower Quadrant (LLQ) และ Right Lower Quadrant (RLQ) บนกล้ามเนื้อ Rectus muscle การให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทวารเทียมและอุปกรณ์รองรับอุจจาระที่เหมาะสม การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด เพื่อไม่ให้มีสิ่งตกค้างลดแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายหลังผ่าตัดโดยเริ่มจากการรับประทานอาหารไม่มีกาก อาหารเหลวใส สารเกลือแร่ และยาระบายตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ (จุฬารประสิทธิ์, 2561)

2.2 อธิบายการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด การประเมินโดยใช้ Pain rating scale และการจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษา หากควบคุมความปวดได้ดี จะส่งผลให้การเคลื่อนไหว ลุกจากเตียงหลังผ่าตัดก็จะทำได้เร็ว

2.3 สอนสาธิตการบริหารการหายใจและการไอ (Deep breathing and cough exercise) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด ร่วมกับการใช้เครื่อง Spirometer (Tri-flow) ช่วยในการหายใจ โดยให้ปฏิบัติ 10 ครั้งทุกหนึ่งชั่วโมง

2.4 สอนสาธิตการบริหารขา (Leg exercise) เมื่อเริ่มรู้สึกตัวหลังผ่าตัดให้เริ่มทำทันทีเพื่อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น โดยปฏิบัติดังนี้ หมุนข้อเท้าวนด้านซ้าย วนด้านขวาสลับกัน กระดกข้อเท้าขึ้นลง และเกร็งขายืดขาเหยียดตรง ควรปฏิบัติ 4-5 ครั้ง ทุกครึ่งชั่วโมงในขณะที่ตื่น

2.5 สร้างความเข้าใจเพื่อส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด ควรปฏิบัติให้เร็วที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่มีข้อจำกัดในการลุกจากเตียงได้แก่ มีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 40 ครั้ง/นาที หรือ มากกว่า 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 35 ครั้ง/นาที เป็นระยะเวลานานกว่า 30 นาที ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า 200 มิลลิเมตรปรอท พยาบาลจะช่วยกระตุ้นการบริหารขา ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลุกนั่งเพื่อส่งเสริมการทำงานของปอด กระตุ้นให้เดินอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559)

2.6 อธิบายการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (Step diet) การเริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาที่เหมาะสมกับโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะได้รับการ

ประเมินการบริโภคอาหารและซักถามการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การผายลม อาการปวดแน่นท้อง และการเริ่มขับถ่ายอุจจาระทางทวารเทียม

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม เรื่อง ดูแลและทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัดและทวารเทียม ให้คู่มือ แนะนำอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับทวารเทียมที่หน้าท้อง ได้แก่ แป้นและถุงรองรับอุจจาระจะเป็นชนิดขึ้นเดียวซึ่งในระยะแรกจะใช้ถุงรองรับอุจจาระชนิดขึ้นเดียวใส เพื่อสังเกตลักษณะของทวารเทียม คือ มีสีชมพูแดง รูปร่างกลม อยู่เหนือผิวหนังประมาณ 2.5 เซนติเมตร และมีรอยไหมเย็บรอบทวารเทียม กับผิวหนัง โดย 2-3 วันแรกหลังผ่าตัดจะไม่มีอุจจาระ แนะนำวิธีการถ่ายเทของเสียออกจากถุงรองรับอุจจาระ การแต่งกาย อาหาร การออกกำลังกาย การเตรียมอุปกรณ์ กรรไกรตัดแป้นปิดหน้าท้อง น้ำยาทำความสะอาดถุงรองรับอุจจาระ (จุฬารักษ์ ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558) และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการสอนสาธิตการใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดทวารเทียมจากพยาบาลเฉพาะทางบาดแผลและทวารเทียมจนผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

ประเมินผลการพยาบาล ระดับความเครียด ST-5 เท่ากับ 5 คะแนน อยู่ในระดับเครียดน้อย ผู้ป่วยและภรรยาไม่มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงในระหว่างและภายหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยน้ำหนัก 80 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 25.24 กิโลกรัม/ ตารางเซนติเมตร ให้ประวัติรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่ค่อยออกกำลังกายเพราะคิดว่าป่วยเบาหวานไม่ควรทำกิจกรรมมาก สนใจและสอบถามเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ไขมันในเลือด และการดูแลให้ความดันโลหิตปกติก่อนผ่าตัด

O: ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ 256 mg/dl ระดับไขมันในเลือด Total cholesterol 289 mg/dl, Triglyceride 202 mg/dl. รับประทานยารักษาต่อเนื่อง Glibenclamide (5mg.) 2 เม็ด ก่อนอาหารเช้า ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ลดระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนผ่าตัด
2. ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนผ่าตัด
3. ผู้ป่วยปลอดภัยเข้ารับการผ่าตัดได้ตามกำหนด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 110 gm/dl.
2. ระดับ Total cholesterol น้อยกว่า 200 mg/dl
3. ระดับ Triglyceride น้อยกว่า 150 mg/dl.
4. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

5. ค่าประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึกตาม American Society of Anesthesiologists (ASA classification) (Agrawal., 2016) = 2

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ตามแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ตามแนวคิดของ Lorig and Holman (2003) ในการให้ความรู้ทางโภชนาการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล เกี่ยวกับทักษะ การจัดการอาหาร การลดน้ำหนัก การจัดการในเรื่องกิจกรรมแต่ละวัน การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการกับค่าน้ำตาลในเลือด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 อาหาร แนะนำผู้ป่วยให้ได้รับประทานอาหารหลัก 5 หมู่ให้ได้พลังงานและสารอาหารเพียงพอต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ไขมันในเลือด และควบคุมระดับความดันโลหิต โดยพยาบาลประสานนักกำหนดอาหารประจำโรงพยาบาล ร่วมวางแผนการให้ผู้ป่วยได้รับอาหารบำบัดโรคเมื่เริ่มกำหนดปริมาณพลังงานและสารอาหารหลักที่ร่างกายผู้ป่วยต้องการตามระยะของโรค โรคร่วม และการรักษาโรคเมื่เริ่ม โดยกำหนดให้พลังงาน 25-30 kcal/kg/d ให้โปรตีน 1-1.5 g/kg/d เป็นค่าเริ่มต้นในการวางแผนอาหารในผู้ป่วย ส่วนไขมันแนะนำ 0.7-1.9g/kg/d ในผู้ป่วยที่ตรวจพบภาวะดื้อต่ออินซูลิน มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยควรเลือกใช้น้ำมันที่มีส่วนประกอบของกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยวสูง เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก หรือกรดไขมันโอเมก้า 3 ที่ได้จากปลา เป็นต้น ส่วนการเลือกกรายการอาหารควรเลือกตามที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ภายใต้ข้อจำกัดการรับประทานอาหาร (อนุชตราวรรณเสวก, 2561) สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ก่อนผ่าตัดกำหนดให้ได้รับพลังงานจากอาหาร 2100 kcal/kg/d โปรตีน 70 g/kg/d ไขมัน 70 g/kg/d คาร์โบไฮเดรต 297 g/kg/d อาหารที่แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานก่อนการเตรียมลำไส้ก่อนเข้ารับการผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ อาหารที่ควรรับประทาน เช่น ขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด สังขยา น้ำอัดลม นมข้นหวาน อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดปริมาณ ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด แต่ควรระวังผักที่มีกากใยแข็งเนื่องจากผู้ป่วยมีเลือดออกทางทวารหนัก และเพื่อเตรียมลำไส้ให้สะอาดก่อนผ่าตัด และอาหารที่รับประทานได้แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว กวยเตี๋ยว ขนมปัง และอาหารบางอย่างต้องจำกัดจำนวน เช่น ผลไม้ต่าง ๆ มะม่วงสุก ½ ผล มะละกอสุก 8 ชิ้นพอดีคำ กลัวยน้ำว้า 1 ผล และควรหลีกเลี่ยงผลไม้กวน ผลไม้เชื่อม ผลไม้บรรจุกระป๋อง (อรปริยา บุปผาวลย์, 2558) ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา เหมาะกับโรค และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายตามคำแนะนำของแพทย์และนักกำหนดอาหาร และสัมพันธ์กับเวลาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายโดยคำนวณจากน้ำหนักตัว 80 กิโลกรัม x 30 มิลลิลิตร ผู้ป่วยควรได้รับน้ำวันละ 2,400 มิลลิลิตร

1.3 ออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต การออกกำลังกายในผู้ป่วยเมื่เริ่มที่อยู่รับการรักษาทุกประเภทช่วยกระตุ้นภาวะโภชนาการ กระตุ้นภูมิคุ้มกันโรค (Arends, Bachmann,

Baracos, Barthelemy, Bertz, Bozzetti, & Preiser, 2017) เน้นการกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต และส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยใช้แรงต้าน เพื่อดำรงความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่ใช้การออกกำลังกายตามสภาพของคนปกติ แต่เป็นการขยับเคลื่อนไหวร่างกายตามสภาพที่ผู้ป่วยพอทำได้ และไม่ก่อให้เกิดอันตราย เช่น การขยับนิ้วมือ ขยับหัวไหล่ ยกสิ่งของเบา ๆ ขยับปลายเท้า การยกและกางแขนขา กระดกปลายเท้า อย่างน้อยวันละ 20 นาที และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม เบาหวาน (อรปรียา บุปผาวัลย์, 2558)

1.4 อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) จะมีอาการ กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ชีพจรเร็ว รู้สึกตัวลดลง หมดสติ หรือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จะมีอาการใจสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ชีพจรช้า หิว กระวนกระวาย สับสน รู้สึกตัวลดลง อาจหมดสติ

1.5 รับประทานยาอินซูลินให้ถูกต้องตรงตามคำสั่งการรักษาของแพทย์โดยระดับน้ำตาลในเลือดควรอยู่ในเกณฑ์ 70-110 mg/dl

1.6 ติดตามประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึกตาม ASA classification (Agrawal., 2016) ก่อนผ่าตัด

ประเมินผลการพยาบาล ภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองกับผู้ป่วย 1 เดือนก่อนผ่าตัด พบว่า

1. ระดับน้ำตาลในเลือด 105 gm/dl.
2. ระดับ Total cholesterol 198 mg/dl
3. ระดับ Triglyceride น้อยกว่า 126 mg/dl.
4. ความดันโลหิต 135/80 mmHg.
5. ค่าประเมินความเสี่ยง ตาม American Society of Anesthesiologists (ASA classification) = 2

ระยะการมาตรวจตามนัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดการระคายเคืองที่ผิวหนังรอบทวารเทียมภายหลังการใช้อุปกรณ์รองรับการขับถ่ายเป็นเวลานาน

ข้อมูลสนับสนุน

S: End colostomy at LLQ, round shape red moist size 40 mm. moderate protruding, mucocutaneous suture line intact, peristomal skin excoriation, effluent เป็นอุจจาระเหลวสีดำ ครอบถุง colostomy transparent one-piece แผลผ่าตัดที่หน้าท้องแห้งดีดี แผลบริเวณฝีเย็บไม่มีมีภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมเนื่องจากแพ้อุปกรณ์รองรับขับถ่าย

O: ผู้ป่วยยังไม่ทำความสะอาดทวารเทียมด้วยตนเอง ให้ภรรยาเป็นผู้ทำความสะอาดทวารเทียม วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมจากการระคายเคืองต่าง ๆ เกณฑ์การประเมินผล ผิวหนังรอบทวารเทียมไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ผิวหนังอักเสบมีลักษณะเป็นผื่นแดง เป็นแผลถลอกจากการดึงลอกอุปกรณ์ เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. เนื่องจากถุงรองรับอุจจาระผลิตจากวัสดุหลายประเภท พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม จึงประสานกับพยาบาลเฉพาะทางทวารเทียม เพื่อทำการทดสอบผิวหนังผู้ป่วย และเปลี่ยนถุง colostomy transparent one-piece จากชนิดกาวน้ำ เป็นชนิด แป้น hydrocolloid

2. สอนสาธิต การดูแลรักษาผิวหนังรอบทวารเทียมที่มีผื่นแดงด้วยการทำความสะอาด ด้วยสำลี ฆ่าเชื้อโรคชุบน้ำเกลือ จนทวารเทียมและผิวหนังสะอาด ซับให้แห้ง วัดขนาดของทวารเทียมโดยใช้แบบ เทียบขนาด ตัดตามรูปร่างทวารเทียม ขนาดวงของรูเปิดใหญ่กว่าขนาดทวารเทียมประมาณ 2 มิลลิเมตร แล้วจึงนำไปเป็นแบบวาดลงบนแป้นด้านหลัง ตัดขนาดวงของทวารเทียมตามแบบที่วาดใช้ผงดูดซับ ความชื้น skin barrier power โรยบาง ๆ บนผื่นแดง ลูบผงแป้งออกเบาๆด้วยสำลีให้เหลืองแป้งบาง ๆ ทา Stomahesive® Paste ที่รอบทวารเทียมทับผงแป้ง เป่าลมให้แห้งพอหมาด นำแป้นไปครอบทวาร เทียม โดยลอกกระดาษกาวด้านหลังออก ลูบเบาๆ ให้แป้นติดแนบกับผิวหนัง (จุฬารักษ์ ประสงค์ และ กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558)

3. ทบทวนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทวารเทียม ปกติมีสีแดงหรือชมพู ผิวมันเรียบ ลักษณะชุ่มชื้น ขนาดจะมีขนาดเล็กกลิ้งเล็กน้อยภายหลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ ไม่มีเส้นประสาทรับรู้ความรู้สึกเมื่อสัมผัส จึงไม่เจ็บ มีเส้นเลือดฝอยมาเลี้ยงมากทำให้เลือดออกได้ ผิวหนังรอบทวารเทียมปกติเรียบเนียน ไม่แดง เป็นแผล หรือมีผื่นคัน อุจจาระนิ่มเป็นก้อน หากมีความผิดปกติให้รีบกลับมาพบแพทย์

4. ทบทวน อาการผิดปกติ ที่ควรไปพบแพทย์ทันที ดังนี้

- 1) มีความผิดปกติของแผลผ่าตัด ทวารเทียม แผลเย็บที่กัน
- 2) ปวดท้อง หน้าท้องแข็งตึง อุจจาระออกน้อยกว่าปกติ ไม่ผายลม คลื่นไส้ อาเจียน ควร ดื่มน้ำและอาหารไว้ก่อน เนื่องจากอาจมีการอุดตันของลำไส้เกิดขึ้น
- 3) ผิวหนังรอบทวารเทียม บริเวณที่ปิดแป้นมีผื่นแผล มีอาการคัน ผิวหนังอักเสบ หรือติดเชื้อ การรั่วซึมของอุจจาระที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแป้นบ่อยขึ้น หรือแป้นหลุดก่อนเวลา
- 4) ผิวหนังรอบทวารเทียม บวมช้ำหรือโป่งออกเมื่อนอนราบไม่กลับคืน
- 5) ทวารเทียมมีความผิดปกติ มีเลือดสดออกไม่หยุดเมื่อทำการห้ามเลือดที่ทวารเทียม หรือมีลำไส้ยื่นยาว ทวารเทียมตีบตัน หรือมีถ่ายเป็นเลือด ออกมาจากลำไส้

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับทวารเทียม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะการเห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self-esteem) เนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงภายหลังการทำผ่าตัดทวารเทียม

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่กลัมองแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและไม่ยอมสัมผัสทวารเทียม

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปและมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนทัศนคติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุย ชักถาม และสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเมื่อกล่าวถึงทวารเทียม
 2. ให้ข้อมูลย้อนกลับที่ดี ที่ช่วยสนับสนุนผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่น เน้นให้เห็นถึงอาการที่ดีขึ้น
 3. แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับทวารเทียมของตนเองมากขึ้น โดยใช้ถ้อยคำที่นุ่มนวล กระตุ้นให้เริ่มมองและสัมผัสด้วยมือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม ขณะให้การพยาบาลต้องระวังการแสดงออกถึงความรังเกียจ และให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
 4. สังเกตการแสดงออกของญาติ ต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้กำลังใจและเสริมสร้างความมั่นใจ
 5. ยกย่อง ชมเชย เมื่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง
- ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทยอายุ 53 ปี มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมด้วยอาการถ่ายเป็นเลือดสดก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด Exploratory laparotomy with abdominoperineal resection (APR) ในอีก 1 เดือน ผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัว และมีโรคร่วม ได้แก่ รับประทานยารักษาต่อเนื่อง Glibenclamide (5mg.) 2 เม็ดก่อนอาหารเช้า แต่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตไม่ได้ แกรับรู้สีกตัวตึง ชีต อ่อนเพลีย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ 256 mg/dl ระดับไขมันในเลือด Total cholesterol 289 mg/dl, Triglyceride 202 mg/dl. พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยตั้งแต่ออกผ่าตัด ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติในการผ่าตัดเย็บปิดทวารหนักและเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ป้องกันและแก้ไขปัญหที่อาจจะเกิดขึ้นจากสภาวะของโรคร่วม

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมที่มีภาวะโรคร่วมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง สามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวกระบวนการ 6 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ระยะการมาตรวจตามนัด และระยะการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ในผู้ป่วยรายนี้ ผู้ศึกษาได้นำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทวารเทียมที่งานผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม ในระยะก่อนผ่าตัด และระยะการมาตรวจตามนัด จำนวน 3 ครั้ง แบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ วันเข้ารับการวางแผนการรักษา วันก่อนเข้าพักนอนในโรงพยาบาล และวันมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย รวมระยะเวลา 2 เดือน จากกรณีศึกษาพบว่าพยาบาล มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้ ซึ่งจะมีความแตกต่างจาก

ผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป เพราะผู้ป่วยต้องมีความรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควบคู่ไปกับการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดทวารเทียมที่มีความเฉพาะ และมีผลกระทบต่อสภาพลักษณะและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลจึงควรมีความรู้และทักษะเพิ่มเติม มีความชำนาญ ในการดูแลผู้ป่วย มีประสบการณ์ที่พร้อมจะแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่อาจเกิดขึ้นได้ทันที สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมควบคู่ไปกับการพยาบาลภาวะโรคร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเตรียมผู้ป่วยหรือผู้ดูแลให้สามารถใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายได้ด้วยคามมั่นใจ ผู้ศึกษาได้กำหนดกรอบแนวทางการปฏิบัติเพื่อการดูแลโดยการบูรณาการโปรแกรม ERAS มาใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดทวารเทียม ร่วมกับการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการให้ความรู้ในการควบคุมโรคร่วมที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ได้แก่ เบาหวานได้สำเร็จ แก่ไขการสูญเสียสภาพลักษณะ ช่วยเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมที่มีภาวะโรคร่วมสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอก โดยเน้นการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาเพื่อการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา และไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา อีกทั้งยังสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีสุขภาพะ ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรจัดทำแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมที่มีภาวะโรคร่วมแบบสหสาขาวิชาชีพ ตามขั้นตอนของโปรแกรม ERAS ที่บูรณาการแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย
2. มีระบบมอบหมายงานให้พยาบาลทำหน้าที่ประเมิน ให้การพยาบาล และติดตามผู้ป่วยแบบรายกรณี
3. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลแผนกศัลยกรรมให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้
4. แลกเปลี่ยนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดทวารเทียมและมีโรคร่วมกับทีมการพยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระหว่างเข้าพักในโรงพยาบาล ทีมผ่าตัด ทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในทุกะยะการรักษา

เอกสารอ้างอิง

- จุฬาพร ประสงค์. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ใน สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และ เนตรสุวิณ เจริญจิตสวัสดิ์. บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 18 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- ชนุตพร รัตนมงคล, ศิริอร สินธุ, ทิพา ต่อสกุลแก้ว และเชิดศักดิ์ ไธรมณีนรัตน์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งชนิดปฏุมภูมิของกระเพาะอาหาร ตับ ทางเดินน้ำดี ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(3), 97-109.
- บุศรา ชัยทัศน์. (2559). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 9(1), 19-33.
- โรงพยาบาลสมุทรปราการ. (2560). *สถิติโรงพยาบาลสมุทรปราการ*. รายงานสถิติประจำปี 2560. อัดสำเนา.
- ศิริพรรณ ภมรพล. (2559). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริม การลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 9(2), 14-23.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2559. กรุงเทพฯ: พรทิพย์การพิมพ์.
- สรวิชัย สีสาน. (2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสาร มหะวิทยาการ*, 20(40), 101-113.
- อนุชตรา วรณเสวก. (2561). โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ใน สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และ เนตรสุวิณ เจริญจิตสวัสดิ์. บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 18 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- อรปรียา บุพผาวลัย. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน: กรณีศึกษา โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7*, 13(3), 20-33.
- อารีย์ เสนีย์. (2557). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 129-134.
- Agrawal, D. (2016). American Society of Anesthesiologist Classification—Higher Incentives for Higher Scores. *JAMA internal medicine*, 176(10), 1577-1578. doi:10.1001/jamainternmed.2016.5448

- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F.... & Preiser, J. C. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11-48. doi:10.1016/j.clnu.2016.07.015.
- Alexander, T.H., David, L.B., Paul, C.S., Patrica, S., & Liliana, B. (2014). Wound dehiscence after APR for low rectal cancer is associated with decreased survival. *DisColon Rectum*, 7(2), 143–150.
- Bryan, S., & Dukes, S., (2010). The enhanced recovery programmed for patients: An audit. *British Journal of Nursing*, 19, 831-834. doi:10.12968/bjon.2010.19.13.48859
- Kittinouvarat S. (2014). A study of difficulties experienced by Thai ostomate after hospital discharge. *WCETJ*, 34(4), 7-12.
- Lorig, K.R., & Holman H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 26(1), 1-7. doi:10.1207/S15324796ABM2601_01
- Vonk-Klaassen S. M., Vocht, H. M., Ouden M. E., Eddes, E. H., & Schuurmans, M.J., (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of life colorectal cancerostomates: A systematic review. *Qual Life Res*, 25(1), 125-133. doi: 0.1007/s11136-015-1050-3.
- Wilmore, D., & Kehlet, H. (2001). Management of patients in fast track surgery. *BMJ*, 332, 473-476.