

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง การจัดทำเอกสารประกอบคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองเมื่อมีภูมิต้านทาน

เสนอโดย

นางสาวพรสวรรค์ สุกุลรัง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 466)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. ช่วงระยะเวลาทำผลงาน 16 วัน (ตั้งแต่วันที่ 7 ธันวาคม 2551 ถึงวันที่ 22 ธันวาคม 2551)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

### 3.1 ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

บทนำ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ตำแหน่งของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่พบบ่อยที่สุด คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนเรคตัม (Rectum) รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (Sigmoid) นอกจากนี้พบน้อย (อรุณ โรจนสกุล, 2550:858)

สาเหตุ สาเหตุของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่แท้จริงยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่มีปัจจัยหลายประการที่ส่งเสริมให้เกิด คือ 1) อาหารที่ส่งเสริมการเกิดมะเร็ง คือ อาหารที่มีแคลอรีและปริมาณไขมันสูง 2) กรรมพันธุ์ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว 3) อายุ พบมากในอายุ 40 ปีขึ้นไป 4) โรคบางชนิด เช่น โรคลำไส้ใหญ่อักเสบ หรือภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดี 5) ได้รับการฉายแสง บริเวณอุ้งเชิงกราน

พยาธิสรีรภาพ มะเร็งของลำไส้ใหญ่ ส่วนใหญ่โตช้า และอาจอยู่ได้นานถึง 5 ปี ก่อนจะเริ่มก่อให้เกิดอาการซึ่งเกิดจากก้อนมะเร็งที่โตขึ้นไปกดเบียดเกิดการตีบแคบ การอุดตันของลำไส้ใหญ่และการลุกลามของเนื้อเยื่อมะเร็งจะไปทำลายเนื้อเยื่อปกติและหลอดเลือดเกิดเป็นแผล และสูญเสียเลือด เมื่อมะเร็งมีการลุกลามมากขึ้นจะทำให้เกิดการแตกทะลุของลำไส้ใหญ่ได้ มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ใกล้ โดยผ่านทางระบบน้ำเหลืองและระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งมักแพร่กระจายไปที่ตับและปอดเป็นส่วนใหญ่

### การแบ่งระยะของมะเร็ง

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แบ่งตามระยะของ DUKE และระบบ TNM (Tumor, Node, Metastasis) DUKE แบ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักออกเป็น 4 ระยะ ส่วนระบบ TNM ก็แบ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักออกเป็น 4 ระยะ เช่นกัน

### การแบ่ง Stage มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตามหลักของ Duke (สมพร ชินโนรส, 2543:144)

- Stage A มะเร็งอยู่ในชั้นของผนังลำไส้ยังไม่ทะลุชั้น Serosa ออกมา ไม่มีการลุกลาม ต่อมน้ำเหลือง
- Stage B มะเร็งแพร่กระจายออกจากลำไส้เข้าไปยังเนื้อเยื่อนอก Rectum แต่ยังไม่ถึงต่อมน้ำเหลือง
- Stage C มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งอาจเติบโตทะลุผ่านลำไส้ใหญ่
- Stage D มะเร็งกระจายไปทั่ว ไม่สามารถตัดเอาก้อนเนื้อออกได้

### การแบ่ง Stage มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตามหลักของ TNM

- T ก้อนมะเร็ง
- Tx ไม่สามารถ Assessed primary tumor ได้
- TO ไม่สามารถบ่งชี้ Primary tumor
- Tis มะเร็งที่เยื่อผิวหนัง (Carcinoma in situ)

T1	มะเร็งกระจายไปในชั้น Submucosa
T2	มะเร็งกระจายเข้าไปในชั้น Muscularis propria
T3	มะเร็งกระจายผ่านชั้น Muscularis propria เข้าไปยังชั้น Submucosa แต่ยังไม่เข้าไปในช่อง เยื่อช่องท้องหรือเนื้อเยื่อรอบ Rectum
T4	มะเร็งเข้าไปในเยื่อช่องท้องหรือเข้าไปยังอวัยวะอื่น
N	ต่อมน้ำเหลือง
Nx	ไม่สามารถ Assessed ต่อมน้ำเหลือง (Regional lymph nodes)
No	ยังไม่มีมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง
N1	มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองรอบลำไส้ใหญ่ หรือต่อมน้ำเหลืองรอบ ทวารหนัก 1 – 3 ต่อมน้ำ
N2	มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองรอบลำไส้ใหญ่ หรือต่อมน้ำเหลืองรอบทวารหนัก 4 ต่อมน้ำหรือมากกว่า 4 ต่อมน้ำ
N3	มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ลำตัว
M	อวัยวะอื่น
Mx	ไม่สามารถ assessed ว่ากระจายไปยังอวัยวะอื่น
Mo	ยังไม่มีมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น
M1	มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

#### Stage ของ TNM

Stage 0	=	Tis No Mo
Stage 1	=	T1 T2 No Mo
Stage 2	=	T3 T4 No Mo
Stage 3	=	AnyT N1 N2 Mo
Stage 4	=	AnyT AnyN M1

**อาการและอาการแสดง** มะเร็งส่วนใหญ่โตช้า และอาจอยู่ได้นานถึง 5 ปี ก่อนจะเริ่มก่อให้เกิดอาการ และอาการแสดงแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็น และระยะของโรค แต่อย่างไรก็ตาม มะเร็งลำไส้ใหญ่ ไม่มีอาการบ่งชี้เฉพาะจนกว่าจะมีการแพร่กระจายไปแล้ว พอจำแนกอาการและอาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้ดังนี้

1. มะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านขวา เนื่องจากลำไส้ใหญ่ด้านขวามีขนาดใหญ่ จึงเกิดภาวะลำไส้ใหญ่อุดตัน ได้น้อย ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ นอกจากอาการจากการสูญเสียเลือดเรื้อรัง คือ ภาวะซีด ซึ่งถ้าตรวจเลือดจะพบว่าเป็นโลหิตจางชนิดขาดธาตุเหล็ก มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย
2. มะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย เนื่องจากลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายมีขนาดเล็กกว่าด้านขวา และมะเร็งบริเวณนี้ มักเกิดรอบวงลำไส้ ทำให้ลำไส้ตีบแคบลง เกิดอาการท้องผูก ถ่ายเป็นก้อนเล็กลง ท้องผูกสลับกับท้องเสีย

เมื่อลำไส้ตีบแคบมากขึ้น ทำให้เกิดลำไส้อุดตัน คือ ปวดท้องรุนแรงขึ้น ท้องอืด ถ่ายอุจจาระน้อยลง ต่อมาอาจไม่ถ่ายอุจจาระ และไม่ผายลม นอกจากนี้อาจถ่ายอุจจาระปนเลือดร่วมด้วย

3. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนเรคตัม (Rectum) มีอาการถ่ายเป็นเลือดสดๆ ปวดเบ่งและรู้สึกถ่ายไม่สุด นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆ ที่พบร่วมกัน คือ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด อ่อนเพลีย

**การวินิจฉัย** 1) จากการซักประวัติ : อาการและอาการแสดง ประวัติครอบครัว 2) การใช้นิ้วตรวจทางทวารหนัก (Digital rectal examination หรือ PR) 3) การส่องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนตรงและลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง (Proctosigmoidoscopy) 4) การตรวจทางรังสี โดยการสวนแป้งแบเรียมร่วมกับการเป่าลมเข้าลำไส้ใหญ่ ศึกษาความผิดปกติจากภาพถ่ายรังสี 5) การส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) 6) การตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) 7) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (CT abdomen) เพื่อดูการแพร่กระจายของมะเร็ง 8) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดย 8.1) ตรวจเลือดในอุจจาระ 8.2) ตรวจเลือดหาแอนติเจนของเซลล์มะเร็ง (CEA)

**การรักษา** การรักษาจะใช้วิธีการใดขึ้นอยู่กับระยะของโรคว่ามีการแพร่กระจายไปมากน้อยเพียงใด โดยสรุปการรักษาประกอบด้วย

1. การผ่าตัด ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและการแพร่กระจายของมะเร็ง การผ่าตัดจะได้ผลดีถ้าสามารถตัดเซลล์มะเร็งออกได้หมด และเหลือเฉพาะลำไส้ใหญ่ส่วนดีเอาไว้เชื่อมต่อกัน (End to end anastomosis) รวมทั้งสามารถตัดหลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง และต่อมน้ำเหลืองที่มีการแผ่กระจายของมะเร็งไปถึงออกได้หมด การผ่าตัดที่นิยมและใช้บ่อย ได้แก่

1.1 การตัดเอาส่วนที่เป็นมะเร็งออกแล้วเอาส่วนปลายเชื่อมต่อกัน (Segmental resection with end to end anastomosis)

1.2 การผ่าตัดเปิดหน้าท้องและบริเวณฝีเย็บ (Abdominoperineal resection หรือ A- P resection) มักทำรายที่เป็นมะเร็งส่วน rectum โดยเฉพาะ rectum ส่วนล่าง

1.3 การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยวิธี Low anterior resection หรือ L-A resection มักทำในรายที่มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่อยู่ตั้งแต่ระดับ 10 เซนติเมตร จากขอบทวารหนักเข้าไป

2. การฉายรังสี นิยมฉายรังสีก่อนผ่าตัด เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง

3. การให้ยาเคมีบำบัด เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังเหลืออยู่หลังผ่าตัด

#### **การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด**

1. **การพยาบาลด้านจิตใจ** การผ่าตัด นับเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในระยะก่อนผ่าตัด ย่อมมีผลกระทบต่อ การตอบสนองทางสรีรวิทยาที่จะก่อให้เกิดปัญหาทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด วิธีที่จะลดความวิตกกังวลและความกลัวก่อนผ่าตัด คือ การให้คำแนะนำต่างๆ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด สภาพที่ผู้ป่วยจะประสบ และวิธีการปฏิบัติตัวในระยะก่อนและหลังผ่าตัด โดยมีกิจกรรมการพยาบาล คือ 1) ประเมินความต้องการ ความพร้อมและระดับการเรียนรู้ของผู้ป่วย 2) ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่อง 2.1) โรคและสาเหตุของโรค 2.2) การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด และสภาพหลังผ่าตัดตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เช่น การฝึกการหายใจเข้า - ออกลึกๆ ภายหลังการผ่าตัดเพื่อป้องกัน

ปอดแฟบ การไออย่างมีประสิทธิผลจะช่วยขับเสมหะออกจากหลอดลมและปอด 2.3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ข้อสงสัยต่างๆ

**2. การพยาบาลด้านร่างกาย** ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมทั่วไป เช่น การเตรียมผลการตรวจและเตรียมความพร้อมของเอกสารต่างๆ การเตรียมทางด้านร่างกาย

1. การบำรุงร่างกายให้อยู่ในสภาพพร้อมที่จะทำการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ ต้องงดสูบบุหรี่อย่างน้อย 3 สัปดาห์ ก่อนทำผ่าตัด
3. การเตรียมผิวหนังที่จะทำการผ่าตัด โดยให้ผู้ผู้ป่วยฟอกทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัดด้วยสบู่ยา (Hibiscrub) บางรายพยาบาลอาจต้องโกนขนตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน จะมีการเตรียมลำไส้ให้สะอาด ด้วยการให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวใส ไม่มีกาก และยาระบายตามแผนการรักษา
5. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปากหลังเที่ยงคืน
6. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยถอดฟันปลอมและเครื่องประดับต่างๆ และถ่ายปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด

#### **การพยาบาลหลังผ่าตัด**

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวในระยะแรกหลังผ่าตัด
2. ประเมินสัญญาณชีพ โดยวัดทุก 15 นาที ติดต่อกัน 4 ครั้ง ต่อไปวัดทุกครั้งชั่วโมงติดต่อกัน 4 ครั้ง หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินความผิดปกติ
3. การบรรเทาความเจ็บปวดใน 48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด
4. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภายหลังผ่าตัดที่สำคัญ ได้แก่
  - 4.1) ภาวะอุดตันของทางเดินหายใจ
  - 4.2) ภาวะตกเลือด และช็อค
  - 4.3) ภาวะถุงลมปอดแฟบและปอดบวมเฉพาะที่
  - 4.4) ภาวะเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขาและความดันโลหิตต่ำ
  - 4.5) ภาวะสะอึก
  - 4.6) การคั่งของน้ำปัสสาวะ ในกระเพาะปัสสาวะ และการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ
  - 4.7) แผลผ่าตัดมีการอักเสบติดเชื้อ
5. การดูแลเกี่ยวกับให้อาหาร น้ำ และอิเล็กโทรลัยท์ให้อยู่ในภาวะสมดุล
6. ดูแลให้มีการระบายของสารเหลวออกทางช่องระบายต่างๆ
7. การจัดท่านอนที่เหมาะสมและสุขสบาย
8. การดูแลทางด้านจิตใจ
9. การแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะที่อยู่โรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน

#### **4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ**

##### **สรุปสาระสำคัญของเรื่อง**

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ถือเป็น ปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่พบบ่อยมากขึ้นทุกปี โดยสถิติประเทศไทยปี พ.ศ. 2550 ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป พบในเพศ

ชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สามารถเกิดขึ้นได้กับลำไส้ใหญ่ทุกๆ ส่วน ซึ่งอาการและอาการแสดงอาจแตกต่างกันไปตามตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ซึ่งส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการให้เห็นชัดในระยะเริ่มแรก จนกว่าก้อนมะเร็งจะมีขนาดค่อนข้างใหญ่แล้ว หากสามารถตรวจและวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรค ผลตอบรับต่อการรักษาจะได้ผลดีมากและการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนใหญ่ที่แพทย์นิยมใช้คือ การรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อาจจะประสบปัญหาต่อเนื่องหลายประการ ทั้งความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความผันแปรของจิตใจ อารมณ์ สังคม ต้องเผชิญกับความเจ็บปวด พยาธิสภาพของโรค ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการรักษา ผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลอย่างมีระบบ และเหมาะสมเป็นรายบุคคล ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านได้

พยาบาลผู้ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้คำแนะนำและให้กำลังใจ ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจในการดูแลตนเองสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้า เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากเอกสารวิชาการ และตำราต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาผู้ป่วย
2. เลือกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ถ่ายอุจจาระกะปริบกะปรอย อุจจาระลำเล็กกลด น้ำหนักลด ได้รับการตรวจด้วยการส่องกล้องทางทวารหนัก วันที่ 3 ธันวาคม 2551 พบก้อนเนื้ออกที่ลำไส้ใหญ่ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ต้องเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนในวันที่ 4 ธันวาคม 2551 ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้ย้ายมารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 3 วันที่ 7 ธันวาคม 2551 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดวันที่ 9 ธันวาคม 2551 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ด้านข้างของแผล แพทย์ใส่ท่ออย่างอ่อนอ่อนเพื่อระบายเลือดและน้ำเหลือง ระยะแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยงดอาหาร น้ำ และยาทางปากทุกชนิด ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ชนิด 5%D<sub>N</sub>/2 1,000 มิลลิลิตรผสมด้วยโปตัสเซียมคลอไรด์ จำนวน 30 มิลลิอิกวิวาเรนซ์ หยดเข้าหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ Cef-3 2 กรัม หยดเข้าหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง และยา Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยดเข้าหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ได้รับยาแก้ปวด คือ Pethidine 25 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเมื่อมีอาการปวด และฉีดซ้ำได้ทุก 8 ชั่วโมง และ Dynastat 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะคา น้ำปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีตะกอน และได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะออกวันที่ 15 ธันวาคม 2551 หลังถอดสาย ผู้ป่วยสามารถถ่ายปัสสาวะเองได้ ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด แพทย์ให้ตัดไหมที่แผลผ่าตัดทั้งหมด พร้อมทั้งหยุดการให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำทุกชนิด ในวันที่ 18 ธันวาคม 2551 และเริ่มดื่มน้ำอย่างอ่อนที่ใส่ระบายเลือดและน้ำเหลืองวันละ 1 นิ้ว จนหมดในวันที่ 20 ธันวาคม 2551 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถรับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาได้ตามลำดับ ไม่มีอาการท้องอืด

แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 22 ธันวาคม 2551 และนัดติดตามผลการรักษา อีกครั้งในวันที่ 8 มกราคม 2552 ที่ห้องตรวจศัลยกรรม

3. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาจัดทำเอกสาร นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของผลงานก่อนพิมพ์ และนำเสนอตามลำดับ

### 5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

### 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ถ่ายอุจจาระกะปริบะปรอย อุจจาระลำเล็กลง น้ำหนักลด ได้รับการตรวจด้วยการส่องกล้องทางทวารหนัก วันที่ 3 ธันวาคม 2551 พบก้อนเนื้ออกที่บริเวณ ลำไส้ใหญ่ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต้องเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในวันที่ 4 ธันวาคม 2551 ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้ย้ายมารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 3 วันที่ 7 ธันวาคม 2551 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดวันที่ 9 ธันวาคม 2551 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ด้านข้างของแผล แพทย์ใส่ท่ออย่าง อ่อนนุ่มเพื่อระบายเลือดและน้ำเหลือง ระยะแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยงดอาหาร น้ำ และยาทางปากทุกชนิด ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ชนิด 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตรผสมด้วยโปตัสเซียมคลอไรด์ จำนวน 30 มิลลิกรัมแวนเรนซ์ หยดเข้าหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ Cef-3 2 กรัม หยดเข้าหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง และยา Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยดเข้าหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ได้รับยาแก้ปวด คือ Pethidine 25 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเมื่อมีอาการปวด และฉีดซ้ำได้ทุก 8 ชั่วโมงและ Dynastat 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะคา น้ำปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีตะกอน และได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะออกวันที่ 15 ธันวาคม 2551 หลังถอดสายผู้ป่วยสามารถถ่ายปัสสาวะเองได้ ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด แพทย์ให้ตัดไหมที่แผลผ่าตัดทั้งหมด พร้อมทั้งหยุดการให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำทุกชนิด ในวันที่ 18 ธันวาคม 2551 และเริ่มตัดท่ออย่างอ่อนนุ่มที่ใส่ระบายเลือดและน้ำเหลืองวันละ 1 นิ้ว จนหมดในวันที่ 20 ธันวาคม 2551 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 22 ธันวาคม 2551 รวมระยะเวลาในการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 19 วัน และนัดติดตามผลการรักษา อีกครั้งในวันที่ 8 มกราคม 2552 ที่ห้องตรวจศัลยกรรม

### ปัญหาทางการพยาบาล

**ปัญหาที่ 1** ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

**กิจกรรมการพยาบาล** สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่างๆ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา เพื่อให้ได้รับข้อมูลต่างๆ และเปิดโอกาสในการพิจารณาตัดสินใจให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวล อธิบายวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดพอสังเขป รวมถึงแนะนำและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ

**การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขเมื่อการเยี่ยมครั้งที่ 1 เสร็จสิ้นในวันที่ 7 ธันวาคม 2553

**ปัญหาที่ 2** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการเสียเลือดจากการทำผ่าตัด

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อค

**กิจกรรมการพยาบาล** บันทึกสัญญาณชีพหลังผ่าตัดในช่วงแรก ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมงตามลำดับ เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย สังเกตอาการหอบเหนื่อย หายใจเร็ว กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ซึ่งอาจเป็นอาการแสดงของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะช็อค รวมถึงประเมินสภาพแผลผ่าตัด หากมีเลือดออกจากแผลมาก ผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ ติดตามค่าฮีมาโตคริตหลังผ่าตัด เพื่อประเมินเปรียบเทียบกับค่าเดิมก่อนผ่าตัด ควบคุมให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนปริมาณเลือด และสารน้ำในร่างกายที่สูญเสียไปในขณะทำผ่าตัด และบันทึกจำนวนปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ประเมินจำนวนน้ำปัสสาวะต่อชั่วโมง ถ้าน้ำปัสสาวะมีปริมาณน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงให้รายงานแพทย์

**การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อค ค่าฮีมาโตคริตวันที่ 9 ธันวาคม 2551 เท่ากับ 40 เปอร์เซนต์ และวันที่ 10 ธันวาคม 2551 เวลา 10.00 น. ค่าฮีมาโตคริตเท่ากับ 38 เปอร์เซนต์ ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 12 ธันวาคม 2551

**ปัญหาที่ 3** เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่

**กิจกรรมการพยาบาล** บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง สังเกตอาการแสดงของภาวะการขาดน้ำ เช่น เบื่อดื่อกลิ้ง ริมปากแห้ง กระหายน้ำ ความตึงตัวของผิวหนังไม่ดี อาการและอาการแสดงของภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ เช่น ผู้ป่วยอ่อนเพลียระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการสับสน เป็นต้นดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา บันทึกปริมาณน้ำ เข้า – ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง

**การประเมินผล** ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี ริมฝีปากชุ่มชื้น มีความตึงตัวของผิวหนังปกติ ผลการตรวจปริมาณเกลือแร่ในกระแสเลือดของวันที่ 15 ธันวาคม 2551 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัญหาได้รับการแก้ไขเสร็จสิ้นจากการเยี่ยมครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2551

**ปัญหาที่ 4** ผู้ป่วยเจ็บปวดแผลผ่าตัด

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** อาการปวดแผลทุเลาลง

**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดโดยการซักถาม สังเกตอาการผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 45 องศา เข่างอเล็กน้อยเพื่อให้อึดกล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดความตึงตัวของแผลผ่าตัด ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวด คือ Pethidine 25 มิลลิกรัม หยอดเข้าหลอดเลือดดำเวลาปวดทุก 8 ชั่วโมง และ Dynastat 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล และ



แนะนำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหรือเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ เพื่อลดอาการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ แสงสลัว ไม่สว่างจนเกินไป ให้เหมาะแก่การพักผ่อน ลดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดแผลผ่าตัด

**การประเมินผล** ระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดลดลงเหลือระดับ 2 – 3 คะแนน ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปจากการเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 22 ธันวาคม 2551

**ปัญหาที่ 5** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

**กิจกรรมการพยาบาล** ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วยเทคนิคปราศเชื้อ วันละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งสังเกตแผลผ่าตัดว่ามีลักษณะที่ผิดปกติหรือไม่ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ Ceftriazone 2 กรัม หยอดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง และยา Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยอดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

**การประเมินผล** แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือด หรือน้ำเหลืองซึม และได้รับการตัดท่ออย่างอ่อนจนหมดในวันที่ 20 ธันวาคม 2551 ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 22 ธันวาคม 2551

**ปัญหาที่ 6** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จากการใส่สายสวนปัสสาวะคา

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ไม่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

**กิจกรรมการพยาบาล** บันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่และน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ติดสายสวนปัสสาวะในตำแหน่งที่ไม่เกิดการคั่งรัง สายไม่เคลื่อน เข้า – ออก และจัดวางตำแหน่งถุงรองรับน้ำปัสสาวะให้อยู่ในตำแหน่งที่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำปัสสาวะเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ ดูแลการใส่สายสวนปัสสาวะเป็นระบบปิดอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ สังเกต บันทึกจำนวน สี และลักษณะของน้ำปัสสาวะ และดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

**การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะวันที่ 16 ธันวาคม 2551 หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะเองได้ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปจากการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 16 ธันวาคม 2551

**ปัญหาที่ 7** เสี่ยงต่อปัญหาการเกิดภาวะท้องอืดเนื่องจากมีการ Ambulation ได้น้อย

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะท้องอืด

**กิจกรรมการพยาบาล** กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ปอดขยายตัวเต็มที่และขับเสมหะออกเองได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเดินรอบเตียง พร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ติดตามอาการแน่นท้อง ท้องอืด การขับถ่ายอุจจาระและการผายลม

**การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะท้องอืด ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 16 ธันวาคม 2551

## 7. ผลสำเร็จของงาน

จากการศึกษาให้การพยาบาลและเฝ้าติดตามประเมินผลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นระยะเวลา 16 วัน ตรวจเยี่ยมทั้งหมด 5 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับการประเมินและให้การพยาบาลตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนผู้ป่วยคลายวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่มีอีกเสบ บวม แดง ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ ปัญหาการพยาบาล ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในการใช้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อการเรียนรู้ และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้รายอื่นๆ
3. ทำให้เกิดการพัฒนาดตนเอง ในการศึกษาค้นคว้า เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดมาก่อน จึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นอย่างมาก ดังนั้นพยาบาลจึงต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้ดี และต้องศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อตอบข้อซักถามต่างๆ ของผู้ป่วย ตลอดจนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นต่อการผ่าตัดของแพทย์ และไว้วางใจในการเปิดเผยความรู้สึกวิตกกังวล ยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

2. ผู้ป่วยรายนี้ต้องกลับมารับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวลต่อการรักษา เพราะผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมาก่อน จึงต้องให้กำลังใจ และอธิบายถึงการเตรียมความพร้อมของร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรง ตลอดจนการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อลดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางร่างกาย และมีกำลังใจที่จะมารับการรักษาต่อไป

## 10. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดให้ผู้ป่วยและญาติได้มีการพูดคุยซักถาม กับทีมผู้รักษาอีกครั้ง ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด หลังรับผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในแล้ว เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการรักษามากขึ้น

2. พยาบาลผู้ดูแล ควรให้ความสำคัญต่อการอธิบาย แนะนำ การปฏิบัติตัวและเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และสภาพหลังผ่าตัด ตลอดจนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เพื่อช่วยลดความกลัวต่อการผ่าตัด และเพื่อให้เกิดความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูร่างกายภายหลังการผ่าตัด



## เอกสารอ้างอิง

ชนิด วัชรพุกก์. Colon and Rectum ใน ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์และ ชนิด วัชรพุกก์ บรรณาธิการ.

ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

ไพบูลย์ สุทธิสุวรรณ, คู่มือศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : แมคกรอฮิล อินเทอร์เน็ต เนชั่นแนล

เอนเตอร์ไพรส์ อิงค์, 2539.

สมพร ชินโนรส บรรณาธิการ. การพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 3. กรุงเทพมหานคร : บริษัทธรรมสาร

จำกัด, 2543.

อรุณ โรจนสกุล. Colon and Rectum ใน : ทวีสิน ตันประยูร สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และพัฒน์พงศ์

นนทวิเจริญ, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร : ประชากร

อินเทอร์เน็ต พริน จำกัด, 2550.

อารี นุ้ยบ้านด่าน. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ใน ช่อลดา พันธุเสนา

บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลผู้ป่วย 2. พิมพ์ครั้งที่ 2 .สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์, 2544.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นางสาวพรสวรรค์ สกตรัง**

**เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)**  
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 466) ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล  
สำนักการแพทย์

**เรื่อง** การจัดทำเอกสารประกอบคำแนะนำ เรื่อง การดูแลตนเองเมื่อมีรูทวารเทียม

**หลักการและเหตุผล**

การมีรูทวารเทียมทางหน้าท้อง มีผลต่อจิตใจ ทางด้านอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ และคุณค่าในตนเอง ดังนั้นการพยาบาลโดยให้คำแนะนำ และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเอง ต่อไป หลังได้รับการรักษา เป็นสิ่งสำคัญพร้อมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการยอมรับ ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนการดูแลตนเองต่อที่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปมีชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขเช่นเดิมได้ จากสถิติผู้ป่วยหออผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 3 ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดนำลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง เพื่อใช้เป็นรูทวารเทียมทั้งสิ้น 4 ราย พบว่าการมีลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้องเพื่อใช้เป็นรูทวารเทียมแทนทวารหนักนั้น ถือว่าเป็นภาวะที่ไม่ปกติ สำหรับผู้ป่วยและญาติก่อให้เกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวลต่อการดูแลตนเอง ส่งผลต่อการเรียนรู้เพื่อดูแลตนเอง และการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ เพื่อเป็นการช่วยลดภาวะดังกล่าว และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ มีกำลังใจและมีความมั่นใจในการกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน จึงได้มีการจัดทำเอกสารประกอบคำแนะนำ เรื่อง การดูแลตนเองเมื่อมีรูทวารเทียมขึ้น

**วัตถุประสงค์และเป้าหมาย**

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้จากเอกสารประกอบคำแนะนำได้
3. เพื่อให้บุคลากรนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

**เป้าหมาย**

ผู้ป่วยที่มีรูทวารเทียมได้รับเอกสารประกอบคำแนะนำ เรื่อง การดูแลตนเองเมื่อมีรูทวารเทียมทุกคน

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การจัดทำเอกสารประกอบคำแนะนำ เรื่อง การดูแลตนเองเมื่อมีรูทวารเทียมใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎี ดังนี้

1. ใช้ความรู้เฉพาะโรคมาแรงกล้าใส่ใหญ่ การดูแลทวารเทียมและการปฏิบัติตนเมื่อมีรูทวารเทียม
2. ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ทฤษฎีนี้เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองที่จำเป็น เมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่เกิด หรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย การดูแลที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้
  - 2.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น แพทย์ และพยาบาล
  - 2.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
  - 2.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา วินิจฉัย ฟันฟู และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพ
  - 2.4 รับรู้ สนใจ ดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค
  - 2.5 ปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษาโดยคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมกับการพึ่งพาตนเอง
  - 2.6 เรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยคลายวิตกกังวล มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และเกิดการเกิดการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย หรือภาวะที่ผิดปกติของตนเองได้ สามารถดูแลตนเองได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยมีขั้นตอนในการจัดทำเอกสารประกอบคำแนะนำเรื่อง การดูแลตนเองเมื่อมีรูทวารเทียมดังนี้

  1. ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในการดูแลตนเองเมื่อมีรูทวารเทียม
  2. ศึกษาค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม การปฏิบัติตนเมื่อมีรูทวารเทียม นำเอกสารประกอบคำแนะนำนี้ ไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย และรวบรวมข้อมูล ปัญหา และเปิดโอกาสให้บุคลากรในหน่วยงาน ผู้ป่วยและญาติ มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไขให้มีเอกสารประกอบคำแนะนำนี้ มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น
3. นำข้อมูลที่ศึกษาและรวบรวมได้ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้วนำมาจัดทำเป็นเอกสารประกอบคำแนะนำ
4. นำเอกสารประกอบคำแนะนำนี้ไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย และรวบรวมข้อมูล ปัญหา และเปิดโอกาสให้บุคลากรในหน่วยงาน ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไขให้เอกสารประกอบคำแนะนำนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มีรูทวารเทียม ของบุคลากรในหน่วยงาน
2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นในการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะมีรูทวารเทียม
3. ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
4. เพิ่มศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงาน ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มีรูทวารเทียม
5. เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อหน่วยงานและโรงพยาบาล

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแล ผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 3 มากกว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวเมื่อมีรูทวารเทียมตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง

ลงชื่อ .....*พรสวรรค์ สกลรัง*.....

(นางสาวพรสวรรค์ สกลรัง)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

...18.../...ตุลาคม.../...2553...

### เอกสารอ้างอิง

บรรลือ เฉลยกิตติ. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : รุ่งศิลป์

การพิมพ์(1997) จำกัด, 2545.

สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4.

กรุงเทพมหานคร. วิเจพรินติ้ง. 2539.

อารี นุ้ยบ้านด่าน. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ใน ช่อลดา พันธุเสนา

บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลผู้ป่วย 2. พิมพ์ครั้งที่ 2 .สงขลา:ซานเมืองการพิมพ์, 2544.