

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตัดยกรวม หอผู้ป่วย 3ก : โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

พิมพ์ชนก ทองคำจันทร์^{1*}, พัสดา ปุกดีคัจจอร์¹, ธารินี เพชรรัตน์¹, งามอาจ โสมอินทร์²

¹แผนกการพยาบาลศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Outcomes of Surgical Patients Care in 3A ward: Colorectal Cancer

Pimchanok Thongcumjan^{1*}, Pusda Pukdeekumjorn¹, Tharinee Phetcharat¹, Ongart Somintara²

¹Surgical and Orthopedic Department, Division of Nursing, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, KhonKaen University.

²Department of Surgery, Faculty of Medicine, KhonKaen University.

Received: 7 April 2019

Accepted: 14 November 2019

หลักการและวัตถุประสงค์: ศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด คุณภาพการพยาบาลและโอกาสพัฒนา

วิธีการศึกษา: ศึกษาเชิงพรรณนาจากประวัติการรักษาผู้ป่วย 62 ราย โดยการเก็บข้อมูลทั่วไปและตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในปี.ศ. 2560 ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมากที่สุด 28 ราย (ร้อยละ 45.16) ได้รับการคัดกรองโภชนาการ 55 ราย (ร้อยละ 88.70) เสี่ยงสูงต่อทุพโภชนาการ 21 ราย (ร้อยละ 38.18) ได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อน-หลังการผ่าตัด ลูกเดินได้ภายใน 24-48 ชั่วโมง 60 ราย (ร้อยละ 96.77) ความปวดเฉลี่ย 72 ชั่วโมงแรก 0-3 คะแนน 42 ราย (ร้อยละ 67.74) ไม่พบการติดเชื้อที่ปอด ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 3 ราย (ร้อยละ 4.80) ลำไส้รั่วหลังผ่าตัด 1 ราย (ร้อยละ 1.61) ได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องได้รับการประเมินสภาพลักษณะและอึดทนในทศน์ 2 ราย (ร้อยละ 7.14) ได้รับการฝึกปฏิบัติการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล 6-15 วัน 60 ราย (ร้อยละ 96.77)

สรุป: ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการ หลังผ่าตัดสามารถลุกเดินออกจากเตียงได้ภายใน 24- 48 ชั่วโมง ความปวดเฉลี่ยภายใน 72 ชั่วโมงแรกอยู่ที่ 0-3 คะแนน พบภาวะแทรกซ้อนการรั่วของลำไส้และแผลติดเชื้อ ได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน สาริตและฝึกปฏิบัติการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ควรส่งเสริมภาวะโภชนาการ พัฒนากิจกรรมและสมรรถนะด้านการประเมินสภาพลักษณะและอึดทนในทศน์ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง

Background and Objectives: The aim of this study was to evaluate the outcomes of colorectal patients undergoing surgery, quality of surgical patients care team, and development opportunity.

Methods: This descriptive study was performed on 62 patients. The data were collected via: 1) General baseline data, 2) Indicators of quality of care for patients undergoing surgery in 2017. The statistics used were frequency, percentage, arithmetic mean and content analysis.

Results: Colostomy surgery was the most performed method in 28 patients (45.16). Fifty-five patients received nutritional screening (88.70%) and high risk for malnutrition was found in 21 cases (38.18%). All patients received pre-post operation information. After surgery, 60 cases (96.77%) could early ambulation within 24-48 hours, average pain of 72 hours in the period of 0-3 score was 42 cases (67.74%), no lung infection, surgical site infection 3 cases (4.80%), bowel leakage 1 cases (1.61%) all patients received information before returning home. Patients who underwent colostomy surgery were evaluated for image and self-concept in 2 cases (7.14%) received colostomy training 60 cases (96.77%) had duration of hospital stay for 6-15 days.

Conclusion: Most patients received nutritional screening. After surgery, the patient can walk out of bed within 24-48 hours. The average pain within 72 hours

*Corresponding author : Pimchanok Thongcumjan, Ward 3A, Surgical and Orthopedic Department, Division of Nursing, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. E-mail: khunpimkaa@gmail.com

Keyword: โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, ผลลัพธ์การดูแล, ผู้ป่วยศัลยกรรม, การพยาบาล

is 0-3 points. There are complications, leak of intestines and infected wounds. Receive information on how to go back home. Demonstration and practice in bowel care should promote nutritional status. Develop skills and competencies in assessing image and self-concept in patients with abdominal intestinal surgery.

Keyword: Colorectal cancer, outcomes of patient care, surgical patients, nursing care.

ศรีนครินทร์เวชสาร 2563; 35(1): 66-71. • Srinagarind Med J 2020; 35(1): 66-71.

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก¹ มีผู้ป่วยรายใหม่ถึง 1,400,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ถึง 700,000 รายต่อปี² จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งในประเทศไทยพบสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากเป็นอันดับสองในเพศชาย(รองจากโรคมะเร็งตับและทางเดินน้ำดี) และเป็นอันดับสามในเพศหญิง(รองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก)³ และจากการศึกษามะเร็งลำไส้ตรงในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงปี พ.ศ. 2543-2553 พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงจำนวน 1,031 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเป็นสองเท่าเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงต้นของการศึกษา⁴

การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ ได้แก่ การผ่าตัดเพื่อให้หายขาดและเมื่อมีการกระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นแล้ว เช่น การผ่าตัดเอาก่อนมะเร็งออกแล้วนำส่วนปลายลำไส้ที่เหลือมาต่อกัน (colectomy, sigmoidectomy, low anterior resection) หรือการผ่าตัดลำไส้ใหญ่รวมทั้งลำไส้ตรงและทวารหนักออกและนำส่วนปลายด้านบนของลำไส้มาเปิดที่หน้าท้อง (abdomino-perineal resection)⁵ ถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรม ผู้ป่วยต้องได้รับการใช้ยาระงับความรู้สึก มีการทำลายของเนื้อเยื่อร่างกาย เกิดความเจ็บปวดและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น ภาวะลำไส้ไม่ทำงานหลังผ่าตัดปอดแฟบและแผลติดเชื้อ⁶⁻⁸

หอผู้ป่วย 3ก ให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงถือเป็นหนึ่งในห้าโรคแรก ของหอผู้ป่วย มีผู้มารับบริการทั้งสิ้น 123, 116 และ 124 ราย ในปี พ.ศ. 2557-2559 ตามลำดับ⁹ บทบาทของพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ ชักประวัติ ประเมินสภาพร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินภาวะโภชนาการ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์ปอด และผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินและคัดกรองความเสี่ยงที่มีอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย สอนและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การสอนและสาธิตการหายใจ และการไออย่างถูกวิธี การลุกเดินออกจากเตียงหลังผ่าตัดและการควบคุมความปวดหลังการผ่าตัด เตรียมความพร้อมทางด้าน

ร่างกายโดยการเตรียมลำไส้เพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ และเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ประเมินด้านอัตมโนทัศน์ ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมต่อการผ่าตัด บทบาทของพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก ได้แก่การประเมินสภาพผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ บาดแผล และการจัดการความปวด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสมดุลสารน้ำอิเล็กโทรไลต์ หลังจากนั้นในระยะฟื้นฟูสภาพพยาบาลจะเน้นบทบาทในการส่งเสริมการฟื้นฟู หักดันให้ผู้ป่วยฟื้นฟูร่างกาย ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนอย่างถูกวิธีเมื่อกลับบ้านและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง¹⁰

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังนั้นเพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในด้านคุณภาพการพยาบาล และค้นหาโอกาสในการพัฒนา จึงได้เกิดโครงการวิจัยนี้ขึ้นโดยมุ่งหวังให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วย 3ก แผนกการพยาบาลศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ หลังจากได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว (HE 611168) ได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติเวชระเบียน บันทึกการรักษาและบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ.2560 จำนวน 62 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดที่หอผู้ป่วย 3ก ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 12 เดือน โดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC การแจกแจงความถี่ ร้อยละและการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

ด้านข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 38 ราย (ร้อยละ 61.29) อายุ ≥ 60 ปี จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 54.83) สถานภาพสมรส จำนวน 52 ราย (ร้อยละ 83.87) อาชีพเกษตรกรรม จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 62.90) ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 67.74) เข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงมากที่สุด จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 46.77) และได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมากที่สุด จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 45.16) (ตารางที่ 1)

ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าการให้การพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการแรกรับ จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 88.70) ผลการคัดกรองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะทุพโภชนาการ จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 38.18) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดครบทุกราย (ร้อยละ 100) การติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถลุกเดินออกจากเตียงได้ภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จำนวน 60 ราย (ร้อยละ 96.77) อาการปวดเฉลี่ยในช่วง 72 ชั่วโมงแรกอยู่ในช่วง 0-3 คะแนน จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 67.74) ไม่พบการติดเชื้อที่ปอด มีภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 4.80) มีภาวะรั่วของลำไส้หลังผ่าตัด จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.61) การพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน (D-METHOD) ครบทุกราย (ร้อยละ 100) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องนั้น พบการประเมินด้านภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 7.14) มีบันทึกการสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องครบทุกราย (ร้อยละ 100) ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 6-15 วัน จำนวน 60 ราย (ร้อยละ 96.77) (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

การศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วย 3ก โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงครั้งนี้ พบประเด็นที่น่าสนใจตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. ด้านข้อมูลทั่วไป พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ≥ 60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Sung-Eun Kim และคณะ¹¹ ที่กล่าวว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบมากในเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษา แสดงให้เห็นถึงความพร้อมด้านผู้ดูแล (care giver) และความสามารถในการเข้าถึงบริการและการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐหลายหน่วยงานได้ร่วมกันพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างครอบคลุม

2. การให้การพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการแรกรับเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดทุพโภชนาการ เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ แผลหายช้า เพิ่มระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลัง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรคและการผ่าตัด (n = 62)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	38 (61.29)
ชาย	24 (38.71)
อายุ (ปี)	
18-59	28 (45.16)
≥ 60	34 (54.83)
สถานภาพสมรส	
สมรส	52 (83.87)
โสด	4 (6.45)
อื่นๆ	6 (9.67)
อาชีพ	
เกษตรกรรม	39 (62.90)
รับจ้าง	8 (12.90)
รับราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	13 (20.96)
อื่นๆ	2 (3.22)
สิทธิการรักษา	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	42 (67.74)
เบิกส่วนราชการ	14 (22.58)
ประกันสังคม	6 (9.67)
การวินิจฉัยโรค	
CA rectum	29 (46.77)
CA sigmoid	18 (29.03)
CA colon	13 (20.96)
อื่นๆ	2 (3.22)
การผ่าตัด	
เปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (colostomy)	28 (45.16)
Low anterior resection(LAR)	15 (24.19)
total colectomy/hemicolectomy	13 (20.96)
Abdomino-perineal resection (APR)	4 (6.45)
อื่นๆ	2 (3.24)

ผ่าตัด^{12,13} ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยร้อยละ 38.18 มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะทุพโภชนาการ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยบางส่วน (ร้อยละ 11.29) ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการ อาจเนื่องจากภาระงานที่มาก ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการพัฒนาแนวทางในการคัดกรองและส่งเสริมภาวะ

ตารางที่ 2 ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด จำแนกตามการให้การพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด การติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด การพยาบาลก่อนจำหน่ายและระยะเวลาอนรรักษ์ในโรงพยาบาล (n= 62)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
1.การให้การพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด	
1.1 การคัดกรองภาวะโภชนาการแรกรับ (nutrition screening)	
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง	55 (88.71)
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการคัดกรอง	7 (11.29)
ความเสี่ยงต่ำ (< 3 คะแนน)	34 (61.82)
ความเสี่ยงสูง (> 3 คะแนน)	21 (38.18)
1.2 การได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด	
ได้รับข้อมูล	62 (100)
ไม่ได้รับข้อมูล	0
2.การติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด	
2.1 การลุกเดินออกจากเตียงภายใน 24-48 ชั่วโมง(early ambulation)	
ปฏิบัติได้	60 (96.77)
ปฏิบัติไม่ได้	2 (3.23)
2.2 อาการปวดเฉลี่ยภายใน 72 ชั่วโมงแรก	
0-3 คะแนน	42 (67.74)
4-6 คะแนน	17 (27.42)
7-10 คะแนน	3 (4.84)
2.3 การติดเชื้อที่ปอด	
ไม่ติดเชื้อ	62 (100)
ติดเชื้อ	0
2.4 การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด	
ไม่ติดเชื้อ	59 (95.20)
ติดเชื้อ	3 (4.80)
2.5 การรื้อของลำไส้หลังผ่าตัด	
ไม่เกิด	61 (98.39)
เกิด	1 (1.61)
3.การพยาบาลก่อนจำหน่าย	
3.1 การได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน (D-METHOD)	
ได้รับ	62 (100)
ไม่ได้รับ	0

ตารางที่ 2 ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด จำแนกตามการให้การพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด การติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด การพยาบาลก่อนจำหน่ายและระยะเวลาอนรรักษ์ในโรงพยาบาล (n= 62) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
3.2 การประเมินด้านภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง	
ประเมิน	2 (7.14)
ไม่ได้ประเมิน	26 (92.86)
3.3 การสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องหลังผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง	
ได้รับ	28 (100)
ไม่ได้รับ	0
4.ระยะเวลาอนรรักษ์ในโรงพยาบาล (วัน)	
6-15	60 (96.77)
16-25	1 (1.61)
26-35	1 (1.61)

โภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อไป ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการให้ข้อมูลและคำแนะนำ ประกอบไปด้วย การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดโดยใช้คู่มือโมเดลและอุปกรณ์สาธิต การสาธิตและฝึกปฏิบัติการบริหารปอดและการไออย่างถูกวิธี การให้คำแนะนำการจัดการความปวดหลังการผ่าตัด และเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการลุกเดินออกจากเตียง (early ambulation) นอกจากนี้ยังมีกระบวนการให้คำปรึกษาเฉพาะรายและการเสริมพลังอำนาจเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยพร้อมเข้ารับการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสามารถลุกเดินออกจากเตียงได้ภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด(ร้อยละ 96.77) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความปวดเฉลี่ย 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 67.74)

3. จากการติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ไม่พบการติดเชื้อที่ปอด พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 4.80 และพบการรื้อของลำไส้หลังผ่าตัดร้อยละ 1.61 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Zbigniew Banaszkiewicz และคณะ¹⁴ ที่เก็บข้อมูลการติดเชื้อที่แผลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำนวน 1,581 ราย พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 12.52 และการศึกษาของ Crafa และคณะ¹⁵ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำนวน 53 ราย พบการรื้อของลำไส้หลังการผ่าตัด ร้อยละ 6.0 ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับ Tevis และ Kennedy¹⁶ ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้มาตรฐานจะช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังการผ่าตัดได้ และการศึกษาของ สราวุฒิ สีถาน¹⁷ ที่ศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง พบว่าการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อม

ก่อนการผ่าตัด ส่งผลให้คุณภาพในการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยดีขึ้น ประเมินได้จากระดับความปวดหลังการผ่าตัด ความสามารถในการลุกเดินออกจากเตียงและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

4. ด้านการพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการกลับไปดูแลตนเองที่บ้านโดยการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-METHOD และในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องจะได้รับการสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องจนมีความมั่นใจที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งจากหลักฐานบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยได้รับการเตรียมจำหน่ายจนมีความพร้อมครบทุกราย แต่เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องในระยะยาวและอาจตลอดชีวิตในบางราย มีโอกาสที่ต้องเผชิญกับปัญหาในด้านของการเข้าสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ตลอดจนวิตกกังวลจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งในการศึกษาของวิลาลีนี พิพัฒน์ผล และโสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์¹⁸ สอบถามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 80 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความชุกของความวิตกกังวล ร้อยละ 35 และความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10 และการศึกษาของบุศรา ชัยทัศน์¹⁹ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องชนิดถาวร ผู้ป่วยส่วนมากจะเกิดความอายที่มีรูปลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกกลัวที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 7.14) จากการสอบถามผู้ปฏิบัติงานให้ข้อมูลว่ามีความยากในด้านของการปฏิบัติและการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล นอกจากนี้การประเมินดังกล่าวอาจต้องใช้ทักษะและสมรรถนะเฉพาะในผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ดังนั้นจึงควรต้องมีการพัฒนาในด้านสมรรถนะของบุคลากรและแนวทางในการประเมินและบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อไป

สรุป

การศึกษากลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดครบทุกราย ส่วนใหญ่สามารถลุกเดินออกจากเตียงได้ภายใน 24- 48 ชั่วโมงและมีคะแนนความปวดเฉลี่ยภายใน 72 ชั่วโมงแรกอยู่ที่ 0-3 คะแนน พบการรื้อของลำไส้หลังผ่าตัด 1 ราย ผลติดตาม 3 ราย ได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน สาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องหลังครบทุกราย ควรมีการส่งเสริมภาวะโภชนาการ พัฒนาทักษะและสมรรถนะด้านการประเมินภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ 1) กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมและศึกษาข้อมูล 2) ผู้บริหารที่

อนุญาตให้ทำการศึกษา 3) ขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย 3ก ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ 4) นางสาวสุธีรา ประดับวงษ์ ที่ให้คำปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Favoriti P, Carbone G, Greco M, Pirozzi F, Pirozzi RE, Corcione F. Worldwide burden of colorectal cancer: A review. *Updates Surg* 2016; 68: 7-11.
2. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut* 2017; 66: 683-91.
3. ศุภพร แสงกระจ่าง, ปิยวัฒน์เลาหุตานนท์, เอกภพ แสงอริยานิ, วทีนันท เพชรฤทธิ์. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2559. กลุ่มงานสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: พรหมพิริยะการพิมพ์ จำกัด ; 2561.
4. โกสินทร์ วีระธร, ภัคณัฏ อุตันเทียะ, ฤทธยา เปาเนียง, วิยะดา ปัญจกร. มะเร็งลำไส้ตรงในโรงพยาบาลศรีนครินทร์: 2543-2553, ทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาล. ศรีนครินทร์เวชสาร 2558; 30: 116-21.
5. จุฬาร พรประสิทธิ์, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้ป่วยชาวภู. งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.อีฟวิง จำกัด ; 2558.
6. Ramirez JA, McIntosh AG, Strehlow R, Lawrence VA, Parekh DJ, Svatek RS. Definition, Incidence, Risk factors, and Prevalence of Paralytic Ileus following Radical Cystectomy: A systemic review. *Eur Urol* 2013; 64: 588-97.
7. Yang CK, Teng A, Lee DY, Rose K. Pulmonary complications after major abdominal surgery: National surgical Quality Improvement Program analysis. *J Surg Res* 2015; 198: 441-9.
8. Aoyama T, Oba K, Honda M, Sadahiro S, Hamada C, Mayanagi S, et al. Impact of postoperative complications on the colorectal cancer survival and recurrence: analyses of pooled individual patients' data from three large phase III randomized trials. *Cancer Med* 2017; 6: 1573-80.
9. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยประจำปี. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
10. เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์. บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้: กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2017; 10: 22-34.
11. Kim SE, Paik HY, Yoon H, Lee JE, Kim N, Sung MK. Sex and gender specific disparities in colorectal cancer risk. *World J Gastroenterol* 2015; 21: 5167-75.
12. Shpata V, Prendushi X, Kreka M, Kola I, Kurti F, Ohri I. Malnutrition at the Time of Surgery Affects Negatively the Clinical Outcome of Critically Ill Patients with Gastrointestinal Cancer. *Med Arch* 2014 ; 68: 263-7.

13. นงนุช หอมเนียน. บทบาทพยาบาลในการใช้หลักโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผล. วารสารพยาบาลตำรวจ 2557; 6: 236-49.
14. Banaszkiewicz Z, Cierzniaowska K, Tojek K, Koztowska E, Jawien A. Surgical site infection among patients after Colorectal Cancer surgery. Pol Pregl Chir 2017; 89: 9-15.
15. Crafa F, Samolarek S, Missori G, Shalaby M, Quaresima S, Noviello A et al. Transanal inspection and management of low colorectal anastomosis performed with a new technique: the TICRANT Study. Surg Innov 2017; 24: 483-91.
16. Tevis SE, Kennedy GD. Postoperative Complications: Looking forward for a safer future. Clin Colon Rectal Surg 2016; 29: 246-52.
17. สราวุฒิ สีถาน. ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสาร มฉก. วิชาการ 2560; 20: 101-13.
18. วิลาสินี พิพัฒน์ผล, โสฬสพัทธ์ เหมรัญชโรจน์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. Chula Med J 2015; 59: 691-701.
19. บุศรา ชัยทัศน์. การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย 2016 ; 9: 19-33.

SMJ