

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ซับซ้อนแบบครบวงจรในคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา

Nursing of complex cancer patients integrated in an outpatient clinic, Kalasin Hospital : Case study

วรรค์ธรรณา ดลโสภณ¹

Wantana Dolsophon¹

(Received: May 17 ,2019 ; Accepted: June 19 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากรณีผู้ป่วยมะเร็ง ที่มาติดตามการรักษาที่ผู้ป่วยนอก จำนวน 3 ราย เลือกผู้ป่วยแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่กรณีแรกที่ตรวจไม่พบมะเร็งใน 3 ครั้งแรกที่มารับบริการ วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบปัญหาการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ การเก็บรวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียน การสอบถามปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต แบ่งการศึกษา 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ณ คลินิกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และนัดติดตาม ศึกษาในช่วงเดือน ตุลาคม 2559 – มีนาคม 2560

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาการคัดกรองที่เหมือนกัน คือ 1) อาการแสดงของผู้ป่วยไม่ชัดเจนตั้งแต่เป็นครั้งแรก 2) การซักประวัติไม่ครอบคลุม/ตรงกับอวัยวะของการเกิดมะเร็ง 3) ขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 4)ทัศนคติของผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองดูแลสุขภาพดีไม่น่าเกิดมะเร็งกับตนเอง เป็นต้น ปัญหาจากการให้การพยาบาลที่เหมือนกันคือ 1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรคและการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียมหลังการผ่าตัด 5. ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม 6.ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากมีภาวะซีด 7.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

Abstract

This study is a case study of 3 cancer patients following outpatient treatment. Select a specific patient is a colorectal cancer patient who has not detected cancer in the first 3 visits to the service. Objective is to compare the screening and nursing problems of colorectal cancer patients. Data collection from medical records questionnaire for interaction with patients and relatives and observation. The study was divided into 3 periods, which were Outpatient clinic, Inpatient and follow up. during October 2016 - March 2017

The study found that, The same screening problems were 1) the patient's symptoms were unclear since the first time. 2) history taking was not comprehensive / matched to the organs of cancer 3) lack of knowledge about disease and self-care 4) attitude of patients are confident that they are looking after their health, not likely to have cancer to themselves. Problems related to nursing care are as follows: 1. Patients and relatives are worried about disease and surgery. 2. Patients with discomfort due to surgical pain 3. Patients at risk of infection at the surgery 4. Patients and caregivers lack knowledge of how to behave when having a stoma after surgery. 5. Patients lose their image due to having an operation to perform a stoma. 6. Patients with reduced activity resistance due to pale conditions 7. Patients at risk of malnutrition

Keywords : Outpatient nursing, colorectal cancer patients

¹ พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากมีอัตราการตายสูง ค่าใช้จ่ายสูงกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวสูงอุบัติการณ์โดยรวมของมะเร็งในประเทศไทยปี 2556 ในผู้ชายคิดเป็น 156.7 ASR (ASR : age-specific incidence rate คือ อัตราส่วนต่อประชากรหนึ่งแสนคน) และ 138.2 ASR ในผู้หญิง ชนิดของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ชายประเทศไทยคือ มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี(ASR 40.3) มะเร็งปอด(ASR 26.2) มะเร็งลำไส้ (ASR 14.7) ตามลำดับ ส่วนในผู้หญิงมะเร็งเต้านม(ASR 26.4) มะเร็งปากมดลูก (ASR 16.7) มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี(ASR 16.6)ตามลำดับ¹ สถิติปี 2559 ของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 3 อันดับแรกคือ มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งตับ และมะเร็งเต้านม ในผู้ชาย มะเร็งตับพบมากที่สุด ในผู้หญิงพบมะเร็งเต้านมสูงที่สุด²

เป้าหมายการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งในงานผู้ป่วยนอก คือ การตรวจให้พบโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะที่ยังไม่มีอาการ ทั้งนี้เพราะมีโอกาสรักษาหายสูงกว่าโรคมะเร็งในระยะอื่นๆ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ คือการตรวจที่เมื่อพบโรคแล้วภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดจากมะเร็งสูงหรือมีอัตราเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลดลง ปัจจุบันการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ คือตรวจคัดกรองมะเร็งตับ โดยการตรวจHBsAgและanti-HBs มะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจ Pap smear หรือ VIA และมะเร็งเต้านมโดยเครื่องแมมโมแกรม ในมะเร็งส่วนอื่นๆมีมาตรการการคัดกรองเบื้องต้น จากอาการและการแสดงเท่านั้น³

การคัดกรองผู้ป่วยในระบบบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นกระบวนการประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อให้พยาบาลตัดสินใจความเร่งด่วนของอาการและนำมาใช้ในการจัดลำดับความเร่งด่วนของอาการและการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการบริหารความเสี่ยงของผู้รับบริการ และเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ดังนั้นพยาบาลที่ให้บริการที่งานผู้ป่วยนอก จึงต้องมีความสามารถในการประเมินเพื่อระบุปัญหาและความต้องการเร่งด่วนและสำคัญได้อย่างแม่นยำครอบคลุม เพื่อ

นำไปสู่ความพึงพอใจต่อการบริการและตอบสนองกลยุทธ์การเข้าถึงบริการ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกปี 2559 การคัดกรองมะเร็งพบมะเร็งระยะแรก ร้อยละ 8.55 ระยะที่ 2-3 พบร้อยละ 37.17 ระยะที่ 4 พบมาร้อยละ 54.28 และการคัดกรองมะเร็งมักตรวจไม่พบว่าเป็นมะเร็งใน 3 ครั้งแรกที่มารับบริการ โดยเฉพาะกรณีมะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ และมะเร็งกระเพาะอาหาร มักพบว่าผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากกว่า 5 ครั้ง ซึ่งอาการของมะเร็งในกลุ่มนี้อาจไม่ชัดเจนการมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยรักษาตามอาการก็หาย จึงไม่ค้นหาสาเหตุที่ชัดเจนทำให้พบมะเร็งในระยะท้ายๆซึ่งส่งผลให้การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี ดังนั้นการคัดกรองผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องในกลุ่มที่มีอาการเดิมซ้ำจึงมีความสำคัญ พยาบาลสามารถคัดกรองซักถาม หรือตรวจเบื้องต้นอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือโรคของบุคคล ซึ่งไม่ทราบมาก่อนว่าตนมีความเสี่ยงหรือเป็นโรคมะเร็ง เพื่อลดระยะเวลาพบโรค ลดความเสี่ยง ลดภาวะแทรกซ้อน หรือ พบมะเร็งในระยะต้นๆได้มากขึ้น⁴ ผู้ศึกษาจึงเลือกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่พบน้อยแต่เมื่อพบแล้วมักเป็นมะเร็งระยะท้ายที่ต้องได้รับการผ่าตัด ฉายรังสี หรือได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะมีความทุกข์ทรมานจากทวารเทียม สูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากมีถุงอุจจาระที่ติดตัวไปตลอด มีกลิ่นที่ไม่พึงพอใจ ผู้ป่วยมักปรับตัวอยาก เข้าสังคมน้อยลง ทำงานได้น้อยลง⁵ และมีปัญหาค่าใช้จ่าย⁶ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาเร็วขึ้น ได้รับการคัดกรองที่ครอบคลุม พบมะเร็งในระยะแรก ส่งผลให้ได้รับการพยาบาลที่ครบวงจร เป็นองค์รวม ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยได้รับการคัดกรองให้คำปรึกษา การพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงศึกษากรณีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มาติดตามการรักษาที่งานผู้ป่วยนอกจำนวน 3 ราย เนื่องจากปัญหาการพบมะเร็งในแต่ละบุคคลมีปัจจัยแตกต่างกันจึงเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่กรณีที่ไม่พบมะเร็งใน 3 ครั้งแรกที่มารับบริการ

วัตถุประสงค์ของการศึกษารายกรณี

1. เพื่อเปรียบเทียบปัญหาการคัดกรองและการ
พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

2. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับการคัดกรอง
มะเร็งและการพยาบาลแบบครบวงจร และองค์รวมทั้ง
ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ขอบเขตการศึกษา/วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษากรณีผู้ป่วยมะเร็งที่มา
ติดตามการรักษาที่ผู้ป่วยนอก จำนวน 3 ราย เลือกผู้ป่วยแบบ
เจาะจงเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่กรณีที่ตรวจไม่พบมะเร็งใน
3 ครั้งแรกที่มารับบริการ การเก็บรวบรวมข้อมูล จากเวช
ระเบียน การสอบถามปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ และการ
สังเกต ศึกษาในช่วงเดือน ตุลาคม 2559 – มีนาคม 2560
เปรียบเทียบผู้ป่วยที่พบมะเร็งลำไส้ 3 ราย ตั้งแต่แรกเริ่ม เข้า
รักษาที่ผู้ป่วยใน จนกลับมาตรวจติดตามการรักษาอีกครั้งที่
ผู้ป่วยนอก ผู้ศึกษาให้ข้อมูลการเข้าร่วมการศึกษาอย่าง
ละเอียด ผู้ป่วยและญาติมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วม และ
สามารถปฏิเสธการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วย 3 ราย รายที่ 1 เพศหญิงอายุ 52 ปี
เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2559 ได้รับการวินิจฉัย
เมื่อแรกเริ่ม Gut obstruction การวินิจฉัยสุดท้าย CA upper
rectum ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 11 วัน รายที่ 2 เพศชาย อายุ
63 ปี เข้ารับการรักษาเมื่อ 15 ธันวาคม 2559 ได้รับการ
วินิจฉัยแรกเริ่ม Abdominal Mass การวินิจฉัยสุดท้าย CA
rectum ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 19 วัน รายที่ 3 เพศชายอายุ
66 ปี เข้ารับการรักษาเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2560 ได้รับการ
วินิจฉัย CA rectum ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 30 วัน

อาการและการแสดง

ผู้ป่วยรายที่ 1 ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน 1
เดือนก่อนผู้ป่วยเริ่มมีอาการถ่ายเป็นก้อนเล็กๆ กระปรืด กระ
ปรอย รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน
1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดสดๆปนมากออกมากับ
อุจจาระ ไม่เป็นเนื้อเดียวกัน ใน 1 เดือนน้ำหนักลด 1
กิโลกรัม ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เคยผ่าตัดเนื้องอก
มดลูก เมื่อ 30 ปีที่แล้ว หลังผ่าตัดไม่มีอาการผิดปกติ เป็น
เบาหวานมา 12 ปี ไม่มีคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง อาการ

แรกเริ่ม ปวดแน่นท้อง Pain Score = 8 ไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผาย
ลม ไม่มีอาการคลื่นไส้-อาเจียน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อย
อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้ ดื่มน้ำอาหาร On NG Tube
WITH Bag ไว้ Content เป็น Bile ออกประมาณ 50 ml. ท้อง
บวมโต On 0.9%NSS 1000 ml vein drip 80 cc/hr. แพทย์
ตรวจอาการแรกเริ่มให้เจาะ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, DTX
Stat = 170 mg% Retained Foley's Catheter ไว้ สังเกต Film
Acute Abdomen ให้ยาเป็น Ranidine 50 mg. vein ทุก 8 hr.
อุณหภูมิร่างกาย 37.5 C อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง /
นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 133 /
75 mmHg.

ผู้ป่วยรายที่ 2 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลลำผ
ก้นที่ท้อง ปวดท้องเป็นๆหายๆ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไปพบ
แพทย์ที่คลินิก แพทย์บอกมีก้อนในท้องนัดมาผ่าตัด ประวัติ
การเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคเบาหวานมา 8 ปี ครอบครัวมี
ประวัติพ่อเป็นมะเร็งลำไส้ อาการแรกเริ่ม คลำพบบนท้องที่ท้อง
ไม่ปวดแน่นท้อง ถ่ายปกติ รับประทานอาหารได้น้อย ผู้ป่วย
รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ เหนื่อยอ่อนเพลีย อุณหภูมิ
ร่างกาย 37.8 C อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง / นาที อัตรา
การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/80 mmHg.

ผู้ป่วยรายที่ 3 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปวด
ท้องน้อยด้านซ้าย ถ่ายอุจจาระเหลวสีน้ำตาลเหลือง-สีน้ำตาล
แดง ไม่มีมูก สลับท้องผูก ถ่ายกระปริดกระปรอย 5-10 ครั้งต่อ
วัน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไปพบแพทย์ที่คลินิก
รับประทานยาแล้วไม่ดีขึ้น มีปัสสาวะแสบขัดร่วมด้วย
ปัสสาวะขุ่น รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลง 4
กิโลกรัมใน 4 เดือน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรค
ความดันโลหิตสูง ผ่าตัดเปลี่ยน lens ตาข้างซ้ายเมื่อ 2 ปีก่อน
ผ่าตัดตาข้างขวา เมื่อ 7 เดือนก่อน ไม่มีคนในครอบครัวเป็น
มะเร็ง แรกเริ่ม

ปวดท้องน้อยด้านซ้ายเล็กน้อย ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง ไม่มีมูก
เลือด รับประทานอาหารได้น้อย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือ
ตัวเองได้ เหนื่อยอ่อนเพลีย ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการ
ผ่าตัดมาก อุณหภูมิร่างกาย 37.6 C อัตราการเต้นของหัวใจ 80
ครั้ง / นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต
150/98 mmHg.

ตาราง 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผู้ป่วยรายที่ 3
Complete Blood Count				
WBC (cell/mm3)	45,00-10,000	9,900	12,400	17,000
RBC (10 ⁶ /ul)	4.2-6.3	4.02	3.89	3.98
HGB (g/dl)	12-18	10.8	9.3	9.7
HCT (%)	37-50	29.9	28.3	30.3
MCV (fl)	80-100	79.5	72.8	76.2
MCH (pg)	26-34	26.9	24.0	24.5
MCHC (g/dl)	31-37	33.8	33.0	32.1
RDW (%)	11.5-14.5	16.8	16.9	18.8
PLT Count (10 ³ /ul)	140,000-400,000	296,000	505,000	474,000
NE (%)	55-77	69.2	72.5	79.3
LY (%)	25-35	19.6	18.0	12.3
MO (%)	2-6	10.8	7.9	8.0
EO (%)	1-3	0.3	1.1	0.1
BA (%)	0-1	0.1	0.5	0.3
Clinical Chemistry				
FBS (mg%)	70-110	152	137	126
BUN (mg%)	7.0-18.0	13	10	13
Creatinine (mg%)	0.6-1.3	0.6	0.7	0.7
eGFR (ml/min/1.73m ²)	60-89	101	85	84
Sodium (mmol/L)	135-145	133.6	138	126.8
Potassium (mmol/L)	3.6-5	3.56	3.68	4.82
CL (mmol/L)	101-111	103.4	101	94
CO ₂ (mmol/L)	21-31	21.7	23.3	17.4
Protein (g%)	6.4-8.4	-	7.3	6.7
Albumin (g%)	3.5-5	-	3.1	2.5
Alk.Phos (IU/L)	32-92	-	98	88
AST (SGOT)(IU/L)	10-42	-	24	40
ALT (SGPT)(IU/L)	10-40	-	41	16
Total Bilirubin (mg%)	0.2-1.0	-	0.2	0.3
Direct Bilirubin (mg%)	0.0-0.2	-	0.0	0.1
Urine Analysis				
Color	Yellow	Yellow	Colorless	Milk
Turbidity	Clear	Clear	Clear	Very
Specific gravity	1.010	1.010	1.010	1.030
PH	5.5-6.5	6.5	6.0	6.0
Albumin	Negative	Negative	Negative	Negative
Glucose	Negative	Trace	3+	Negative
Ketone	Negative	Trace	Negative	Negative
Urobilinogen	Negative	Negative	Negative	Negative
Bilirubin	Negative	2+	2+	Negative

ตาราง 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผู้ป่วยรายที่ 3
Blood	Negative	Negative	Negative	Negative
Nitrite	Negative	Negative	Negative	Negative
Leukocyte	Negative	1+	Negative	1+
WBC	0 – 3	2-3	0-1 cells/HPF	>100
RBC	Negative	NA	0-1 cells/HPF	30.35
Squamous epithelial cell	Negative	0-1	0-1 cells/HPF	5-10
Hyaline cast	Negative	2-3	NA	NA

แผนการรักษา การรักษาเมะเร็งลำไส้ ต้องมีทีมแพทย์ในสาขาต่าง ๆ มาร่วมกันวางแผนการรักษาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ และอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง ตลอดจนพยาบาลที่มีความชำนาญด้านศัลยกรรม และโรคมะเร็ง โดยมีปัจจัยหลายอย่างเป็นตัวกำหนดวิธีการรักษาของแพทย์ ที่สำคัญ คือ ขนาด ตำแหน่ง และลักษณะของเซลล์มะเร็ง ระยะและการแพร่กระจายของโรค การกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง และสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ซึ่งการรักษาขึ้นอยู่กับหลายวิธี บางวิธีนั้นเป็นวิธีที่ใช้กันอยู่เป็นมาตรฐาน แต่บางวิธีก็ยังไม่อยู่ในขั้นตอนของการศึกษาทดลอง การรักษาหลักของโรคนี้อีกคือ การผ่าตัด

ส่วนยาเคมีบำบัดและรังสีรักษานิยมใช้เป็นการรักษาเสริมเพื่อเพิ่มผลการรักษาให้ดียิ่งขึ้น^๖ ในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย ได้รับการผ่าตัด และรับยาเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ แบ่งการพยาบาลเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ณ คลินิก ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และนัดติดตาม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การพยาบาลแบบครบวงจรและองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังต่อไปนี้

ตาราง 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผู้ป่วยรายที่ 3
คลินิกผู้ป่วยนอก	1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแน่นท้อง 2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรค และการผ่าตัด 3. เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรค และการผ่าตัด 2. เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรค และการผ่าตัด 2. เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ
ผู้ป่วยใน	1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแน่นท้อง 2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรคและการผ่าตัด 3. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ 4. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 5. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน Hyperglycemia 6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 7. ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียม (stoma) หลังการผ่าตัด	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรคและการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจาก Hyperglycemia 4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 5. ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียม (stoma) หลังการผ่าตัด 6. ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรคและการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด 4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียม (stoma) หลังการผ่าตัด 5. ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม 6. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากความดันโลหิตสูง

ตาราง 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผู้ป่วยรายที่ 3
	8. ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม 9. ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจาก มีภาวะซึมเศร้า 10. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	7. ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจาก มีภาวะซึมเศร้า 8. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	7. ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจาก มีภาวะซึมเศร้า 8. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ
ติดตามนัด	-	-	1. ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลเรื่องภาพลักษณ์และการดูแลตนเองเนื่องจาก ขับถ่ายอุจจาระทางรูทวารเทียม

กิจกรรมการพยาบาล

การพยาบาล ณ คลินิกผู้ป่วยนอก เป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการคัดกรอง ได้รับการประเมินปัญหาอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัยจากความเสี่ยงต่างๆที่ป้องกันได้ ได้รับการพยาบาลบรรเทาอาการไม่สบาย/อาการรบกวนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ขณะการตรวจรักษาโรค เพื่อลดและบรรเทาความวิตกกังวล และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ระหว่างการส่งต่อ - เคลื่อนย้าย - จำหน่าย กิจกรรมการพยาบาล มีดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยไม่สบายเนื่องจากปวดแน่นท้อง ในผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยบ่นปวดแน่นท้องเป็นระยะๆ ไม่ถ่าย ไม่ผายลม 3 วัน ความปวดระดับ 8 พยาบาลประเมินความปวดของผู้ป่วย ให้เปลี่ยนท่านอน จัดท่า Fowler's position งดน้ำและอาหารทางปาก พุดคุยปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้คำแนะนำและตอบคำถาม จัดให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนเข้าตรวจก่อน

2. การพยาบาลผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องโรคและการผ่าตัด ในผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ได้รับการประเมินสภาพความวิตกกังวลของผู้ป่วย พยาบาลซักถามและรับฟังปัญหาจากผู้ป่วยและญาติ อธิบายเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างย่อๆ ถึงพยาธิสภาพ การรักษา การผ่าตัด การเตรียมตัวนอนโรงพยาบาล และขั้นตอนในบริการผู้ป่วยนอก

การพยาบาล ณ หอผู้ป่วยใน เป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้ง 3 ราย มีดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยทั้ง 3 รายได้รับการผ่าตัด และมีโรคร่วมคือ เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรายที่ 2,3 สามารถถอดท่อหายใจได้ตามปกติ ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจที่อาจเกิดขึ้น โดยการสังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลง V/S อย่างใกล้ชิดทุก 15 นาที จนเป็นปกติ พยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ ป้องกันการหักงอ เลื่อนหลอดของท่อและสายต่าง ๆ จัดท่านอนศีรษะสูง ดูแลให้ได้รับสารน้ำให้เพียงพอ สังเกตและบันทึก ยา สารน้ำ จำนวนปัสสาวะ พุดคุยอธิบายความจำเป็นที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยทราบและเปิดโอกาสให้ซักถาม

2. การพยาบาลผู้ป่วยไม่สบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยทั้ง 3 รายมีอาการปวดแผลในระดับ 9 ได้รับการประเมินระดับความเจ็บปวด จัดท่านอนที่สบาย ให้การพยาบาลทำแผลอย่างนุ่มนวล พยาบาลปลอบโยนให้กำลังใจในการต่อสู้กับความปวด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยหาวิธีแก้ไขอาการปวดที่สามารถปฏิบัติได้ เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ เป็นต้น อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุที่เจ็บปวด และเปิดโอกาสให้ซักถาม

แนะนำให้พุงแผ่เวลาไอ จาม หรือขยับตัวเพื่อให้ปวดน้อยลง และดูแลให้ยาแก้ปวด Morphine ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการหลังให้ยาและประเมินระดับความปวดซ้ำ

3. การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน Hyperglycemia ผู้ป่วยรายที่ 1,2 มีค่าน้ำตาลในเลือดสูง ระหว่าง 149-313 mg% พยาบาลประเมินระดับน้ำตาลทุก 6 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับ Insulin ตาม scale แผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลง V/S อย่างใกล้ชิด ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องอาหารเบาหวาน การปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องระวังทั้งภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป เช่น อ่อนเพลีย ซึม สับสน หรือเวียนศีรษะหน้ามืด ให้รีบขอความช่วยเหลือทันที

4. การพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับตรวจสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้และการติดเชื้อ ทำแผลโดยยึดหลัก Sterile Technique อธิบายถึงการให้ยาปฏิชีวนะ ดูแลให้ได้รับการฉีดยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตลักษณะของแผล เช่น ผิวหนังบริเวณบาดแผล แดง ร้อน ผู้ป่วยรู้สึกปวดแผลมาก หรือมีสิ่งคัดหลั่ง (Discharge) ของแผล แนะนำและดูแลไม่ให้แผลเปียกน้ำ ดูแลความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน เสื้อกางเกง ผ้าขาวแดงทุกวัน

5. การพยาบาลผู้ป่วย พร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียม (stoma) หลังการผ่าตัด โดย

5.1 สอนวิธีการทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ ป้องกันการแตกทำลายของผิวหนัง เนื่องจากของเหลวจากลำไส้เล็กส่วนปลาย (ileum) ซึ่งมีฤทธิ์เป็นด่างจะไหลออกตลอดเวลาโดยไม่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นจึงต้องปิดถุงรองรับไว้ (ostomy bag) ตลอดเวลา และเปลี่ยนถุงเมื่อมีของเหลว ½ ของถุงเพื่อกันถุงหลุด เนื่องจากน้ำหนักของเหลวในถุงมากเกินไป

5.2 การทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ แนะนำการประเมินผิวหนังรอบรูเปิดทุกครั้งที่เปลี่ยนถุง รวมทั้งสังเกตความผิดปกติของทวารเทียม ทวารเทียมปกติ

จะมีสีชมพูระเรื่อ โผล่พ้นผิวหนังไม่เกิน 1 นิ้ว หลังผ่าตัด 3 เดือนขนาดจะคงที่ หากพบมีสีคล้ำ ลำไส้ยื่นยาวออกมาก หรือหดลึกเข้าไป หรือมีเลือดออก ให้รีบมาพบแพทย์

5.3 แนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

5.3.1 การรับประทานอาหาร สามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิด แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารบางประเภท เช่น รสจัด หมักดอง เป็นต้น อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่นและก๊าซ เช่น กะหล่ำปลี หัวหอม บล๊อคโคลี่ ถั่วต่างๆ กุ้ง สะตอ ชะอม กาแฟ เหล้า เบียร์ น้ำอัดลมที่มีคาร์บอนเนต รวมถึงอาการที่มีกาเอยสูงหรือย่อยยาก เช่น เมล็ดถั่ว ข้าวโพด มะพร้าว เป็นต้น เพราะอาจเกิดการอุดตันลำไส้ได้ง่าย

ควรรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยมื้อแทน การรับประทานอาหารมื้อหนักๆ เคี้ยวอาหารให้ละเอียด รับประทานอาหารช้าๆ ลดพฤติกรรมที่ส่งเสริมการสะสมก๊าซในลำไส้ เช่น ดื่มน้ำจากหลอดดูด พุดคุยระหว่างรับประทานอาหาร เคี้ยวหมากฝรั่งหรือสูบบุหรี่ รับประทานอาหารให้เป็นเวลา เพื่อให้ถ่ายอุจจาระเป็นเวลา ทั้งนี้ควรแนะนำให้ทราบถึงระยะเวลาที่อาหารเคลื่อนจากปากถึงลำไส้ใหญ่ ประมาณ 6 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้ควบคุมการขับถ่ายได้ รวมถึงมีประโยชน์ต่อการกำหนดเวลาที่เหมาะสมในการเดินทางได้

5.2.2 ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,500 ซีซี เพื่อป้องกันอาการท้องผูกหรือขาดน้ำ หากมีการสูญเสียเหงื่อมากกว่าปกติ เช่น ในฤดูร้อน แนะนำให้ดื่มน้ำเพิ่ม อาจดื่มน้ำเกลือแร่เพื่อช่วยรักษาสมดุลของเกลือแร่

5.2.3 แนะนำหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดต่อทวารเทียม เช่น การยกหนัก การออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมาก ทำงาน หรือการเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงปะทะ เช่น ฟุตบอล มวย เป็นต้น

5.2.4 สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้หลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ โดยก่อนมีเพศสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ เปลี่ยนถุงรองรับใหม่

5.2.5 แต่งกายด้วยชุดที่ไม่รัดรั้งเกินไป หลีกเลี่ยงการใช้เข็มขัดเพราะจะรัดถุงรองรับแตกได้

5.2.6 ในรายที่แพทย์ผ่าตัด Ileostomy และนำส่วนลำไส้เล็กมาทำกะเปาะเพื่อรองรับอุจจาระ (Kock pouch)

จะสอนวิธีสวนล้าง pouch โดยใช้สายยางสวนทาด้วยครีมหล่อลื่น สอดเข้าในทวารเทียม ลึก 2 นิ้ว ใช้โซริงส์ดูดน้ำเกลือประมาณ 20 ซีซี.ดันผ่านสายสวนซ้ำจนหมดปล่อยให้ของเหลวไหลผ่านสายสวนเองตามแรงโน้มถ่วง ควรสวนล้างทุกวันๆละ 3 ครั้ง ช่วยให้อุจจาระไม่คั่งค้างในกระเพาะ

5.2.7 แนะนำให้ล้างขยารูทวารเทียมทุกวัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยใช้นิ้วมือที่สะอาดหล่อลื่นด้วยวาสลีนก่อนทำการถ่างขยาย

5.2.8 แนะนำแหล่งประโยชน์หรือบุคลากรที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรูทวารเทียม ตลอดจนการสนับสนุนอุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง *

6. การพยาบาลผู้ป่วยที่สูญเสียภาพลักษณ์
เนื่องจากได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม พยาบาลประเมินภาวะทางอารมณ์และการใช้กลไกการปรับตัวของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจ ให้เวลาผู้ป่วยระบายความรู้สึกและบอกความต้องการ เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือที่สอดคล้องกับความต้องการ ทบทวนเหตุผลของการผ่าตัดทำทวารเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความจำเป็นของการผ่าตัดนี้ วางแผนทำกิจกรรมการดูแลทวารเทียมร่วมกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองและความสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ของผู้ป่วย ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และแนะนำให้รู้จักกับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมรายอื่น เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์⁶ ในผู้ป่วยรายที่ 3 การมาติดตามนัดยังพบปัญหาผู้ป่วยไม่พร้อมในการดูแลเปลี่ยนถุงเอง เนื่องจากภรรยาทำให้ พยาบาลจึงทบทวนวิธีการทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนัง ค้นหาส่วนที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจ เพื่อเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการเดินทางไปในที่ต่างๆ เป็นต้น นอกจากนั้นค้นหาปัญหาที่ผู้ป่วยยังไม่มั่นใจในด้านสังคม เช่น ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ความรู้สึกเป็นชายลดลง บทบาทความเป็นผู้นำลดลงหรือไม่ เป็นต้น เพื่อให้ข้อมูลในการส่งต่อทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ

7. การพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ
พยาบาลประเมินสภาพและปริมาณการได้รับสารอาหารของผู้ป่วย หลังผ่าตัดแพทย์อนุญาตจิบน้ำ ให้อาหารเหลว และจนกระทั่งให้เป็นอาหารปกติ พยาบาลให้การดูแลให้ได้รับอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ที่เพียงพอเหมาะสม รวมทั้งให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การเลือกประเภทของอาหารให้เหมาะกับโรคที่เป็นทั้งมะเร็งลำไส้ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เช่นอาหารไขมันต่ำ ผัก ผลไม้ไม่หวานมากในปริมาณที่พอเหมาะ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแนะนำให้รักษาความสะอาดของปากและฟัน โดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหลังอาหารและก่อนนอน หรือให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากเพื่อป้องกันปากเป็นแผล และเป็นการส่งเสริมให้มีน้ำลายและความชื้นในช่องปาก ทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหาร แนะนำการรับประทานอาหารทีละน้อย แต่บ่อยครั้งและไม่รีบเร่ง แนะนำญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกรับประทานอาหารได้ตามชอบ แต่ต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษา ถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดูแลให้ได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ตามความจำเป็น และชั่งน้ำหนักตัวอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์เวลาเดียวกัน เครื่องชั่งเดียวกัน

8. การพยาบาลผู้ป่วยที่ความทนต่อกิจกรรมลดลง
เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า ประเมินแบบแผนการทำกิจกรรมที่เลขท่า รวมทั้งอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย จัดเวลาการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับความทนของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนก่อนและหลังทำกิจกรรม หรือการพยาบาลเพื่อสงวนพลังงานของผู้ป่วยไว้ทำกิจกรรมที่จำเป็น จัดวางของใช้ไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยเพื่อช่วยให้หยิบใช้ได้สะดวก ติดตามผลอิเล็กโทรลิตและระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต เพื่อประเมินผลการรักษา และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ PRC ตามแผนการรักษา

9. การพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน
โรคหัวใจและหลอดเลือดเนื่องจากความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรายที่ 3 มีโรคความดันโลหิตสูง พยาบาลเฝ้าระวังความดันโลหิตไม่ให้เกิน 140/90 mmHg. ติดตามประเมินอาการและอาการแสดง เฝ้าระวังระบบต่างๆของผู้ป่วย เช่น การ

ประเมินสายตาและการมองเห็น ระบบความจำ การมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหว การทำงานของไต โดยสังเกตจำนวนปัสสาวะ <30 ml/hr., Bun, Creatinine พร้อมกับอธิบายให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล แนะนำให้พักผ่อนเตียงและมีกิจกรรมออกกำลังกายเบาๆ เพื่อฝึกกล้ามเนื้อเนื้อแขนขาทั้งสองข้างอย่างพอเหมาะ ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต Atenolol ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ ให้ยา Lorazepam ก่อนนอน

สรุป

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ติดอันดับ 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปและผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเนื่องจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงวิถีการบริโภค และการมีชีวิตรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป สอดคล้องกับอายุของกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย แม้ว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะต้นจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ ด้วยการผ่าตัด แต่มักจะไม่มีอาการแสดงใดๆ ที่นำไปสู่การวินิจฉัย และรักษาทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 60 ตรวจพบโรคในระยะท้าย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงมีอัตราการรอดชีพต่ำ โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณร้อยละ 25 อาจได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นผิดพลาด เช่น โรคของถุงน้ำดีและแผลในกระเพาะ หรือโรคของลำไส้ใหญ่นิดอื่นๆ อาการปวดท้องด้านข้างขวาอาจคล้ายอาการของโรคไส้ติ่งอักเสบ เช่นเดียวกับในกรณีศึกษาที่ 1 การวินิจฉัยแรกเป็น เป็นลำไส้อุดตัน กรณีศึกษาที่ 2 การวินิจฉัยแรกเป็น Abdominal mass เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาโลหิตจางร่วมกับน้ำหนักลดต้องนึกถึงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย สำหรับผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปีที่มีอาการเลือดออกทางทวารหนักควรได้รับการตรวจละเอียดทุกราย ในผู้ป่วยรายที่ 1 ปัจจัยความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ เคยมีเนื้องอกในมดลูก เป็นเบาหวานมา 12 ปี อยู่ใกล้สามีที่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารสดและชอบเนื้อวัว คีโมเหล้า/เบียร์ ออกกำลังกายน้อย ส่วนอาการที่พบ ได้แก่ ท้องเสียบ่อย ถ่ายเหลวเป็นก้อนเล็กๆ มีเลือดสดๆปนมากออกมากับอุจจาระ น้ำหนักตัวลด ในผู้ป่วยราย

ที่ 2 ปัจจัยความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ เป็นโรคเบาหวานมา 8 ปี มีประวัติพ่อเป็นมะเร็งลำไส้ คีโมเหล้า ออกกำลังกายน้อย ส่วนอาการที่พบ ได้แก่ ปวดท้องน้อยเป็นๆหายๆ ในผู้ป่วยรายที่ 3 ปัจจัยความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง คีโมเหล้า ออกกำลังกายน้อย ส่วนอาการที่พบ ได้แก่ ปวดท้องเป็นๆหายๆ ถ่ายอุจจาระเหลวสีน้ำตาลเหลือง-สีน้ำตาลแดง ไม่มีมูกเลือด สลับกับท้องผูก และน้ำหนักตัวลด ทั้ง 3 รายมีปัญหาการคัดกรองที่เหมือนกันคือ 1) อาการแสดงของผู้ป่วยไม่ชัดเจนตั้งแต่เป็นครั้งแรก 2) การซักประวัติไม่ครอบคลุม/ตรงกับอวัยวะของการเกิดมะเร็ง 3) ขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 4)ทัศนคติของผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองดูแลสุขภาพดีไม่น่าเกิดมะเร็งกับตนเอง เป็นต้น ปัญหาจากการให้การพยาบาลที่เหมือนกันคือ 1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรคและการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียม (stoma) หลังการผ่าตัด 5. ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากการได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม 6. ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจาก มีภาวะซีด 7. ผู้ป่วย เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ปัญหาการพยาบาลที่แตกต่างกัน คือ 1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแน่นท้อง 2. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจาก Hyperglycemia 3. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โรคหัวใจและหลอดเลือดเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากโรคมะเร็งลำไส้ส่วนใหญ่ ยังไม่ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริง แต่มีมะเร็งบางตำแหน่งสามารถทราบสาเหตุหรือสาเหตุร่วมซึ่งอาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นทุกคนควรจะต้องตรวจ และสำรวจร่างกายของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทราบความรู้ความเข้าใจอาการและอาการแสดงสำคัญของโรค ซึ่งถ้าพบอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อยก็ควรรีบปรึกษาแพทย์ทันที ความกลัวหรือการไม่ยอมรับโรคมะเร็งว่าเกิดกับตนเอง เป็นทัศนคติด้านลบของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจและการรักษา

เช่น มะเร็งเป็นโรคร้ายแรงที่เป็นแล้วต้องตายทุกคน เป็นโรคที่ทุกข์ทรมาน เป็นแล้วรักษาไม่หาย มีการลุกลามของโรค ค่าใช้จ่ายสูง การเจ็บป่วยเป็นการถูกละเลย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ สูญเสียภาพลักษณ์ และ ไม่มีความหวังในชีวิต ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลต้องใช้ความรู้และศาสตร์หลายด้านหลายวิชาชีพเข้าช่วยเหลือในการที่จะประคับประคองให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะทุกข์ทรมานไปได้

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดระบบบริการผู้ป่วยนอก ควรมีแนวปฏิบัติการคัดกรองมะเร็งในกลุ่มผู้ป่วย/คลินิกต่างๆ อย่างครบถ้วน เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบให้เข้าถึงกระบวนการรักษาได้เร็วขึ้น ส่วนการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ควรจัดทำแนวปฏิบัติรายโรคสำหรับพยาบาลเพื่อการดูแลส่งต่ออย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัด ควรได้รับการเตรียมอย่างเป็น ระบบ และ ต้องใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นองค์รวม ดูแลด้านกายจิตสังคม และจิตวิญญาณ จึงจะสามารถเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. การตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ดีที่สุด จำเป็นต้องใช้ความเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยและครอบครัว เพราะการผ่าตัดทวารเทียมเปลี่ยนชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวมาก และการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบครบวงจร โดยทีมแพทย์ศัลยกรรม อายุรกรรม ผู้เชี่ยวชาญมะเร็ง พยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลดูแลต่อเนื่อง พยาบาลดูแลแบบประคับประคอง ฯ ต้องประสานการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติผ่านพ้นปัญหาวิกฤติในชีวิตและสามารถปรับตัวเข้าสังคมได้เป็นปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพทุกท่านที่มีส่วนร่วมดูแล รวมทั้งร่วมประชุมวิเคราะห์ให้คำแนะนำตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา ขอขอบพระคุณผู้บริหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลที่ให้การสนับสนุน ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาและทำให้ผลงานนี้สำเร็จเผยแพร่เป็นวิทยาทานแก่ผู้สนใจต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Attasara P, Sriplung H. Cancer incidence in Thailand. In: Cancer in Thailand, Vol VII, 2007-2009. Khuhaprema T, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S, Sangrajang S, eds. 2013, 4-11.
2. สถิติโรคมะเร็ง. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ; 2559.
3. พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณและคณะ. การตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556 ; 7(4) : 19-33.
4. Oortwijn W, Banta HD, Cranovsky R. Introduction: mass screening, health technology assessment, and health policy in some European countries. Int J Technol Assess Health Care. 2001 Summer ;17: 269-74.
5. สมพร วรณวงศ์และมานิ ชัยวีระเดช. (2552). ประสิทธิภาพและการดำเนินชีวิตขณะมีโคลอสโตมีแบบถาวรในผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารวิชาการเขต 12. 20(1) มกราคม-มีนาคม 2552 : 25-34
6. ชลยา อดทนกันันท์ และ วีระพันธ์ ลีอนุชวรัชชัย.(2560) คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. เวชศาสตร์ร่วมสมัย. 61(3) พฤษภาคม –มิถุนายน 2560 : 387 – 400
7. MedThai. “มะเร็งลำไส้ อากาโร สาเหตุ การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <https://medthai.com/> [21 ก.ค.2017].
8. Si.mahidol. การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Pre-Postoperative for Ostomy Patients). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.si.mahidol.ac.th>
9. อากม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2552.