

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก

สุจินดา ลดาสุนทร^{พ.ม.} (การพยาบาลผู้ใหญ่)

สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม^{***} ^{ปร.ด.} (การพยาบาล), ^{วพย.} (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

วีรพัฒน์ สุวรรณธรรม^{***} ^{พ.บ.} (ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก)

บทคัดย่อ :

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ต่อคุณภาพชีวิตและ ผลลัพธ์ทางคลินิก ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แห่งหนึ่ง จำนวน 54 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ แนวปฏิบัติ จำนวนกลุ่มละ 27 ราย แนวปฏิบัติประกอบด้วย การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะ หลังผ่าตัด และระยะหลังจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติไคสแควร์ สถิติแมน- วิทนียู และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตหลังจำหน่าย 1 เดือน สูงกว่าก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และ จำนวนวันนอนหลังการผ่าตัด อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อน จากการมีทวารเทียม อัตราการกลับนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษา ครั้งนี้ แสดงว่าการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด เปิดทวารเทียม ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและภาวะ แทรกซ้อนจากการมีทวารเทียมมีแนวโน้มน้อยลง อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมก่อนการ ใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลอย่างเต็มรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาล ผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คุณภาพชีวิต การผ่าตัดเปิดทวารเทียม

*ผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) โรงเรียน พยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: suchira.cha@mahidol.edu

***รองศาสตราจารย์ อาจารย์แพทย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่รับบทความ 9 พฤษภาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 6 มิถุนายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ 8 มิถุนายน 2565

The Effects of Clinical Nursing Practice Guideline Implementation in Patients with Colorectal Cancer Receiving Stoma Creation on Quality of Life and Clinical Outcomes

Sujinda Ladasoontorn* M.N.S (Adult Nursing)

Suchira Chaiviboontham** Ph.D. (Nursing), Dip. APMSN

Weerapat Suwanthanma*** M.D. (Colorectal surgery)

Abstract:

This quasi-experimental research aimed to develop and examine the effects of implementing clinical nursing practice guidelines (CNPG) in patients with colorectal cancer receiving stoma creation on the quality of life and clinical outcomes. Orem's self-care theory was used as the conceptual framework. The sample consisted of 54 patients with colorectal cancer receiving stoma creation at a university hospital. The patients were divided into two groups: the control group receiving usual care and the experimental group receiving the CNPG implementation, with 27 participants in each group. The CNPG included nursing care at the preoperative, postoperative, and post-discharge phases. Data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-square test, the Mann-Whitney U test, and one-way repeated measures analysis of variance. Results showed that the stoma QOL in the CNPG group one month after discharge was significantly higher than before and one week after discharge. For clinical outcomes, the length of stay, postoperative length of stay, postoperative complications, ostomy complications, and 30 days re-admission between the groups were not significantly different. The study revealed that CNPG implementation helps patients have a good quality of life. The incidence of postoperative and ostomy complications in the CNPG group tended to decline. However, further study should be done before fully implementing the CNPG in patients with colorectal cancer receiving stoma creation.

Keywords: Clinical nursing practice guideline, Clinical outcomes, Colorectal cancer, Quality of life, Stoma creation

*Diplomate Candidate, Thai Board of Advanced Practice in Adult-gerontology Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: suchira.cha@mahidol.edu

***Associate Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received May 9, 2021, Revised June 6, 2022, Accepted June 8, 2022

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีสถิติเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในแต่ละวันที่ต้องแข่งขันกันมากขึ้น ความจำกัดในเรื่องของเวลา ทำให้อุปนิสัยการบริโภคอาหารประเภทไขมันสัตว์เนื้อสัตว์สูงขึ้นรับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจึงสูงขึ้นด้วย¹ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบมากเป็นอันดับ 4² สำหรับประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นโรคมะเร็งที่พบในเพศชายมากเป็นอันดับ 1 โดยมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20.7 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่พบใหม่ในเพศชายทั้งหมด ส่วนในเพศหญิงพบมากเป็นอันดับที่ 2 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 12.2 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่พบใหม่ในเพศหญิงทั้งหมด³

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในปัจจุบัน มีผลการรักษาที่ดีเป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการผ่าตัด การฉายาเคมีบำบัดและการใช้รังสีรักษาทั้งนี้ขึ้นกับระยะและการกระจายของโรค⁴⁻⁶ การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้สูงถึงร้อยละ 28⁷ ภาวะแทรกซ้อนนี้ ได้แก่ ภาวะลำไส้อุดตัน แผลผ่าตัดติดเชื้อ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ลำไส้อุดตัน และภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว การเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้เกิดโรคร่วม และอัตราการตายสูงขึ้น เกิดค่าใช้จ่ายมากขึ้นและระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น บางการผ่าตัดมีความจำเป็นต้องเปิดทวารเทียมเพื่อเบี่ยงเบนทางออกของอุจจาระ หรือเพื่อบรรเทาอาการอุดตันจากโรค

การผ่าตัดเปิดทวารเทียมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น⁸ และยังมีผลต่อคุณภาพ

ชีวิต⁹ โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมแบบฉุกเฉิน¹⁰ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต¹¹ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้มีทวารเทียม คือความสามารถในการดูแลตนเอง^{12,13} หากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลดูแลทวารเทียมได้ไม่ถูกต้อง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และยังทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มมากขึ้น¹⁴

ตามแนวทางการปฏิบัติของสมาคมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผล ทวารเทียม และภาวะกลั้นไม่อยู่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมควรได้รับความรู้และคำแนะนำจากพยาบาลที่ผ่านการอบรมพยาบาลออสโตมีและแผล ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด หลังการผ่าตัด และหลังจำหน่าย¹⁵ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการปรับตัวในชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิต สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง การดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังการผ่าตัด และหลังจำหน่ายแต่ยังทำได้ไม่ครบทุกราย เนื่องจากยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมทุกระยะโดยเฉพาะในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยรับทราบการผ่าตัดจากแพทย์ และได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ระหว่างอยู่รักษาในโรงพยาบาลทำให้การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดยังทำได้ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการลุกเดิน ทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดใช้เวลานานขึ้นสำหรับการสอนการดูแลทวารเทียม ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลจากพยาบาลออสโตมีและแผลเพียงบางรายเท่านั้น เนื่องจากปัจจุบันแพทย์บางท่านใช้แนวทางการรักษา Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol ทำให้มีวันจำหน่ายกลับบ้านเร็วขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการใช้ ERAS protocol ในประเทศอิตาลี¹⁶ ประเทศเกาหลี¹⁷ และประเทศไทย¹⁸ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ ERAS protocol ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่มีการใช้ ERAS protocol มีระยะเวลาในการฟื้นฟูปฐมรรณภาพหลังผ่าตัด

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของประเทศสเปน¹⁹ พบว่า กลุ่มที่มีการใช้ ERAS protocol ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดระดับปานกลางถึงรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะภาวะลำไส้อุดตัน การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และภาวะไข้โดยไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจาก ERAS protocol ให้ความสำคัญในเรื่องการฟื้นตัวด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว โดยการกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่กลับมาทำงานได้ตามปกติ การเคลื่อนไหวร่างกาย การถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 1-3 วัน สำหรับงานวิจัยที่มีการใช้ ERAS protocol ร่วมกับการให้ความรู้ทวารเทียมก่อนและหลังการผ่าตัด มีหนึ่งงานวิจัยในประเทศนอร์เวย์²⁰ พบว่าวันนอนโรงพยาบาลและวันนอนหลังการผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ของโรงพยาบาลที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยและญาติ รับทราบการผ่าตัดจากแพทย์ในวันตรวจรับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก มีการให้คำปรึกษาและมีการกำหนดตำแหน่งทวารเทียม ผู้ป่วยจะได้รับการส่งปรึกษาทีมพยาบาลออสโตมีและแผลเฉพาะผู้ที่มีความกังวลเท่านั้น ในวันนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย สำหรับการสอนการดูแลทวารเทียม ไม่ได้มีการเตรียมผู้ดูแลไว้ก่อน ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและพยาบาลที่ผ่านการอบรมออสโตมีและแผล ผู้ป่วยและญาติบางรายยังไม่ได้ฝึกปฏิบัติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เนื่องจากในปัจจุบันแพทย์บางท่านใช้แนวทางการรักษา (ERAS) protocol ทำให้มีวันจำหน่ายที่เร็วขึ้น และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน จะมีการนัดตรวจติดตามที่คลินิกออสโตมีและแผลในวันเดียวกับที่แพทย์นัดตรวจประมาณ 1-2 สัปดาห์ และเชิญผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มไลน์ออสโตมีทรามาธิติ ตามความสมัครใจ เพื่อ

เป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาการดูแลทวารเทียม และพบว่ายังขาดการติดตามผลลัพธ์อย่างเป็นรูปแบบชัดเจน ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด การเข้ารับการรักษซ้ำใน 30 วัน ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม ซึ่งจากสถิติย้อนหลังของคลินิกออสโตมีและแผลปี พ.ศ. 2563 พบปัญหาภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ร้อยละ 21 และ ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมร้อยละ 28²¹ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมโดยประยุกต์ใช้แนวทาง ERAS protocol²⁰ ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม¹⁵ โดยมีกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการพัฒนาความสามารถทางการพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด เพื่อผลลัพธ์การดูแลที่ดี คือ สามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวดำรงชีวิตกับทวารเทียมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติก่อนจำหน่าย หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์และหลังจำหน่าย 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และ จำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ

3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัด ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ที่มารับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ

4. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการมีทวารเทียม ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ที่มารับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ

5. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับนอนโรงพยาบาล เข้าใน 30 วัน ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ที่มารับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ

กรอบแนวคิด

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเอง (self-care theory) ของ โอเร็ม²² ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้มีทวารเทียมและ ERAS protocol โดยโอเร็มเชื่อว่า “บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่และ พัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัด โรค และการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเอง และ สิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และ พัฒนาการของตนเอง”²³ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีความผิดปกติของร่างกาย มีปัญหาการขับถ่าย ต้องมารับการผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดมีการปรับเปลี่ยนการขับถ่าย จากทวารหนักมาทางทวารเทียมที่หน้าท้อง ผู้วิจัยใน

ฐานะผู้อบรมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง จึงต้องการพัฒนาความสามารถทางการพยาบาลให้แก่พยาบาล ออสโตมีและแผล โดยการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนถึงระยะหลังจำหน่าย แล้วจึงให้พยาบาลออสโตมีและแผลพัฒนาความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ตามแผนภาพที่ 1 (Figure 1) เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น โดยแบ่งตามระยะเวลาในการมารับการผ่าตัด ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด (pre-operative stage) พยาบาลออสโตมีและแผลให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด ข้อมูลทั่วไปและการดูแลทวารเทียม การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้เพิ่มการดูแลตนเอง ด้วยการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง การออกกำลังกาย และการควบคุมโรคประจำตัว ในรายที่มีข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถ พยาบาลประเมินผู้ดูแลที่จะรับผิดชอบคอยช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย (dependent care agent)

ระยะหลังผ่าตัด (post-operative stage) พยาบาลออสโตมีและแผลกระตุ้นการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัด โดยการให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่ง กระตุ้นลูกเดิน เห็นความสำคัญของการใส่ intermittent pneumatic compression (IPC) และสายสวนปัสสาวะ การตรวจระดับน้ำตาล และมีการสอนวิธีการดูแลทวารเทียมให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

ระยะหลังจำหน่าย (post-discharge stage) พยาบาลออสโตมีและแผลติดตามผู้ป่วย ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกให้ความช่วยเหลือการสนับสนุน (supporting) และการชี้แนะ (guiding) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม
ต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก

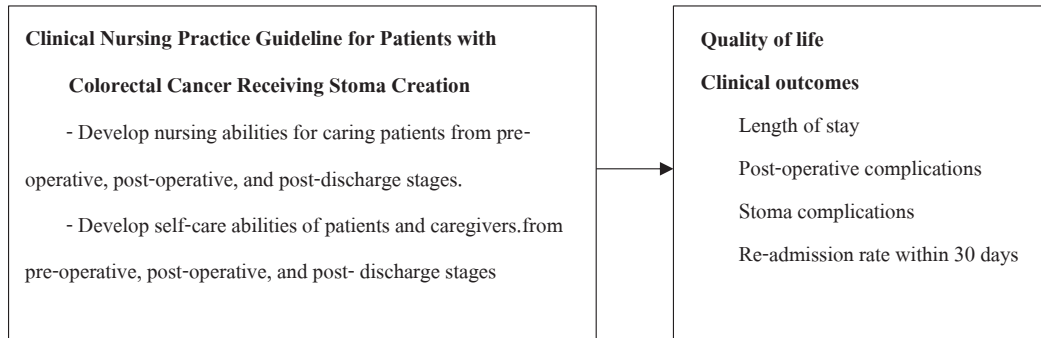


Figure 1 Conceptual framework of the study

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลของ ตัวแปรจำนวนวันนอนจากการศึกษาของฟอร์สโมและคณะ¹⁹ ได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ และตัวแปรคุณภาพชีวิตจากการศึกษาของเซีย²⁴ ได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่เช่นกัน สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานทางเดียว ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 (large effect size) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เป็น 27 รายต่อกลุ่ม และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม และได้รับการดูแลตามปกติก่อนใช้แนวปฏิบัติ คือ ช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 27 ราย จากข้อมูลหน่วยหอสมุดและแผนและสืบค้นประวัติเพิ่มเติมจากเวชระเบียน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เข้ามารับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทั้งชนิดชั่วคราวและถาวรอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป หากมีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องผ่านการทดสอบแบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทยของสุภาพ อาร์เอื้อ และพิชญ์ประอร ยังเจริญ²⁵ โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 28 คะแนน ไม่เคยมีทวารเทียมมาก่อน เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีระดับความรู้สึกรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือมีการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 2) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย (แนวปฏิบัติ) และ 3) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ คือ แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อพัฒนาโดย บุรีค และบัลลือค แปลเป็นภาษาไทยโดยสุภาพ อาร์เอื้อ และพิชญ์ประอรยังเจริญ²⁵ เป็นแบบประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้สภาวะรอบตัว จำนวน 3 ข้อ ประเมิน การรับรู้เวลา เดือน และปี 2) ความตั้งใจ

จำนวน 2 ข้อ โดยให้ผู้ถูกทดสอบนับเลขถอยหลังจาก 20 ถึง 0 และให้นับเดือนถอยหลังจาก ธันวาคม ถึง มกราคม 3) ความจำโดยให้ผู้ถูกทดสอบจำชื่อนามสกุล บ้านเลขที่ ถนน และจังหวัด เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งตามด้านดังนี้ การรับรู้สภาวะรอบตัว คือตอบถูก 0 คะแนน ตอบผิด 3-4 คะแนน ด้านความตั้งใจ ตอบถูก 0 คะแนน ตอบผิด 1 ครั้ง 2 คะแนน ตอบผิดมากกว่า 1 ครั้ง 4 คะแนน ด้านความจำ ตอบถูก 0 คะแนน ตอบผิด 1 ครั้ง 2 คะแนน ตอบผิด 2 ครั้ง 4 คะแนน ตอบผิด 3 ครั้ง 6 คะแนน ตอบผิด 4 ครั้ง 8 คะแนน ตอบผิดทั้งหมด 10 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน คะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด และคะแนน 8 คะแนน ขึ้นไปหมายถึงอาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด

2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือแนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ทั้งแบบที่มีการวางแผนเปิดทวารเทียมและแบบฉุกเฉิน ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยมีหลักการ การพัฒนาแนวปฏิบัติใช้ตามแนวทาง evidence based practice model ของ ชูดับ²⁶ มี 4 ขั้นตอน คือ 1) Evidence-triggered phase 2) Evidence-support phase 3) Evidence-observe phase และ 4) Evidence-based phase สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลทางการแพทย์ 4 ฐาน ได้แก่ Pubmed, CINAHL ScienceDirect และ ThaiJo ตั้งแต่ปี 2015 ถึงปี 2020 มีการกำหนด คำสำคัญในการสืบค้น ตามกรอบแนวคิด PICO framework คือ P: colorectal cancer, colorectal surgery, stoma surgery / I: ostomy care, colostomy care, ERAS protocols / C: usual care, Pre ERAS / O: quality of life, postoperative complication, stoma complication, length of stay ได้งานวิจัย 15 เรื่อง แบ่งตามเกณฑ์ของ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เป็นระดับ A จำนวน 8 เรื่อง ระดับ B จำนวน 5 เรื่อง และระดับ C จำนวน 2 เรื่อง ศึกษาวิเคราะห์อย่างละเอียด และ

ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ระยะหลังผ่าตัด และ 3) ระยะหลังจำหน่าย มีค่า content validity index (CVI) เท่ากับ .92 รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 2 (Figure 2)

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 เครื่องมือดังนี้

3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้าน สุขภาพของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือส่วนแรก ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส สิทธิ การรักษา และผู้ดูแล และส่วนที่สอง ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ชนิด การผ่าตัด วันที่ได้รับการผ่าตัด ประวัติการผ่าตัดในอดีต ประวัติการได้รับยาเคมีบำบัด และการฉายแสง

3.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล สร้างโดยผู้วิจัย เป็นข้อคำถาม ตามแนวปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตรวจสอบราย ข้อว่าได้ปฏิบัติตามหรือไม่ โดยผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็น ผู้ลงข้อมูลหากปฏิบัติให้ผิดเครื่องหมาย / ในข้อนี้

3.3 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก สร้างโดยผู้วิจัย บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ จำนวนวัน นอนโรงพยาบาลวันที่เริ่มเดิน เริ่มรับประทานอาหารภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม และอัตราการกลับเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน บันทึกโดยผู้วิจัย

3.4 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้มีทวารเทียม Stoma QOL พัฒนาโดยเพียร์โต และคณะ²⁷ เป็นแบบสอบถาม จำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับการมีทวารเทียมที่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิต ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือและแปลเป็น ภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับค่า CVI เท่ากับ .95 นำแบบประเมินไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงที่มีทวารเทียมมีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่า Cronbach's alpha ได้ ค่าเท่ากับ .96 หลังสิ้นสุดการวิจัยได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .93

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก

เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง และความถูกต้องของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เลขที่ 2650 MURA2021/396 ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยเมื่อยินยอมร่วมงานวิจัย ให้เซ็นลงชื่อใบยินยอม กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่างในแบบบันทึกข้อมูล และนำเสนอผลงานวิจัยแบบภาพรวมเท่านั้น

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนเริ่มใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยให้ความรู้และทำความเข้าใจแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในวันที่มีการนัดประชุมพยาบาลออสโตมีและแผลใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง มีพยาบาลออสโตมีและแผลจำนวน 11 ราย มีอายุเฉลี่ย 36 ปี ($SD = 6$) ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยออสโตมีและแผลในช่วง 3–10 ปี เป็นส่วนใหญ่ คะแนนความรู้ก่อนการสอนเฉลี่ยเท่ากับ 15.18 ($SD = 1.83$) ภายหลังได้รับการสอนมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ

18.18 ($SD = 1.17$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการสอน ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า คะแนนความรู้หลังการสอนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่าพยาบาลมีความสามารถทางการพยาบาลที่ได้จากการศึกษาเพิ่มมากขึ้น เพื่อไปให้การดูแลบุคคลที่มีความพร้อมหรือมีโอกาสเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ช่วงก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ข้อมูลมาจากหน่วยออสโตมีและแผล และสืบค้นประวัติเพิ่มเติมจากเวชระเบียน ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ชนิดการผ่าตัด วันที่ได้รับการผ่าตัด ประวัติการผ่าตัดในอดีต ประวัติการได้รับยาเคมีบำบัด และการฉายแสง

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ ดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะหลังจำหน่าย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีรายละเอียดตาม ภาพที่ 2 (Figure 2)

ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมและผูดูแลจะได้รับคำปรึกษา ก่อนผ่าตัด จากพยาบาลออสโตมีและแผล ประมาณ 2–4 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด เมื่อมารับการผ่าตัด ในวันก่อนผ่าตัดหรือเช้าวันผ่าตัดพยาบาลออสโตมีและแผลจะไปกำหนดตำแหน่งเปิดทวารเทียม และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยประเมินและจัดการภาวะช็อค การเตรียมลำไส้ การเตรียมผิวหนัง และยาฆ่าเชื้อ จากนั้นผู้วิจัยสอบถามการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดขณะอยู่ที่บ้าน

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมฉุกเฉิน แพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยส่งปรึกษาทีมพยาบาลออสโตมีและแผล มีการให้คำแนะนำการดูแลหลังการผ่าตัดและการดูแลทวารเทียม ผ่านวิดีโอ และมีการกำหนดตำแหน่งทวารเทียม

ระยะหลังผ่าตัด

ผู้วิจัยประเมินการจัดการสารน้ำ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การถอดสายสวนปัสสาวะ กระตุ้นการฟื้นตัวของร่างกาย การเคี้ยวหมากฝรั่ง การใส่ IPC และติดตามว่าผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติหรือไม่

พยาบาลออสโตมีและแผลจะให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม โดยเริ่มให้ความรู้ในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการดูแลทวารเทียม ในวันที่ 4-5 หลังผ่าตัดในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาล วันที่เริ่มเดิน เริ่มรับประทานอาหาร และมีการนัดหมายพบผู้ป่วยและ

ผู้ดูแลในวันมาตรวจตามนัด ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม หรือแผนกตรวจผู้ป่วยนอกผู้ป่วยมะเร็ง ประมาณ 1-2 สัปดาห์หลังจำหน่าย

ระยะหลังจำหน่าย

พยาบาลออสโตมีและแผล ติดตามในวันมาตรวจตามนัด 1-2 สัปดาห์หลังจำหน่าย และ 1 เดือน ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก

ผู้วิจัยติดตามข้อมูลภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนทวารเทียม และอัตราการกลับนอนโรงพยาบาลซ้ำ

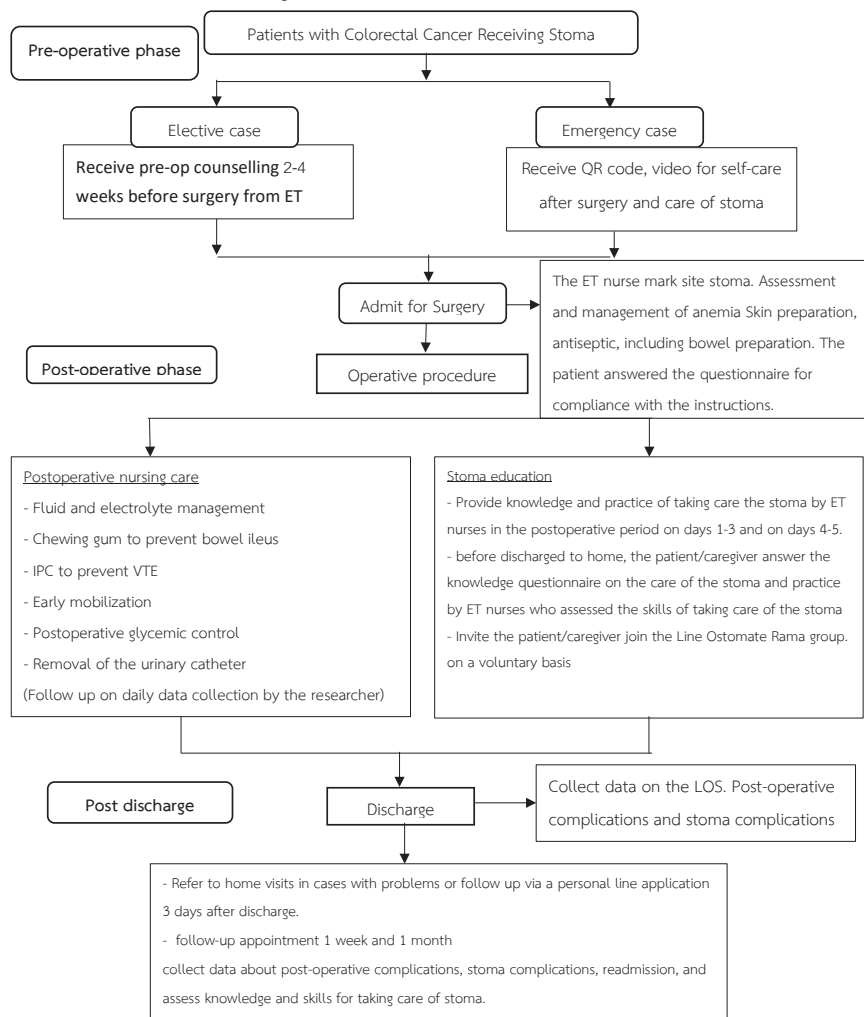


Figure 2 The conduct of the research and the collection of data.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติบรรยาย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติด้วยสถิติไคสแควร์ หรือ Independent t-test/ Mann Whitney U Test ตามลักษณะของข้อมูล

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตวันจำหน่าย วันตรวจติดตาม 1 สัปดาห์ และวันตรวจติดตาม 1 เดือนของผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติด้วยสถิติ repeated measure ANOVA หากผลการทดสอบความแปรปรวนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงนำมาเปรียบเทียบพหุคูณ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และวันนอนหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติด้วยสถิติ Mann Whitney U Test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม การกลับรักษาซ้ำภายใน 30 วันของผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติด้วยสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวนทั้งสิ้น 27 ราย มีอายุตั้งแต่ 46–83 ปี อายุเฉลี่ย 68 ปี (SD = 10.29) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เกือบ

ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ส่วนมาก มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.90) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 55.20) สิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเบิกต้นสังกัด ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 27 ราย มีอายุตั้งแต่ 23–65 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี (10.36) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เกือบทั้งหมด นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนมากมีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 58.60) และประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด (ร้อยละ 27.60) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร/ธิดามากที่สุด จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 48.30)

การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ในข้อมูลสุขภาพ ด้านอายุ และดัชนีมวลกายทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน การทดสอบการกระจายของข้อมูลอายุและดัชนีมวลกายผู้ป่วยด้วยสถิติ Shapiro-wilk พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ เมื่อเปรียบเทียบอายุและดัชนีมวลกายของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ มีอายุและดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และเมื่อเปรียบเทียบ ด้านเพศ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด และตำแหน่งลำไส้ที่เปิดทวารเทียม ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนข้อมูลโรคประจำตัวผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ พบว่า มีโรคประจำตัวมากกว่าผู้ป่วยก่อนใช้แนวปฏิบัติ เมื่อนำมาให้ความหมาย Charlson comorbidity index (CCI) พบว่ามีความแตกต่างกัน ($p < .05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 (Table 1)

Table 1 Comparison of the demographic data and health data of colorectal cancer patients between the guideline group and the usual care group (N = 54)

Data	Guideline group (n = 27) n (%)	Usual care group (n = 27) n (%)	Statistics	p-value
Age (Year)			.75 ^a	.455
Mean (SD)	68 (10.29)	66 (12.16)		
Body mass index (kg/m²)			.41 ^a	.681
Mean (SD)	23.24 (4.31)	22.79 (3.70)		
CCI				
Mean (SD)	1.41 (1.88)	.3 (.46)		.004 ^b
0–1 point	18 (62.10)	26 (96.30)		
2–8 points	11 (37.90)	1 (3.70)		.005 ^c
Gender				
Male	18 (62.10)	15 (55.6)	.24 ^d	.621
Female	11 (37.90)	12 (44.4)		
Diagnosis				
Colon cancer	6 (22.22)	7 (25.93)	.02 ^d	.877
Rectal cancer	21 (77.78)	20 (74.07)		
Stage				
Stage 1 and 2	7 (25.93)	4 (14.81)	.77 ^d	.380
Stage 3 and 4	20 (74.07)	23 (85.19)		
Type of surgery				
Elective	7 (25.93)	22 (81.48)	1.17 ^d	.280
Emergency	20 (74.07)	5 (18.52)		
Type of stoma				
Ileostomy	12 (44.44)	8 (29.63)	.84 ^d	.359
Colostomy	15 (55.56)	19 (70.37)		

a = Independent t-test, b = Fisher's Exact test, c = Mann-Whitney u test, d = χ^2

CCI = Charlson comorbid index

การฟื้นฟูหลังผ่าตัดเมื่อได้ปฏิบัติตามแนว
ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่
ผ่าตัดเปิดทวารเทียม เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการ
ดูแลปกติ พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติสามารถเริ่มรับ

ประทานอาหาร ถอดสายสวนปัสสาวะได้เร็ว และมีระดับ
น้ำตาลในเลือด สารน้ำเข้าออก ดีกว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ
การดูแลปกติแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p > .05) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 (Table 2)

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม
ต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก

Table 2 Comparison of postoperative rehabilitation data for colorectal and rectal cancer with stoma creation between the group of patients who used the guideline and those who received usual care (N = 54)

Data	Guideline group (n = 27)	Usual care group (n = 27)	Statistics	p-value
Day of early ambulation				
Median (min-max)	2 (1-10)	No DATA		
Day of step diet				
Median (min-max)	2 (1-6)	2 (0-15)		.782
Day of remove urine catheter				
Median (min-max)	2 (0-8)	2 (0-10)		.110
Blood glucose				
Mean (SD)	117 (47.73)	130 (55.08)		.881
Total intake				
Mean (SD)	13819 (4490)	14705 (5510)	-.68 ^t	.520
Total output				
Mean (SD)	12811 (5933)	11226 (5758)	-.44 ^t	.665

t = independent t-test, Others = Mann-Whitney u test

2. ผลของการใช้แนวปฏิบัติฯ ต่อคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ที่สามารถตอบแบบสอบถามจนครบ 3 เวลา มี 26 ราย เนื่องจากเสียชีวิตหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 ราย คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนจำหน่ายกลับบ้านกับวันมาตรวจตามนัดที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน เท่ากับ 51.54 (SD = 11.59), 51.19 (SD = 12.34), และ 57.27 (SD = 9.08) ตามลำดับและเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต 3 ช่วงเวลา ด้วยสถิติ one way repeated measures ANOVA โดยทำการทดสอบข้อตกของเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (normality) ความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกัน (homogeneity of variance) และระดับความสัมพันธ์

ของการวัดแต่ละครั้งมีความแปรปรวนเท่ากัน (assumption of compound symmetry) ผลการวิเคราะห์พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนจำหน่ายกลับบ้านกับวันมาตรวจตามนัดที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F_{2,50} = 3.82, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3 (Table 3) จากนั้นทำการเปรียบเทียบพหุคูณของแต่ละกลุ่ม ด้วยสถิติ Bonferroni correction พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่าย 1 เดือน กับคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4 (Table 4)

Table 3 Results of variance analysis comparing quality of life scores with before discharge, follow-up visits at 1 week and 1 month after discharge for patients in the guideline group (n = 26)

Source of variance	SS	df	MS	F	p-value
Within group					
Time	605.72	2	302.86	3.82	.029
Error	3966.28	50	79.32		

Table 4 Results of multiple comparisons of quality of life scores before discharge and the follow-up visits at 1 week and 1 month for patients in the guideline group with Bonferroni correction (n = 26)

Time	Mean (SD)	Before discharge	1 week after discharge	1 month after discharge
Before discharge	51.54 (11.59)	0		
1 week after discharge	51.19 (12.34)	.35	0	
1 month after discharge	57.27 (9.08)	-5.73*	-6.08*	0

*p < .05

3. ผลของการใช้แนวปฏิบัติฯ ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก

3.1 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัด

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ผู้วิจัยได้ทดสอบ

การกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ จึงเปรียบเทียบด้วยสถิติ Man-Whitney U test พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5 (Table 5)

Table 5 Comparison of length of stay and Postoperative length of stay between patients in the guideline group and usual care group with Man-Whitney U test (N = 54)

Data	Guideline group (n = 27)	Usual care group (n = 27)	p-value
Length of stay (LOS)			
Median (min-max)	9 (4-32)	9 (3-76)	.796
Postoperative LOS			
Median (min-max)	7 (3-30)	8 (2-65)	1.000

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม
ต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก

3.2 การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด/
การมีทวารเทียมและการกลับนอนโรงพยาบาลซ้ำใน
30 วัน

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการ
ผ่าตัดเปิดทวารเทียม กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีจำนวนการ
เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด 6 ราย (ภาวะรอยต่อ
ลำไส้รั่ว 2 ราย ภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 1 ราย และลำไส้
อืดหลังผ่าตัด 3 ราย) คิดเป็นร้อยละ 22.22 น้อยกว่า
กลุ่มกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติเกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง
การผ่าตัด 10 ราย (ภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว 2 ราย ภาวะ
ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 2 ราย และ ลำไส้อืดหลังผ่าตัด 6 ราย)
คิดเป็นร้อยละ 37.04 เมื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับ
สถิติ Chi-square พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 6 (Table 6)

กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีจำนวนการเกิดภาวะ
แทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม 10 ราย (high output
2 ราย peristomal skin irritant dermatitis 4 ราย และ
mucocutaneous suture line separate 4 ราย) คิดเป็น

ร้อยละ 37.04 น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติเกิดภาวะ
แทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม 13 ราย (high output
2 ราย peristomal skin irritant dermatitis 5 ราย และ
mucocutaneous suture line separate 5 ราย และ
Parastomal hernia 1 ราย) คิดเป็นร้อยละ 48.15 เมื่อ
นำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับสถิติ Chi-square พบว่า
ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 6 (Table 6)

กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีจำนวนการกลับนอน
โรงพยาบาลซ้ำใน 30 วันจำนวน 5 ราย (แผลผ่าตัด
ติดเชื้อ 1 ราย ความไม่สมดุลของเกลือแร่ 2 ราย rupture
liver metastasis hepatoma 1 ราย และการติดเชื้อใน
ช่องท้อง 1 ราย) คิดเป็นร้อยละ 14.81 มากกว่ากลุ่มที่
ได้รับการดูแลปกติ เกิดการกลับนอนโรงพยาบาลซ้ำใน
30 วันจำนวน 1 ราย (ลำไส้อุดตัน) คิดเป็นร้อยละ 3.70
เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Fisher's Exact test พบว่า
ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงใน
ตารางที่ 6 (Table 6)

Table 6 Comparison of post-operative complication rates, stoma complications and Re-admission within
30 days between patients in the guideline group and usual care group (N = 54)

Data	Guideline group n (%)	Usual care group n (%)	χ^2	p-value
No post-operative complication	21 (77.78)	17 (62.96)	1.42	.230
Post-operative complications	6 (22.22)	10 (37.04)		
No Stoma complication	17 (62.96)	14 (51.85)	.68	.409
Stoma complications	10 (37.04)	13 (48.15)		
No re-admission within 30 days	22 (81.48)	26 (96.30)		.192 ^F
Re-admission within 30 days	5 (18.52)	1 (3.70)		

F = Fisher's exact test

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุเฉลี่ย 68 ปี) สอดคล้องกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปีพ.ศ. 2563 ที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพศชายมากกว่าเพศหญิง³ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีการใช้โปรแกรม ERAS ในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.7) อายุ 64 ปี¹⁹ ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งไส้ตรง (ร้อยละ 65.9)²⁶ โดยในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังสามารถดูแลตนเองได้ การได้รับคำแนะนำก่อนการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการควบคุมโรคประจำตัว ในรายที่เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง พยาบาลจะส่งเสริมผู้ดูแลให้มีส่วนช่วยในการเตรียมพร้อมก่อนผ่าตัด สำหรับระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จะได้รับการดูแลจากพยาบาล ร่วมกับการดูแลจากผู้ดูแล พยาบาลจะต้องสอน ชี้แนะ การฟื้นตัวหลังผ่าตัด ร่วมกับการให้ความรู้การดูแลทวารเทียมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นภรรยาและบุตร เป็นสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากสังคมไทยเป็นลักษณะของการพึ่งพาคนในครอบครัว และสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มว่าครอบครัว คือ ปัจจัยพื้นฐาน เป็นหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา และเป็นหน่วยผู้รับบริการ²³

คุณภาพชีวิตผู้มีทวารเทียม

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีคุณภาพชีวิต

ภายหลังจำหน่าย 1 เดือนดีขึ้นกว่าก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด มีการเตรียมผู้ดูแล พยาบาลได้ส่งเสริมดูแลตนเอง การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดมีการกระตุ้นการดูแลตนเอง เพื่อให้ฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยเร็ว ร่วมกับการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลทวารเทียมแก่ผู้ดูแล โดยพยาบาลออสโตมีและแผล และในระยะหลังจำหน่ายมีการติดตามอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การดูแลตนเองเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต^{11,12} สอดคล้องกับงานวิจัยของเซีย²⁴ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมแบบถาวรอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดถึงหลังจำหน่ายมีการเก็บคุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องมือ Stoma QOL ฉบับแปลเป็นภาษาจีน พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตวันจำหน่าย วันนัดตรวจติดตามที่ 1 เดือน เท่ากับ 46.15 และ 47.59 สำหรับงานวิจัยนี้มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในวันจำหน่าย และวันตรวจติดตาม 1 เดือน เท่ากับ 51.54 และ 57.27

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัด

กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยก่อนใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยก่อนหน้าของฟอร์สโม และคณะ¹⁹ ที่มีการใช้ ERAS protocol ร่วมกับการให้ความรู้ทวารเทียมก่อนและหลังการผ่าตัด พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เป็นการประยุกต์ใช้ ERAS protocol เพียงบางรายชื่อ และไม่ได้นำรวมวิสัยทัศน์แพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมาใช้แนวปฏิบัติ โดยวิสัยทัศน์แพทย์มีส่วนในการช่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยการระบับความรู้สึกแบบผสมผสาน

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก

(combined anesthesia) มากกว่าการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General anesthesia) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ และการระงับปวดหลังผ่าตัด ควรลดการใช้ opioids โดยใช้วิธี multimodal analgesia เพื่อลดผลข้างเคียงของ opioids ที่ทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ มีโรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่งผลต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้²⁹

การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด/จากทวารเทียม และการกลับนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 30 วัน

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มารับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของฟอร์ลโม และคณะ¹⁹ ที่มีการใช้ ERAS protocol ร่วมกับการให้ความรู้ทวารเทียมก่อน และหลังการผ่าตัด พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 47.50 กลุ่มควบคุมเกิดร้อยละ 59.10 สำหรับภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม เกิดร้อยละ 37.70 ส่วนกลุ่มควบคุมเกิดร้อยละ 50.80 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าการเกิดภาวะลำไส้อุดตันหลังผ่าตัดกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ เนื่องจากในแนวปฏิบัติมีการเคี้ยวหมากฝรั่ง กระตุ้น vagal cholinergic ของทางเดินกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้³⁰ และในแนวปฏิบัติยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเดินส่วนใหญ่สามารถลุกเดินได้หลังผ่าตัดวันที่ 2 แต่ยังมีผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีฟัน มีข้อจำกัดจากโรคประจำตัว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

ภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เปิดทวารเทียมจากลำไส้เล็กเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียมมากกว่ากลุ่มที่เปิดทวารเทียมจากลำไส้ใหญ่ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของฟอร์ลโม และ

คณะ¹⁹ การเปิดทวารเทียมที่ตำแหน่งลำไส้เล็กส่วนปลาย (ileum) ลักษณะของอุจจาระที่ขับออกจากทวารเทียมชนิดลำไส้เล็กส่วนปลายนี้จะเป็นน้ำ มีน้ำย่อยเป็นส่วนประกอบ มีฤทธิ์เป็นด่าง มีค่าความเป็นกรดต่าง pH ประมาณ 6.80 to 7.65 จึงระคายเคืองมากกว่าอุจจาระที่มีลักษณะเป็นเนื้อ จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังโดยรอบได้มากกว่า

สำหรับผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีจำนวนการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วัน มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติเมื่อพิจารณาถึงสาเหตุที่กลับมารักษาซ้ำพบว่า เป็นสาเหตุที่เกิดจากการรักษาที่ผ่านมา โรคร่วม และการแพร่กระจายของมะเร็ง รายละเอียดของสาเหตุที่กลับมารักษาซ้ำ มีดังนี้

1) แผลผ่าตัดติดเชื้อ 1 ราย ผู้ป่วยรับการผ่าตัด Abdominoperineal resection (APR) เข้ารับการรักษาซ้ำด้วยเรื่องแผลฝีเย็บติดเชื้อ ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดแผลติดเชื้อตรงแผลฝีเย็บ ในผู้ป่วยที่ผ่าตัด APR ร้อยละ 19³¹ โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการฉายแสงก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เนื้อเยื่อไม่ติดกัน และหลังผ่าตัดมีภาวะสับสน รับประทานอาหารได้น้อย สามารถดูแลตนเองได้น้อย มีลูกสาวเป็นผู้ดูแลหลัก และต้องทำงานนอกบ้านด้วย

2) ความไม่สมดุลของเกลือแร่ 2 ราย รายที่ 1 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวโรคหัวใจ โรคไตเรื้อรังระดับที่ 3 มีอาการน้ำท่วมปอดต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง หลังผ่าตัด Low anterior resection (LAR) with Ileostomy เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน รายที่ 2 หลังผ่าตัด Hartmann's operation และ ileal ureteral substitution หลังจำหน่ายผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดเป็นกรด เมตะบอลิก และเกลือแร่ต่ำ การผ่าตัด ileal ureteral substitution มักเกิดปัญหาในเรื่องการอุดตันของมูกจากลำไส้ และ โรคจากเมตะบอลิก³²

3) Rupture liver metastasis hepatoma 1 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง ระยะที่ 4 มารักษาซ้ำด้วยอาการ

ปวดท้อง อ่อนแรง ตรวจ CT พบ rupture liver metastasis hepatoma ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค นับเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่บ่อยในทางคลินิกเสี่ยงต่อการถึงแก่กรรมได้ถึงร้อยละ 25-75³³ แต่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ปรึกษากับผู้วิจัย จึงรีบมาที่แผนกฉุกเฉิน และได้รับการรักษาทันที

4) เกิดการติดเชื้อในช่องท้อง 1 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง ระยะที่ 4 มีการแพร่กระจายไปที่ปอดและตับ รักษาด้วยอาการเหนื่อย มีไข้ ตรวจ CT พบ spontaneous bacterial peritonitis (SBP) with intrabdominal collection ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค มีอุบัติการณ์การเกิด SBP ในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะท้าย ร้อยละ 3.5³⁴

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แนวปฏิบัตินี้มีการติดตามผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนถึงหลังจำหน่าย จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ควรมีการพัฒนาและวิเคราะห์ผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง และปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่พัฒนาขึ้นประยุกต์ใช้ ERAS protocol ร่วมด้วย แต่ไม่ได้รวมทุกสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาใช้แนวปฏิบัติ มีเพียงพยาบาลออสโตมีและแผล รวมถึงการแจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และศัลยแพทย์ทราบเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

2. การเก็บข้อมูลในกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ทำให้เกิดความแตกต่างของ

ข้อมูลพื้นฐาน ด้านโรคประจำตัว ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกได้

เอกสารอ้างอิง

1. American Cancer Society. Colorectal cancer risk factors[Internet]. Atlanta, Ga: ACS; 2018 [cited 2020 Jan 27]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
2. World Health Organization & International Agency Research on Cancer. Global cancer observational [Internet]. Geneva; WHO, 2020, [cited 2020 Jan 27]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer>
3. National Cancer Institute. Hospital-level cancer registry 2020. Bangkok: Agency for Medical Records and Cancer Database Digital Medicine Working Group National Cancer Institute; 2021. (in Thai)
4. National Cancer Institute. Screening guidelines. Diagnose and treat colon and rectal cancer. National Cancer Institute, Department of Medicine, Ministry of Public Health. Bangkok: Kosit Printing; 2015. (in Thai)
5. Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, Arain MA, Chen YJ, Ciombar KK, et al. NCCN guidelines insights: rectal cancer, Version 6.2020. J Natl Compr Canc Netw. 2020;18(7):806-15. <https://jnccn.org/view/journals/jncn/18/7/article-p806.xml>
6. Tevis SE, Kennedy GD. Postoperative complications: looking forward to a safer future. Clin Colon Rectal Surg. 2016;29:246-52.
7. Younis J, Salerno G, Fanto D, Hadjipavlou M, Chellar D, Trickett JP. Focused preoperative patient stoma education, prior to ileostomy formation after anterior resection, contributes to a reduction in delayed discharge within the enhanced recovery programme. Int J Colorectal Dis. 2012;27(1):43-7.
8. Näsval P, Dahlstrand U, Löwenmark T, Rutegård J, Gunnarsson U, Strigård K. Quality of life in patients with a permanent stoma after rectal cancer surgery. Qual Life Res. 2017;26(1):55-64.

**ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม
ต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก**

9. Szpilewska K, Juzwizyn J, Bolanowska Z, Bolanowska Z, Milan M, Chabowski M, et al. Acceptance of disease and the quality of life in patients with enteric stoma. *Pol Przegl Chir.* 2018;90(1):13–7.
10. Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME, EddesEH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res.* 2016;25: 125–33.
11. Liao C, Qin Y. Factors associated with stoma quality of life among stomapartients. *Int J Nurs Sci.* 2014;1(2):196–201.
12. Teerathongdee G, Ronnaritthiwichai C, Thongcharoen W, Phongthawornkamol K. Factors predicting quality of life in elderly patients undergoing ostomy surgery. *World Jour Cancer.* 2014;34(2):68–78. (in Thai)
13. Taneja C, Netsch D, Rolstad BS, Inglese G, Lamerato L, Oster G. Clinical and Economic Burden of Peristomal Skin Complications in Patients With Recent Ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2017;44(4):350–7.
14. WOCN Society Clinical Guideline: Management of the Adult Patient With a Fecal or Urinary Ostomy–An Executive Summary. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2018;45(1):50–8.
15. Portinari M, Ascanelli S, Targa S, Dos Santos Valgode EM, Bonvento B, Vagnoni E, et al. Impact of a colorectal enhanced recovery program implementation on clinical outcomes and institutional costs: A prospective cohort study with retrospective control. *Int J Surg.* 2018;53:206–13.
16. Kim B, Park S, Park K, Ryoo S. Effects of a surgical ward care protocol following open colon surgery as part of an enhanced recovery after surgery programme. *J Clin Nurs.* 2017;26(21–22):3336–44.
17. Lohsiriwat V. Enhanced recovery after surgery vs conventional care in emergency colorectal surgery. *World J Gastroenterol.* 2014;20(38):13950–5.
18. Ripollés-Melchor J, Ramírez-Rodríguez JM, Casans-Francés R, Aldecoa C, Abad-Motos A, Logroño-Egea M, et al. Association between use of enhanced recovery after surgery protocol and postoperative complications in colorectal surgery: the postoperative outcomes within enhanced recovery after surgery protocol (POWER) study. *JAMA Surg.* 2019;154(8):725–36.
19. Forsmo HM, Pfeffer F, Rasdal A, Sintonen H, Körner H, Erichsen C. Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery. *Int J Surg.* 2016;36(Pt A):121–6.
20. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS®) society recommendations: 2018. *World J Surg.* 2019;43(3):659–95.
21. Ostomy and wound clinic, Ramathibodi Hospital. Statistic of stoma complication; 2020. (in Thai)
22. Orem D. *Nursing: Concept of practice.* 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1985.
23. Hanucharunkul S. *Self-care: nursing science and arts.* Bangkok: VJ Printing; 2001. (in Thai)
24. Xia L. The effects of continuous care model of information-based hospital-family integration on colostomy patients: a randomized controlled trial. *J Cancer Educ.* 2020;35(2):301–11.
25. Aree-ue S, Youngcharoen P. The 6 Item Cognitive Function Test–Thai Version: psychometric property testing. *Ramathibodi Nursing Journal.* 2020;26(2): 188–202. (in Thai)
26. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am.* 2000;35(2):301–9.
27. Prieto L, Thorsen H, Juul K. Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy. *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3:62.
28. Silva KA, Duarte AX, Cruz AR, de Araújo LB, Pena GDG. Time after ostomy surgery and type of treatment are associated with quality of life changes in colorectal cancer patients with colostomy. *PLoS One.* 2020;15(12):e 0239201.
29. Heng G, Lohsiriwat V, Tan K-Y. Suitability of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols for elderly colorectal cancer patients. *Siriraj Medical Journal.* 2019;72(1):18–23.

30. Topcu SY, Oztekin SD. Effect of gum chewing on reducing postoperative ileus and recovery after colorectal surgery: a randomised controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2016;23:21–5.
31. Nakamura T, Sato T, Hayakawa K, Takayama Y, Naito M, Yamanashi T, et al. Risk factors for perineal wound infection after abdominoperineal resection of advanced lower rectal cancer. *Ann Med Surg (Lond)*. 2017;15:14–8.
32. Xiong S, Zhu W, Li X, Zhang P, Wang H, Li X. Intestinal interposition for complex ureteral reconstruction: a comprehensive review. *Int J Urol*. 2020;27(5):377–86.
33. Rahul A, Robin F, Adarsh H. Spontaneous rupture of hepatic metastasis from pancreatic adenocarcinoma. *Case Rep Oncol Med*. 2016. doi:<https://doi.org/10.1155/2016/6968534>.
34. Marciano S, Díaz JM, Dirchwolf M, Gadano A. Spontaneous bacterial peritonitis in patients with cirrhosis: incidence, outcomes, and treatment strategies. *Hepat Med*. 2019;11:13–22.