

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ชนิดถาวร: ประเด็นท้าทายบทบาทพยาบาล

ศิริพรรณ ภมรพล, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การมีทวารใหม่ชนิดถาวรเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ในการขับถ่าย อุจจาระตลอดชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยต้องระบายอุจจาระผ่านทวารใหม่ทางหน้าท้องแทนการขับถ่ายทางทวารหนักตามปกติ ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการมีทวารใหม่ชนิดถาวรได้ จะส่งผลให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และใช้ชีวิตอยู่กับทวารใหม่อย่างมีความสุข ดังนั้นจึงเป็นประเด็นท้าทายสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับและปรับตัวต่อการมีทวารใหม่ชนิดถาวรทางหน้าท้อง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตขณะมีทวารใหม่ได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด บทความนี้จะนำเสนอเกี่ยวกับทวารใหม่ชนิดถาวร ผลกระทบของทวารใหม่ชนิดถาวรต่อคุณภาพชีวิต และบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ชนิดถาวร เพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วารสารสภาการพยาบาล 2561; 33(4) 19-32

คำสำคัญ: ทวารใหม่ชนิดถาวร/ คุณภาพชีวิต/ บทบาทพยาบาล

*อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
E-mail: siritis@gmail.com

Quality of Life in Patients with Permanent Colostomies: A Challenge to Nursing Roles

Siriphan Phamornpon, M.N.S.*

Abstract:

A permanent colostomy results in a permanent change in the structure and function of defecation, as the patient's stools are passed out through a stoma instead of the rectum. Such a change affects the patient's quality of life and often leads to physical, psychological, and social problems. Nevertheless, if the patient successfully adapts to life with a permanent colostomy, s/he can live happily with the stoma.

Therefore, a new challenge for a nurse caring for a patient with a colostomy is to enable him/her to live a normal life, or as close to a normal life as possible, with the new stoma. This article proposes a new type of permanent stoma, its effects on the patient's quality of life, and the role of nurses in promoting better quality of life in a patient with this new stoma. The main expected outcome is that nurses will be able to take proper care of colostomy patients and their caregivers, empowering them to improve their quality of life.

Thai Journal of Nursing Council 2018; 33(4) 19-32

Keywords: permanent colostomy; quality of life; nursing roles

* Instructor, Department of Fundamentals of Nursing and Nursing Administration, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing,
E-mail: siritis@gmail.com

บทนำ

การมีทวารใหม่ชนิดถาวรเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระตลอดชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยต้องระบายอุจจาระผ่านทวารใหม่ทางหน้าท้องแทนการขับถ่ายทางทวารหนักตามปกติ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในการดูแลทวารใหม่ ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง เกิดความวิตกกังวล ความคับข้องใจ และรู้สึกเครียดที่ต้องมีทวารใหม่ รวมทั้งไม่กล้าเข้าสู่สังคมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น¹⁻⁴ อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยสามารถยอมรับการมีทวารใหม่ชนิดถาวรทางหน้าท้อง จะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดี เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับในคุณค่าของตนเอง สามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการมีทวารใหม่ชนิดถาวร จะส่งผลให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม ทำให้รู้สึกต่อต้านตนเองในทางลบ มองว่าตนเองไร้คุณค่า ขาดความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต⁵ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการส่งเสริมการปรับตัวต่อการมีทวารใหม่ชนิดถาวรโดยเร็วที่สุด เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติที่เคยเป็น และใช้ชีวิตอยู่กับทวารใหม่อย่างมีความสุข อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทวารใหม่ชนิดถาวร

ทวารใหม่ชนิดถาวร (Permanent colostomy) เป็นการผ่าตัดนำลำไส้ใหญ่ส่วนปลายออกมาเปิดที่หน้าท้อง เพื่อสร้างทางเปิดระหว่างลำไส้ใหญ่และผนังหน้าท้อง สำหรับเป็นช่องทางระบายอุจจาระแทนการขับถ่ายทางทวารหนักไปตลอดชีวิต⁴ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ชนิดถาวรส่วนใหญ่เป็น

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ตรง (CA rectum) และมะเร็งทวารหนัก (CA anal) สำหรับวิธีการผ่าตัดที่เป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและมะเร็งทวารหนักมากที่สุด ได้แก่ Abdominoperineal Resection (APR) กล่าวคือเป็นการผ่าตัดนำลำไส้ส่วนที่มีพยาธิสภาพและทวารหนักออก และนำลำไส้ส่วนดีเหนือส่วนที่มีพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเปิดออกทางหน้าท้อง^{4,6} ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของ Nugent และคณะ พบว่า ผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ชนิดถาวรมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในชีวิตประจำวันเกิดขึ้นร้อยละ 80 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง⁷ โดยการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ของ Manecsin และคณะ พบว่า ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปิดทวารใหม่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศิณี อีรทองดี และคณะ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน⁹

ผลกระทบของทวารใหม่ชนิดถาวรต่อคุณภาพชีวิต

การมีทวารใหม่ชนิดถาวรทางหน้าท้อง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในการดูแลทวารใหม่ การเลือกชนิดอาหารที่รับประทาน เพื่อป้องกันการเกิดกลิ่นอุจจาระที่รุนแรง การเกิดแก๊ส การเกิดอาการท้องผูกหรือท้องเสีย และการที่ผู้ป่วยต้องติดถุงรองรับอุจจาระบริเวณหน้าท้องตลอดเวลา ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการแต่งกาย และแบบแผนการนอนหลับ

เปลี่ยนแปลง เนื่องจากผู้ป่วยต้องตื่นขึ้นมากลางดึก บ่อยๆ จากการมีอุจจาระและแก๊สในอุจระรองรับอุจจาระ อีกทั้งมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยได้^{1,11} จากการศึกษาของ Dabirian และคณะ พบว่า ผู้ป่วยที่มีทวารใหม่เกิดผลกระทบในเรื่องแก๊สและกลิ่นของอุจจาระ แบบแผนการรับประทานอาหารและแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง รวมทั้งมีข้อจำกัดในการยกของหนักได้ไม่เกิน 5 กิโลกรัม¹²

2. ด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการให้ความหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลง รู้สึกยากที่จะยอมรับการเป็นโรคมะเร็งและการรักษาที่ต้องมีทวารใหม่ชนิดถาวร เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต และหมดหวังในชีวิต¹ ซึ่งการศึกษาวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ของ สายสมร เจริญกิตติ และคณะ พบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายเกี่ยวกับการมีทวารใหม่ว่าเป็นการสูญเสีย เป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างถาวร ไม่สามารถกลับมาเป็นเหมือนเดิมได้ และไม่สามารถหายจากโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวกับสิ่งที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ และมักคาดการณ์ไปในเชิงลบว่าตนเองจะต้องพบความทรมานจากการลุกลามของโรคจากประสบการณ์ที่เคยรู้เห็นมาก่อน⁵

การมีทวารใหม่ชนิดถาวรทางหน้าท้อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องกลิ่นและเสียงว่าจะเป็นที่รังเกียจแก่บุคคลรอบข้าง^{2,4} โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีการรั่วซึมของอุจจาระ จะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเขินอาย¹ ซึ่งจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ของ Nugent และคณะ พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารใหม่ร้อยละ 35 และรู้สึกเขินอายที่ต้องมีทวารใหม่ร้อยละ 25 ซึ่งมีสาเหตุจากการรั่วซึมของอุจจาระและการที่ต้องมีอุจระรองรับอุจจาระติดบริเวณ

หน้าท้องตลอดเวลา⁷ ทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการมีทวารใหม่ชนิดถาวรทางหน้าท้องได้ จะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ซึมเศร้า รู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง รู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต และต้องการเป็นส่วนตัวเพิ่มขึ้น¹ โดยมีการแสดงออกเนื่องจากการสูญเสีย ได้แก่ โกรธ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา บางรายรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่าย ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง และไม่ยอมมีชีวิตอยู่⁵ จากการศึกษาของ Roshini และคณะ พบว่า ผู้ป่วยที่มีทวารใหม่มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า และมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 20¹³ นอกจากนี้หากผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับการมีทวารใหม่เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายได้ จะส่งผลให้ตัดสินใจออกจากงาน ทำให้ไม่มีรายได้และไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ในขณะที่อุปกรณ์การดูแลทวารใหม่มีราคาค่อนข้างสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาเศรษฐกิจตามมา¹²

3. ด้านสังคม การที่ผู้ป่วยต้องมีการรองรับอุจจาระบริเวณหน้าท้องตลอดเวลา ส่งผลให้รู้สึกเขินอายในการทำกิจกรรมทางสังคม รู้สึกว่าตนเองมีกลิ่นเหม็น เป็นที่น่ารังเกียจแก่บุคคลรอบข้าง ทำให้ยากที่จะเข้าสู่สังคมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยผู้ป่วยที่ไม่สามารถยอมรับการมีทวารใหม่ทางหน้าท้องจะมีพฤติกรรมแยกตัว การทำกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลงไม่ออกจากบ้าน ไม่ไปเที่ยวนอกบ้าน ไม่ไปทำงาน¹ โดยเฉพาะผู้ที่มีความคับข้องใจและรู้สึกเครียดกับการที่ต้องมีทวารใหม่จะเกิดผลกระทบต่อการทำงานอย่างมาก³ จากการศึกษาของ Roshini และคณะ พบว่า ผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ไม่อยากกลับไปทำงานร้อยละ 62.5 โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี¹³ นอกจากนี้การมีทวารใหม่ยังส่งผลกระทบต่อกิจกรรม

ทางเพศ โดยพบผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์มากกว่าร้อยละ 40⁷ อันเป็นผลจากความรูสึกด้านจิตใจได้แก่ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ กังวลว่าคู่สมรสจะขาดความประทับใจในเรือนร่างหรือขาดความรู้สึกรปรารถนา และกังวลเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของคู่สมรสในระหว่างมีเพศสัมพันธ์ หรืออาจเกิดจากปัญหาเรื่องกลิ่น แก๊สเสียง และการรั่วซึมของอูจจาระ ส่งผลให้ไม่เอยากมีเพศสัมพันธ์^{1,11,14}

การผ่าตัด APR อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติทั้งซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติกที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะเพศชาย กล่าวคือเส้นประสาทที่ทำหน้าที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศและการหลั่งอสุจิอยู่ในกระดูกสันหลังระดับ lumbar ที่ 1-3 และ sacrum ที่ 2-4 และสิ้นสุดที่ presacral region โดยระหว่างการผ่าตัดอาจมีการกระทบกระเทือนต่อเส้นประสาท ทำให้มีปัญหาวัยวะเพศไม่แข็งตัวและไม่มีการหลั่งอสุจิในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางเพศ¹⁵ หรือผู้ป่วยบางรายมีความต้องการทางเพศลดลง อาจเป็นผลจากความเครียดหลังการผ่าตัด ทำให้มีผลกระทบต่อการมีเพศสัมพันธ์¹⁴ โดยมีการศึกษาพบว่า หนึ่งในสี่ของเพศชายที่มีทวารใหม่ชนิดถาวรมีปัญหาด้านจิตใจเกิดขึ้น ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์³ สำหรับเพศหญิง การเปลี่ยนแปลงอาจสังเกตได้น้อย เนื่องจากเส้นประสาทที่ทำหน้าที่รับความรู้สึกบริเวณ clitoris ไม่ถูกรบกวน แต่หากการผ่าตัดมีการทำลายเส้นประสาทอัตโนมัติที่มีผลให้การหล่อลื่นของช่องคลอดลดลง จะทำให้เกิดอาการเจ็บปวดระหว่างมีเพศสัมพันธ์ และบางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการร้อนวูบวาบจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน

ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับ ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด ส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลง^{6,14}

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการมีทวารใหม่ชนิดถาวรส่งผลกระทบต่อการทำนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตลดลงในระยะ 1 เดือนแรกหลังผ่าตัด ซึ่งอาจพบปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพกับสังคมและครอบครัวได้ จากนั้นผู้ป่วยจะเริ่มปรับตัวหากสามารถยอมรับการเจ็บป่วยและครอบครัวเรียนรู้ที่จะปรับตัวไปด้วยกัน อย่างไรก็ตามการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน บางรายสามารถปรับตัวต่อการมีทวารใหม่ได้ดี ในขณะที่บางรายไม่สามารถปรับตัวต่อการมีทวารใหม่ได้ บางรายหลีกเลี่ยงที่จะพบหรือมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและแยกตัวออกจากสังคม ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ไม่มีความสุขในชีวิต^{3,14} อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการมีทวารใหม่ชนิดถาวรได้ จะส่งผลให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติที่เคยเป็น และใช้ชีวิตอยู่กับทวารใหม่ได้อย่างมีความสุข

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ชนิดถาวร

การดูแลผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ชนิดถาวรเป็นบทบาทที่ทำนายพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับและปรับตัวต่อการมีทวารใหม่ทางหน้าท้องตลอดชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตขณะมีทวารใหม่ได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด รวมทั้งไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดระยะแรก และหลังผ่าตัดระยะปรับตัว ทั้งนี้พยาบาลจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวที่รับหน้าที่เป็น

ผู้ดูแลผู้ป่วย เข้ามาอยู่ในทีมการดูแลตั้งแต่แรก เพื่อเรียนรู้บทบาทในการดูแลผู้ป่วยไปพร้อมๆ กับพยาบาลและทีมสุขภาพ ดังนี้

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับทวารใหม่ภายหลังผ่าตัด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน¹⁷ โดยให้การพยาบาลดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย เนื่องจากการดำเนินของโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักมักส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการอย่างมาก ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอ่อนแอลง จึงต้องการสมาชิกในครอบครัวมาช่วยดูแลด้านโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ โดยสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการจัดหา จัดเตรียม สับสับ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมรับการผ่าตัด โดยเฉพาะสารอาหารจำพวกโปรตีนที่ช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อ และสังเคราะห์เอนไซม์ในการช่วยสร้างคอลลาเจน ซึ่งจะช่วยให้การสมานแผลของแผลผ่าตัด และสมานรอยต่อระหว่างทวารใหม่กับผิวหนังหน้าท้อง ป้องกันทวารใหม่แยกออกจากผิวหนัง (mucocutaneous suture line separation) รวมทั้งดูแลควบคุมโรคร่วมของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต¹⁶ สำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนหรือมีไขมันหน้าท้องหนา อาจทำให้เลือดไปเลี้ยงทวารใหม่ไม่ดี จึงควรได้รับการควบคุมชนิดและปริมาณอาหารไม่ให้เกินความต้องการของร่างกาย¹⁷

เพื่อป้องกันการขาดเลือดมาเลี้ยงทวารใหม่และเกิดเนื้อตาย (ischemia and necrosis of stoma)¹⁶⁻¹⁷

2. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและความจำเป็นของการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ต้องมีทวารใหม่ชนิดถาวรทางหน้าท้องตามสภาพความพร้อมในการรับรู้ความจริงของผู้ป่วยแต่ละราย เพราะการบอกความจริงทั้งหมดอาจทำให้ผู้ป่วยเสียกำลังใจ ยอมรับไม่ได้ สภาพการเจ็บป่วยยิ่งเลวร้ายลง ดังนั้นการบอกข่าวร้ายจะบอกเท่าที่จำเป็นในสิ่งที่ผู้ป่วยควรรู้และมีประโยชน์ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อกำลังใจ การยอมรับ หรือการปรับตัวของผู้ป่วย¹⁸ จากการที่เนื้อร้ายลุกลามเข้าไปในลำไส้ตรง ซึ่งใกล้กับหูดทวารหนัก จึงต้องผ่าตัดทวารหนักออก ทำให้แม้จะมีช่องทางการขับถ่ายอุจจาระแต่จะมีความยากลำบากในการกลั้นอุจจาระเนื่องจากหูดทวารหนักได้ถูกผ่าตัดและออกไปแล้ว ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องเปิดทวารใหม่ทางหน้าท้องอย่างถาวร รวมทั้งอธิบายผลดีของการทำผ่าตัด และผลเสียของการไม่ทำผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการมีชีวิตอยู่กับทวารใหม่ และมองว่าเป็นโอกาสที่ทำให้ตนเองมีชีวิตอยู่ โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าในระยะก่อนผ่าตัดเนื่องจากความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็ง⁶

3. การกำหนดตำแหน่งทวารใหม่ (Stoma site marking) โดยเลือกตำแหน่งที่อยู่บนแนวกล้ามเนื้อเร็กตัส (rectus) บริเวณผิวหนังที่เรียบ ไม่มีแผลเป็น ไม่มีรอยย่นหรือปุ่มกระดูก หลีกเลี่ยงบริเวณคอด เข็มขัดหรือขอบกางเกง และต้องเป็นบริเวณที่ผู้ป่วยมองเห็นได้ชัดเจน เพื่อให้สามารถดูแลทวารใหม่ได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้พยาบาลควรประเมินตำแหน่งทั้งในท่านอน ท่านั่ง และท่านั้น เนื่องจากท่าที่เปลี่ยนแปลงมีผลต่อการกำหนดตำแหน่งของทวารใหม่ สำหรับผู้ป่วยที่ใช้กายอุปกรณ์ ได้แก่ ไม่ค้ำยัน และรัดเข็มขัด

เป็นประจำ และผู้ที่มีรูปร่างอ้วน ควรได้รับการพิจารณาตำแหน่งเป็นพิเศษ เนื่องจากหน้าท้องส่วนบนอาจมีความเหมาะสมมากกว่าส่วนล่าง ทั้งนี้หากเลือกตำแหน่งไม่เหมาะสม จะส่งผลให้ติดอุ้งรองรับอุจจาระไม่แนบสนิท นำมาสู่ภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายและเกิดปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด^{17,19}

4. การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด ได้แก่ การปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารที่รับประทาน 3-5 วันก่อนการผ่าตัด โดยเริ่มจากอาหารอ่อนกากน้อย อาหารไม่มีกาก จนถึงอาหารเหลวใสในวันก่อนผ่าตัด 1 วัน และให้รับประทานสารละลายอิเล็กโทรไลต์ เช่น colyte, nifec, swift เป็นต้น ซึ่งมีส่วนประกอบของ polyethyleneglycol มีฤทธิ์เป็นยาระบาย ทำให้ลำไส้กากอาหารออกจากลำไส้ได้มากที่สุด จนไม่มีกากอาหารหรือสิ่งตกค้าง ลดแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายหลังผ่าตัด²⁰⁻²¹

การพยาบาลหลังผ่าตัดระยะแรก

ภายหลังผ่าตัด 2 เดือนแรก ผู้ป่วยอาจไม่สามารถดูแลทวารใหม่ได้ด้วยตนเอง เนื่องจากความอ่อนล้าจากการผ่าตัด และขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง จึงเป็นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและเริ่มต้นเตรียมผู้ดูแลให้มีความพร้อมในการกลับไปช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้วิธีการดูแลทวารใหม่ไปพร้อม ๆ กับผู้ป่วย³ ดังนี้

1. การดูแลทวารใหม่ ในระยะนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้สังเกตการณ์เหตุจากรอบอุ้งรองรับอุจจาระ รวมทั้งการทำความสะอาดอุ้งจากนั้นจึงค่อย ๆ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลลงมือเหตุจากรอบอุ้งและเรียนรู้วิธีการทำความสะอาดอุ้งรองรับอุจจาระด้วยตนเองโดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยและเสริม

ความมั่นใจ จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับอุจจาระและวิธีทำความสะอาดทวารใหม่ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้สังเกตและร่วมด้วยช่วยกันในกระบวนการเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับอุจจาระทีละน้อยจนในที่สุดผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับอุจจาระได้ด้วยตนเองทั้งหมด ด้วยความมั่นใจ²¹⁻²³ ทั้งนี้มีหลักการดูแลทวารใหม่ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้

1.1 การระบายสิ่งขับถ่าย ควรเหตุจากรอบอุ้งเมื่อมีอุจจาระอยู่ในอุ้งประมาณ 1/3 ของอุ้ง เพราะหากมากกว่านี้จะทำให้เกิดแรงดันสูง เป็นสาเหตุให้อุปกรณ์รองรับอุจจาระหลุดเร็วกว่ากำหนด และเกิดการรั่วซึมของอุจจาระทำให้ผิวหนังรอบทวารใหม่เกิดการระคายเคือง²¹⁻²²

1.2 การเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับอุจจาระ ถ้าเป็นอุปกรณ์รองรับอุจจาระแบบชิ้นเดียวควรเปลี่ยนทุก 3-5 วัน ถ้าเป็นอุปกรณ์รองรับอุจจาระแบบสองชิ้นควรเปลี่ยนทุก 5-7 วัน หรือเมื่อหมดสภาพการใช้งาน เช่น มีอุจจาระเซาะหรือแถบการวอร์นควรเปลี่ยนทันที เพื่อป้องกันการระคายเคืองของผิวหนังจากการสัมผัสกับอุจจาระ และไม่ควรเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับอุจจาระบ่อยเกินไปเพราะจะทำให้ผิวหนังรอบ ๆ ทวารใหม่เกิดการระคายเคืองและอักเสบจากการถูกดึงรั้งซ้ำ ๆ จนลุกลามเกิดเป็นแผล²¹⁻²²

1.3 การทำความสะอาดทวารใหม่ ควรใช้สำลีชุบน้ำสะอาดเช็ดบริเวณทวารใหม่และผิวหนังรอบทวารใหม่ให้ทั่ว จนสะอาด โดยเช็ดอย่างเบามือไม่ขัดถู เพื่อป้องกันเลือดออก (stomal bleeding) ถ้ามีกลิ่นอุจจาระติดอาจใช้น้ำสบู่อ่อน ๆ เช็ดและตามด้วยน้ำสะอาด ไม่ควรใช้แอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคืองได้ง่าย²¹⁻²³

1.4 การตัดแป้นของอุปกรณ์รองรับอุจจาระ ควรตัดให้กว้างกว่าทวารใหม่ประมาณ 2 มิลลิเมตร ไม่ตัดแคบเกินไป เพราะอาจทำให้ทวารใหม่เกิดการเสียดสีและมีเลือดซึมบริเวณเยื่อบุผิวทำให้เกิดแผลได้²³ อีกทั้งเกิดการคับแน่น ทำให้เลือดไปเลี้ยงทวารใหม่ไม่ได้ เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงทวารใหม่และเนื้อตาย¹⁷ และไม่ตัดกว้างเกินไป เพราะอาจทำให้ผิวหนังรอบทวารใหม่เกิดการระคายเคืองได้จากการสัมผัสกับอุจจาระ²¹⁻²²

2. การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะแรก โดยพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มองดูทวารใหม่ด้วยตนเอง จนเกิดความคุ้นเคยและสามารถใช้มือสัมผัสทวารใหม่ของตนเองได้ และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรียนรู้ลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งแสดงถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้เพื่อให้ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีโดยภายหลังผ่าตัดระยะแรก พยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแลควรสังเกตและประเมินทวารใหม่ทุกวัน^{21,23} ดังนี้

2.1 ความชุ่มชื้นและสีของทวารใหม่ (Stoma viability and color) โดยปกติจะมีสีชมพูอมแดง มีเมือกปกคลุม มีความชุ่มชื้น และไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด แต่ในบางครั้งหากผู้ป่วยใช้ยาาระบายเป็นเวลานานอาจทำให้ลำไส้มีสีน้ำตาลจากการสัมผัสกับอุจจาระ ซึ่งเป็นภาวะปกติที่พบได้ แม้ว่าลำไส้จะมีสีเข้มขึ้น¹⁹ แต่ถ้าลำไส้มีสีแดงคล้ำหรืออมม่วงแสดงว่าเริ่มขาดเลือดไปเลี้ยง และอาจกลายเป็นสีดำ ซึ่งแสดงว่าขาดเลือดมาเลี้ยงทวารใหม่และเกิดเนื้อตาย²¹ นอกจากนี้อาจคลำพบอุณภูมิเย็น ซึ่งบ่งบอกว่าเลือดมาเลี้ยงทวารใหม่ไม่เพียงพอ¹⁷ ควรรีบมาพบแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่²¹

2.2 รอยต่อระหว่างทวารใหม่กับผิวหนังหน้าท้อง (Mucocutaneous suture line) โดยปกติจะ

ต้องสมานกันดี ไม่มีรอยแยกระหว่างรอยต่อ¹⁹ แต่ถ้าบริเวณรอยเย็บได้รับแรงดึงรั้งมากเกินไป จะทำให้ทวารใหม่แยกออกจากผิวหนัง อาจนำมาสู่ปัญหาการติดเชื่อบริเวณรอยแยก ดังนั้นหากพบว่าทวารใหม่แยกออกจากผิวหนังแล้ว ควรเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมตามความลึก ลักษณะ และปริมาณสิ่งคัดหลั่งที่ออกมา เพื่อส่งเสริมกระบวนการหายของแผล และติดตามประเมินลักษณะแผลอย่างต่อเนื่อง²³

2.3 ผิวหนังรอบทวารใหม่ (Peristomal skin) โดยปกติผิวหนังใต้อุปกรณ์รองรับอุจจาระจะมีสีเดียวกับผิวหนังหน้าท้องบริเวณอื่น ไม่มีรอยแดงหรือผื่น¹⁹ แต่หากผิวหนังบริเวณนี้เกิดการระคายเคืองโดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (irritant dermatitis) ส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสกับอุจจาระโดยตรง จนทำให้ผิวหนังเกิดการแพ้หรืออักเสบ และมีแผลเกิดขึ้น โดยอาการในระยะแรกจะพบผิวหนังสีแดงและมีอาการแสบคัน ซึ่งถ้าปล่อยไว้เรื้อรังจนเกิดแผลถลอก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแสบ ไม่สบาย และอาจมีเลือดออกได้หากมีการเช็ดถูแรง¹⁰ 2) รุขุมขนอักเสบ (folliculitis) ส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บระหว่างการดึงอุปกรณ์รองรับอุจจาระออกจากผิวหนัง ผิวหนังจะมีสีแดงและมีผื่นเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บและแสบ²⁴ จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากการติดอุปกรณ์รองรับอุจจาระของ Nugent และคณะ พบว่า ผู้ป่วยเกิดผื่นบริเวณผิวหนังร้อยละ 45 และเกิดการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารใหม่ร้อยละ 37⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ Roshini และคณะ พบว่า ผู้ป่วยเกิดผื่นและการระคายเคืองของผิวหนังร้อยละ 65¹³ ดังนั้นหากพบว่ามีผื่นและการระคายเคืองของผิวหนังเกิดขึ้น ควรดูแลโดยใช้ skin barrier แบบผง หรือครีม หรือ paste โรยหรือทาป้ายบริเวณที่มีรอยแดง ร่วมกับการ

ใช้ skin sealant และติดตามประเมินลักษณะผิวหนังอย่างต่อเนื่อง²³

2.4 สิ่งขับถ่ายจากทวารใหม่ (Effluent) ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด สิ่งขับถ่ายที่ออกมาจากทวารใหม่จะเป็นเลือดใสๆ หรืออุจจาระเก่าๆ ที่ตกค้างอยู่ในลำไส้ ต่อมาเมื่อลำไส้เริ่มทำงานมากขึ้น อาจมีของเหลวมูกเมือกและแก๊สออกมาใน 3-4 วันแรกหลังผ่าตัด แต่หากมีเลือดออกมาทางช่องเปิดของทวารใหม่ อาจเกิดจากปมใหม่เย็บหลุด หรือการถูกระแทก ทำให้ทวารใหม่ได้รับบาดเจ็บ ดังนั้นภายหลังผ่าตัดระยะแรกจำเป็นต้องประเมินลักษณะสิ่งขับถ่ายทุกวัน หากพบว่ามีเลือดออกจากช่องเปิดของทวารใหม่ ควรรับรายงานแพทย์ทันที²³

2.5 ขนาดของทวารใหม่ (Size) ในระยะแรกหลังผ่าตัดทวารใหม่อาจมีลักษณะบวม (edematous) หลังจากนั้นประมาณ 2-3 สัปดาห์ จะมีขนาดเล็กลง และคงที่ใน 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด^{19,21} สำหรับความสูงของทวารใหม่ที่ดี ควรอยู่เหนือระดับผิวหนังประมาณ 1 - 1.5 นิ้ว²¹ ทั้งนี้หากการผ่าตัดไม่สามารถดึงลำไส้มาเปิดทวารใหม่ได้ยาวพอ อาจทำให้ทวารใหม่ถูกดึงรั้ง (stomal retraction) เป็นสาเหตุให้เกิดการยุบตัวของทวารใหม่เข้าไปในช่องท้องต่ำกว่าระดับผิวหนัง ทำให้อุจจาระที่ขับถ่ายออกมาแทรกเข้าไปอยู่ใต้แป้นของอุปกรณ์รองรับอุจจาระ จนเกิดการรั่วซึมของอุจจาระ และเกิดการระคายเคืองของผิวหนังบริเวณโดยรอบทวารใหม่ ดังนั้นหากทวารใหม่ถูกดึงรั้งจำเป็นต้องรีบให้การดูแล โดยเลือกใช้แป้นที่มีลักษณะบวม เพื่อช่วยให้ทวารใหม่นูนขึ้น และอุจจาระสามารถเคลื่อนลงอุปกรณ์รองรับอุจจาระได้ง่ายขึ้น ป้องกันการเกิดการระคายเคืองของผิวหนัง^{19,23}

สำหรับการเลือกอุปกรณ์รองรับอุจจาระให้สะดวกต่อการประเมินลักษณะของทวารใหม่และ

สิ่งขับถ่าย ควรเลือกใช้ถุงรองรับอุจจาระชนิดใส เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้การแก้ไขได้ทันที

3. การส่งเสริมการยอมรับทวารใหม่ โดยให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล และให้กำลังใจ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ชนิดถาวรจะรู้สึกไม่คุ้นชินกับการมีทวารใหม่เมื่อแรกเห็น บวกกับความรู้สึกอ่อนแอภายหลังผ่าตัด จึงไม่อยากมองทวารใหม่พร้อมกับถุงรองรับอุจจาระบนหน้าท้อง อีกทั้งรู้สึกทวารใหม่เป็นสิ่งที่น่ากลัว น่ารังเกียจ ทำให้ตนเองสูญเสียบุคลิกภาพ ดังนั้นในระยะแรกผู้ป่วยจึงต้องการการส่งเสริมการยอมรับในการสูญเสียการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ เพราะการมีทวารใหม่ไม่ใช่การมีช่องทางเปิดของลำไส้บนหน้าท้องเท่านั้น แต่ยังมีถุงรองรับอุจจาระติดบริเวณหน้าท้องตลอดเวลา⁶ ด้วยเหตุนี้พยาบาลจึงควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มองและสัมผัสทวารใหม่ของตนเอง อีกทั้งให้การดูแลโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ²¹ พร้อมทั้งส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจผู้ป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการมีทวารใหม่บนหน้าท้อง⁶ จากการศึกษาวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ของ สายสมร เจริญกิตติ และคณะ พบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจยอมรับ มีความมั่นใจว่าจะสามารถจัดการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ และมีความหวังที่จะมีชีวิตต่อไป⁵ โดยเฉพาะได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส การศึกษาของ Aktas & Gocman Baykara พบว่า ผู้ป่วยที่มารับคำปรึกษาเกี่ยวกับการมีทวารใหม่โดยให้คู่สมรสมีส่วนร่วมในการดูแลมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ

ได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการตอบสนองทางด้านลบจากคู่สมรส โดยผู้ป่วยจะรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์สอดคล้องกับการรับรู้ของคู่สมรส²⁵

การพยาบาลหลังผ่าตัดระยะปรับตัว

เมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผ่าตัดจะเริ่มปรับตัวต่อการมีทวารใหม่ ใช้เวลาประมาณ 2-6 เดือนภายหลังผ่าตัด³ โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด¹⁹ ดังนี้

1. การสร้างความคิดเชิงบวกเกี่ยวกับการมีทวารใหม่ เช่น การมีทวารใหม่ช่วยให้ไม่ต้องทรมานจากอาการปวดท้อง อาการท้องผูกสลับท้องเสีย หรือการขับถ่ายอุจจาระกระปริบประปราย และไม่ต้องห่วงเรื่องการขับถ่ายฉุกเฉินในระหว่างการเดินทาง เป็นต้น จากการศึกษาวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ของ สายสมร เจริญกิตติ และคณะ พบว่า ผู้ป่วยที่มีทวารใหม่จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมโดยสร้างความคิดเชิงบวก และปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองตามคำแนะนำของพยาบาล เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับทวารใหม่ได้ยืนยาวที่สุด⁵

2. การแนะนำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะกับผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ชนิดถาวรเหมือนกัน เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้การปรับตัว และแนวทางในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีและพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น²⁶ การศึกษาเปรียบเทียบการใช้กลุ่มมิตรภาพบำบัดในผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ของ อภรชา ลำดับวงศ์ และคณะ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มมิตรภาพบำบัดมีคะแนนการเผชิญความเครียดในรูปแบบการยอมรับต่อปัญหา

การวางแผนเพื่อแก้ปัญหา และการประเมินสถานการณ์ใหม่ให้เป็นไปในทางบวกมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ากลุ่ม ทั้งนี้กิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและคิดว่ามีประโยชน์²⁷

3. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตร่วมกับทวารใหม่ชนิดถาวร การศึกษาเป้าหมายการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ของ Ercolano และคณะ พบว่า ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเกี่ยวกับการดูแลผิวหนังรอบทวารใหม่ การติดอุจจาระรับอุจจาระ และการจัดการการรั่วซึมของอุจจาระร้อยละ 77.2 เป้าหมายด้านสังคมเกี่ยวกับการเข้าสังคมและทำกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติร้อยละ 22 และเป้าหมายด้านจิตใจเกี่ยวกับความมั่นใจในตนเองและควบคุมความคิดเชิงลบได้ร้อยละ 0.8²⁸ อีกทั้งผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอจึงจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลทวารใหม่ได้ ด้วยเหตุนี้พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลที่เป็นทักษะจำเป็นในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลดังนี้

3.1 การทำความสะอาดทวารใหม่และการเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับอุจจาระซึ่งเป็นความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เนื่องจากต้องใช้เทคนิคเฉพาะ เพราะหากติดอุปกรณ์รองรับอุจจาระไม่ถูกวิธีจะทำให้แป้นและอุปกรณ์รองรับอุจจาระหลุดง่าย³ อย่างไรก็ตามในระยะแรกผู้ป่วยและผู้ดูแลอาจไม่สามารถดูแลทวารใหม่ได้ด้วยตนเอง พยาบาลจึงควรช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำในระหว่างการเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับอุจจาระ จากนั้นเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างมั่นใจแล้ว ควรให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีโอกาสดูแลทวารใหม่ด้วยตนเอง⁵

3.2 การอาบน้ำสามารถอาบน้ำได้ตามปกติ หากอุปกรณ์รองรับอุจจาระยังดีดี ควรหาถุงพลาสติกมาคลุมบริเวณแป้นก่อนอาบน้ำ โดยปิดขอบด้วยพลาสติก แต่ถ้ายกกำหนดวันที่ต้องเปลี่ยนอุปกรณ์สามารถลอกแป้นและถุงรองรับอุจจาระออกล้างทำความสะอาดทวารใหม่และฟอกสบู่อ่อนๆ ที่ผิวหนังรอบทวารใหม่แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด และอาบน้ำได้ตามปกติ หลังจากนั้นเช็ดตัวให้แห้งและซับผิวหนังรอบๆ ทวารใหม่ให้แห้งสนิท จากนั้นปิดอุปกรณ์รองรับอุจจาระต่อไป²¹

3.3 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ชนิดถาวรสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดตามความต้องการ แต่ควรงดอาหารบางประเภท เช่น อาหารรสจัด อาหารหมักดอง เป็นต้น ทั้งนี้ขณะรับประทานอาหารควรเคี้ยวให้ละเอียด รับประทานอาหารช้าๆ แต่พอสัปดาห์ที่สามหลังจากรับประทานอาหารทุกครั้ง เพื่อให้อาหารย่อยได้ดีและช่วยย่อยสลายกากของเสียในอาหารที่ทำให้อุจจาระเหลวมากเกินไป และควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา เพื่อให้มีการขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา^{5,21}

3.4 การควบคุมการเกิดกลิ่นและแก๊สซึ่งมีสาเหตุจากการกลืนลมจากการดูดน้ำจากหลอด การพูดคุยระหว่างรับประทานอาหาร การเคี้ยวหมากฝรั่ง การสูบบุหรี่ และแก๊สที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาของแบคทีเรียที่ไม่สามารถย่อยสารอาหารคาร์โบไฮเดรตได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงควรปิดปากให้สนิทขณะรับประทานอาหารและเลือกดื่มน้ำจากแก้วเพื่อจะได้ไม่กลืนลมเข้าไปมากเกินไป และหากต้องเดินทางหรือมีกิจกรรมสังสรรค์นอกบ้านควรเลือกเวลาการรับประทานอาหารให้เหมาะสม โดยเน้นให้ทราบถึงระยะเวลาที่อาหารและแก๊สจะเคลื่อนที่ผ่านจากช่องปาก

ถึงลำไส้ใหญ่ใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง และควรรับประทานอาหารที่ไม่ทำให้เกิดแก๊สและกลิ่นเพิ่มขึ้น สำหรับอาหารที่มีกากใยจะช่วยลดกลิ่นของอุจจาระได้ เช่น ผักบุง ตำลึง คื่นหือ เป็นต้น และวิธีการที่ดีที่สุดในการควบคุมกลิ่น คือ การรักษาความสะอาดบริเวณปลายถุงรองรับอุจจาระ โดยเช็ดให้สะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่าย หรือเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระเมื่อมีอุจจาระอยู่ในถุงประมาณ 1/3 ของถุง ปิดปลายถุงรองรับอุจจาระให้แน่น และหากร่างกายหรือเสื้อผ้าเปรอะเปื้อนอุจจาระควรทำความสะอาดร่างกายทันที นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถใช้ถ่านก้อนเล็กๆ ใส่ลงในถุงรองรับอุจจาระเพื่อช่วยดูดซับกลิ่นได้ระดับหนึ่ง หรือเลือกใช้ถุงรองรับอุจจาระชนิดที่มีถ่านถ่านสำเร็จรูปติดอยู่กับถุงเพื่อช่วยดูดซับกลิ่นอุจจาระ แต่ถุงประเภทนี้จะมีราคาแพงกว่าถุงรองรับอุจจาระแบบปกติ^{5,21}

3.5 การแต่งกายสามารถสวมเสื้อผ้าได้ตามปกติ แต่ไม่ควรรัดแน่น สำหรับผู้ป่วยเพศชายควรคาดเข็มขัดบริเวณเหนือหรือต่ำกว่าทวารใหม่ หลีกเลี่ยงการกดหรือรัดบริเวณทวารใหม่ อาจใส่ถุงผ้าคลุมถุงรองรับอุจจาระ เพื่อไม่ให้บุคคลอื่นเห็นถุงรองรับอุจจาระ²¹

3.6 การออกกำลังกาย จะทำได้เมื่อผู้ป่วยมีร่างกายแข็งแรงและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องห้ามในการออกกำลังกายโดยการออกกำลังกายที่สามารถทำได้ เช่น การบริหารแขนขาและลำตัว การเดิน เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงกีฬาที่ต้องมีการปะทะ เพราะอาจกระทบกระเทือนต่อทวารใหม่ ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมาก และไม่ควรรยกของหนัก เพราะอาจทำให้เกิดภาวะลำไส้ยื่นได้^{5,21}

3.7 การมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยที่มีทวารใหม่

สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ใน 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด โดยการมีทวารใหม่ไม่มีผลให้ความรู้สึกทางเพศลดลง แต่ส่วนมากเกิดจากจิตใจของคู่สามี-ภรรยาที่ไม่ยอมรับการมีทวารใหม่ กลัวคู่ครองรังเกียจ กลัวอุจจาระไหลเปื้อนขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นคู่สามี-ภรรยาจึงต้องทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน อาจพิจารณาทำที่เหมาะสมในการร่วมรัก รวมทั้งเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย โดยทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระให้เรียบร้อยก่อนมีเพศสัมพันธ์⁵ นอกจากนี้ควรแนะนำการเลือกถุงรองรับอุจจาระและอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ใช้ถุงรองรับอุจจาระขนาดเล็ก เลือกถุงที่สามารถเก็บกลิ่นและเสียงได้ดี อาจใส่ถุงคลุมที่มีลวดลายสวยงามครอบถุงรองรับอุจจาระเพื่อรักษาภาพลักษณ์ไม่ให้คู่สมรสเห็นถุงรองรับอุจจาระทางหน้าท้อง เป็นต้น¹⁹

3.8 การทำงาน เมื่อลำไส้ยุบบวมและร่างกายแข็งแรงแล้ว ประมาณ 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงงานที่ต้องยกของหนัก เพราะอาจทำให้เกิดภาวะลำไส้ยื่นได้ สำหรับงานที่ต้องทำกลางแจ้ง จะทำให้เหงื่อออกมาก อาจส่งผลให้ถุงรองรับอุจจาระหลุดง่าย จึงอาจต้องปรับเปลี่ยนงานตามความเหมาะสม²¹ จากการศึกษาการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ชนิดถาวรของ Andersson และคณะ พบว่า การบอกให้ผู้ร่วมงานทราบเกี่ยวกับการผ่าตัดและการมีทวารใหม่ทางหน้าท้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความร่วมมือเกี่ยวกับการทำงาน และมีผลงานออกมาในทางที่ดี⁶

3.9 การเดินทาง สามารถเดินทางได้ตามปกติโดยทำความสะอาดทวารใหม่ก่อนเดินทาง และ

จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระไปด้วย ควรเตรียมอุปกรณ์สำหรับล้างทำความสะอาดหรือกระดาดชำระแบบเปียกไปด้วย เพื่อเตรียมพร้อมหากต้องเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระระหว่างทางที่ไม่มีน้ำใช้^{12,21}

สรุป

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ชนิดถาวรเป็นบทบาทที่ทำทนายสำหรับพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระยะก่อนผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยในระยะแรกหลังผ่าตัด และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดในระยะปรับตัว ทั้งนี้สิ่งสำคัญคือการให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลมีโอกาสเรียนรู้ ได้รับการเตรียมความพร้อมและมีส่วนร่วมในการดูแลทุกขั้นตอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวสามารถยอมรับและปรับตัวต่อการมีทวารใหม่ชนิดถาวรทางหน้าท้อง โดยสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับระยะก่อนเจ็บป่วย และใช้ชีวิตอยู่กับทวารใหม่ได้อย่างมีความสุข

References

1. Grant M, McCorkle R, Hornbrook MC, Wendel CS, Krouse R. Development of a chronic care ostomy self-management program. J Cancer Educ 2013;28(1):70-8.
2. Jayarajah U, Samarasekera DN. Psychological adaptation to alteration of body image among stoma patients: a descriptive study. Indian J Psychol Med 2017;39(1):63-8.

3. Juul K, Prieto L. Quality of life with an intestinal stoma. *Semin Colon Rectal Surg* 2008;167-73.
4. Wanwong S. Stoma care. In: Boonpipattanapong T, Wanwong S, Editors. *Wound and stoma care*. Songkhla: Chanmuangkanpim; 2010. p. 55-76. (in Thai)
5. Chaleoykitti S, Poonchai S, Sawangchit S, Bandansin J. The way of life among patients with colostomy. *The Royal Thai Army Nurses* 2013;14(3):31-8. (in Thai)
6. Andersson G, Engström Å, Söderberg S. A change of live: women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *Int J Nurs Pract* 2010;16:603-8.
7. Nugent KP, Daniels P, Stewart B, Patankar R, Johnson CD. Quality of life in stoma patients. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1569-74.
8. Maneesin S, Sampatanukulb P, Lertmaharite S, Na Nagarad C, Prasopsantie K. Health-related quality of life of patients living with ostomy in Thailand and cost implications. *Asian Biomed* 2012;6(2):235-43.
9. Teerathongdee K, Ronnarithivichai C, Thongchareon V, Pongthavornkamol K. Factors predicting quality of life in older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery. *Thai Cancer J* 2014;34(2):68-78. (in Thai)
10. Herlufsen P, Olsen AG, Carlsen B, Nybaek H, Karlsmark T, Laursen TN, et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *Br J Nurs* 2006;15(16):854-62.
11. Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, Maghsoodi N, Esmaeilpour S, Safaee A. Clinical profile and post-operative lifestyle changes in cancer and non-cancer patients with ostomy. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2012;5(Suppl 1):S26-30.
12. Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence* 2011;5:1-5.
13. Roshini AP, Sunny A, Rozario AP. Quality of life assessment in stoma patients in a tertiary care hospital in South India: a cross-sectional study. *Int Surg J* 2017;4(6):2037-41.
14. Sairtung C. Humanized care for ostomate. In: Boonpipattanapong T, Wanwong S, Editors. *Wound and stoma care*. Songkhla: Chanmuangkanpim; 2010. p. 77-90. (in Thai)
15. Muangngern Y. Body image and sexuality of ostomate. In: Prasangsit C, Rungsangchan K, Editors. *Enterostomal nursing care: experience from experts*. Bangkok: Quality Development Nursing Division, Department of Nursing, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2015. p. 159-70. (in Thai)
16. Siripanyawat S. Difficult care in rectal cancer patients: ostomy and dehiscence wound. In: Prasangsit C, Rungsangchan K, Editors. *Ostomy and wound nursing within the 21st century*. Bangkok: Pumptong; 2013. p. 113-30. (in Thai)
17. Pine J, Stevenson L. Intestinal stomas. *Surgery* 2016;35(3):165-70.
18. Pongprasopchai S. Palliative care in colon cancer. In: Pongprasopchai S, Phisespongsa K, Kitiyagon T, Phirsontarangkur O, Editors. *Colorectal cancer*. Bangkok: Krunghtheephwechchan; 2015. p. 273-92. (in Thai)
19. Toth PE. Ostomy care and rehabilitation in colorectal cancer. *Semin Oncol Nurs* 2006;22(3):174-7.
20. Prasangsit C. Nursing care of patient with colorectal cancer. In: Prasangsit C, Rungsangchan K, Editors. *Enterostomal nursing care: experience from experts*.

- Bangkok: Quality Development Nursing Division, Department of Nursing, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2015. p. 1-12. (in Thai)
21. Jeanyu N. Pre-Postoperative nursing care for ostomy surgery in adult patients. In: Prasangsit C, Rungsangchan K, Editors. Enterostomal nursing care: experience from experts. Bangkok: Quality Development Nursing Division, Department of Nursing, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2015. p. 13-28. (in Thai)
 22. Chaithat B. Caring for colorectal cancer patients undergoing ostomies: roles of enterostomal therapy nurses. The Thai Red Cross College of Nursing 2016;9(1):19-33. (in Thai)
 23. Wanrukjareang N. Nursing care of stomal and peristomal skin complication. In: Prasangsit C, Rungsangchan K, Editors. Enterostomal nursing care: experience from experts. Bangkok: Quality Development Nursing Division, Department of Nursing, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2015. p. 61-80. (in Thai)
 24. Burch J, Sica J. Common peristomal skin problems and potential treatment options. Br J Nurs 2008;17(17):S4-S11.
 25. Aktas D, Gocman Baykara Z. Body image perception of persons with a stoma and their partners: a descriptive, cross-sectional study. Ostomy Wound Manage 2015;61(5):26-40.
 26. Boosayajaru R. Improvement of quality of life among patients with a stoma participating in an ostomate help group. Vajira Nursing Journal 2014;16(2):82-6. (in Thai)
 27. Lumdubwong A, Sirapo-ngam Y, Arpananthikul M, Viwatwongkasem C, Redeker NS. A comparative study of friendship therapy groups for Thais with colorectal cancer and colostomies. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2014;18(2):138-51.
 28. Ercolano E, Grant M, McCorkle R, Tallman NJ, Cobb MD, Wendel C, Krouse R. Applying the chronic care model to support ostomy self-managements: implications for oncology nursing practice. Clin J Oncol Nurs 2016;20(3):269-74.