

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

นางสาวสุกัญญา พลเขตร์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ 210899

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 210899

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Low Anterior Resection) : กรณีศึกษา พ.ศ. 2566”
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

นิยาม

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่ลุกลามและแพร่กระจายได้ เกิดขึ้นที่เยื่อภายในลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เนื้อเยื่อของมะเร็งมีลักษณะทางพยาธิวิทยา เรียกว่า adenocarcinoma ยังมีมะเร็งชนิดอื่น โดยเฉพาะที่ปากทวารหนัก (ได้แก่ squamous cell carcinoma และ malignant melanoma) ซึ่งพบได้น้อยและแยกพิจารณาไว้ต่างหาก (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2557)

พยาธิสภาพ

ลักษณะพยาธิสภาพของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสามารถแบ่งได้ตามลักษณะของก้อนมะเร็งมองเห็นเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่

1. Fungating (Exophytic) ลักษณะนี้จะเห็นเป็นก้อนยื่นออกจากผิวเยื่อบุลำไส้ใหญ่เข้าไปใน Lumen และมักจะพบอยู่ด้านใดด้านหนึ่งของผนังลำไส้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะพบก้อนมะเร็งแบบนี้ที่ Cecum หรือ Ascending Colon พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณหนึ่งในสามจะเป็นแบบ Fungating
2. Ulcerating ก้อนมะเร็งจะมีลักษณะเหมือนเป็นแผล (Ulcer) ที่ผิว และมักจะมีเลือดออกจากก้อนมะเร็งได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยมาหาแพทย์ด้วยอาการอุจจาระเป็นเลือดหรือตรวจพบผลบวกของ Stool Occult Blood พบว่าสองในสามของมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีลักษณะแบบนี้
3. Stenosing บางครั้งก้อนมะเร็งจะเจริญเติบโตเข้าไปใน Lumen ของลำไส้ใหญ่จนทำให้ทางเดินลำไส้แคบตีบตัน
4. Constricting (Annular and Circumferential) เป็นลักษณะของก้อนมะเร็งที่โตไปตามผนังของลำไส้ใหญ่จนรอบ Lumen เกิดลักษณะเฉพาะที่เรียกว่า Napkin-ring ที่เห็นใน Barium Enema ซึ่งมักจะพบในมะเร็งที่เกิดทางด้านซ้ายของลำไส้ใหญ่ (Left-sided Colon Cancer) ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ใหญ่ เชื่อว่าเกิดขึ้นจากการที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปตาม Circumferential Lymphatics

สาเหตุ

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังไม่ทราบแน่ชัด มีเพียงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นเหตุนำไปสู่การเกิดเซลล์มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (Non modifiable risk factors) ดังนี้

ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factors) โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมส่งผลให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เช่น โรค Familial adenomatous polyposis (FAP) เกิดจากการได้รับยีน APC (Adenomatous Polyposis Coli) ที่ผิดปกติจากพ่อแม่ โรค Lynch syndrome หรือ Hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC) เป็นความผิดปกติของยีนในกลุ่ม DNA mismatch repair genes (MMR) พบได้บ่อยกว่า FAP โดยพบประมาณร้อยละ 2-4 ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด

1.1 อายุ (age) ผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างมาก พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้รับการวินิจฉัยโรคหลังจากอายุ 50 ปีขึ้นไป

1.2 เพศ (gender) พบร้อยละ 30 ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง

1.3 ประวัติครอบครัว (family history) ผู้ที่มีญาติลำดับแรกเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค 2-4 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ใช่ประวัติคนในครอบครัว

1.4 ประวัติส่วนบุคคล (personal history) ผู้ที่มีประวัติติ่งเนื้อในลำไส้ หรือลำไส้อักเสบเรื้อรัง มีโอกาสที่เซลล์พัฒนามากลายเป็นเซลล์มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้งหมดร้อยละ 55 ของการเกิดโรค เกิดจากปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมทางสุขภาพ

2.1 อาหาร จากการรายงานวิจัยพบว่า ทุก 100 กรัมของเนื้อแดงที่บริโภคต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 และทุก 50 กรัมของเนื้อสัตว์แปรรูปที่บริโภคต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้นร้อยละ 16 รวมถึงอาหารที่มีใยอาหารน้อย ไขมันสูง การปรุงอาหารที่ใช้ความร้อนสูง

2.2 การขาดการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่มีการเคลื่อนไหวของอวัยวะภายใน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้นร้อยละ 25-50

2.3 ภาวะโภชนาการเกิน ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) เกินเกณฑ์มาตรฐาน พบว่าในเพศชายมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 50 และในเพศหญิงร้อยละ 10 ส่วนมะเร็งทวารหนักมีความเสี่ยงในเพศชายร้อยละ 25 และในเพศหญิงไม่พบความเสี่ยง

2.4 การดื่มสุรา แอลกอฮอล์กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงโครโมโซมของเซลล์ลำไส้ใหญ่ทำให้กลายเป็นเซลล์มะเร็งได้ ผู้ที่ดื่มสุราหนักมากกว่า 3 แก้วต่อวัน มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้นร้อยละ 25

2.5 การสูบบุหรี่ สารก่อมะเร็งในควันบุหรี่เมื่อเข้าสู่กระแสเลือดจะมีผลต่อเซลล์เยื่อเมือกลำไส้ ทำให้เกิดการอักเสบ กลายเป็นขั้นจนเป็นเซลล์มะเร็งได้ ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 50

2.6 ความเครียด เมื่อร่างกายเกิดความเครียดสะสม จะมีการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีน (adrenaline) ออกมาเป็นผลให้เซลล์มะเร็งเจริญเติบโตและแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว

อาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาจเป็นไปได้ตั้งแต่ไม่มีอาการใดๆ จนถึงมีอาการหลายอย่าง ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด และลักษณะทางกายภาพของก้อนมะเร็งและการลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ ลักษณะที่เด่นคือ อาการเหล่านี้มักเริ่มทีละน้อยเป็นอย่างต่อเนื่องและรุนแรงขึ้นเป็นลำดับ อาจใช้เวลาหลายเดือนกว่าจะรุนแรงมาก ผู้ป่วยคนเดียวอาจมีอาการหลายอย่างร่วมกันได้ ได้แก่ (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์, 2557)

1. ถ่ายเป็นเลือด เป็นผลจากที่ก้อนมะเร็งเป็นแผลมีเลือดออกมาอาจจะปนหรือไม่ปนอยู่ในเนื้ออุจจาระก็ได้ เป็นได้ทั้งสีคล้ำ ดำแดง หรือเลือดสด จะมีมูกปนหรือไม่ก็ได้ ผู้ที่เป็นมะเร็งใกล้ปากทวารหนัก จะถ่ายเป็นเลือดสีแดง และมีอาการปวดเบ่งถ่ายหรือถ่ายไม่สุดร่วมด้วย ผู้ที่ก้อนมะเร็งอยู่ลึกเลยตำแหน่งปากทวารขึ้นไป มักจะถ่ายเป็นเลือดแดงดำหรือดำคล้ำ บางรายมีเลือดออกน้อยจนมองไม่เห็น การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบเลือดออกทางอุจจาระ (fecal occult blood)

2. ถ่ายอุจจาระผิดปกติ เช่น ถ่ายอุจจาระก้อนเล็กลง จำนวนที่ถ่ายน้อยลง ความถี่ในการถ่ายอุจจาระลดลงหรือเพิ่มขึ้น หรือถ่ายท้องผูกสลับกับท้องเสีย อาการเหล่านี้เป็นอาการจากก้อนมะเร็งที่ทำให้ลำไส้ตีบ

3. แน่นท้อง ปวดท้อง ท้องอืด อาการจะทุเลาเมื่อได้ถ่ายอุจจาระหรือผายลม อาการเหล่านี้จะพบได้เมื่อลำไส้ตีบลงมาก และเมื่อตีบตันส่วนอาการเหล่านี้จะรุนแรงมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์อย่างรีบด่วน

4. เพลีย ผอมลง เบื่ออาหาร มักจะพบในผู้ป่วยที่มะเร็งกระจายและลุกลามไปมาก ผู้ป่วยเสียเลือดอย่างเรื้อรังจากก้อนมะเร็ง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียได้

5. คลำได้ก้อนในช่องท้อง ก้อนที่ผู้ป่วยคลำได้ อาจเป็นก้อนมะเร็งของลำไส้ใหญ่ หรือก้อนมะเร็งกระจายอยู่ในส่วนอื่นของช่องท้อง

อาการทั้งหมดดังกล่าวมานี้ มิได้จำเพาะสำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือทวารหนักเท่านั้น ยังมีโรคอื่นๆอีกหลายอย่างที่ทำให้อาการเหล่านี้เกิดได้

การตรวจคัดกรองโรค

การคัดกรองโรคของบุคคลทั่วไป นอกจากการซักประวัติผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ควรทำการตรวจคัดกรองโรค 2 วิธีที่สำคัญคือ การตรวจเลือดในอุจจาระ (FOBT- fecal occult blood test) และการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ Sigmoidoscopy หรือ Colo-noscopy ซึ่งสามารถนำชิ้นเนื้อไปส่งตรวจหาชนิดเซลล์มะเร็งได้ด้วย และการทำ CT Colonography ในบางราย โดย Guideline ของ National Comprehensive

Cancer Network หรือ NCCN คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ควรได้รับการตรวจเลือดในอุจจาระประจำปี (FOBT) ร่วมกับการส่องกล้องแบบ Flexible Sigmoidoscopy

การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญนำมา เช่น แบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง (Bowel habit change) การอุจจาระเป็นเลือดเก่าหรือสดๆ (Blood per rectum) อุจจาระลำเล็กหรืออุจจาระลำบากต้องเบ่งถ่าย น้ำหนักลด และอ่อนล้า (Fatigue) หรือได้รับการตรวจคัดกรองโรค แล้วนำชิ้นเนื้อไปตรวจหาเซลล์มะเร็ง โดยวิธีที่นิยมในการตรวจวินิจฉัยคือการส่องกล้อง Colonoscopy เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยจะมีแบ่งระยะโรคมะเร็ง (Staging) ตามการแบ่งของ TNM หรือ Dukes' Classification

การพยากรณ์โรคที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่คือ ระยะของโรคที่เป็น (Surgical-pathological Staging) ซึ่งมีอยู่หลายระบบด้วยกัน ระบบที่นิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบันคือ Dukes' Classification และ TNM Classification

Basic Dukes' System ปี ค.ศ. 1932 ประกอบด้วย

Dukes' A มะเร็งอยู่ที่ผนังลำไส้ใหญ่เท่านั้น

Dukes' B มะเร็งลุกลามทะลุผนังลำไส้ใหญ่

Dukes' C มะเร็งลุกลามไปถึงต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง

นอกจากนี้ในกรณีที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่ไปสู่อวัยวะอื่น ๆ แล้ว เรียกว่า Dukes' D

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กำหนดโดย American joint Committee on Cancer (AJCC) ซึ่งใช้ระบบ TNM Classification โดยจัดรวมกลุ่มตามระยะของโรค ดังนี้ ระยะ 0 คือ ระยะเริ่มแรกของมะเร็ง พบเซลล์มะเร็งอยู่ชั้นเยื่อเมือกหรือชั้นในสุดของผนังลำไส้ ระยะ 1 เซลล์ ระยะ 2 เซลล์มะเร็งทะลุไปยังชั้นกล้ามเนื้อหรืออาจทะลุถึงเยื่อหุ้มนอกสุดของลำไส้ ลุกลามเข้าไปอวัยวะข้างเคียง แต่ยังไม่เข้าต่อมน้ำเหลือง ระยะ 3 เซลล์มะเร็งลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ข้างเคียงลำไส้ใหญ่ ระยะ 4 เซลล์มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะอื่น เช่น ตับ ปอด เป็นต้น

การตรวจหามะเร็งลำไส้ด้วย CT

การตรวจมะเร็งลำไส้ ด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จะง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่ต้องใส่เครื่องมือที่เป็นท่อยาวเข้าไปในลำไส้ ไม่ต้องให้ยานอนหลับสามารถเห็นอวัยวะอื่นๆ ในช่องท้องในตำแหน่งที่ทำการตรวจ เช่น ตับ ตับอ่อน ไต สามารถตรวจลำไส้ใหญ่ในตำแหน่งที่การส่องกล้องไม่สามารถตรวจได้ เช่น ส่วนที่ลึกกว่าก้อนมะเร็งและสามารถตรวจได้รวดเร็วภายในเวลา 15-20 นาที

การรักษา

การรักษา มีดังนี้

1. การผ่าตัด วิธีการผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้อง (Surgery) และการผ่าตัดแบบใช้กล้องผ่าตัด (Laparoscopy) เป็นการผ่าตัดเอามะเร็งออกจากลำไส้ใหญ่โดยขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็ง หรือตำแหน่งของมะเร็ง และเมื่อนำชิ้นเนื้อไปส่งตรวจจะเป็นการพยากรณ์โรค (Prognosis) ว่ามะเร็งจะหายขาดหรือกลับเป็นอีกครั้ง (Recurrent) เช่น การผ่าตัด Transanal local excision/ Transanalendoscopic microsurgery ในผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มต้น หรือยังไม่แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองหรือ Low Anterior Resection (LAR) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ลำไส้ตรงส่วน Upper ถึง Middle rectum หรือการผ่าตัด Abdominoperineal Resection (APR) สำหรับผู้ป่วย Lower rectum ในบางรายอาจต้องผ่าตัดไปจนถึงทวารหนัก เป็นต้น

การผ่าตัดมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

- 1.1. ระยะที่เป็นเฉพาะที่ การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญที่สุด สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคได้
- 1.2. เมื่อมีภาวะแทรกซ้อน เช่น การอุดตัน การแตกหรือเลือดออกจากรากมะเร็ง อาจพิจารณาทำการผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว
- 1.3. ระยะแพร่กระจาย ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่บางรายแม้จะเป็นระยะแพร่กระจายแล้ว ถ้ามีรอยโรคของการแพร่กระจายเพียงตำแหน่งเดียว (Isolated Metastasis) เช่น รอยโรคที่ตับหรือปอด อาจพิจารณาทำผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกที่แพร่กระจาย (Metastatectomy) นั้นออก

สำหรับภาวะที่มีการเพิ่มขึ้นของระดับ CEA ในเลือด โดยตรวจไม่พบรอยโรคของมะเร็งในผู้ป่วย การผ่าตัดช่องท้องเพื่อตรวจหารอยโรคของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไม่พบว่ามีประโยชน์ในการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

2. เคมีบำบัด เป็นการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยการให้ยาหรือสารที่จะไปทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่หลังจากที่ได้ผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกไปแล้ว ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ คลื่นไส้ ท้องร่วง ปากเปื่อย ผื่นตามผิวหนัง ผมร่วง กัดการทำงานของไขกระดูก การทำงานของตับผิดปกติ เดี๋ยวเซ อารมณ์ขุ่นมัว เป็นต้น

Adjuvant Systemic Chemotherapy

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่สมควรให้ Adjuvant Systemic Chemotherapy คือระยะ Dukes' C ตามคำแนะนำของสถาบันมะเร็งแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้ 5-FU 450 mg/m²/2day IV 5 วัน ในครั้งแรก แล้วตามด้วยอาทิตย์ละครั้งอีก 48 อาทิตย์ และให้ Levamisole 50 mg po tid ติดต่อกัน 3 วัน อาทิตย์เว้นอาทิตย์ วิธีการรักษาแบบนี้ถือเป็นการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ Colon Carcinoma ระยะ Dukes' C

สำหรับวิธีการรักษาแบบอื่น ที่ให้ผลดีใกล้เคียงกับวิธีแรก ดังกล่าวข้างต้น คือการใช้ 5-FU และ Leucovorin อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการติดตามผลการรักษาแบบ Adjuvant Therapy ด้วย 5-FU และ Leucovorin ยังไม่นาน

เพียงพอ จึงแนะนำให้ใช้ 5-FU และ Levamisole เป็นวิธีการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ Colon Cancer ระยะ Dukes' C ไปก่อนจนกว่าจะมีข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ 5-FU และ Leucovorin มากเพียงพอ

Adjuvant Portal Vein Infusion of 5-FU

จากการศึกษาพบว่าการใช้ 5-FU เข้าไปใน Portal Vein โดยตรงหลังจากการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีทั้งที่พบว่าได้ประโยชน์และไม่ได้ประโยชน์ในการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค และการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ในทางปฏิบัติค่อนข้างยุ่งยาก และไม่พบว่าสามารถลดการแพร่กระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่ไปที่ตับได้ จึงยังไม่แนะนำให้ใช้วิธีนี้ในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ นอกจากกระทำการวิจัยทางคลินิกเท่านั้น

3. รังสีรักษา เป็นการฉายรังสีเพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็ง ซึ่งวิธีนี้จะใช้ควบคู่ไปกับการผ่าตัด ในบางแห่งใช้รังสีรักษาก่อนผ่าตัดแต่ส่วนใหญ่แล้วนิยมใช้รังสีหลังผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว

Adjuvant Radiation Therapy

การรักษาด้วยรังสีรักษาหลังผ่าตัดในผู้ป่วย Colon Carcinoma ประโยชน์ที่ได้ยังไม่ชัดเจน ที่มีประโยชน์คือในผู้ป่วย Rectal Carcinoma หลังการผ่าตัดก่อนที่พบว่ามีการแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (Dukes' C)

2) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีดังนี้ (อรอนงค์ ทักษุวรรณ, 2557)

1. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายใจให้โล่ง และคงไว้ซึ่งการทำงานของระบบหายใจ ภายหลังการผ่าตัดระยะแรก ภาวะพร่องออกซิเจนเป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย สาเหตุอาจเกิดจากอาการอุดกั้นทางเดินหายใจ ภาวะหายใจเข้า (Hypoventilation) มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น

1.1 การจัดท่านอน ให้นอนราบไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ป้องกันลื่นตก และการสำลัก อาเจียน ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาจให้นอนราบหนุนหมอนได้ ยกเว้นในรายที่ได้รับยาชาเข้าทางไขสันหลัง ให้นอนราบอย่าง น้อย 6-12 ชั่วโมง

1.2 สังเกตการหายใจของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้แก่ การหายใจตื้นเร็ว จากการค้างของยาสลบหายใจลึก ซ้ำลง จากฤทธิ์ตกค้างของยาระงับปวดกลุ่ม narcotic และดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ

1.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ และติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1.4 แนะนำเรื่องการเปลี่ยนท่านอนหรือพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ และสำหรับในรายที่ไม่รู้สึกตัวควรพลิกตะแคงให้ทุก 1-2 ชั่วโมง และในรายที่รู้สึกตัวดีควรจัดให้นอนท่าศีรษะสูง (Fowler' s position) นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการลุกนั่งบนเตียงอย่างรวดเร็ว และลุกเดินภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีข้อห้ามตามแผนการรักษา

1.5 กระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวขณะอยู่บนเตียง และลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนานๆ

1.6 ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาปฏิชีวนะ รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา

1.7 สังเกตอาการบ่งชี้ภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สัญญาณชีพ รวมถึงค่าออกซิเจนในเลือด ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ต้องรายงานแพทย์และให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจ และไหลเวียน ปัญหาด้านระบบไหลเวียนที่พบบ่อยหลังผ่าตัดได้แก่ การเกิดความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmia)

2.1 ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 4 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพสม่ำเสมอ ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในระยะแรก โดยปกติอุณหภูมิของร่างกายปกติ อาจพบได้ว่ามีอุณหภูมิลดลงต่ำกว่าปกติได้ใน 2-3 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด และบางรายอาจมีอาการหนาวสั่นร่วมด้วย หลังจากนั้นภายใน 24-48 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะมีอุณหภูมิสูงกว่าปกติได้ถึง 38 องศาเซลเซียส ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายภายหลังการผ่าตัด จากเนื้อได้รับบาดเจ็บหรือเสียหาย หากมีไข้หลังวันที่ 3 ควรพิจารณาถึงการติดเชื้อ

2.2 สังเกตลักษณะบาดแผลและปริมาณสิ่งคัดหลั่งต่างๆที่ออกจากร่างกายผู้ป่วยรวมถึงประเมินการสูญเสียสารน้ำที่เกิดขึ้น หากมีการหลั่งในปริมาณที่ผิดปกติให้รายงานแพทย์

2.3 ดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือดหรือพลาสมาทดแทนทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาและตามอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมักมีการสูญเสียเลือด สารเหลวในขณะที่ทำการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัดทางท่อระบายต่างๆ หรืออาจเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดจากการทำการผ่าตัด รวมทั้งการให้สารเหลวและอิเล็กโทรไลต์ทดแทนให้เพียงพอ พยาบาลควรประเมินปริมาณน้ำเข้า-น้ำออก (intake-output fluid) และสังเกตอาการที่เกิดจากความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ด้วย เช่น สับสน กระหายน้ำ เยื่อบุต่างๆแห้งผิวหนังเหี่ยวแห้งเป็นรอยเหี่ยวยุบหรือบวม กดบวม การเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด ชักเกร็ง ซึ่งแสดงถึงการมีภาวะสารเหลวและขาดสมดุลของอิเล็กโทรไลต์

2.4 ควรให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่งๆ ในบริเวณที่มีเลือดออกมากๆ เพื่อลดการเคลื่อนไหวซึ่งจะมีผลทำให้เลือดออกมากขึ้น

2.5 เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นให้พร้อมในรายที่มีภาวะช็อค เช่น อุปกรณ์ดูดเสมหะ ออกซิเจน ยาช่วยเพิ่มความดันโลหิต เป็นต้น

2.6 สังเกตบันทึก และติดตามผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยเฉพาะในรายที่มีการเต้นหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตายหลังผ่าตัด

2.7 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนทั้งร่างกาย และจิตใจจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

3. การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากแผล โดยพยาบาลประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ดูแลจัดท่าที่เหมาะสมเพื่อลดการดึงรั้งจากการผ่าตัด แนะนำให้ทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อลดความรู้สึกเจ็บปวด

4. การพยาบาลเพื่อลดอาการท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีหลังผ่าตัด

4.1 จัดท่าผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกออกจากเตียง หรือนอนศีรษะสูงเพื่อลดอาการแน่นท้องท้องอืด

4.2 ดูแลให้รับสารอาหาร และพลังงานอย่างเพียงพอ สำหรับการผ่าตัดทางช่องท้อง ทำให้ลำไส้หยุดทำงานชั่วคราว แพทย์อาจพิจารณาให้รับประทานอาหาร เมื่อลำไส้มีการเคลื่อนไหว โดยประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้แบบบิรูต และประเมินอย่างต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัด อาจประเมินทุก 4-8 ชั่วโมง นอกจากนี้ ควรสังเกตภาวะท้องอืด การปวดท้องจากแก๊ส ในช่วง 2 วันแรก หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำแพทย์จะใส่สายสวนระบายในกระเพาะอาหาร (Retained NG tube) เพื่อสังเกตอาการ ระหว่างนี้ผู้ป่วยจะงดอาหารและน้ำเนื่องจากลำไส้ต้องการระยะเวลาฟื้นฟู ช่วงนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อทางเดินอาหาร จนเมื่อรับประทานทางปากได้ แพทย์จะเอาสายสวนระบายในกระเพาะอาหารออก (NG tube) และอนุญาตให้เริ่มรับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อนและอาหารธรรมดาไปตามลำดับ อาหารที่จัดให้ผู้ป่วยจึงควรเป็นอาหารที่มีสารอาหารและพลังงานครบถ้วน หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำอุ่นและกลั้วคอบ่อย ๆ หากมีอาการรุนแรงพิจารณาให้รายงานแพทย์ทราบ เพื่อให้ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน

4.3 สังเกต และบันทึก ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงภาวะการณีย่อยและดูดซึมอาหารผิดปกติ เช่น ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เพื่อปรับเปลี่ยนชนิดและวิธีการให้อาหาร ความถี่ ปริมาณ และความเข้มข้นของสูตรอาหารตามความเหมาะสม

5. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัยของผู้ป่วย

5.1 ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น การนอนหลับ อาการคลื่นไส้ การปวดถ่ายปัสสาวะทั้งนี้ควรซักถามความไม่สุขสบายที่เกิดจากสาเหตุต่างๆและให้การดูแลแก้ไขตามอาการ

5.2 การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับความสะอาดของร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะช่องปากหรือรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะไว้

5.3 ดูแลความปลอดภัยในรายที่ยังไม่ฟื้นจากยาสลบ หรือมีความรู้สึกตัวไม่ตี ควรยกราวกันเตียงผู้ป่วยก่อนออกจากเตียงผู้ป่วย

6. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายใจของแผล

6.1 สังเกต และประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการหายของแผล ได้แก่ ตำแหน่งของแผลผ่าตัด ลักษณะของแผลเปิดหรือแผลปิด ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ภาวะโรค เช่น เบาหวาน และการติดเชื้อที่มีอยู่ สังเกตลักษณะสี จำนวนของสารเหลวที่ออกจากท่อระบายต่างๆ เช่น Jackson 's drain เป็นต้น

6.2 สังเกตลักษณะแผลที่ผิดปกติ โดยเฉพาะแผลที่มีการติดเชื้อ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน มีกลิ่นเหม็น หรือแผลมีหนองไหล รวมถึงการสังเกตผิวหนังรอบๆแผลผ่าตัด ลักษณะสี กลิ่น ของสิ่งคัดหลั่ง

6.3 ทำความสะอาดแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลซึ่งจะทำให้แผลหายช้า

6.4 สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผล และวิธีการส่งเสริมการหายของแผล โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีโปรตีน และวิตามินซีสูง ลดการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัดในช่วงที่ยังไม่ได้ตัดไหม การออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงที่แผลดีขึ้น

7. คำแนะนำก่อนกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้และทวารหนัก

7.1 การดูแลแผลผ่าตัดลำไส้ใหญ่ หลังผ่าตัดประมาณ 5-7 วันยังต้องระวังแผลไม่ให้เปียกน้ำ ไม่ควรใช้แป้ง หรือ ยา ทาบริเวณแผล เมื่อแผลหายดีแล้วสามารถอาบน้ำได้โดยใช้สบู่ลูบเบาๆ บริเวณแผล และใช้ผ้าเช็ดตัวนุ่มๆซับเบาๆ ให้แห้งได้

7.2 ควรรีบมาพบแพทย์เมื่อแผลมีการติดเชื้อ เช่น อาการอักเสบ ปวด บวมแดง และมีน้ำเหลืองไหลออกจากแผล เป็นต้น

7.3 การออกกำลังกายไม่มีขีดจำกัดขึ้นอยู่กับผู้ป่วยสามารถทำได้เท่าใด เพียงแต่ให้พัก เมื่อรู้สึกเริ่มเหนื่อย การเดินออกกำลังกายเป็นวิธีที่ดีที่สุดหลังการผ่าตัด โดยเริ่มต้นจากที่ราบก่อน ทำทุกวัน วันละ 1-2 ครั้งและค่อยๆ เพิ่มระยะทางให้มากขึ้น

7.4 ทำกิจกรรมเบาๆ ได้ ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด ถ้ารู้สึกเหนื่อย เวียนศีรษะเหมือนจะเป็นลม ให้หยุดละพักทันที

7.5 หลังผ่าตัดเนื้อเยื่อแผลเป็นอาจพัฒนาเป็นพังผืด (Adhesions) ได้ ซึ่งในบางรายเป็นเหตุให้ลำไส้อุดตันจนต้องผ่าตัดแก้ไข เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทีมแพทย์จะคอยระวังป้องกันให้อยู่แล้ว

7.6 ควรหาเวลานอนพักผ่อนบ่อยๆ โดยเฉพาะหลังออกจากโรงพยาบาลใหม่ๆ และหาเวลาพักผ่อนตอนกลางวัน อย่างน้อยวันละ 20 นาที อาจไม่จำเป็นต้องนอนให้หลับแต่พยายามนอนให้ได้ประมาณ 8-10 ชั่วโมงต่อคืน

7.7 ควรหาโอกาสผ่อนคลายความเครียด เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ทำสมาธิ ทำการฝีมือ รวมไปถึงการไปท่องเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ ที่มีอากาศปลอดโปร่ง ไม่แออัด เป็นต้น

7.8 การมีเพศสัมพันธ์ สามารถเริ่มได้เมื่อรู้สึกพร้อมและต้องการ โดยหลีกเลี่ยงท่าที่อาจจะกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด ถ้าเป็นการผ่าตัดลำไส้ตรงออกทั้งหมดและเปิดรูระบายอุจจาระทางหน้าท้อง อาจมีผลต่อ

สมรรถภาพทางเพศในผู้ชาย โดยมีผลทำให้จำนวนอสุจิน้อยลง เพราะประสาทควบคุมการหลั่งอสุจิถูกทำลาย ดังนั้นในรายที่ต้องการมีบุตรอาจปรึกษาผู้เชี่ยวชาญก่อน สำหรับผู้หญิงอาจไม่ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางเพศโดยตรง เพียงแต่หากมีพังผืด อาจเป็นสาเหตุให้รู้สึกเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดลำไส้ในลักษณะดังกล่าวข้างต้นควรทำความเข้าใจกับสามี-ภรรยาถึงภาวะที่จะเกิดขึ้นเพื่อการมีชีวิตที่สมบูรณ์

7.9 ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน เน้นเป็นอาหารอ่อนในระยะแรกจนถึงอาหารปกติธรรมดา เคี้ยวอาหารให้ละเอียดและช้าๆ รับประทานอาหารในปริมาณที่น้อยในแต่ละมื้อ แต่เพิ่มจำนวนมื้อมากขึ้น อาจรับประทานอาหารแต่เฉพาะที่ชอบ แล้วรอจนกว่าความอยากอาหารจะกลับมาปกติ ในกรณีผักและผลไม้ อาจส่งผลให้เกิดอาการแน่นท้องและท้องอืดได้ ควรให้ผู้ป่วยรับใยอาหารที่ละน้อยแล้วสังเกตอาการหลีกเลี่ยงผักบางชนิดยังทำให้ท้องอืด โดยเฉพาะผักที่มีกลิ่นฉุน เพราะมีสารกำมะถันอยู่มาก เช่น ต้นหอม หัวหอมใหญ่ เป็นต้น สำหรับผลไม้สามารถรับประทานได้ทุกชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลไม้ที่มีเส้นใยสูง เช่น ฝรั่ง แอปเปิ้ล เป็นต้น ยกเว้นกรณีเพิ่งได้รับการผ่าตัด ละควรเลือกชนิดที่ย่อยง่าย เช่น มะละกอสุก ส้ม แก้วมังกร เป็นต้น ควรเพิ่มการดื่มน้ำให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการอุดตันของลำไส้จากเส้นใยอาหาร

7.10 ในรายที่ถูกตัดลำไส้ใหญ่ออกบางส่วน ลำไส้ส่วนที่อยู่ส่วนหนึ่งจะถูกแปลงออกเป็นทวารเปิดออกทางหน้าท้อง หลังผ่าตัดดูจากระไม่สามารถขับออกทางทวารหนักได้เช่นเดิมแต่จะขับออกทางทวารเทียมแทน โดยส่วนใหญ่ทวารเทียมจะอยู่ทางด้านซ้ายของหน้าท้องและต่ำกว่าสะดือเล็กน้อย ในหลายๆรายอาจอยู่บริเวณอื่นกับรอยโรคและความเห็นของแพทย์ ทวารเทียมจะมีสีแดง ซึ่งเป็นสีเดียวกับเนื้อเยื่อในช่องปาก โดยปกติควรมีลักษณะกลมหรืออาจได้เล็กน้อย เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2-5 เซนติเมตร หลังการผ่าตัดใหม่ๆ ทวารเทียมจะบวมและค่อยๆเล็กลง ดังนั้นการตัดรูที่เป็นทวารเทียมมีความสำคัญมากที่จะต้องค่อยๆลดลงตามขนาดของรูทวารเทียม รูทวารเทียมจะเล็กมากและจะขยายออกเมื่อมีของเหลวไหลออกมา เนื้อเยื่อบริเวณนี้ไม่มีเส้นประสาทจึงไม่มีความรู้สึกเมื่อสัมผัสกับทวารเทียม ทวารเทียมอาจจะมีเลือดออกได้เล็กน้อยเมื่อสัมผัส เช่น ขณะเปลี่ยนถุงหรือทำความสะอาดรอบทวารเทียม เป็นต้น แต่ถ้าเลือดยังคงออกอยู่ ควรไปพบแพทย์ควรหมั่นสังเกตสีของทวารเทียมว่าไม่ผิดปกติและไม่มีการเลือดออกบ่อยจนเกินไป

การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด โดยนำกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล มาใช้ในการวางแผนทางการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีสามารถกลับเข้าสู่สภาวะปกติทั้งร่างกายและจิตใจได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2) กระบวนการพยาบาล

ความหมายของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ และมีขั้นตอนที่ต่อเนื่องตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล การปฏิบัติการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และเป็นการแสดงออกถึงเอกลักษณ์และความเป็นวิชาชีพของการพยาบาล

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ที่เป็นวงจรต่อเนื่อง และมีความสัมพันธ์กัน 5 ขั้นตอน โดยใช้ตัวย่อ ADPIE แทน Assessment Diagnosis Planning Implementation และ Evaluation ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีขั้นตอนย่อย ดังต่อไปนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)
 - 1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล
2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
 - 2.1 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
 - 2.2 การกำหนดข้อมูลสนับสนุน
3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing Planning)
 - 3.1 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
 - 3.2 การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพยาบาล
 - 3.3 การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง
 - 3.4 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล
4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Implementation)
 - 4.1 การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล
 - 4.2 การบันทึกทางการพยาบาล
5. การประเมินผลการพยาบาล (Nursing Evaluation) (พรศิริ พันธสี, 2563)

3) กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon)

แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นกรอบแนวคิดซึ่ง มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon, 1994) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน โดยการมองแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งมีผลต่อสุขภาพ

ส่วนประกอบของแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนสุขภาพประกอบด้วย 11 แบบแผน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management)

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest)

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาการรับรู้ (Cognition and Perception)

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept)

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and Relationship)

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction)

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด (Coping and Stress tolerance)

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Value and Belief) (พรศิริ พันธสี, 2563)

3.2 ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด โดยนำกระบวนการพยาบาล มาใช้ในการวางแผนทางการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีสามารถกลับเข้าสู่สภาวะปกติทั้งร่างกายและจิตใจได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. การประเมิน ประเมินอาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยการประเมิน ชักประวัติ ตรวจร่างกาย อาการอาจเป็นไปได้ตั้งแต่ไม่มีอาการใดๆ จนถึงมีอาการหลายอย่างขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด และลักษณะทางกายภาพของก้อนมะเร็งและการลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ ถ่ายเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระผิดปกติ แน่นท้อง ปวดท้อง ท้องอืด เพื่อย ผอมลง เบื่ออาหาร คลำได้ก้อนในช่องท้อง เป็นต้น

2. วิเคราะห์ปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัย ในกรณีศึกษา ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะขณะการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้แก่ สูดสำลักอาหารเข้าปอด (Pulmonary aspiration) หรือภาวะรู้สึกตัวในระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก (Awareness)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีแผลผ่าตัด และมีท่อระบายสารคัดหลั่ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่ออาการท้องอืดเนื่องจากการได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

3. การวางแผนการดูแล โดยมีเป้าหมายการพยาบาล ดังนี้

3.1 เพื่อให้ผู้ป่วยคลายวิตกกังวลลง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

3.2 เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

3.3 เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้แก่ สูดสำลักอาหารเข้าปอด (Pulmonary aspiration) หรือภาวะรู้สึกตัวในระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก (Awareness)

3.4 เพื่อลดอาการปวดแผลให้ทุเลา

3.5 เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีแผลผ่าตัด และมีท่อระบายสารคัดหลั่ง

3.6 เพื่อไม่เกิดภาวะท้องอืดหลังการผ่าตัด

3.7 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

4. กิจกรรมการพยาบาล

4.1 ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายใจให้โล่ง และคงไว้ซึ่งการทำงานของระบบหายใจ ภายหลังการผ่าตัดระยะแรก ภาวะพร่องออกซิเจนเป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย สาเหตุอาจเกิดจาก อาการอุดกั้นทางเดินหายใจ ภาวะหายใจช้า (Hypoventilation) มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด 1) ดูแลการจัดท่านอนให้นอนราบไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ป้องกันลื่นตก และการสำลัก อาเจียน ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาจให้นอนราบหนุนหมอนได้ ยกเว้นในรายที่ได้รับยาชาเข้าทางไขสันหลัง ให้นอนราบอย่าง น้อย 6-12 ชั่วโมง 2) สังเกตการ

หายใจของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้แก่ การหายใจตื่นเร็ว จากการค้างของยาสลบ หายใจลึก ซ้ำลง จากฤทธิ์ตกค้างของยาระงับปวดกลุ่ม narcotic และดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ 3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ 4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการลุกนั่งบนเตียงอย่างรวดเร็ว และลุกขึ้นเดินได้ภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีข้อห้ามตามแผนการรักษา 5) กระตุ้นให้ทำกิจวัตรด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวขณะอยู่บนเตียง และลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนานๆ 6) ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

4.2 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจ และหลอดเลือด ปัญหาด้านระบบหลอดเลือดที่พบบ่อยหลังผ่าตัดได้แก่ การเกิดความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmia) 1) ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพสม่ำเสมอ ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในระยะแรก 2) สังเกตลักษณะบาดแผลและปริมาณสิ่งคัดหลั่งต่างๆ ที่ออกจากร่างกายผู้ป่วยรวมถึงประเมินการสูญเสียสารน้ำที่เกิดขึ้น หากมีการหลั่งในปริมาณที่ผิดปกติให้รายงานแพทย์ 3) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนทั้งร่างกาย และจิตใจจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เป็นส่วนช่วยลดการใช้ออกซิเจนในร่างกายของผู้ป่วย

4.3 การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากแผล โดยพยาบาลประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ดูแลจัดทำที่เหมาะสมเพื่อลดการตึงรั้งจากการผ่าตัด แนะนำให้ทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจและกิจกรรมที่เป็นการกระตุ้นให้หลั่งเอนโดรฟินเพื่อลดความรู้สึกเจ็บปวด

4.4 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่ดี เพื่อลดอาการท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีหลังผ่าตัด

4.5 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัยของผู้ป่วย

4.6 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายใจของแผล ได้แก่ 1) สังเกต และประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการหายใจของแผล 2) สังเกตลักษณะแผลที่ผิดปกติ โดยเฉพาะแผลที่เสี่ยงมีการติดเชื้อ 3) ดูแลทำความสะอาดแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผล 4) สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผล และวิธีการส่งเสริมการหายใจของแผล

4.7 คำแนะนำก่อนกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้และทวารหนัก ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัดลำไส้ใหญ่ หลังผ่าตัดประมาณ 5-7 วันยังต้องระวังแผลไม่ให้เปียกน้ำ ไม่ควรใช้แป้ง หรือ ยา ทาบริเวณแผล เมื่อแผลหายดีแล้วสามารถอาบน้ำได้โดยใช้สบู่ลูบเบาๆ บริเวณแผล และใช้ผ้าเช็ดตัวนุ่มๆ ซับเบาๆ ให้แห้งได้ 2) ควรรับมาพบแพทย์เมื่อแผลมีการติดเชื้อ เช่น อาการอักเสบ ปวด บวมแดง และมีน้ำเหลืองไหลออกจากแผล เป็นต้น 3) ทำกิจกรรมเบาๆ ได้ ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด และ 4) ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน เน้นเป็นอาหารอ่อนในระยะแรกจนถึงอาหารปกติธรรมดา เคี้ยวอาหารให้ละเอียดและช้าๆ

รับประทานในปริมาณที่น้อยในแต่ละมื้อ แต่เพิ่มจำนวนมื้อมากขึ้น สำหรับผลไม้ไม่สามารถรับประทานได้ทุกชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลไม้ที่มีเส้นใยสูง เช่น ฝรั่ง แอปเปิ้ล เป็นต้น ควรเพิ่มการดื่มน้ำให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการอุดตันของลำไส้จากเส้นใยอาหาร

5. การประเมินผล เป้าหมาย ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีสามารถกลับเข้าสู่สภาวะปกติทั้งร่างกายและจิตใจได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้ใหญ่ เปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตผิดปกติ จนไม่สามารถควบคุมได้แบ่งออกเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโคลอน (Colon) และมะเร็งลำไส้ตรง (Rectum) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดลำไส้ มีอุบัติการณ์สูงขึ้นในประเทศไทย ซึ่งพบว่าหากการผ่าตัดดังกล่าว กระทำทันทีหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะแรก ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิต ร้อยละ 80 แม้ว่าการผ่าตัดลำไส้ใหญ่จะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพดี แต่การผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะอย่างถาวร แบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ หากมีการผ่าตัดลำไส้เปิดออกทางหน้าท้อง จะมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

จากสถิติทั่วโลกปี 2561 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด 18,078,957 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1,849,518 ราย คิดเป็น ร้อยละ 10.2 ในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด 170,495 ราย และเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 17,534 คิดเป็นร้อยละ 10.3 พบมากเป็นอันดับ 3 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอายุมากกว่า 50 ปี และมีข้อมูลในหลายๆ โรงพยาบาลพบว่าแนวโน้มเริ่มพบโรคนี้ในคนอายุน้อยลง จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection :LAR ในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่าปี พ.ศ. 2564- 2566 มีผู้ป่วยจำนวน 10,7 และ 7 รายตามลำดับ (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลชุมแพ, 2566) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้และเซลล์มะเร็งสามารถแพร่กระจายเข้าไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้ ถ้าอาการรุนแรงมากผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงเป็นบุคลากรในการพยาบาลตามบทบาทของพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ จึงต้องเป็นผู้มีความรู้ในกายวิภาคสรีรวิทยา พยาธิสภาพ สามารถวินิจฉัยภาวะที่เสี่ยงอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด สามารถให้การพยาบาลและประเมินสัญญาณเตือนอันตราย (Early warning sign) ของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด จากการทบทวนในหน่วยงานที่ผ่านมา การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด Low

Anterior Resection ยังพบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ 1 ราย ส่งผลให้ระยะเวลาในการรักษาเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นตามมา

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมแพ ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าวจึงได้ทำการศึกษา กรณีศึกษา (Case study) จำนวน 1 ราย “การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Low Anterior Resection) : กรณีศึกษา พ.ศ. 2566” โดยนำกระบวนการการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้มีประสิทธิภาพทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4.3 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection :LAR

4.3 เป้าหมาย

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection :LAR ได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล มีความปลอดภัย มีการฟื้นฟูสภาพที่ดีสามารถกลับเข้าสู่สภาวะปกติทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4.4 ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection :LAR จำนวน 1 ราย ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 ถึง 31 ตุลาคม 2566 โดยศึกษาตั้งแต่แรกรับ ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลและก่อนจำหน่าย

4.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Low Anterior Resection: LAR) ในหน่วยงานย้อนหลัง 3 ปี ในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่าปี พ.ศ. 2564- 2566 มีผู้ป่วยจำนวน 10,7 และ 7 รายตามลำดับ (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลชุมแพ, 2566)

2. เลือกกรณีศึกษา จากผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายในการดูแลจำนวน 1 ราย “การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Low Anterior Resection: LAR) : กรณีศึกษา พ.ศ. 2566”

3. ขออนุมัติหัวหน้างาน หัวหน้าพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

4. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรคปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา การผ่าตัด Low Anterior Resection :LAR และการพยาบาล รวมทั้งกระบวนการพยาบาล และข้อมูลแบบแผนสุขภาพผู้ป่วย (11 แบบแผนของกอร์ดอน)

5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ดังนี้

5.1 ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แนวทางการพยาบาล บูรณาการกับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม
- 3) ข้อมูลแบบแผนสุขภาพผู้ป่วย (11 แบบแผนของกอร์ดอน)
- 4) การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ
 - สภาพทั่วไป
 - สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score: GCS)
 - ผิวหนัง ศีรษะ ใบหน้า เล็บ ตา หู จมูก ปาก คอ
 - ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก
 - ระบบหัวใจและหลอดเลือด
 - ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ
 - ระบบทางเดินอาหาร
 - ระบบประสาท
 - ระบบต่อมน้ำเหลือง
- 5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ พร้อมทั้งแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 6) แผนการรักษาของแพทย์
- 7) ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษา
- 8) สรุปลักษณะและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ

5.2 วินิจฉัยการพยาบาล

5.3 แผนการพยาบาล

5.4 ปฏิบัติการพยาบาล

5.5 ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

6. สรุปลงการศึกษา ปัญหา อุปสรรค

7. เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้าพยาบาลและทีมการพยาบาล

8. จัดทำผลงานวิชาการ

4.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection :LAR ได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล มีความปลอดภัย มีการฟื้นฟูสภาพที่ดีสามารถกลับเข้าสู่สภาวะปกติทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

1) เจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม มีความรู้ สามารถปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection :LAR ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.7 รายงานกรณีศึกษาโดยสังเขป

กรณีหญิงไทย อายุ 70 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมแพ โดยให้ประวัติมาตามแพทย์นัดผ่าตัด 3 เดือนก่อนมา มีอาการปวดจุกแน่นท้องเป็น ๆ หาย ๆ 1 เดือนก่อน มีอาการปวดท้อง ท้องผูก ถ่ายมีเลือดปน ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ ทำ Colonoscopy with biopsy (วันที่ 2 สิงหาคม 2566) พบ CA distal sigmoid ทำ CT whole abdomen (วันที่ 3 สิงหาคม 2566) พบ Malignant tumor at sigmoid colon 2.8x7.3 cm abutting the left fallopian tube and adjacent distal ileal loop and peri colonic fat stranding แพทย์ตรวจรักษาให้คำแนะนำการรักษาโดยการผ่าตัด Low anterior resection under General anesthesia ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจรับการรักษาโดยการผ่าตัด การวินิจฉัยโรค: CA distal sigmoid แพทย์วางแผนการผ่าตัด Low Anterior Resection :LAR under General anesthesia ในวันที่ 7 สิงหาคม 2566 เวลา 09.30 น. วันที่ 6 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดรักษาเพื่อเตรียมผ่าตัด Low anterior resection under General anesthesia แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวถาม-ตอบพูดคุยรู้เรื่อง ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 54 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/69 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว (O₂ sat) 100% ดูแลเตรียมผู้ป่วยส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, CEA, BUN, Cr, FBS, Electrolyte, LFT, PT, PTT, INR, EKG, Cross match for PRC 2 unit, Inform and consent form, Unison enema 100 ml per rectal hs. เข้าวันผ่าตัด Prep skin abdomen. Retain foley's catheter with urine bag และเตรียมยา Ceftriaxone 2 gms และ Metronidazole 500 mg ไป OR วันที่ 7 สิงหาคม 2566 ดูแลเตรียมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% DN/2 1,000 ml vein drip 80 ml/hr. เตรียม Ceftriaxone 2 gms และ Metronidazole 500 mg ไป OR ดูแลตรวจสอบความพร้อมตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Low anterior resection under General anesthesia ใช้เวลาในการผ่าตัดและพักฟื้นรวม 4 ชั่วโมง 50 นาที คาดคะเนปริมาณการเสียเลือด (Estimate blood loss) 250 ซีซี รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด เวลา 15.15 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่องดี ถาม-ตอบรู้เรื่อง มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง (Mid-line) ปิดก๊อช (Gauze seal) ไว้ แผลไม่มีเลือดซึม มีขวดระบายเลือด (Jackson's drain) 1 ขวด มีน้ำระบาย (Content) สีแดงเข้ม ประมาณ 100 ซีซี สายสวนคาปัสสภาวะ (Retain foley's catheter with urine bag) ปัสสาวะสีเหลืองใสออก 400 ซีซี ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตร (

O₂ canular 3 LPM.) วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว (O₂ sat) 98% ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลประเมนอาการปวด (Pain score) 10 คะแนน ดูแลให้ได้รับยาลดปวด ให้ยา Morphine 3 mg vein q 4 hr. และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1,000 ml vein drip 120 ml/hr. Plasil 10 mg vein prn q 8 hr. หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้ NPO เว้นยา ดูแลเจาะความเข้มข้นของเลือด (Hct at ward) 33 vol % แพทย์ให้การรักษาให้เลือด (PRC) 1 unit vein drip in 3 hr. เจาะความเข้มข้นของเลือด (Hct) หลังเลือดหมด 38 vol %. ให้ทำแผลทุกวัน ให้ยา Ceftriaxone 2 gms vein drip OD., Metronidazole 500 mg vein drip q 8 hr., Paracetamol 500 mg 1 tab per oral q 4 hr. ดูแลประเมนสัญญาณชีพต่อเนื่องสัญญาณชีพคงที่พ้นระยะวิกฤต ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน บันทึกปริมาณน้ำเข้า 2,800 ซีซี น้ำออก 500 ซีซี ในร่างกาย รายงานแพทย์รับทราบ ติดตามอาการให้การดูแลพยาบาลต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด หลังผ่าตัด 1 วัน วันที่ 8 สิงหาคม 2566) ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีไข้ สัญญาณชีพเป็นปกติ แผลผ่าตัดที่หน้าท้องแผลบริเวณหน้าท้อง (Midline) ดูแลทำแผล แผลไม่มีเลือดซึม มีขวดระบายเลือด (Jackson's drain) 1 ขวด มีน้ำระบาย (Content) สีแดงจาง ประมาณ 50 ซีซี สายสวนคาปัสสวาระ (Retain foley's catheter with urine bag) ปัสสาวะสีเหลืองใสออก 1,400 ซีซี ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น Acetar 1,000 ml vein drip 100 ml/hr. ตามแผนการรักษา ให้ยา Ceftriaxone 2 gms vein drip OD Metronidazole 500 gms vein drip q 8 hr., Paracetamol 500 mg 1 tab per oral prn q 4 hr. พลิกตะแคงตัวลูกนั่งข้างเตียงหย่อนขาได้ ให้คำแนะนำ Ambulation เพื่อลดอาการท้องอืด กระตุ้นการฟื้นตัวหลังผ่าตัดผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ และแผนการรักษาแพทย์ให้ ส่งปรึกษากายภาพ (Consult PT for chest physical therapy) บันทึกปริมาณน้ำเข้า 2,700 ซีซี ออก 1,450 ซีซี ในร่างกาย หลังผ่าตัด 2 วัน (วันที่ 9 สิงหาคม 2566) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ แผลผ่าตัดที่หน้าท้องแผลบริเวณหน้าท้อง (Mid-line) ดูแลทำแผล แผลไม่มีเลือดซึม มีขวดระบายเลือด (Jackson's drain) 1 ขวด มีน้ำระบาย (Content) สีแดงจางประมาณ 30 ซีซี สายสวนคาปัสสวาระ (Retain foley's catheter with urine bag) ปัสสาวะสีเหลืองใสออก 3,000 ซีซี แผนการรักษาให้ยาปฏิชีวนะและยาบรรเทาอาการปวดต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวลูกนั่งข้างเตียงหย่อนขาได้ Ambulation กระตุ้นการฟื้นตัวหลังผ่าตัดผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ และแผนการรักษาแพทย์ให้จับน้ำรับได้ บันทึกปริมาณน้ำเข้า 2,500 มิลลิลิตร ออก 3,030 มิลลิลิตร ในร่างกาย หลังผ่าตัด 3-5 วัน (วันที่ 10-12 สิงหาคม 2566) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ แผลผ่าตัดที่หน้าท้องแผลบริเวณหน้าท้อง ดูแลทำแผล แผลแห้งดี ไม่มีสารคัดหลั่ง (Discharge) ซึมยังขวดระบายเลือด (Jackson's drain) 1 ขวด มีน้ำระบาย (Content) สีแดง สายสวนคาปัสสวาระ (Retain foley's catheter with urine bag) ปัสสาวะสีเหลืองใสออกดี ให้อาหาร (Step diet.) ตามแผนการรักษา รับประทาน ไม่มีอาการท้องอืด ผู้ป่วยลุกเคลื่อนไหว (Ambulation) ได้ดี หลังผ่าตัด 5 วัน (วันที่ 13 สิงหาคม 2566) ผู้ป่วย สีหน้าสดชื่นขึ้น

ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดที่หน้าท้องแผลบริเวณหน้าท้อง แผลแห้งดี ไม่มีสารคัดหลั่ง (Discharge) ซีม สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว (O_2 sat) 100% OFF Jackson's drain. OFF IVF ยังให้ยา Ceftriaxone 2 gms vein drip OD Metronidazole 500 mg vein drip q 8 hr., Paracetamol 500 mg 1 tab per oral prn q 4 hr. ลูกเดินข้างเตียง (Ambulation) ได้ หลังผ่าตัด 6 วัน (วันที่ 14 สิงหาคม 2566) แผลแห้งดี ไม่มีสารคัดหลั่ง (Discharge) ซีม แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้ กลับบ้านได้ ให้คำแนะนำล้างแผลทุกวัน ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน แผลครบ 10 วัน OFF staple. นัดติดตามอาการแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม 2 สัปดาห์ (วันที่ 28 สิงหาคม 2566) ให้ยากลับบ้าน Paracetamol 500 mg 1 tab per oral q- 4 hr. 20 เม็ด Tramadol 50 mg 1 tab per oral tid pc 20 เม็ด ดูแลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านในเรื่องโรค การดูแลแผล การรับประทานยาและอาหาร อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น แผลผ่าตัดอักเสบมีหนอง อาการปวดท้อง ไม่ถ่าย อุจจาระ เป็นต้น ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ 2 สัปดาห์ (วันที่ 28 สิงหาคม 2566) ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ

ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่า มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะขณะการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้แก่ สูดสำลักอาหารเข้าปอด (Pulmonary aspiration) หรือภาวะรู้สึกตัวในระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก (Awareness)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่ออาการท้องอืดเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการดูแลพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเองได้ รับประทานอาหาร ขับถ่ายได้ แผลแห้งดี ไม่มีภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัด แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 9 วัน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 70 ปี ที่เข้ารับการรักษและผ่าตัดรักษาเนื้องอกมะเร็งในลำไส้ใหญ่ (CA distal sigmoid) มีการดูแลและฟื้นฟูตามแผนการรักษา พบผลสำเร็จเชิงปริมาณดังนี้

1) ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวม 9 วัน และได้รับอนุญาตให้กลับบ้านเมื่ออาการดีขึ้นและปลอดภัย

2) ระยะเวลาการผ่าตัดและฟื้นฟูในห้องผ่าตัด การผ่าตัด Low Anterior Resection ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ใช้เวลาในการผ่าตัดและฟื้นฟูรวม 4 ชั่วโมง 50 นาที

3) การประเมินการเสียเลือดและการให้เลือด ปริมาณการเสียเลือดที่ประเมินระหว่างการผ่าตัดอยู่ที่ 250 ซีซี หลังจากผ่าตัดมีการเจาะความเข้มข้นของเลือด พบว่า Hct อยู่ที่ 33% ก่อนให้เลือด 1 หน่วย และ Hct เพิ่มขึ้นเป็น 38% หลังการให้เลือด

4) การฟื้นฟูและการดูแลหลังผ่าตัด วันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยเริ่มพลิกตัวและนั่งข้างเตียงได้ตามแผนการรักษา วันที่ 3-5 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถลุกเดินได้ด้วยตนเองและไม่มีอาการแทรกซ้อน เช่น อาการท้องอืด

5) การควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด ระดับความปวดหลังผ่าตัดในวันแรกสูงสุดอยู่ที่ Pain Score 10 คะแนน โดยผู้ป่วยได้รับการให้ยา Morphine และ Paracetamol ร่วมกับการปรับปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือด ซึ่งช่วยลดความปวดและส่งผลให้อาการปวดลดลงเรื่อย ๆ ในช่วงเวลาการฟื้นฟู

6) ผลการดูแลแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไม่มีภาวะเลือดซึ่มหรือการติดเชื้อ และมีการระบายสารน้ำจากขวด Jackson's drain ในปริมาณที่ลดลงตามลำดับ จนสามารถนำขวดระบายออกได้ในวันที่ 5 หลังการผ่าตัด

7) การควบคุมปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกในร่างกาย

- วันที่ 1 หลังผ่าตัด: ปริมาณน้ำเข้า 2,800 ซีซี และน้ำออก 500 ซีซี

- วันที่ 2 หลังผ่าตัด: ปริมาณน้ำเข้า 2,700 ซีซี และน้ำออก 1,450 ซีซี

- วันที่ 3 หลังผ่าตัด: ปริมาณน้ำเข้า 2,500 ซีซี และน้ำออก 3,030 ซีซี

- การควบคุมสมดุลน้ำเป็นไปอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ร่างกายผู้ป่วยมีการตอบสนองที่ดีหลังผ่าตัด

8) การติดตามการนัดหมายหลังออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการนัดหมายเพื่อประเมินอาการและติดตามผลการรักษาหลังจากกลับบ้านในวันที่ 28 สิงหาคม 2566 ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและกลับบ้านได้ภายใน 9 วันหลังการรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อหรืออาการท้องอืด ความสำเร็จนี้เกิดจากการดูแลที่ใกล้ชิดและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสม

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ความสำเร็จเชิงคุณภาพในกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 70 ปี ที่เข้ารับการรักษาและผ่าตัดเนื้องอกมะเร็งในลำไส้ใหญ่ สามารถสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1) การเตรียมตัวและให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด รวมถึงให้การสนับสนุนด้านจิตใจจนเกิดความมั่นใจ สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติในการเตรียมตัวรับการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการพยาบาลขั้นตอน การประเมินสภาพ (Assessment) และ การวางแผนการพยาบาล (Planning) ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเข้าใจแผนการรักษา

2) การควบคุมภาวะความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

การควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและเคลื่อนไหวได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการปวดอย่างต่อเนื่องและได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา ส่งผลให้ความปวดลดลงและผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมตามคำแนะนำได้ การควบคุมภาวะปวดนี้สะท้อนถึง การดำเนินการพยาบาล (Implementation) และ การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) อย่างต่อเนื่อง

3) การดูแลแผลผ่าตัดและการป้องกันการติดเชื้อ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลแผลผ่าตัดทุกวัน แผลผ่าตัดมีลักษณะปกติ แห้งดี ไม่มีภาวะเลือดซึมหรือการติดเชื้อ โดยมีการตรวจวัดปริมาณและลักษณะของสารคัดหลั่งจากขวด Jackson's drain เพื่อติดตามการฟื้นตัวของแผลอย่างละเอียด การป้องกันการติดเชื้อนี้สะท้อนถึงการใส่ใจในการดูแลสุขอนามัยผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

4) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพด้วยการเคลื่อนไหว

หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนให้ลุกนั่งและเคลื่อนไหวข้างเตียงเพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะท้องอืดหรือภาวะเลือดคั่งในหลอดเลือด ซึ่งเป็นการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลด้านการฟื้นฟูนี้สอดคล้องกับการปฏิบัติตามแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

5) การติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการนัดหมายเพื่อติดตามอาการหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยมีการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลแผล การรับประทานยา และอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ รวมถึงการตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกัลยกรรม การติดตามผลนี้สอดคล้องกับแนวคิด การประเมินผล (Evaluation) ตามกระบวนการพยาบาล และ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในการให้การดูแลต่อเนื่องแม้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว เพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วย

ความสำเร็จเชิงคุณภาพนี้เป็นไปตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านและมีมาตรฐาน โดยเฉพาะการสนับสนุนการรักษาโรคมะเร็งอย่างครบวงจร (Cancer Care Policy) ซึ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และการส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามหลักการเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถลดระยะเวลาการฟื้นฟูภายในโรงพยาบาลและสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 การนำไปใช้ประโยชน์

ประโยชน์ทางตรง

1) การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรม

ข้อมูลจากกรณีศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดทางศัลยกรรม โดยเฉพาะการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การจัดการภาวะปวดหลังผ่าตัด และการดูแลแผลผ่าตัด เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการควบคุมการเสียเลือดและการให้เลือดเพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างปลอดภัย

2) การปรับปรุงแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสมหลังการผ่าตัดเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ท้องอืดหรือลิ่มเลือดอุดตัน การใช้แนวทางนี้เป็นตัวอย่างในกรณีศึกษาจะช่วยให้ทีมพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินและติดตามผลการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด

3) การส่งเสริมการติดตามผลและการดูแลต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กรณีศึกษาสามารถใช้เป็นต้นแบบในการติดตามผลหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการนัดหมายติดตามอาการ และมีคำแนะนำการดูแลตนเองอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ การมีแผนการติดตามผลที่มีประสิทธิภาพช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังกลับบ้าน

ประโยชน์ทางอ้อม

1) การส่งเสริมการจัดการความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยลดความกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการรักษา การให้ความรู้เชิงรุกเช่นนี้สามารถใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจขั้นตอนการรักษาและเกิดความร่วมมือในการดูแล ซึ่งส่งผลให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

2) การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของทีมพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์

กรณีศึกษานี้เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการฝึกอบรมพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด การฝึกอบรมโดยใช้กรณีศึกษาที่เกิดขึ้นจริงช่วยเพิ่มทักษะและความชำนาญในการจัดการสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันในอนาคต ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพการให้บริการสุขภาพให้มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

3) การส่งเสริมการวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

กรณีศึกษานี้เป็นตัวอย่างของการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด และการติดตามผลหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและครอบคลุมตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลที่ครบถ้วนและเชื่อมโยงระหว่างแผนกได้อย่างเหมาะสม

4) การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการรักษาโรคมะเร็งในอนาคต

ข้อมูลจากกรณีศึกษานี้อาจเป็นพื้นฐานในการวิจัยและพัฒนาการดูแลและรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด เพื่อค้นหาวิธีที่ดีขึ้นในการลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากรณี (Case study) จำนวน 1 ราย “ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection :LAR” กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 70 ปี ที่ได้รับการรักษาและผ่าตัดเนื้องอกมะเร็งในลำไส้ใหญ่ มีปัจจัยที่สร้างความยุ่งยากและความซับซ้อนในการรักษาและดูแลหลายประการ ดังนี้

1) การจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้ป่วยมีอายุ 70 ปี ทำให้การผ่าตัดและการฟื้นตัวมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากอาจมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน ทั้งจากการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายที่อาจเสื่อมสภาพ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลงตามอายุ ทำให้มีโอกาสในการติดเชื้อสูงขึ้นและการฟื้นตัวช้าลงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอายุน้อย

2) ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดใหญ่ในช่องท้อง

การผ่าตัด Low Anterior Resection (LAR) เป็นการผ่าตัดใหญ่ในช่องท้องที่มีความซับซ้อนและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือด และภาวะสุดสัปดาห์อาหารเข้าปอดในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก การเฝ้าระวังและดูแลภาวะเหล่านี้ต้องการความชำนาญจากทีมศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาลที่เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มความซับซ้อนของกระบวนการผ่าตัด

3) การจัดการและควบคุมภาวะปวดหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดสูง (Pain Score 10) ซึ่งต้องการการใช้ยาแก้ปวด เช่น Morphine และ Paracetamol ที่มีผลข้างเคียงและอาจมีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ความซับซ้อนอยู่ที่การจัดการและประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งควบคุมอาการปวดให้อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสามารถทนได้โดยไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรง

4) การเฝ้าระวังภาวะการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและระบบทางเดินปัสสาวะ

การดูแลแผลผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ซึ่งอาจส่งผลให้อาการแย่งและต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้น อีกทั้งการใช้สายสวนปัสสาวะในระหว่างการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ การดูแลและเฝ้าระวังการติดเชื้อจึงเป็นอีกหนึ่งความยุ่งยากในการจัดการที่ต้องอาศัยการดูแลใกล้ชิดจากทีมพยาบาล

5) การดูแลให้เกิดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

การรักษาระดับสมดุลของน้ำเข้าและน้ำออกในร่างกาย รวมถึงอิเล็กโทรไลต์ให้คงที่ในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำผ่านทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องและสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด เป็นอีกหนึ่งความซับซ้อน การประเมินและติดตามสมดุลนี้จำเป็นต้องมีการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินหรือน้ำขาดที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะบวมหรือภาวะขาดน้ำในร่างกาย

6) การสนับสนุนด้านจิตใจและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยและครอบครัว

การรักษาโรคมะเร็งและการเข้ารับการผ่าตัดใหญ่เป็นกระบวนการที่สร้างความกังวลอย่างมากให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย การให้ความรู้ ความเข้าใจ และการสนับสนุนทางจิตใจเป็นสิ่งจำเป็น แต่การสนับสนุนนี้อาจซับซ้อนในกรณีที่ผู้ป่วยมีความกังวลอย่างมาก ซึ่งต้องการการสื่อสารที่ดีและให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาจากทีมพยาบาลและผู้ดูแล

7) การวางแผนการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยยังต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก การดูแลต่อเนื่องนี้รวมถึงการดูแลแผลผ่าตัด การปฏิบัติตามแผนการรับประทานยา และการจัดการอาหาร การดูแลเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและสถานพยาบาลในพื้นที่ ซึ่งเพิ่มความซับซ้อนในการประสานงานและให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาและอุปสรรค

1) ความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยอายุ 70 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด ภาวะปอดติดเชื้อ และการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ซึ่งภาวะเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของปอดและเพิ่มระยะเวลาในการรักษา

2) การจัดการอาการปวดหลังการผ่าตัดที่รุนแรง ผู้ป่วยมี Pain Score สูงถึง 10 คะแนนหลังการผ่าตัด ส่งผลให้การเคลื่อนไหวและการฟื้นตัวช้าลง การใช้ยาแก้ปวดที่รุนแรง เช่น มอร์ฟีน ต้องการการเฝ้าระวังใกล้ชิดเพื่อป้องกันผลข้างเคียงร้ายแรง เช่น ภาวะกดการหายใจ

3) ภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว การผ่าตัดและการรักษามะเร็งส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะวิตกกังวลและอาจขาดความมั่นใจในกระบวนการรักษา การที่ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์มาก่อนทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยเกิดความกังวลมากขึ้น

4) การดูแลต่อเนื่องหลังการผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน หลังการผ่าตัดและออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงต้องการการดูแลต่อเนื่องในการทำแผล การเฝ้าระวังการติดเชื้อ และการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การดูแลนี้อาจมีความยุ่งยากหากผู้ป่วยและครอบครัวขาดความเข้าใจหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามคำแนะนำ

การแก้ไข

1) การเฝ้าระวังและเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัด

1.1) จัดให้มีทีมวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ประจำในการดูแลการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โดยเน้นการควบคุมปริมาณการเสียเลือดอย่างเคร่งครัดและติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องหลังการผ่าตัด เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างและหลังผ่าตัด

1.2) วางแผนการให้เลือดและการใช้ยาที่เหมาะสมเพื่อรักษาระดับความเข้มข้นของเลือดและสารอาหารที่จำเป็นในร่างกาย

2) การบริหารจัดการอาการปวดหลังการผ่าตัดอย่างเหมาะสม

2.1) ให้ทีมพยาบาลประเมินความปวดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและกำหนดขนาดยาแก้ปวดที่เหมาะสม โดยใช้ยาแก้ปวดที่ออกฤทธิ์น้อยลงเมื่ออาการปวดเริ่มทุเลาลง และติดตามผลการใช้ยาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกดการหายใจ รวมถึงให้คำแนะนำวิธีการผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึกและการวางท่าร่างกายที่เหมาะสม

3) การให้ความรู้และสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

3.1) จัดให้มีการให้คำปรึกษาก่อนการผ่าตัดเพื่ออธิบายขั้นตอนและความคาดหวังในการฟื้นตัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัวหลังการผ่าตัด เน้นให้การดูแลที่สนับสนุนความมั่นใจและลดความกังวลอย่างเหมาะสม

4) การจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล

4.1) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำแผล การสังเกตอาการติดเชื้อ และการรับประทานยาอย่างถูกต้องแก่ผู้ป่วย และญาติก่อนออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ นอกจากนี้ยังควรมีการนัดหมาย ตรวจติดตามอาการเป็นระยะ เพื่อประเมินความคืบหน้าในการฟื้นตัวและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 การเตรียมความพร้อมและให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด ควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขั้นตอนการรักษา และการดูแลหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการรับมือกับอาการปวดและภาวะเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น วิธีนี้จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้พวกเขามีความมั่นใจและร่วมมือกับทีมแพทย์ในการรักษาได้ดียิ่งขึ้น

9.2 การเฝ้าระวังและควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินและจัดการอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ โดยการเลือกใช้ยาบรรเทาปวดในขนาดที่เหมาะสมตามระดับอาการ และควรมีการให้ความรู้เรื่องวิธีการลดปวดแบบไม่ใช้ยา เช่น การหายใจลึก ๆ และการวางท่าร่างกายที่สบาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

9.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ ควรมีการเฝ้าระวังแผลผ่าตัดอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังออกจากโรงพยาบาล การจัดทำแผนการตรวจสุขภาพและนัดติดตามอาการที่ชัดเจนจะช่วยให้สามารถประเมินความคืบหน้าของแผลผ่าตัดและลดความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำได้

9.4 การจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล ควรให้คำแนะนำอย่างละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานยา และการเฝ้าระวังอาการที่อาจบ่งชี้ถึงการติดเชื้อ รวมถึงการนัดหมายตรวจติดตามเป็นระยะ วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมและความเข้าใจในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนหลังออกจากโรงพยาบาล

9.5 การสนับสนุนทางจิตใจและสุขภาพจิตของผู้ป่วย การรักษาโรคมะเร็งและการผ่าตัดใหญ่ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย การให้การสนับสนุนทางจิตใจและการให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงใจในการฟื้นฟูสุขภาพ สามารถปรับตัวและเผชิญหน้ากับกระบวนการรักษาได้อย่างมั่นใจมากขึ้น

กรณีศึกษานี้เป็นแนวทางสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

10. การเผยแพร่ผลงาน : ไม่มี
11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)
นางสาวสุกัญญา พลเขตร์ 100%
12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) : ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ส.ก......
(นางสาวสุกัญญา พลเขตร์)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่).....12 / 6-ค / 2564.....
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุกัญญา พลเขตร์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางกรรณิการ์ ศรีภา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

(วันที่) 12 / 11 / 2567

(ลงชื่อ)

(นางละม่อม ไชยสิริ)

หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)
ตำแหน่ง

(วันที่) 12 / ธันวาคม / 2567

(ลงชื่อ)

(นายธนินิตย์ สังคมกำแหง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ
ตำแหน่ง

(วันที่) 18 ค.ค. 2567

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุง

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง “แนวปฏิบัติตัวการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด”

2. หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของทั้งประชากรทั่วโลกและในประเทศไทย การรักษาหลักของโรคนี้อคือการผ่าตัด รวมถึงการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่หลงเหลือและควบคุมการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ซึ่งสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยและญาติที่เผชิญกับโรคนี้นี้มักเกิดความวิตกกังวลและกลัวการรักษา การให้ความรู้ที่ถูกต้องและการสนับสนุนจิตใจโดยเฉพาะจากพยาบาลวิชาชีพจึงมีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ คำแนะนำ วิธีการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง รวมถึงการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ขั้นเตรียมผ่าตัดจนถึงการดูแลหลังผ่าตัดและการฟื้นฟูที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความมั่นใจให้แก่ญาติและผู้ป่วยเอง อย่างไรก็ตาม การให้ข้อมูลและคำแนะนำของพยาบาลยังมีความหลากหลาย เนื่องจากประสบการณ์และความชำนาญที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะพยาบาลใหม่ที่อาจยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการดูแล ส่งผลให้การดูแลอาจขาดความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ

ดังนั้น การจัดทำ “แนวปฏิบัติตัวการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด” จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ศึกษามองเห็น เพื่อให้เกิดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและหน่วยงาน ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ และสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยทั้งขณะรักษาและเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

จากข้อมูลการศึกษารายกรณีศึกษา ยังพบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย การผ่าตัดเป็นการรักษาหลักซึ่งจำเป็นต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านศัลยกรรม และตามด้วยการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดหรือรังสีเพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยและญาติยังคงประสบกับความวิตกกังวลและความกลัวอย่างมากต่อกระบวนการรักษา และในบางกรณีเกิดความกังวลในระหว่างการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมักขาดความเข้าใจหรือความพร้อมในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัด Low Anterior Resection (LAR) ในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 แสดงให้เห็นจำนวนผู้ป่วยที่ยังคงสูงอยู่ ทำให้การรักษาผ่าตัดเพื่อให้หายขาดหรือควบคุมการแพร่กระจายเป็นสิ่งสำคัญ อย่างไรก็ตาม กระบวนการพยาบาลใน

การให้คำแนะนำและดูแลผู้ป่วยนั้นยังพบความแตกต่างในด้านคุณภาพ เนื่องจากความหลากหลายของบุคลากร ทั้งประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของพยาบาล รวมถึงการขาดแนวทางที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด จึงนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในบางกรณี และอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ด้วยเหตุนี้ จึงเกิดความจำเป็นในการจัดทำ “แนวปฏิบัติตัวการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด” เพื่อสร้างแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ลดความแตกต่างในการให้บริการจากบุคลากรพยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญต่างกัน โดยแนวปฏิบัตินี้จะเน้นให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้อย่างเข้าใจในการดูแลตนเอง ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยลดความวิตกกังวลก่อนและหลังการผ่าตัด แต่ยังช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

3.2 แนวความคิด

การจัดทำ “แนวปฏิบัติตัวการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด” ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้ทางวิชาการ หรือแนวความคิดเพื่อใช้ในการดำเนินการ ดังนี้

3.2.1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3.2.2 การส่งเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ

3.3 ข้อเสนอ

จากความสำคัญ ผลการทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และจากการทบทวนความรู้ทางวิชาการ หรือแนวความคิดเพื่อใช้ในการดำเนินการ ผู้ศึกษาขอเสนอแนวทางในการจัดทำ “แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด” ดังนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม ก่อนและหลังการรักษาผ่าตัด

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนแพ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. Plan (วางแผน)

1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการ: รวบรวมข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมถึงการศึกษาข้อจำกัดและประเด็นปัญหาที่พบบ่อยในหน่วยงาน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและประเด็นสำคัญที่ควรพัฒนา

1.2 จัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล: ร่าง “แนวปฏิบัติตัวการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด” โดยเน้นที่ขั้นตอนการดูแลที่ครอบคลุมทั้งการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การดูแลหลังการผ่าตัด การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ และการติดตามผลการรักษาหลังจากออกจากโรงพยาบาล

2. Do (ลงมือทำ)

2.1 นำเสนอร่างแนวปฏิบัติ นำเสนอ“แนวปฏิบัติตัวการพยาบาล” ต่อหัวหน้างานและบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยการปรับปรุงเนื้อหาตามความคิดเห็นที่ได้รับ เพื่อให้แนวปฏิบัติเป็นไปอย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล

2.2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงาน นำร่างแนวปฏิบัติไปใช้งานจริงกับผู้ป่วยในหน่วยงาน โดยเน้นการให้ความรู้ที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการแนะนำวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด

3. Check (ตรวจสอบ)

3.1 ประเมินผลการใช้งานจริงของแนวปฏิบัติ ตรวจสอบและประเมินผลการใช้งานจริงของแนวปฏิบัติตัวการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตและสอบถามผู้ป่วย ญาติ รวมถึงบุคลากรที่นำไปใช้ เพื่อดูว่ามีข้อดีหรือข้อเสียใดบ้าง

3.2 สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน รวมถึงจุดเด่นและข้อจำกัดในการปฏิบัติ พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงเพื่อให้เกิดความชัดเจน ครอบคลุม และเพิ่มประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ

4. Act (ปรับปรุง)

4.1 ปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ปรับแก้ไขเนื้อหาของแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับผลการประเมิน พร้อมทั้งรวมความคิดเห็นจากบุคลากรผู้ใช้งานจริงและผลการประเมินจากผู้ป่วยและญาติให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4.2 เผยแพร่เอกสารวิชาการ เมื่อแนวปฏิบัติผ่านการปรับปรุงให้เป็นมาตรฐานที่มีประสิทธิภาพแล้ว จัดทำเอกสารวิชาการเพื่อเผยแพร่ให้บุคลากรทั้งในหน่วยงานและหน่วยงานอื่น ๆ ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด

ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 เมษายน 2568 – วันที่ 30 มิถุนายน 2568

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1) ข้อจำกัดในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

ข้อจำกัด: เนื่องจากบุคลากรพยาบาลมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน ทำให้การให้คำแนะนำและการดูแลผู้ป่วยมีความหลากหลาย อาจเกิดความไม่สม่ำเสมอในแนวทางการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีพยาบาลใหม่หรือพยาบาลที่ยังขาดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งอาจส่งผลให้การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยขาดความครบถ้วนและอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การแก้ไข: จัดให้มีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สม่ำเสมอ ให้กับพยาบาลทุกระดับความชำนาญ รวมถึงการจัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตามมาตรฐานเดียวกัน

2) ข้อจำกัดในการให้ความรู้และการสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

ข้อจำกัด: ผู้ป่วยและญาติมีความหลากหลายในด้านเพศ วัย ระดับการศึกษา และระดับความเข้าใจในข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จึงอาจส่งผลให้บางรายมีความกังวลและไม่เข้าใจในแนวทางการดูแลตนเองอย่างครบถ้วน รวมถึงการปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสมระหว่างและหลังการรักษา

การแก้ไข: พยาบาลควรประเมินระดับความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเพื่อปรับการสื่อสารให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล ควรจัดทำสื่อการสอนที่เข้าใจง่าย เช่น สื่อวิดีโอและแผ่นพับที่มีภาพประกอบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามเพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนและลดความกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

3) ข้อจำกัดจากความแตกต่างของสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

ข้อจำกัด: สภาพแวดล้อมและความพร้อมของหน่วยงานแต่ละแห่งอาจแตกต่างกัน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีทรัพยากรจำกัด ทั้งในด้านบุคลากรและอุปกรณ์การพยาบาล ส่งผลให้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเป็นไปได้ยาก เช่น การขาดอุปกรณ์เฉพาะทาง หรือการขาดบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด

การแก้ไข: จัดทำแผนการพัฒนาหน่วยงานและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเสริมสร้างทรัพยากรและอุปกรณ์ให้เพียงพอ รวมถึงจัดอบรมพยาบาลและบุคลากรที่มีอยู่เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมภายใต้สภาพแวดล้อมที่จำกัด

4) ข้อจำกัดด้านการติดตามผลการดำเนินงานและการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ

ข้อจำกัด: การประเมินผลการดำเนินงานของแนวปฏิบัติที่สม่ำเสมอและครอบคลุมทั้งหมดอาจทำได้ยาก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่รักษาแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งอาจทำให้การประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติไม่ชัดเจนและขาดข้อมูลเพียงพอในการปรับปรุงหรือพัฒนาแนวทาง

การแก้ไข: จัดทำระบบบันทึกผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการประเมินผลเป็นระยะ ๆ และสามารถนำข้อมูลนี้ในการวิเคราะห์และปรับปรุงแนวทางการพยาบาลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนจะช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด โดยการดูแลที่สอดคล้องกับมาตรฐานและครอบคลุมตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้รวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสการหายขาดจากโรค

4.2 ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

การให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและการสนับสนุนทางจิตใจจะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยและญาติ ทำให้พวกเขามีความมั่นใจและมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา รวมถึงเพิ่มความพร้อมและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

4.3 เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลและบุคลากร

แนวปฏิบัติที่ชัดเจนจะช่วยให้พยาบาลและบุคลากรมีแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ลดความคลาดเคลื่อนและข้อผิดพลาดที่อาจเกิดจากความแตกต่างในการปฏิบัติ การจัดอบรมให้ความรู้และการฝึกฝนจะทำให้พยาบาลทุกคนสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ

4.4 ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

การให้ความรู้และการติดตามผลการรักษาหลังการผ่าตัดที่เหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหรืออาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เต็มที่และไม่จำเป็นต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

4.5 สร้างมาตรฐานและความยั่งยืนในหน่วยงาน

แนวปฏิบัติที่ชัดเจนและการติดตามประเมินผลการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะช่วยสร้างมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทำให้หน่วยงานมีการดูแลที่ยั่งยืน และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรรุ่นใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ร้อยละของผู้ป่วย/ญาติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัด มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป้าหมาย 80 %

5.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและญาติผู้ดูแล ที่ได้รับการผ่าตัด มีความพึงพอใจในการผ่าตัดและการรักษา เป้าหมาย 85 %

5.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัด กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหลังการผ่าตัด (Re-admit) ภายใน 28 วัน น้อยกว่า เป้าหมาย 2 %

(ลงชื่อ)..... นพ.....

(นางสาวสุกัญญา พลเขตร์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 12 / ๖ - ๑ / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

4. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวสุกัญญา พลเขตร์

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

ตำแหน่งเลขที่ 210899 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	10
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	28
3. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำ ผลงานให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	24
4. ข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน	10	9
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิดเสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	8
รวม	100	86

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

() เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

() ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นางกรรณิการ์ ศรีภา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

(วันที่) 12 / 01 / 2567

(ลงชื่อผู้ประเมิน)..... 

(..... (นางละม่อม ไชยศิริ))

หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)
ตำแหน่ง

(วันที่)..... ๒ / ธันวาคม / ๒๕๖๓

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

() เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

() ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)..... 

(นายธนินิตย์ สังคมกำแหง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

ตำแหน่ง

(วันที่)..... ๑๘ ธ.ค. ๒๕๖๓

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

() ผ่านการประเมินได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

() ไม่ผ่านการประเมินได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)..... 

(นายยุทธพร พิรุณสาร)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ตำแหน่ง

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น
(วันที่)..... ๒๐ / ธ.ค. / ๖๓