

บทที่ 2 : เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม ผู้วิจัยได้ศึกษาและค้นคว้าเอกสาร ตำรา และบทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. การทำผ่าตัดทำทวารเทียมและการดูแลทวารเทียม
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม
3. รูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม

การทำผ่าตัดทำทวารเทียมและการดูแลทวารเทียม

การผ่าตัดทำทวารเทียม (colostomy) เป็นการผ่าตัดเพื่อสร้างทางเปิดระหว่างลำไส้ใหญ่และผนังหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายอุจจาระแทนตำแหน่งเดิม คือ ทวารหนัก การทำผ่าตัดนิยมทำเพื่อรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Doughty & Jackson, 1993) การอุดตัน (obstruction) โรคลำไส้อักเสบ (inflammatory bowel disease) มีถุงและการอักเสบที่ผนังลำไส้และ แดก (ruptured diverticulum) ลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemia) หรือ การได้รับบาดเจ็บของลำไส้ (traumatic injury) เช่น การบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้อง (blunt trauma) การถูกยิงหรือถูกแทง (gun shot wound or stab wound) และ การบาดเจ็บที่ทวารหนัก

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียมชนิดถาวร (permanent colostomy)

ชนิดของการผ่าตัดทำทวารเทียม

อาจจะเรียกชื่อตามส่วนของลำไส้ใหญ่ที่นำมาเปิด colostomy เช่น transverse colostomy, sigmoid colostomy หรือเรียกตามลักษณะทางกายภาพ เช่น end colostomy, loop colostomy ทางสรีรวิทยาอาจจะแบ่ง colostomy ออกเป็น 2 ชนิดคือ decompressing colostomy และ diverting colostomy

decompressing colostomy เป็นการผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการอุดตันที่เกิดจากโรคต่าง ๆ ของลำไส้ใหญ่ชั่วคราว เช่น blow – hole ; tube cecostomy ใช้ในรายที่มี colon obstruction ที่มีการโป่งพองของลำไส้ใหญ่มากๆ หรือในผู้ป่วยที่เป็น toxic megacolon นอกจากนี้ยังมี loop colostomy ที่สามารถใช้บรรเทาการอุดตันชั่วคราว

diverting colostomy เป็นการผ่าตัดเพื่อเบี่ยงเบนทางเดินอุจจาระไม่ให้ผ่านบริเวณที่มีการอุดตันหรือบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ หรือมีปัญหาการทำเบี่ยงเบนอุจจาระให้สมบูรณ์ อาจจะทำ end colostomy, loop colostomy หรือ double-barrel colostomy

การผ่าตัดทำทวารเทียมสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ (Phipps, Cassmeyer & Lehman, 1995)

1. ทวารเทียมชนิดถาวร (permanent colostomy) หมายถึง การทำ colostomy ที่ไม่มีโอกาสจะต่อลำไส้หรือแก้ไขให้กลับมีการขับถ่ายให้เหมือนเดิมได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทวารเทียมนี้ติดตัวไปตลอดชีวิต เช่นผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์และส่วนเรกตัม (colorectal cancer) โดยตัดลำไส้ส่วนที่มีก้อนมะเร็งออกหมด ไม่มีส่วนของทวารหนักเหลืออยู่เลย แล้วนำส่วนปลายของลำไส้ส่วนที่เหลือมาเปิดบริเวณหน้าท้อง โดยตำแหน่งของช่องเปิดลำไส้จะอยู่บริเวณด้านซ้ายของหน้าท้องส่วนล่าง อุจจาระที่ออกมาจะมีลักษณะเหมือนกับอุจจาระที่ออกมาทางทวารหนัก คือ เป็นเนื้อมากกว่าน้ำ และไม่มีน้ำย่อยพวกโคโรซิฟเอนไซม์ (colosive enzyme) ปะปนออกมากับอุจจาระ ผู้ป่วยจึงไม่ค่อยพบกับปัญหาการอักเสบของผิวหนังรอบๆ ทวารเทียม (peristomal area) จากการระคายเคืองของน้ำย่อย

2. ทวารเทียมชนิดชั่วคราว (temporary colostomy) หมายถึง การทำทางเปิดหรือทางเบี่ยงชั่วคราว เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้การรักษารักษาผ่าตัดเต็มรูปแบบยังไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยในขณะนั้นจะด้วยสภาพร่างกายหรือโรคก็ตาม เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น จึงปิดทวารเทียมภายหลังประมาณ 2 เดือนหลังผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของลำไส้ใหญ่ เป็นต้น เป็นการผ่าตัดที่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้น เช่น ลำไส้ส่วนตรงด้านขวา (ascending colostomy) หรือ ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (transverse colostomy) อุจจาระมีลักษณะค่อนข้างเหลว และมีน้ำย่อยจากลำไส้ปนออกมามาก จึงมีภาวะกรดทำให้เกิดการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม เกิดการแตกทำลายของผิวหนัง มีการอักเสบของผิวหนังได้ง่าย

ชนิดรูเปิดของลำไส้

รูเปิดของลำไส้สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิดคือ

1. double barreled colostomy ชนิดนี้ลำไส้จะถูกตัดขาดออกจากกัน และเอาส่วนปลายทั้งสองมาทำทางเปิดออกทางหน้าท้อง จึงมีรูเปิด 2 แห่ง มักทำที่ transverse colon ส่วนต้นเรียกว่า "proximal loop colostomy" ซึ่งอุจจาระจะขับออกทางนี้ ส่วนปลายเรียกว่า "distal loop colostomy or distal opening" ส่วนนี้จะมีพวก เนื้อเยื่อที่ตายแล้วขับออกมา อาจมีอุจจาระเหลือค้างในส่วนล่างออกมาด้วย

2. single barreled colostomy (end colostomy) จะมี stoma 1 อัน ส่วนใหญ่เป็นชนิดถาวร ตำแหน่งที่จะทำคือ sigmoid colon อุจจาระจะมีภายใน 48-72 ชั่วโมง เมื่อลำไส้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดจะมีอุจจาระออกมา

3. loop colostomy มักทำบริเวณ transverse colon ลำไส้ไม่ถูกตัดขาดออกจากกัน โดยการนำเอา loop of colon ผ่าน abdominal incision แล้วใช้แท่งแก้วหรือ พลาสติก ยาว ประมาณ 3-6 นิ้ว พุด สอดผ่านเยื่อช่องท้องที่ยึดลำไส้ส่วนที่ติดกับผนังหน้าท้อง บริเวณใต้ loop ของลำไส้ เพื่อป้องกันมิให้ลำไส้ถูกดึงกลับเข้าไปในช่องท้อง และใช้ท่ออย่างต่อระหว่างปลายของแท่งแก้ว ซึ่งป้องกันมิให้แท่งแก้วหลุด ใช้ผ้าก๊อชปิดแผลไว้ จนกระทั่งแผลเริ่มมีการหายภายหลังการผ่าตัด 3-5 วัน แพทย์จะทำการเปิดของ colostomy จะมีรูเปิด 2 แห่ง เป็น proximal และ distal loop แท่งแก้วจะสอดนาน 7-10 วัน เป็นเวลาที่แผลเริ่มหายและ loop ของลำไส้ติดกับผนังหน้าท้อง

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียมนั้น จะต้องเริ่มตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อการยอมรับสภาพของตนเองหลังผ่าตัด พยาบาลมีหน้าที่ให้การดูแลโดยตรง จะต้องเอาใจใส่ประทับใจประทับใจแก่ผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล คลายความวิตกกังวลอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือที่ดีในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล (ประทีน ไชยศรี, 2544)

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทวารเทียม ผู้ป่วยทุกรายที่มีทวารเทียมมักพบกับปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้สามารถปรับตัว ยอมรับกับสถานการณ์ และโรคที่กำลังเผชิญอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระให้กับบุคคลอื่นในครอบครัว หรือ ผู้ดูแล พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง โดยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะการดูแลต่างๆ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตจากภาวะความเจ็บป่วย และให้คำแนะนำ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยควรมีความรู้ในการดูแลทวารเทียมดังนี้ (Northwestern Memorial Hospital, 2002)

1. ลักษณะของช่องเปิดทวารเทียม ส่วนที่โผล่ออกมาจากผนังหน้าท้อง เรียกว่า stoma จะแตกต่างกันได้เล็กน้อยในแต่ละคน บางครั้งอาจมีลักษณะกลม บางครั้งจะมีลักษณะรี ส่วนใหญ่จะยื่นออกมาจากผนังหน้าท้อง ส่วนน้อยจะเสมอกับผนังหน้าท้อง สีชมพู หรือ บางครั้งแดงคล้ำ ชุ่มชื้น อุณหภูมิบริเวณผิวเรียบบุด้วยเยื่อเมือก (mucous membrane) คล้ายกับในช่องปาก ไม่มีกล้ามเนื้อหรือกระดูกในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และไม่มีประสาทสัมผัสส่วนปลายที่รับความรู้สึกเจ็บปวด ในขณะที่ทำความสะอาด stoma อาจมีเลือดออกได้บ้าง เป็นเรื่องปกติ เนื่องจากช่องเปิดทวารเทียมจะมีเส้นเลือดเล็กๆ มาเลี้ยงมากมาย

stoma จะเปลี่ยนขนาดได้ ขึ้นอยู่กับว่า ผู้ป่วยน้ำหนักขึ้นหรือน้ำหนักลด การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดมักจะเกิดขึ้นในช่วง 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ในระยะแรกผ่าตัด stoma จะบวม ภายหลังจะค่อยๆ ลดขนาดเล็กลงเรื่อยๆ จึงควรวัดขนาดของ stoma สัปดาห์ละครั้ง เพื่อจะได้ตัดขนาดของปากถุงรองรับอุจจาระได้พอเหมาะกับขนาดที่เปลี่ยนแปลงไป

การที่ stoma ไม่มีปลายเส้นประสาท จึงไม่เจ็บเมื่อถูกสัมผัสหรือถูกบีบรัด จึงควรหลีกเลี่ยงการสวมเสื้อผ้า หรือ เข็มขัด หรือ เข็มขัดนิรภัยในรถ กดทับบริเวณนี้

2. การทำความสะอาดช่องเปิดทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ

4-5 วันแรกหลังผ่าตัด ทำความสะอาดแบบการทำแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด การดูแลทำความสะอาดบริเวณ stoma และผิวหนังรอบๆ stoma ระยะแรกจะมีอุจจาระไหลออกมาเยอะ และอาจเป็นน้ำค่อนข้างเหลว ออกบ่อยไม่เป็นเวลา ควรดูแลทำความสะอาดให้แห้งและสะอาดเสมอ โดยการเปลี่ยน colostomy bag เมื่อมีอุจจาระประมาณ 1/3 หรือ 1/2 ของถุง เนื่องจากหากมีอุจจาระมาก จะทำให้ถุงเลื่อนหลุดและรั่วได้

ต่อจากนั้นแผลจะเริ่มติดดี ประมาณ 7-10 วัน จะเริ่มมีอุจจาระออกทาง stoma ให้ใช้สำลีสะอาดและน้ำต้มสุกทำความสะอาด stoma และผิวหนังรอบๆ แล้วซับให้แห้ง ปิดด้วยถุงรองรับอุจจาระ ประมาณ 6-8 สัปดาห์ แผลจะยุบแบนและมีขนาดคงที่ ระยะนี้สามารถทำความสะอาดด้วยน้ำและสบู่อ่อน ที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำมันซึ่งจะทำให้การยึดติดของถุงรองรับอุจจาระไม่แน่น แล้วซับให้แห้ง ทุกครั้งที่เปลี่ยนถุง ขณะอาบน้ำสามารถทำความสะอาดเหมือนการล้างทวารหนักตามธรรมชาติ ไม่จำเป็นต้องปิดปากถุงขณะอาบน้ำ เนื่องจากน้ำจะไม่ผ่านเข้าทางนี้ เพราะลำไส้จะบีบตัวจากส่วนต้นไปยังส่วนปลายเสมอ

การถ่ายเทของเสียออกจากถุง ในรายที่ใช้ถุงระบบชั้นเดียวเปิดปลาย ให้นั่งบนโถส้วมหรือเก้าอี้แยกขาออก ปล่อยปลายถุงลงช่องระหว่างขาพร้อมทั้งเปิดปลายถุงในโถส้วมหรือภาชนะที่เตรียมรองรับไว้ เมื่อถ่ายเทของเสียออกเสร็จแล้วใส่ผ้าเช็ดทำความสะอาดด้านปลายถุง ล้างอุจจาระให้สะอาดและเช็ดด้วยกระดาษชำระให้สะอาดก่อนปิดถุงอีกครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ถุงระบบ

2 ขึ้น อาจจะปล่อยของเสียออกแบบเดียวกับถุงขึ้นเดียวก็ได้ หรือ เปิดถุงออกจากเบ้นรองแล้วจึงปล่อยของเสียลงในโถส้วม พร้อมทั้งทำความสะอาดถุง โดยการใช้ผ้าเช็ดล้างจากด้านบนถุงลงไปจนสะอาด แล้วจึงปิดถุงไว้เช่นเดิม

การลอกเปลี่ยนถุง ทำด้วยความนุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากผิวหนังเป็นแผลถลอก และเกิดการเจ็บปวดมาก โดยการใช้มือข้างหนึ่งกดผิวหนังบริเวณที่ติดกับเบ้นไว้ แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งค่อยๆ ลอกเบ้นออกจากผิวหนัง ลอกเบ้นจากขอบด้านบนของแผ่นลงมาด้านล่างตรงข้ามกัน พยายามไม่ให้เป็นการดึงเบ้นข้างเดียว จะช่วยลดการเกิดอันตรายต่อผิวหนังได้

3. การปิดถุงรองรับอุจจาระ

เมื่อทำความสะอาด stoma และผิวหนังรอบๆ แล้ว ปิดด้วยถุงรองรับอุจจาระเพื่อป้องกันผิวหนังรอบๆ สัมผัสกับอุจจาระที่ผ่านออกจากลำไส้ ซึ่งจะทำให้ระคายเคืองและเป็นแผลได้ง่าย แต่ในรายที่สามารถฝึกการขับถ่ายเป็นเวลาได้ ไม่จำเป็นต้องปิดถุงรองรับไว้ตลอดเวลาก็ได้ แต่ถ้าไม่มั่นใจจะติดไว้ตลอดเวลาก็ได้

ถุงสำเร็จรูปที่มีขายทั่วไปมักจะมีทางเปิดเป็นรู รอบๆ เป็นกาวยเหนียวที่ติดกับผิวหนังได้ ก่อนใช้ต้องตัดขนาดของปากถุงให้ใหญ่กว่าขนาดของ stoma ประมาณ 0.5 ซม. ลอกกระดาษที่ติดกับแผ่นกาวยเหนียวออก ปิดปากถุงให้แนบกับผิวหนัง ใช้นิ้วกดรอบๆ stoma ให้แน่นดี ถ้าไม่แน่นใช้ทิชชูเช็ดรอบๆ stoma บางชนิดเป็นแผ่นกาวยเหนียวติดกับผิวหนังรอบๆ stoma ก่อนแล้วจึงมีตัวรับเพื่อเอามาติดบนแผ่นนี้อีกครั้ง การติดถุงต้องพยายามไล่ลมให้มีค้ำในถุงน้อยที่สุด ปัจจุบันมีถุงรองรับอุจจาระให้เลือกหลายชนิด ซึ่งแตกต่างกันในแง่ของรูปร่าง ขนาด ราคา มีทั้งแบบใช้ครั้งเดียวทิ้งหรือใช้ซ้ำได้อีก พิจารณาตามฐานะ ลักษณะอาชีพ อาการแพ้หรือระคายเคืองที่ผิวหนังและความสะดวกในการหาซื้อ

4. การรับประทานอาหาร

ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร โดยสามารถรับประทานอาหารได้แทบทุกชนิดตามความต้องการ แต่ควรทราบถึงการเลือกชนิดของอาหารที่มีผลต่อการขับถ่ายอุจจาระดังนี้ (Hamton & Bryant, 1992 ; สุปาณี เสนาดีสัย, 2543)

หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด หรือ อาหารหมักดอง เพราะอาจทำให้ท้องเดิน

แนะนำให้รับประทานอาหารที่ทำให้ท้องผูก ในกรณีนี้ที่อุจจาระเหลวมาก เช่น เนื้อสัตว์ ปลา และ อาหารลดกาก

หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สมาก เช่น น้ำอัดลม ถั่วเปลือกแข็ง เบียร์ แดงกวา กระหล่ำปลี ผักขม ข้าวโพด หัวผักกาด เป็นต้น เพราะอาจผายลมต่อหน้าผู้อื่น ทำให้เป็นที่รังเกียจได้ และ อาจทำให้ท้องอืดด้วย

หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ปลา ไข่ หน่อไม้ฝรั่ง กระเทียม เครื่องเทศ หัวหอม ถั่ว ผักกระเฉด ผักตระกูลกะหล่ำ สะตอ ผักกระถิน ชะอม

นอกจากนั้น ไม่ควรรับประทานอาหารมากเกินไป ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียด รับประทานอาหาร และไม่ใช่หลอดดูดขณะดื่มน้ำ เพราะอาจกลืนลมเข้าไปทำให้มีแก๊สมาก

ควรรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ ในเวลาเดียวกันทุกๆ วัน จะช่วยให้การควบคุมการขับถ่ายดีขึ้น เมื่อถ่ายอุจจาระลักษณะปกติมากขึ้น ก็สามารถเพิ่มอาหารชนิดอื่นๆ ได้ บางรายมีอุจจาระเหลว แพทย์อาจให้ยาช่วยให้อุจจาระแข็งตัวขึ้น เช่น kaolin ทำให้ท้องผูก ถ้าผูกก็รับประทานผัก และผลไม้มากขึ้น

5. การควบคุมกลิ่นและก๊าซ

ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการกลืนลมและก๊าซจากปฏิกิริยาของแบคทีเรียที่ไม่สามารถย่อยสารอาหารคาร์โบไฮเดรต การกลืนลมจากการใช้หลอดดูดน้ำ การพูดคุยระหว่างรับประทานอาหาร การเคี้ยวมากหรือ หนากฝรั่งและการสูบบุหรี่ ควรรับประทานอาหารที่ไม่ทำให้เกิดกลิ่นและก๊าซ

บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงระยะเวลาที่อาหารและก๊าซเคลื่อนที่ผ่านจากช่องปากถึงลำไส้ใหญ่ มีระยะเวลาประมาณ 6 ชั่วโมง ฉะนั้นควรละเว้นการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่นและก๊าซ หรือเลือกเวลาให้เหมาะสม ถ้าต้องเดินทางหรือมีกิจกรรมสังสรรค์ การใส่สารป้องกันกลิ่น ฯลฯ เช่น ใส่ผงถ่านไว้ก้นถุงรองรับอุจจาระสามารถช่วยลดกลิ่นอุจจาระลงได้ แต่วิธีการที่ดีสุดในการควบคุมกลิ่นคือ การรักษาความสะอาดอย่างดี โดยดูแลก้นถุงให้สะอาด เปลี่ยนถุงอุจจาระเมื่ออุจจาระอยู่ในถุงประมาณ 1/3 ของถุง ปิดถุงรองรับอุจจาระให้แน่น หากร่างกายหรือเสื้อผ้าเปรอะเปื้อน อุจจาระควรทำความสะอาดร่างกายทันทีหรือทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ มีอุปกรณ์ในการควบคุมกลิ่นและก๊าซหลายชนิดที่สามารถป้องกันและลดกลิ่นอุจจาระ ได้แก่ deodorant, room deodorant เป็นต้น และอาหารบางชนิดก็ช่วยลดกลิ่นได้ เช่น คื่นช่าย ตำลึง ผักบุ้ง (ประทีป ไชยศรี, 2536)

6. การออกกำลังกายและการทำงาน

การออกกำลังกายจะแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. การออกกำลังกายที่จะทำให้ผู้ป่วยแข็งแรงและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องห้ามในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่สามารถทำได้ เช่น การบริหารแขน ขาและลำตัว เป็นต้น แต่ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมาก และ หลีกเลี่ยงการยกของหนัก เพราะจะกระทบกระเทือนต่อลำไส้ที่นำมาเปิดหน้าท้อง สำหรับการทำงานจะสามารถทำได้ เมื่อลำไส้ยุบ บวม และร่างกายแข็งแรงแล้ว โดยปกติประมาณ 6-8 สัปดาห์ หลังผ่าตัดในระยะเวลาที่สามารถกลับไปทำงานได้ ให้เตรียมอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ วัสดุดับกลิ่น และถุงรองรับ อุจจาระให้พร้อม เพื่อให้พร้อมสำหรับการทำความสะอาด เปลี่ยนผ้าพันที่เมื่อเกิดปัญหา และก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานให้น้อยที่สุด

2. การฝึกหัดการขับถ่าย โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ต้องหัดเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง และเบ่งถ่ายอุจจาระทุกวัน ตอนเช้า นอกจากนี้ อาจต้องใช้ยา dulcolax หรือ glycerine เหน็บรูเปิดลำไส้ จะช่วยให้การขับถ่ายเป็นเวลา

7. การมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจะได้รับผลกระทบจากการผ่าตัดทำทวารเทียม รวมทั้งการรักษาโดยเคมีบำบัด หรือ การฉายรังสี ซึ่งจะมีผลต่อเพศสัมพันธ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์ และมีผลต่อความสามารถทางเพศ แบ่งเป็นผลทางร่างกายและจิตใจดังนี้ (ประทีน ไชยศรี, 2544)

7.1 ผลทางด้านร่างกาย

7.1.1 การผ่าตัดทำทวารเทียม จะมีผลกระทบกระเทือนต่อเส้นประสาทและโครงสร้างอื่นๆ ซึ่งจำเป็นต่อการร่วมเพศ ในเพศชายจะมีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของอวัยวะเพศและการหลั่งอสุจิ ระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคและจำนวนเนื้อเยื่อที่ถูกตัดออกไป เส้นประสาทที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศและการหลั่งอสุจิอยู่ในกระดูกสันหลังในระดับ lumbar ที่ 1-3 และ sacrum ที่ 2-4 และสิ้นสุดที่ presacral region การผ่าตัดอาจไปกระทบกระเทือนทำลายเส้นประสาทได้

ในเพศหญิง การเปลี่ยนแปลงอาจจะสังเกตได้น้อย เนื่องจากเส้นประสาทที่ไปยัง clitoris นั้นไม่ถูกรบกวน ยังรับรู้ความรู้สึกได้เหมือนเดิม แต่การตัดช่องคลอดออกไปบางส่วนจะทำให้มีการหลั่งเมือกลดลง จะเกิดอาการเจ็บเวลาร่วมเพศ

7.1.2 ผลของการให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี มีผลโดยตรงต่อความสามารถทางเพศอย่างมาก เส้นประสาทถูกทำลาย ระบบไหลเวียนเลือดและเนื้อเยื่อบริเวณนั้น จะเปลี่ยนแปลงไป ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้บ่อย คือ ทำให้เป็นหมัน ความต้องการทางเพศลดลง และเจ็บขณะ

ร่วมเพศ ผลทางอ้อม การฉายรังสี และ การให้ยาเคมีบำบัด มีผลต่อความสามารถทางเพศ คือ ความต้องการทางเพศลดลง สมรรถภาพทางเพศลดลง คลื่นไส้ อาเจียนและผมร่วง

7.2 ผลทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านจิตใจเป็นอย่างมาก ต้องอาศัยเวลาในการฟื้นฟูสภาพจิตใจให้สู่ปกติ ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ไม่เพียงแต่มีรอยแผลเป็นจากแผลผ่าตัดเท่านั้น stoma ก็เป็นปัญหาสำคัญ การกลัวถูกสังคมรังเกียจ เรื่องกลิ่นอุจจาระ ความสะอาด จะควบคุมตัวเองลำบาก ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์ต่างๆ มากมาย อาจแสดงออกมาในรูปของความโกรธ ความเศร้าใจ มองโลกในแง่ร้าย และถอยหนี ส่งผลถึงเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยจะกลัว ทั้งต่อการยอมรับตนเอง ความสามารถทางเพศ ความต้องการทางเพศ การให้ความสุขกับคู่นอน และการถูกทอดทิ้ง โดยจะกลัวอย่างมากกับ stoma กลัวกลิ่น และการรั่วของอุจจาระ และอาจจะเจ็บขณะร่วมเพศ ทำให้ไม่ได้รับความสุขเรื่องเพศ

วิธีแก้ไข

1. เลือกถุงและอุปกรณ์ออสโตมีที่ไม่ทำให้เกิดเสียงดัง และเก็บกลิ่นได้ดี
2. อาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาด และเปลี่ยนถุงใหม่
3. สร้างบรรยากาศภายในห้องให้น่าอยู่
4. ทำตัวเองให้เกิดความประทับใจกับคู่สมรส เช่น การแต่งตัวหรือปฏิบัติในสิ่งที่คู่สมรสชอบ เช่น ใช้น้ำหอม หรือ เสื้อผ้าที่ชอบ
5. หลีกเลี่ยงการสัมผัสอวัยวะเพศในเบื้องต้นแต่ให้สนุกกับการใช้ oral sex
6. ให้สัญญาณเตือนเมื่อต้องการให้สัมผัสอวัยวะเพศ
7. ออสโตเมทชายอาจใช้วัสดุเทียมช่วยในการสอดใส่ ออสโตเมทหญิงควรใช้น้ำยาหล่อลื่น
8. ประึกษาหรือพิจารณาร่วมกันเกี่ยวกับท่าที่เหมาะสมในการร่วมเพศ
9. ภายหลังที่ผ่านระยะ orgasm แล้ว ฝ่ายชายไม่ควรถอนอวัยวะเพศออกทันที
10. ในกรณีที่อีกฝ่ายหนึ่งยังไม่ถึงระยะ orgasm ควรช่วยเหลือให้ผ่านไปด้วยและไม่ควรตำหนิซึ่งกันและกัน

8. การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยมักพบในผู้ป่วยที่ขาดความรู้และปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง จึงต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการสังเกตและดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ

8.1 การระคายเคืองของผิวหนังรอบบริเวณช่องเปิดลำไส้ (peristomal irritation) จากอุจจาระ พบว่า การทำลายผิวหนังรอบ stoma เกิดจากสารคัดหลั่งจากลำไส้เล็ก ในส่วนของลำไส้ใหญ่มีน้อย ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการเลือกถ่วงรองรับอุจจาระที่มีขนาดเหมาะสมกับ stoma

อาการที่พบคือ ผิวหนังรอบ stoma มีรอยสีแดง เปื่อยยุ่ยและปวดแสบปวดร้อน

วิธีแก้ไข คือ ทำความสะอาดบริเวณรอบๆ stoma ด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุก ซับให้แห้งด้วยก๊าซหรือผ้าสะอาดที่อ่อนนุ่ม ทาสารปกป้องผิวหนัง (skin barrier paste) ซึ่งสามารถปกป้องการระคายเคืองจากโครซีฟเอนไซม์ (corrosive enzyme) สารที่ใช้ในการป้องกันการระคายเคือง ได้แก่ Stomahesive power เป็นต้น การใส่ถ่วงรองรับอุจจาระอาจใส่ผ้าก๊อชพันรอบบริเวณ stoma เพื่อป้องกันห่วงครอบหรือถ่วงรองรับอุจจาระไปกดทับบริเวณที่มีอาการระคายเคือง

8.2 การตีบของ stoma

วิธีแก้ไข คือ ใช้นิ้วก้อยของผู้ป่วยถ่างขยาย stoma ภายหลังการทำความสะอาดทุกครั้ง แต่ถ้ามีอุจจาระหรือลมออกมาทาง stoma ทุกวัน แล้วไม่จำเป็นต้องถ่างขยาย stoma ก็ได้ เพราะอาจการบาดเจ็บกับ stoma ถ้าเทคนิคปฏิบัติไม่ถูกต้อง สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ห้ามใช้อุปกรณ์อื่นๆ สอดเข้าไปในช่องเปิดลำไส้เพราะอาจทำให้ลำไส้ทะลุได้

8.3 การอุดตัน มักเกิดจากอุจจาระแข็ง มีการอักเสบของลำไส้ เมื่อเกิดการอุดตัน

ผู้ป่วยจะมีอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน และปวดท้องร่วมด้วย

วิธีแก้ไขคือ การมาพบแพทย์เพื่อให้ยาระบายให้อุจจาระอ่อนตัว หรือรับประทานผลไม้ที่ช่วยบรรเทาอาการท้องผูก ได้แก่ ลูกพรุน แอปเปิ้ล และยาระบายอ่อนๆ

8.4 การยื่นหรือหดรั้งของ stoma มากกว่าปกติ ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดแก้ไข

8.5 การทะลุของลำไส้ มักเกิดจากการใส่เครื่องมือเข้าไป เช่น สายยางสวนล้าง ลำไส้ การอักเสบของลำไส้ เป็นต้น ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อผ่าตัดแก้ไข

8.6 การบาดเจ็บและการกระทบกระเทือนต่อ stoma เนื่องจาก stoma ไม่มีเส้นประสาทส่วนปลายมาเลี้ยงจึงไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด การบาดเจ็บอาจเกิดขึ้นได้โดยที่ผู้ป่วยขาดความระมัดระวังจากสาเหตุ เช่น ขนาดช่องเปิดของแผ่นรองมีขนาดเล็กเกินไป แผ่นรองและถ่วงรองรับอุจจาระแข็งกดช่องเปิดลำไส้ เป็นต้น จึงต้องระมัดระวังไม่ให้ขอบของแผ่นรองไปกดหรือรัดช่องเปิดลำไส้ ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้

8.7 อาการท้องเสีย สาเหตุที่พบบ่อยมักเกิดจากการรับประทานอาหาร ควรมาพบแพทย์เพื่อให้ยารักษาอาการท้องเสีย เช่น lomotil , Bismuth subgallate เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม

โอเร็ม (Orem, 1991) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง และในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองนั้นบุคคลจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือ มีความสามารถในการเรียนรู้ การคิด การตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายซึ่งต้องอาศัยความสนใจ เอาใจใส่ตนเอง การมีพลังงานเพียงพอ รู้จักใช้เหตุผลในการตัดสินใจ รู้จักแสวงหาความรู้และนำความรู้มาใช้ สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวตลอดจนสามารถจัดลำดับความสำคัญ และสอดคล้องกิจกรรมการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

ความสามารถในการดูแลตนเองนั้น จะต้องเพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ถ้าความสามารถของบุคคลไม่เพียงพอที่จะทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดได้ บุคคลจะมีความพร่องในการดูแลตนเอง และจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือบุคคลรอบข้าง เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เมื่อบุคคลสามารถดูแลตนเองได้ จะก่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ความเป็นคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดความผาสุกในชีวิต และในทางกลับกันการมีพลังและการรับรู้ความผาสุกที่เพียงพอจะทำให้บุคคลริเริ่มและมีความพยายามในการกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองต่อไป นอกจากนั้นการที่บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง จะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ความรุนแรงของโรคลดลง สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ดี ทำให้บุคคลมีความสุขมากขึ้น ดังนั้น ความสามารถในการดูแลตนเองจะมีผลทำให้ความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้นด้วย ความสามารถในการดูแลตนเองจึงมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิตและมีส่วนส่งเสริมซึ่งกันและกัน (Padilla & Grant, 1985)

รูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

รูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ได้จากการบันทึกเทปและจดบันทึกความต้องการของผู้ป่วยที่ทำทวารเทียมชนิดถาวร จำนวน 2 ราย ทั้งในระยะ 3 วันหลังผ่าตัด ก่อนกลับบ้าน และ 1 เดือนหลังผ่าตัด ผู้วิจัยปรึกษาร่วมกันกับผู้ป่วย เพื่อค้นหารูปแบบในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า รูปแบบการพยาบาลจะแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 คือช่วงแรก จะเป็นช่วงหลังผ่าตัด 3 วัน และช่วงที่ 2 เป็นช่วงก่อนกลับบ้านและ 1 เดือนหลังผ่าตัด

รูปแบบการพยาบาลช่วงแรก เป็นช่วงที่ผู้ป่วยยังมีความพร้อมในการดูแลตนเองเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและอ่อนเพลียจากการผ่าตัด รวมทั้งยังต้องให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ใส่สายยางจากจมูกถึงกระเพาะอาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะ ฯลฯ จึงไม่สะดวกในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง รูปแบบการพยาบาลจึงเน้นที่การช่วยเหลือ พบว่า ระบบการพยาบาลที่เหมาะสมคือ 1. ระบบทำทดแทนทั้งหมด ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยหนัก มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือการรับรู้ และ 2. ระบบทดแทนบางส่วน โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ใช้เมื่อผู้ป่วยมีข้อจำกัดในเรื่องของความรู้และขาดทักษะในการดูแลตนเอง ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง

รูปแบบการพยาบาลในช่วงที่ 2 คือระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ใช้เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ด้วยตนเอง หรือสามารถเรียนรู้ที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งจะเน้นรูปแบบการพยาบาลในช่วงที่ 2 นี้เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองแล้ว รูปแบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้ มีวิธีการดังนี้

1. ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคมาเรียมและโรคเบาหวานและการดูแลทวารเทียมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

โดยก่อนให้ข้อมูลและให้ความรู้จะต้องประเมินความรู้ที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อนว่าอยู่ในระดับใด และเป็นความรู้ที่ถูกต้องหรือไม่ เพื่อให้ความรู้ที่ให้ตรงกับปัญหา สภาพการณ์หรือความต้องการของผู้ป่วย เป็นลักษณะของความรู้ใหม่ที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อน หรือทราบอยู่บ้างแต่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ หรือยังมีข้อสงสัย ไม่มั่นใจ เข้าใจผิด หรือ ความรู้เดิมที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ

การให้ข้อมูลและความรู้จะใช้สื่อการสอนต่างๆ ได้แก่ แผ่นภาพแสดงกายวิภาคของระบบทางเดินอาหาร ภาพชนิดของทวารเทียม ภาพอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาดทวารเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ประโยชน์ในการเรียนรู้และปรับการปฏิบัติกรด้วยตนเอง สื่อการสอนนั้นประกอบกรให้ข้อมูลและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทำความสะอาดทวารเทียม การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การเตรียมความพร้อมสำหรับการเดินทาง อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หลังจากนั้นแจกแฟ้มเอกสารให้ความรู้พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของเอกสาร

2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

เป็นการสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วย โดยจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย

อื่น แนะนำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับผู้ป่วยอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็นและวิธีการดูแลสุขภาพที่ตนเองปฏิบัติ

3. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด

เป็นการสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ เคารพในความเป็นบุคคล และความคิดเห็นของผู้ป่วย แสดงความจริงใจและยินดีให้ความช่วยเหลือ เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นโดยยึดหลักความเอื้ออาทร ความเห็นอกเห็นใจ ใช้ทักษะและความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีทวารเทียมในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์ ปรับเปลี่ยน ตลอดจนลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ด้วยตนเอง พยาบาลให้การยอมรับนับถือและเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล ความมีศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยกล้าที่จะบอกปัญหา ความคับข้องใจ และกล้าที่จะขอความช่วยเหลือจากพยาบาล เมื่อต้องการความช่วยเหลือ

4. ให้ความมั่นใจและให้กำลังใจกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดความลังเลไม่แน่ใจ ในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง พยาบาลจะให้ความมั่นใจและให้กำลังใจ รวมทั้งการชี้แนะเพื่อให้แนวทางในการตัดสินใจแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งต้องใช้พลังกายและพลังใจ ในระยะแรกผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ พยาบาลจะให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดและใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง พยาบาลจะไม่เป็นผู้ไปตัดสินใจการปฏิบัติของผู้ป่วย

5. เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย

ในแต่ละครั้งที่พบผู้ป่วยจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและเล่าปัญหาต่างๆ ทั้งที่เป็นปัญหาสุขภาพและปัญหาส่วนตัว โดยรับฟังปัญหานั้นและกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดและหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง หากปัญหานั้นเป็นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่ต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลจะร่วมมือกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา โดยตั้งเป้าหมายร่วมกัน

6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา

การที่ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษามีความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ จะช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานดีขึ้น ช่วยยับยั้งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง และยังช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ช่วยเพิ่มกำลังใจ ความพยายามและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

7. เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและแพทย์

พยาบาลเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาไปสู่แพทย์ บอกปัญหาแก่แพทย์เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากพยาบาลจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะทราบถึงแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรม อารมณ์ ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้แพทย์ผู้รักษาเข้าใจผู้ป่วยและนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจสั่งการรักษาได้ดีขึ้น

8. แนะนำแหล่งประโยชน์

แนะนำแหล่งประโยชน์ด้านการบริการสังคมสังเคราะห์ให้แกผู้ป่วย เพื่อลดความกังวลและสงวนพลังงานของผู้ป่วยไว้ใช้ในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากเคมีบำบัด

9. ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยสนับสนุนการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย

พยาบาลต้องทำความรู้จักกับญาติผู้ป่วยมาเยี่ยมหรืออยู่ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล ช่วยตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแลและให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ และการดูแลทวารเทียม เมื่อญาติผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจก็จะช่วยสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้มากขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้สามารถผสมผสานรูปแบบการพยาบาลดังกล่าวเข้าด้วยกัน และอาจจะใช้ร่วมกันมากกว่าหนึ่งวิธีในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งการเลือกวิธีใดในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จะต้องคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและ

ศักยภาพของบุคคล โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิตของ ผู้ป่วยแต่ละบุคคลด้วย



งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทัศนีย์ ตั้งตรงจิต, ๒๕๒๙ ศึกษาถึงการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดโคลอสโตมีชนิดถาวร โดยอาศัยหลักการสร้างมาตรฐานการพยาบาลโดยใช้เทคนิคเดลฟาย และสำรวจการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดโคลอสโตมีชนิดถาวรในสถานการณจริง โดยการสอบถามจากผู้ชำนาญการ ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของประเทศจำนวน ๑๑๓ คน ซึ่งจำแนกเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลส่วนกลาง โรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลทั่วไป ผลการวิจัยได้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดโคลอสโตมีชนิดถาวร จำนวน ๑๓ มาตรฐาน

จรินทร์ สมภู, ๒๕๔๐ ศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีที่มีโคลอสโตมีชนิดถาวร โดยศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในบทบาททฤษฎีของสตรีภายหลังการผ่าตัดโคลอสโตมีที่กลับบ้านแล้วอย่างน้อย ๑ เดือน และมารับการตรวจรักษา จำนวน ๘๐ ราย ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่โดยรวมและบทบาทย่อยของสตรีที่มีโคลอสโตมีชนิดถาวร อยู่ในระดับค่อนข้างดี ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าจำนวนบทบาท การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ ๒๒.๑๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .๐๐๑

นุชรี ไล่พันธ์, ๒๕๔๒ ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องชนิดถาวร ที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน ๑๔ คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม ๗ คน และกลุ่มทดลอง ๗ คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องที่ได้รับการสอนตามโปรแกรม มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้และพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการสอน และภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ๑ เดือน ที่ระดับ .๐๕ และ .๐๐๑ ตามลำดับ

พินทุสร โชตนาการ, ๒๕๓๙ ศึกษาหารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รักษาด้วยเคมีบำบัดที่คลินิกโรคมะเร็ง แผนกอายุศาสตร์ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน ๒๐ ราย เป็น

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้วิธีการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพรวบรวมด้วย เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม โดยการบันทึกเทปและจดบันทึก เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลห่วงใย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง กระบวนการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และจดบันทึกวิธีการที่ผู้วิจัย ช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาศักยภาพ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมด้วยแบบประเมินเจตคติต่อโรคและการรักษา แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง และแบบประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคของตน ระยะของโรคที่ตนเองเป็น แผนการรักษาที่ตนจะได้รับและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และมีความกังวลห่วงใยในเรื่อง ภาพลักษณ์ แผลผ่าตัด การเดินทาง น้ำหนักเพิ่ม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพศ สัมพันธ์ และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากเคมีบำบัด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยคือ เจตคติต่อโรคและการรักษา ขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อ อุปนิสัยประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพ ประสบการณ์ในอดีต ระบบครอบครัว การสนับสนุนจากสังคม และภาวะสุขภาพ และพบว่า กระบวนการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ต้องผ่านกระบวนการ 2 ระยะคือ ระยะของการพิจารณาพิจารณาและตัดสินใจ และระยะของการกระทำการดูแลตนเอง รูปแบบการพยาบาลคือระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลืออยู่ 9 วิธีคือ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง สอนผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วย ให้การชี้แนะ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ และแนะนำแหล่งประโยชน์ให้กับผู้ป่วย และเจตคติต่อโรคและการรักษาและคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ, 2540 ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองใน ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในเลือด เพิ่มระดับความสามารถในการดูแลตนเองและความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่การควบคุมโรคยังไม่ดีจำนวน 30 ราย ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเฉพาะโรค รูปแบบที่พยาบาลผู้วิจัยนำมาใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คือระบบสนับสนุนและให้ความรู้ หลังเข้าโครงการวิจัยครบ 4 เดือน ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงขึ้น ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน, 2541 ศึกษาผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 30 ราย ที่มารับบริการในสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ แผนกพันธุกิจเอดส์ มูลนิธิสภาคริสต

จักรในประเทศไทย ผู้วิจัยอาศัยกระบวนการสะท้อนคิดด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ วิธีการที่ใช้ในการส่งเสริมการสะท้อนคิดด้วยตนเองทั้งหมด 5 ประการ ได้แก่ การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดี การใช้คำถามที่หลากหลาย การยอมรับความคิดเห็น การจัดบรรยากาศในการสะท้อนคิดให้เหมาะสม และการกระตุ้นให้มีการสะท้อนคิดด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลการสรุปข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ ระดับการศึกษา สุขภาพและความเจ็บป่วย ความสามารถในการกระบวนการคิด สถิติปัญญาและทักษะในการเรียนรู้ แรงจูงใจในการเรียนรู้ และสถานการณ์ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ในชีวิตประจำวัน ผลของข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการใช้การสะท้อนคิดด้วยตนเอง

จะเห็นได้ว่ายังไม่งานวิจัยใดๆ ในเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความสามารถในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมมาก่อน อีกทั้งผู้วิจัยยังต้องการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความสามารถในการดูแลตนเองกับความผาสุกในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จึงสนใจที่จะศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในส่วนของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลและส่วนที่ต้องการหาปัจจัยที่มีผลต่อการความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมและการวิจัยถึงทดลองในการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความสามารถในการดูแลตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม