

ฉบับสมบูรณ์

(ตามมติ ครั้งที่ 3 / 2565เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2565)

ลงชื่อประธาน/กรรมการ



(นางสาวดวงพร โดษนาค)

ผลงานเชิงวิเคราะห์

เรื่อง ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ :
บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11401)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11401)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คำนำ

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse : APN) มีบทบาทหน้าที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการดูแลรักษาพยาบาล โดยการวางระบบที่ດั้นนั้นต้องเกิดจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นอย่างถูกต้อง และนำมาปรับปรุงการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและยั่งยืน จากสถิติผู้เข้ารับการรักษาด้วยพบความผิดปกติของลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีจำนวนเพิ่มขึ้น อาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม สิ่งแวดล้อม การดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่ร่างกายมีความเสื่อมถอยและมีแนวโน้มเจ็บป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก นอกจากนั้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่าง ๆ อาจยังไม่เป็นตามมาตรฐาน เช่น อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เป็นต้น การพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้รับบริการพึงพอใจและเลือกรับบริการในสถานบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีคุณภาพสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยส่งผลให้จำนวนผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นทางเลือกที่แพทย์ใช้ในการให้การรักษ ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมยังอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ลดลง และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ หากไม่ได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อนำมาวางแผนปรับปรุงการพยาบาลให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย บุคลากร ทีมการรักษา องค์กร และประเทศชาติ ทั้งในด้านประสิทธิภาพในการดูแลรักษาพยาบาลและความคุ้มค่าคุ้มทุน ทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจในการศึกษาค้นคว้า สามารถนำผลจากการศึกษานี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ในอนาคต

ธมลวรรณ ยอดกลกิจ

พฤศจิกายน 2562

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๖
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพ	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	5
ขอบเขตการศึกษา	6
คำจำกัดความ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด	8
การพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด	14
บทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	17
การดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดตามบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	20
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	27
กรอบแนวคิดการศึกษา	28
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการ	
วิเคราะห์ปัญหา	30
การพัฒนางาน	30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	31
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	32
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล	35
การวิเคราะห์ข้อมูล	35
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผล	42
อภิปรายผล	43
ข้อเสนอแนะ	46
บรรณานุกรม	47
ภาคผนวก	53
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	54
ภาคผนวก ข แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	61
ภาคผนวก ค แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัด	66
ภาคผนวก ง ประวัติผู้ศึกษา	76

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 2.1	แสดงความแตกต่างของลักษณะการอุดฟันลำไส้ใหญ่	9
ตารางที่ 4.1	ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับ การผ่าตัด	37
ตารางที่ 4.2	ข้อมูลผลลัพธ์ภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด	39
ตารางที่ 4.3	ข้อมูลผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่มีทวารใหม่	40

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการศึกษา

หน้า

29

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าของสังคมและเทคโนโลยีต่าง ๆ ส่งผลให้สภาวะความเป็นอยู่ และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะสังคมเมือง (urban society) ที่ประชาชนต้องใช้ชีวิตเร่งรีบการบริโภคที่เกินความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกายที่ลดลง และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษสูงล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน นอกจากนี้ในประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และจะเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 กระทั่งเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (super aged society) ภายในปี พ.ศ. 2578 หรือคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด (อนันต์ อนันตกุล, 2560) ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย การใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปของสังคมเมืองและการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงระบบทางเดินอาหาร การขับถ่าย โดยเฉพาะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากการศึกษาในประเทศจีน ปี ค.ศ. 2010 พบอุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มสูงขึ้นจากปัจจัยด้านประชากรวัยผู้สูงอายุและการใช้ชีวิตและการบริโภคอาหารของประชาชนสังคมเมือง (Wu et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาข้อมูลสุขภาพในประเทศไทยที่พบว่าประชาชนเขตเมืองตายด้วยสาเหตุจากโรคมะเร็งทุกชนิดในเขตกรุงเทพมหานครสูงกว่าเขตอื่นทั่วประเทศรวมกัน โดยเฉพาะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พบเป็นอัตราตายในเพศหญิง สูงเป็นอันดับ 4 (ศิริวรรณ ตั้งจิตมด, นริศรัตน์ ธรรมโรจน์, และชาดากานต์ ผโส, 2559) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังพบการเกิดโรคเกี่ยวกับลำไส้ใหญ่และทวารหนักอื่น ๆ ได้แก่ โรคผนังลำไส้ใหญ่โป่งพอง โรคติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ และโรคลำไส้ใหญ่อุดตันซึ่งการรักษาโรคดังกล่าวนี้ทางเลือกหนึ่งคือการผ่าตัด โดยเฉพาะเมื่อรักษาด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผล (Steven Wexner & James Fleshman, 2012) และส่วนใหญ่โรคที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความซับซ้อนหลากหลายจากความเสื่อมของร่างกายและโรคประจำตัว

ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน (complex chronic disease) หมายถึงผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าหนึ่งระบบ หรือมีหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น อาชีพ สิ่งแวดล้อม พันธุกรรม ตลอดจนโรคร่วม และต้องการการดูแลรักษาจากบุคลากรทีมสุขภาพหลายทีม (Sevick et al., 2007) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้งนั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ทำให้เกิดความวิตกกังวล มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น กระทั่งกับภาวะเศรษฐกิจของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพ (Luo, Bradley, Dahman, & Gardiner, 2010)

จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของในปี พ.ศ. 2556 ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคสัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อยู่ในบัญชีรายการศัลยกรรมที่มีค่าใช้จ่ายสูง ประมาณ 55,000 – 97,000 บาทต่อครั้ง (อรพรรณ เมธาธิกุลกุล, 2556) กรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจะส่งผลกระทบต่อให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น

เป้าหมายการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่คือ การจัดการพยาธิสภาพของโรคเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ปริญา ทวีชัยการ, 2554) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จึงพบการผ่าตัดมากที่สุดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง จะต้องพยายามตัดส่วนของเซลล์มะเร็งออกให้หมด และการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ และในบางกรณียังต้องมีการรักษาร่วมโดยใช้รังสีรักษาและเคมีบำบัดร่วมด้วย ดังนั้นการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นหายหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็วโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลตนเองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคและชนิดการผ่าตัด การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การพยาบาลที่ดีที่สุด (Chen et al., 2018)

โรงพยาบาลวชิรพยาบาลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีวิสัยทัศน์มุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลชั้นนำของประเทศด้านเวชศาสตร์เขตเมือง มีพันธกิจที่สำคัญด้านการรักษาโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อน (เวชสถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, 2561) ผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ มีทีมศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง (quality improvement team: QIT) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse : APN) เข้าร่วมในทีมดูแลผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลรักษาที่ซับซ้อน และหนึ่งในบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงคือการจัดการระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองให้เกิดการติดตามผลลัพธ์ต่อเนื่องพัฒนาเครือข่ายส่งต่อทุกระดับอย่างมีคุณภาพไร้รอยต่อ มุ่งเน้นการลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายและป้องกันการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดิ์, 2555) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้าพักรักษาในทุกหอผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรม จากสถิติสูงสุด 5 ลำดับ ได้แก่ หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9A และหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10A จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา กลุ่มโรคที่สำคัญคือโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ตรง โรคลำไส้อุดตัน และโรคเยื่อผนังลำไส้โป่งพอง การผ่าตัดสูงสุด 3 ลำดับ ได้แก่ การผ่าตัดลำไส้แบบเปิดช่องท้อง (explore lap) การผ่าตัดลำไส้แบบส่องกล้อง (laparoscopic colectomy) และการผ่าตัดทวารใหม่ (colostomy) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และ

ทวารหนัก จำนวน 5 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง กลุ่มโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพกรรมการทีมพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประจำหอผู้ป่วยละ 1 คน ร่วมให้การรักษาพยาบาลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกเริ่มกระทั่งติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง เป็นการปฏิบัติที่มีความแตกต่างจากการพยาบาลพื้นฐานทั่วไปที่ต้องใช้ทักษะ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ประยุกต์องค์ความรู้ทั้งเชิงกว้าง เชิงลึก และทันสมัยใช้วิจารณ์ญาณในการไตร่ตรองแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหาและจัดการกับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และต้องมีทักษะสูงในการจัดการเชิงระบบในองค์กร ทั้งระบบการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ระบบสิ่งแวดล้อม มีเอกสิทธิ์สูงในการปฏิบัติ และรับผิดชอบในผลที่กระทำเพื่อสามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนทั้งในมิติทางสังคมและวัฒนธรรมเมื่อศึกษาข้อมูลสถิติย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีจำนวน 112 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยโรคตั้งเนื้อในลำไส้ใหญ่ 12 ราย โรคถุงผนังลำไส้อักเสบ 18 ราย โรคลำไส้ใหญ่อุดตัน 30 ราย และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 52 ราย (คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, 2558)

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้พบว่ายังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เช่น อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 7.5 (เกณฑ์ <ร้อยละ 5) และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 4.5 ต่อ 1,000 วันใส่ (เกณฑ์ 4 : 1,000 วันใส่) เป็นต้น และยังพบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 19 วัน เมื่อเทียบกับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่ทำสถิติได้ 3 วัน (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2558) และยังไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์หลายประเด็นที่จะสามารถนำไปเทียบเคียงประสิทธิภาพและคุณภาพในการบริการพยาบาลได้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สะท้อนถึงระบบการดูแลและการติดตามวิเคราะห์ผลลัพธ์ยังเป็นโอกาสพัฒนาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ เพื่อให้ลำไส้ได้พัก จนกว่าการรักษาทางเลือกอื่นจะเสร็จสิ้น เช่น การฉายรังสี เป็นต้น ซึ่งอาจใช้เวลาเป็นหลายเดือน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแล ทวารใหม่ (Enterostomal Therapy nurse : ET nurse) ในการฝึกทักษะและติดตามดูแล (Palomero - Rubio, Pedraz-Marcos, & Palmar-Santos, 2018) จากการศึกษาพบว่าการผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จำเป็นต้องเปิดลำไส้เพื่อระบายออกทางหน้า ทวารใหม่หรือ colostomy) มากถึงร้อยละ 24 - 38 ในการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยได้รับการเปิดทวารใหม่รายใหม่เฉลี่ยสูงถึง 120,000 รายต่อปี และร้อยละ 80 เกิดภาวะแทรกซ้อน (Salvadalena et al., 2015) การผ่าตัดเปิดทวารใหม่ร้อยละ 33.2 การผ่าตัดส่งผล

ให้เกิดความเครียด ช่วงผ่าตัดร้อยละ 28 แต่หลังผ่าตัดความเครียดเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 47 จากการต้องปรับชีวิตใหม่ที่อยู่กับทวารใหม่ (Simmons, 2014) นอกจากนั้นผู้ป่วยยังได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม เมื่อผู้ป่วยทราบคำวินิจฉัย และแนวทางการรักษา ผู้ป่วยมักเกิดอาการตกใจ วิดกกังวลกลัวรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิตและรู้สึกถึงการสูญเสียภาพลักษณ์ บางรายอาจต้องประสบความเครียดในเรื่องค่าใช้จ่ายในการจัดหา ซื่ออุปกรณ์รองรับอุจจาระ ทำให้ขาดการรักษาต่อเนื่องเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้อีกทางหนึ่ง และภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ความผิดปกติของผิวหนังรอบทวารใหม่สูงถึงร้อยละ 48.7 การผ่าตัด colostomy ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะ และแบบแผนการขับถ่าย เกิดความไม่สุขสบาย และที่สำคัญทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยซึ่งมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การทำงาน ถึงร้อยละ 76.2 (Sheetz et al., 2014) จึงไม่ยอมรับการมี colostomy ฉะนั้นพยาบาลจะต้องเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ในระยะหลังผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาวะคุณภาพชีวิตพร้อม ๆ กันหลายด้านทั้งจากการดำเนิน โรคการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ และโครงสร้างของร่างกายจึงทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเผชิญสภาพเช่นนี้ได้ การยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเกิดได้ยากแล้วยังมีผลกระทบด้านจิตใจ เช่น วิดกกังวล กลัวการสูญเสีย เบื่อหน่าย จากปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่สะท้อน ถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตส่วนใหญ่จะสะท้อนความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากการทบทวนพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในอดีตที่ผ่านมา มีวิธีการที่หลากหลาย แต่ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนและยังมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์น้อยซึ่งในปัจจุบันความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีต่าง ๆ ทำให้วิชาชีพพยาบาลต้องพัฒนาความรู้ ความสามารถและนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เกิดขึ้น โดยยึดหลักเกณฑ์ความถูกต้อง เหมาะสมดังเช่นที่มีการศึกษาการใช้ ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protocol ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สามารถทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและลดค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล ซึ่งยังสามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้ 2.5 วัน และ re - admission ไม่เพิ่มขึ้น (Abraham & Albayati, 2011)

การดูแลผู้ป่วยขั้นตอนจะต้องเริ่มต้นจากรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จนถึงกระบวนการ ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล และเกิดความร่วมมือ ระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งจะ

ทำให้สามารถเกิดประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันเน้นประสิทธิภาพของ ระบบบริการ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่าในการให้บริการรักษาพยาบาล ปัจจุบันการลดค่าใช้จ่ายของ โรงพยาบาลเป็นความสำคัญซึ่งระบบสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการตรวจสอบ.ค่าใช้จ่ายทุกขั้นตอน (Labianca et al., 2013) เช่น แนวทางการรักษาที่กำหนด (Protocol) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามอัตราที่กำหนดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 96,400 บาทต่อรายต่อปี และการลดค่าใช้จ่าย วิธีหนึ่งคือ การลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สามารถทำให้ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลวิชาชีพพยาบาลเป็นส่วนสำคัญในการช่วย สนับสนุน ผลักดันให้เกิดคุณภาพการบริการตามนโยบาย โดยการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ทางคลินิกและการปฏิบัติ การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาล อย่างสูงสุด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น การนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งได้รับการพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และเกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ ผู้ป่วยฟื้นหายอย่างรวดเร็วโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความพึงพอใจผลลัพธ์ต่อผู้ให้บริการ คือ สามารถประเมินปัญหาและดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และผลต่อองค์กรคือ ลดอัตราการครองเตียงและการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนของการบริการ (ชมลวรรณ ยอดกลกิจ, 2560) เมื่อการปฏิบัติมีมาตรฐานแล้ว สิ่งสำคัญที่ไม่น้อยกว่ากันคือการประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลจะสามารถเป็นสิ่งที่ช่วยสะท้อนการดูแลที่แสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่มีความครอบคลุมอย่างชัดเจนจากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้สนใจศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อนำมาวิเคราะห์และวางแผนปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการพยาบาลจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และการพยาบาลแบบปกติ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ จากการปฏิบัติบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยทั้งในประเด็นโครงสร้าง การจัดระบบบริการผลลัพธ์ และความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต่อผู้ป่วย และองค์กร ผู้ศึกษาดำเนินการวิเคราะห์ได้ศึกษาข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาลคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินระหว่าง ปี พ.ศ. 2559 – 2561 โดยศึกษาผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตามกรอบแนวคิดของ Donabedian's

คำจำกัดความ

1. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพผู้ได้รับวุฒิปริญญาตรี มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะสาขาทางคลินิก กลุ่มผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถดูแล และจัดการการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะที่มีปัญหาซับซ้อน เสียค่าใช้จ่ายสูงต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อได้รับการดูแลที่ดี/จัดระบบ การดูแลโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์/งานวิจัย จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ลดการเข้ารับการรักษากลับในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. การพยาบาลแบบปกติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตามแผนการรักษา แบ่งเป็นระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด
4. การพยาบาลตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด ร่วมกับบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ผสมผสานการดูแลรักษารูปแบบทีม
5. ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบริการจากการที่ได้รับการบริการพยาบาล ทั้งด้านผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และองค์กร ได้แก่
 - 5.1 การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หมายถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว การเกิดแผลรอบทวารใหม่ การหยั่งของทวารใหม่ และการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

5.2 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากมากกว่า 6 ชั่วโมงจะนับเป็น 1 วัน

5.3 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาคนไข้โดยตรง ได้แก่ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าฟิล์มเอ็กซเรย์ ค่าอุปกรณ์ผ่าตัด ค่าวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ ค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

5.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยรับรู้ต่อผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอันมาจากการป่วย คุณภาพชีวิตในการศึกษานี้ได้จากการใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ได้รับการพยาบาล การดูแลช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ
2. ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ
3. ใช้ประกอบการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษากิจกรรมและผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหา ดังนี้

1. โรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด
3. บทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
4. การดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดตามบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด

โรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นโรคที่เกิดความผิดปกติของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งพบได้ในทุกเพศ ทุกวัย ทั้งนี้โดยเฉพาะผู้ที่มียีนผิดปกติซึ่งต่อการเกิดโรคและในผู้สูงอายุ ที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพด้านร่างกาย ซึ่งการรักษา มีหลากหลายวิธี ทั้งการรักษาด้วยยา การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคน้ำ แต่การผ่าตัดเป็นทางเลือกในการรักษาที่แพทย์ใช้มากที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายขาดจากการเจ็บป่วย โรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคลำไส้อุดตัน (gut obstruction) โรคติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ (colorectal polyps) โรคผนังลำไส้ใหญ่โป่งพอง และอักเสบ (diverticulitis) และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal carcinoma)

ภาวะลำไส้อุดตัน (gut obstruction)

หมายถึง ภาวะที่ช่องภายในลำไส้ (lumen) อุดตันทำให้ไม่มี สารคัดหลั่งของลำไส้ (bowel content) ไหลจากลำไส้ส่วนต้น (proximal) ไปยังลำไส้ส่วนปลาย (distal) ได้ การอุดตันพบมากที่ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งบริเวณม้าม (splenic flexure) ร้อยละ 50 ลำไส้ด้านขวา พบร้อยละ 30 และลำไส้ด้านซ้าย พบร้อยละ 20 และมีอัตราเสียชีวิต ร้อยละ 30 (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2553) สาเหตุ ร้อยละ 80 เกิดจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (colon carcinoma) โรคถุงผนังลำไส้ใหญ่โป่งพอง (diverticulitis) โรคลำไส้กลืนกัน (volvulus) โรคลำไส้อุดตันจากอุจจาระ (fecal impaction) และโรคลำไส้อักเสบ (ulcerative colitis)

อาการและอาการแสดง จะแตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของการอุดตัน แต่อาจมี อาการนำ เช่น ท้องอืดเหมือนอาหารไม่ย่อย ท้องผูก ท้องเสีย ถ่ายเป็นมูกเลือด อุจจาระก้อนเล็กกล เป็นตัน ต่อมาเมื่ออุดตันเต็มที่จะมีอาการปวดท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผายลม อาจจะมีอาเจียนร่วม

ด้วยอาการปวดที่เกิดจากการอุดตันบริเวณลำไส้ใหญ่ด้านขวา และลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (right and transverse colon) มักจะปวดรอบ ๆ สะดือ ส่วนที่เกิดการอุดตันบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง (distal colon) จะปวดท้องส่วนล่างถึงหัวเหน่า และกรณีที่เกิดการอุดตันจากสาเหตุโรคลำไส้กลืนกัน (volvulus หรือ intussusception) จะเกิดอาการอย่างรวดเร็ว รุนแรงและมีภาวะลำไส้ขาดเลือดร่วมด้วย การวินิจฉัย การแยกโรคว่าเป็นการอุดตันลำไส้ใหญ่ชนิด ที่เกิดจากบางสิ่งไปอุดตันทางเดินของลำไส้ (mechanical) หรือ การทำงานผิดปกติของลำไส้ ซึ่งทำให้ไม่สามารถบีบตัวและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (non - mechanical) สำคัญมากเพราะการดูแลรักษาต่างกัน ดังตาราง

ตารางที่ 2.1 แสดงความแตกต่างของลักษณะการอุดตันลำไส้ใหญ่

	mechanical	Non-mechanical
สาเหตุ	Cancer, volvulus, diverticulitis	ไม่พบชัดเจน
การโป่งพองของลำไส้	เฉพาะที่ proximal ก่อนจุด obstruction	ไม่แน่นอน หรือ โป่งตลอดแนวลำไส้
เสียงการเคลื่อนไหวลำไส้	Hyperactive หลัง ๆ จะhypoactive	มักจะ hypoactive
การรักษา	ผ่าตัด	ไม่ผ่าตัด

ที่มา: ปรินญา ทวีชัยการ (2554)

การตรวจวินิจฉัย ต้องใช้การตรวจทางรังสีวิทยา กรณีเห็นลม (air fluid level) จะยืนยันได้ว่ามีลำไส้ใหญ่อุดตัน (large bowel obstruction) และสามารถบอกตำแหน่งการอุดตันคร่าว ๆ ได้ และควรเอาใจใส่ต่อขนาดของลำไส้ส่วนซีคัม (caecum) กรณีที่โป่งพองมากกว่า 10 - 12 เซนติเมตร จะมีโอกาสแตกทะลุได้

การรักษา การผ่าตัดรักษาภาวะลำไส้อุดตัน มี 2 แบบ ได้แก่ 1) การผ่าตัดระบายเพื่อแรงดัน (decompressive procedures) และ2) การผ่าตัดต่อลำไส้ใหญ่ มี 3 ชนิด ได้แก่ ตัดและต่อลำไส้ที่เหลือเข้าหากัน (primary anastomosis) ตัดและต่อลำไส้ที่เหลือเข้าหากันพร้อมการนำลำไส้ส่วนต้นมาเปิดทางหน้าท้อง (proximal diversion) เช่น การผ่าตัดเปิดทวารใหม่ (colostomy) ลดภาวะแทรกซ้อนหากรอยต่อรั่ว และการตัดแต่ไม่ต่อลำไส้ในการผ่าตัดครั้งนั้น นำปลายลำไส้ออกมาไว้หน้าท้อง

โรคติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ (colorectal polyps)

ติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ คือติ่งเนื้อที่ยื่นจากผิวลำไส้ด้านใน แบ่งตามจุลกายวิภาคศาสตร์เนื้อเยื่อ (histology) ได้ 2 ชนิด ดังนี้ (ปริญา ทวีชัยการ, 2554)

1. Neoplastic polyps เป็นเนื้องอกที่เกิดจากการผิดปกติของเซลล์เยื่อบุผิว มีทั้งกลุ่มเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็ง (benign polyp) และเนื้องอกชนิดมะเร็ง (malignant polyps) ได้แก่ tubular adenoma, villous adenoma, tubulovillous adenoma, polypoid carcinoid tumor, lipoma, leiomyoma, hemangioma และ lymphangioma
2. Nonneoplastic polyps มีลักษณะเหมือนเนื้องอก ได้แก่ hyperplastic polyps, hematoma polyps, benign lymphoid polyps และ inflammatory polyps

อาการและอาการแสดง ที่พบได้บ่อย คือ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด ซึ่งตำแหน่งที่พบบ่อยคือ sigmoid colon ในบางรายอาจมีอาการของลำไส้อุดตัน เนื่องจากก้อนโตขึ้น หรืออาจมีอาการปวดท้องแบบรุนแรงเฉียบพลัน

การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด มี 2 วิธี คือ

1. colonoscopic polypectomy เป็นวิธีการตัดเนื้องอกผ่านทางกล้องส่องกล้อง
2. surgical resection จะทำการผ่าตัดเมื่อส่องกล้องตัดเนื้องอกไม่สามารถทำได้หรือตัดได้ไม่หมดคนจากนั้นยังมีโรค familial adenomatous polyposis (FAP) เป็นโรคที่พบบ่อยอีก กลุ่มหนึ่งคือ โรคที่มีติ่งเนื้อจำนวนมาก 500 - 2,500 อันบนเยื่อบุผิวในลำไส้ใหญ่ แต่อย่างน้อยต้องพบ 100 อันจึงจะวินิจฉัย FAP ได้ (พิเศษ พิเศษพญา สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และอุดม คชินทร, 2552) ที่มีสาเหตุมาจาก germline mutation ของ APC gene บน long arm ของ chromosome 5q21 และเกือบร้อยละ 100 จะกลายเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ถ้าไม่ได้รับการรักษา พบได้ช่วงอายุ 15 ปี ร้อยละ 50 อายุ 20 ปี ร้อยละ 75 และอายุ 35 ปี ร้อยละ 95 (ปริญา ทวีชัยการ, 2554)

อาการและอาการแสดง โดยทั่วไปไม่มีอาการอื่น ๆ นอกกระบบทางเดินอาหารแต่สามารถตรวจพบอาการแสดงที่ตา คือ congenital hypertrophy of the retinal pigment epithelium (CHRPE) มีลักษณะเป็นปื้นสีน้ำตาลจากผิวจอประสาทตา เมื่อส่องตรวจด้วยกล้องส่องดูตา (ophthalmoscopy) อาจพบได้หลายจุดแต่ไม่ก่อให้เกิดอาการใด ๆ ผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดท้อง ลักษณะเหมือนลำไส้อุดตันหรือบางรายอาจไม่มีอาการแสดงเลยแต่สามารถตรวจพบได้โดยการใช้เครื่องสแกนแม่เหล็กและคลื่นความถี่วิทยุ (Magnetic Resonance Imaging: MRI) หรือ การใช้รังสีเอกซ์ โดยการฉายรังสีเอกซ์ผ่านอวัยวะที่ต้องการตรวจ แล้วใช้คอมพิวเตอร์ประมวลผลสร้างภาพ (Computerized Tomography Scan: CT scan)

การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่ได้ผลในการป้องกันการเกิด colorectal cancer ชนิดของการผ่าตัด มี 3 แบบ (ปริญา ทวีชัยการ, 2554) คือ

1. Total proctocolectomy (TPC) with permanent colostomy เป็น standard สำหรับการรักษาผู้ป่วย familial adenomatous polyposis ช่วงปี ค.ศ. 1980 ข้อดีคือ กำจัดสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด แต่ข้อเสียคือ มี ileostomy ซึ่งผู้ป่วยยอมรับได้ยากเนื่องจากอายุน้อย และขณะนั้นอาจจะยังไม่มีอาการใด ๆ ปัจจุบันจึงเป็นทางเลือกสุดท้าย ในกรณีที่ไม่สามารถทำ restorative proctocolectomy ได้

2. Total abdominal colectomy with ileorectal anastomosis ข้อดีคือ ผ่าตัดง่ายมีภาวะแทรกซ้อนน้อย แต่ข้อเสียคืออาจทำให้เกิดภาวะควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และการผ่าตัดลำไส้ใหญ่หลังทำได้ยาก และอาจเกิดก้อนมะเร็งบริเวณรอยต่อลำไส้ (rectal stump cancer)

3. Restorative proctocolectomy with ileal pouch anal anastomosis (IPAA) ปัจจุบันเป็นมาตรฐานการรักษา ข้อดี คือ กำจัดสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด แต่ข้อเสียคือ ผ่าตัดยากกว่าวิธีอื่น

ข้อพิจารณาของการรักษาโรคนี คือ การให้คำแนะนำญาติผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของโรค อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และอัตราเสี่ยงของสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

1. โรคนีถ่ายทอดด้วยยีน เป็นโรคทางพันธุกรรม ผู้ที่เป็นโรคมีความเสี่ยงถ่ายทอดสู่บุตร ในอัตรา 2 : 1

2. การป้องกันการกลายเป็นโรคมะเร็งคือ การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออก

3. โอกาสเกิดโรคมะเร็งหลังผ่าตัดยังคงมีแต่น้อย เนื่องจากจะยังเหลือลำไส้ตรงคงไว้ การให้ข้อมูลต่าง ๆ ต้องให้ข้อมูลตามความจริง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

โรคผนังลำไส้ใหญ่โป่งพองและอักเสบ (diverticulitis)

เกิดจากการที่กระพุ้งหรือถุงเล็ก ๆ ที่ยื่นออกมาจากผนังลำไส้ (diverticulum) เกิดการอักเสบ โดยการยื่นหรือโป่งพองของผนังลำไส้เกิดจากการมีแรงดันภายในลำไส้ที่มาก หรือมีความอ่อนแอของผนังลำไส้เอง จุดอ่อนของผนังลำไส้ที่เนื้อเยื่อสามารถผ่านออกมาได้คือบริเวณที่หลอดเลือดพาดผ่าน (ปริญา ทวีชัยการ, 2554) พบว่าร้อยละ 95 ของโรค diverticulitis นั้นจะอยู่ในลำไส้ใหญ่ส่วนคด (sigmoid) นอกจากนั้นแรงดันที่เพิ่มขึ้นในลำไส้ อาจเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยทำให้มีอุจจาระค้างนานในลำไส้ทำให้ลำไส้ต้องบีบตัวมากขณะขับถ่ายความดันภายในลำไส้จึงสูงขึ้นอุบัติการณ์พบได้ช่วงอายุ 40 ปี น้อยกว่าร้อยละ 5 อายุ 60 ปี ร้อยละ 30 และอายุมากกว่า 85 ร้อยละ 65 (ปริญา ทวีชัยการ, 2554)

อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ปวดท้องน้อยโดยเฉพาะด้านซ้ายล่าง ร่วมกับจุกแน่นในท้อง ปวดตื้อ ๆ น้อย ๆ และค่อยรุนแรงขึ้นเมื่อมีการแตกของผนังลำไส้ มีไข้ และอาจมีการกดเจ็บบริเวณท้อง ด้านล่างซ้าย ซึ่งอาจจะทำให้มีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อช่องท้องและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ชนิดของโรคผนังลำไส้โป่งพองอักเสบแบ่งได้เป็นไม่มีภาวะแทรกซ้อนพบร้อยละ 75 และมีภาวะแทรกซ้อน พบร้อยละ 25 เช่น การทะลุของลำไส้ ลำไส้อุดตัน ฝี หรือการแตกเชื่อมของผนังลำไส้กับอวัยวะข้างเคียง เป็นต้น

การผ่าตัด การรักษาจะทำในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษาแบบ ประคับประคอง หรือเป็น โรคผนังลำไส้โป่งพองที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีการแตกของ diverticulum ทำให้หนองเข้าไปในช่องท้อง โดยมีการผ่าตัด 4 วิธีดังนี้

1. Resection คือ การตัดลำไส้ส่วนที่มีพยาธิสภาพ อาจจะไม่ต้องตัดส่วน diverticulum ออกทั้งหมด แต่ควรตัดส่วนที่มีกล้ามเนื้อหาติดปกติดอกให้หมด ทำในกรณีการอักเสบของ ผนังลำไส้หายแล้ว

2. Hartmann procedure คือการตัดบริเวณลำไส้ที่มีปัญหาและยกลำไส้เพื่อขับถ่ายทาง หน้าท้อง (colostomy) ร่วมกับเย็บปิดลำไส้ส่วนปลาย (rectal stump) และสามารถปิด colostomy ได้ใน เวลา 3 เดือนถัดมา ทำในกรณีผ่าตัดฉุกเฉินหรือติดเชื้อ

3. การผ่าตัดลำไส้ส่วนที่มีพยาธิสภาพและยังไม่ต่อลำไส้ โดยเปิดลำไส้ให้ขับถ่ายของเสีย ทางหน้าท้อง (proximal diverting stoma) และจึงผ่าตัดปิด stoma ที่หลังทำในกรณีไม่มีการอักเสบ ของเยื่อช่องท้องมากนัก.และลำไส้ไม่บวมมาก

4. Tree stage procedure คือการทำผ่าตัดเปิดลำไส้ส่วนขวางเพื่อระบายของเสียทางหน้าท้อง (transverse colostomy) โดยไม่ทำการตัดลำไส้ส่วนที่มีพยาธิสภาพในตอนแรก จากนั้นจึงผ่าตัดครั้งที่สองโดยการทำผ่าตัดลำไส้ส่วนที่มีพยาธิสภาพแต่ยังไม่ต่อลำไส้ โดยเปิดลำไส้ให้ขับถ่ายของเสีย ทางหน้าท้อง(stoma) และสุดท้ายคือการปิด stoma ทำในกรณีลำไส้มีการอักเสบมาก ไม่สามารถ เคลื่อนไหวส่วนของลำไส้ (mobilization) ส่วนใดส่วนหนึ่งได้

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal carcinoma)

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นผลจากยีนที่เกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์ความผิดปกติ จากสารก่อมะเร็งที่ได้รับจากภายนอกและภายในร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าจำนวน ผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการกิน เนื้อสัตว์ที่เพิ่มขึ้น การกินกากใยอาหารลดลง และการไม่มีเวลาออกกำลังกาย การเกิดโรคสามารถ จำแนกออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ (ปริญา ทวีชัยการ, 2554)

1. กลุ่มที่ไม่มีประวัติพันธุกรรม พบมากที่สุด ร้อยละ 70 - 80 และพบบ่อยในช่วงอายุ 60 - 70 ปี เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของยีนที่ผิดปกติ โดยใช้เวลาการเปลี่ยนแปลงนานกว่า 10 ปี

2. กลุ่มที่มีประวัติพันธุกรรมและถ่ายทอดทางพันธุกรรมชัดเจน เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารพันธุกรรม มีเพียงร้อยละ 5 - 10 และมีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์

3. กลุ่มที่ยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจนพบได้ร้อยละ 15 - 20 แต่มีการศึกษาในคนอเมริกันพบว่า สิ่งแวดล้อมของครอบครัวที่มีปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาหารและวิถีชีวิต ซึ่งอธิบายได้ว่าประชาชนที่อพยพจากประเทศที่มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่ำไปอยู่ในประเทศที่มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูงก็เกิดความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้เช่นกัน

อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่

1. มีการเปลี่ยนแปลงในการถ่ายอุจจาระ ทั้งจำนวนครั้งและลักษณะของอุจจาระที่ออกมา เช่น อุจจาระเหลว หรือท้องผูก เป็นต้น

2. ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด หรือมีเลือดเก่า ๆ และมูกออกจากทวารหนัก

3. ท้องอืด ท้องเฟ้อ เรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ แต่อาการเช่นนี้อาจเป็นอาการของโรคอื่น ๆ ได้ด้วย

4. น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ซีด หรือโลหิตจาง โดยหาสาเหตุไม่ได้

5. คลำได้ก้อนที่บริเวณท้อง และมีการอุดตันของลำไส้ใหญ่

การวินิจฉัย

1. การตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) เพื่อการตรวจทางชีวโมเลกุลของมะเร็ง

2. การตรวจเลือด โดยการตรวจนับปริมาณเม็ดเลือดแดง หรือวัดระดับโปรตีน carcinoembryonic antigen (CEA) เป็น โปรตีนชนิดหนึ่งในเลือด ค่าปกติน้อยกว่า 5.0 ng/mL และสารนี้ก็สร้างได้จากเซลล์มะเร็งหลายชนิด โดยเฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่พบได้มากและบ่อยกว่ามะเร็งชนิดอื่น ๆ จึงถูกนำมาใช้เป็นวิธีการวินิจฉัยโรค แต่คนทั่วไปอาจตรวจพบสารนี้ได้สูงขึ้น เช่น ในคนที่สูบบุหรี่ หรือคนที่มีการอักเสบของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ลำไส้ กระเพาะอาหาร ตับ ตับอ่อน ถุงน้ำดี

3. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)

4. การตรวจอัลตราซาวด์ เป็นการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง

5. Positron emission tomography scan (PET scan) คือ การตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ที่ใช้ศึกษาการทำงานของอวัยวะเป้าหมายที่ต้องการ โดยอาศัยการถ่ายภาพการกระจายตัว

ของสารกัมมันตรังสีที่แตกตัวให้โพสิตรอน เมื่อสารกัมมันตรังสีเหล่านี้เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย จะไปจับตัวบริเวณอวัยวะเป้าหมาย และแตกตัวให้โพสิตรอนประจุ 1+ ซึ่งไม่เสถียรจึงไปรวมตัวกับอิเล็กตรอนอิสระประจุ 1- ในเนื้อเยื่อ สะท้อนออกจากตัวผู้ป่วย เครื่อง PET scanner ก็จะรับสารและวิเคราะห์สร้างภาพโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

การรักษา

1. การผ่าตัด เป็นการรักษาเพื่อกำจัดมะเร็งออกให้ได้มากที่สุด ชนิดของการผ่าตัดขึ้นกับตำแหน่งและการลุกลามของโรค โดยมีหลักการตัดเนื้อออกรวมทั้งขอบเขต 2 - 3 เซนติเมตร รวมทั้งอาจจำเป็นต้องตัดต่อมน้ำเหลืองโดยรอบออก การผ่าตัดที่พบบ่อย เช่น การผ่าตัด anterior resection (AR) ใช้ในกรณีที่เนื้องอกอยู่บริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนคด (rectosigmoid) หรือ ลำไส้ตรงส่วนบน (upper rectum) และการผ่าตัด low anterior resection (LAR) ใช้ในกรณีที่เนื้องอกอยู่สูงจากขอบทวารหนัก (anal verge) 6-7 เซนติเมตร เป็นต้น

2. รังสีรักษา เป็นการใช้อินนุภาครังสีในการกำจัดเซลล์มะเร็ง มักใช้การรักษานี้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและเป็นรักษาร่วมกับการผ่าตัด โดยแพทย์จะพิจารณาและประเมินจากลักษณะการลุกลามของก้อนมะเร็งและโอกาสการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองตามแนวปฏิบัติการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการใช้อินนุภาครังสีนานประมาณ 5 - 6 สัปดาห์ วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วัน หรือตามการลุกลามของโรค

3. เคมีบำบัด เป็นการให้ยาสารเคมีทั้งในรูปแบบสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยาเม็ดสำหรับรับประทาน เพื่อยับยั้งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไม่ให้ลุกลาม และสามารถเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยได้นานขึ้น ซึ่งแพทย์อาจพิจารณาให้ก่อนการผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดยังใช้ในการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจายหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้

การพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบปกติ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลกระทั่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (preoperative nursing care)
2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (postoperative nursing care)

การพยาบาลระยะก่อนการผ่าตัดรักษาโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาอนรักษานในหอผู้ป่วย พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในทีมสุขภาพ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2557) ดังนี้

1. การเตรียมด้านจิตใจ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการวางแผนการรักษาให้ผ่าตัด ย่อมมีความกลัว วิตกกังวลต่อการสูญเสียอวัยวะ พิกการ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต จากบ้านมาอยู่โรงพยาบาลการแยกจากครอบครัวเพื่อน ผู้ร่วมงาน สังคม กลัวภาวะพึ่งพา อาจท้อแท้หมดกำลังใจ จึงควรเตรียมผู้ป่วย ดังนี้

1.1 ศึกษาพื้นฐานอารมณ์ จิตใจ สังคม เศรษฐฐานะ ของผู้ป่วยแต่ละราย และตอบสนองให้ตรงการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยเฉพาะราย

1.2 รับฟัง พร้อมให้การยอมรับ ให้กำลังใจ และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเข้ารับการรักษา

1.3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัย การตรวจพิเศษต่าง ๆ การรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและการพยากรณ์โรค

2. การเตรียมด้านร่างกายทั่วไป

2.1 การเตรียมด้านร่างกายทั่วไป

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจะได้รับการตรวจร่างกายหลายประเภท ทั้งนี้เพื่อให้การวินิจฉัยโรคเป็นไปอย่างถูกต้องและปลอดภัย ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ลดความเสี่ยงด้านการเลื่อนผ่าตัด ผู้ป่วยควรได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อม ดังนี้

2.1.1 อาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์ การได้รับอาหาร น้ำและอิเล็กโทรไลต์ที่เพียงพอก่อนการผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นของการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ เนื่องจากจะกระทบต่อระบบการดูดซึมอาหารน้ำและเกลือแร่เข้าสู่ร่างกายโดยตรง และยังกระทบต่อการหายของแผลผ่าตัด พยาบาลต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการหรือไม่ และติดตามค่าอิเล็กโทรไลต์ในเลือดจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1.2 การพักผ่อนและออกกำลังกาย กรณีผู้ป่วยนอนไม่หลับควรรายงานแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

2.1.3 การขับถ่าย ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพบริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มักมีอาการแสดงถ่ายอุจจาระปนเลือด อุจจาระสีดำ หรือไม่ถ่ายอุจจาระ ความผิดปกติเหล่านี้ต้องสังเกตและบันทึกโดยละเอียด

2.1.4 ฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับประเด็นดังต่อไปนี้

- การพลิกตะแคงตัวบนเตียงสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด
- การลุกนั่งบนเตียงและลุกจากเตียง
- การขึ้นและเดินหลังผ่าตัด
- การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 การเตรียมร่างกายเฉพาะที่

2.2.1 การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด

2.2.2 การเตรียมความสะอาดลำไส้ใหญ่

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังการผ่าตัดเริ่มจากระยะเวลาที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาถึงตึกผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้นลง จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อประเมินผลการรักษา หากพยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้เหมาะสมถูกต้องและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพและสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้ดี (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2557) โดยมีหลักดังนี้

1. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายใจ และคงไว้ซึ่งการทำงานของระบบหายใจ ได้แก่ เฝ้าระวังภาวะทางเดินหายใจอุดตัน และภาวะหายใจช้า หลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เช่น การจัดท่านอน การกระตุ้นการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นการพลิกตะแคงตัว และเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง
2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต ได้แก่ การตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินบาดแผลและสังเกตหลังจากท่อระบาย การให้สารน้ำ เลือด หรือสารประกอบของเลือด
3. การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ การให้ยาแก้ปวด การจัดทำที่เหมาะสม การเบี่ยงเบนความสนใจขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ
4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการ ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน และส่งเสริมการได้รับโภชนาการ
5. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและปลอดภัย ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันอุบัติเหตุจากการเคลื่อนไหวร่างกาย
6. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายของแผล

7. การพยาบาลด้านให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ได้แก่ การเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการมาตรวจรักษาตามนัดต่อเนื่อง

บทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

การปฏิบัติหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ เป็นสิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทุกคนต้องยึดถือและปฏิบัติ โดยนอกจากต้องปฏิบัติงานภายใต้กฎหมาย ขอบบังคับทั่วไปแล้ว ยังต้องปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานในบริบทที่แตกต่างกันไปตามขอบเขตหน้าที่ของตำแหน่ง ทั้งบทบาทที่ได้รับมอบหมาย และบทบาทตามคุณสมบัติเฉพาะ เพื่อให้การบริหารทรัพยากรบุคคลเหมาะสมคุ้มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร บุคลากรพยาบาล และผู้รับบริการ โดยบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพตามการปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็น หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าสาขาการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (อัมราภรณ์ อรรถชัยวัฒน์ ชีรพร สติธอังกูร นวลชนิชญ์ ลิขิตลือชา และไพศาล พานิชย์กุล, 2561) ในที่นี้ขอกล่าวเฉพาะบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nursing : APN) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลที่มุ่งเน้นที่ผู้ป่วยโดยตรงตามกลุ่มเป้าหมายหรือสาขาที่เฉพาะเจาะจง เป็นการปฏิบัติที่ใช้สมรรถนะขั้นสูง มีสมรรถนะกลาง (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่าง ๆ, 2551)

ตามความในมาตรา 7 (2) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 กำหนดวัตถุประสงค์ให้พยาบาลส่งเสริมการศึกษา การบริหาร การวิจัย และความก้าวหน้าในวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 22 (1) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 สภาการพยาบาลโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสภาการพยาบาล ในการประชุมครั้งที่ 9/2551 เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2551 จึงออกประกาศขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาต่าง ๆ ไว้ดังนี้

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หมายถึง การกระทำการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ใช้บริการ กลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มโรคที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ในการจัดการรายกรณีหรือใช้วิธีการอื่น ๆ จัดระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการการดูแลในกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพการจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อน

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมี 9 สาขา ดังนี้

- สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์
- สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
- สาขาการพยาบาลมารดาและทารก
- สาขาการพยาบาลเด็ก
- สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
- สาขาการผดุงครรภ์
- สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
- สาขาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อและการควบคุมการติดเชื่อ
- สาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก

ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

- สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มโรค (care management)
- สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มโรคที่มีปัญหาซับซ้อน (direct care)
- สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (collaboration)
- สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) การฝึก (coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring)
- สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ (consultation)
- สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent)
- สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical reasoning and ethical decision making)
- สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence - based practice)
- สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

การจัดการเพื่อผลลัพธ์ทางคลินิกในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีบทบาทเป็นผู้นำและจัดการเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย จึงต้องอาศัยความรู้ที่เพิ่มเติมจากพื้นฐานในระดับปริญญาตรีทั้งในความรู้ด้านเภสัชวิทยา พยาธิวิทยา การประเมินภาวะสุขภาพ การจัดการความรู้ การจัดการในการสร้างสุขภาพการป้องกันโรคโดยใช้ความรู้จากข้อมูลเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นสำคัญ โดยการจัดการสถานการณ์ต้องมีขั้นตอนการวิเคราะห์รายละเอียดที่เกี่ยวข้องขององค์กร เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลได้ครอบคลุม

แนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003)

แนวคิดของโดนาบีเดียน เป็นการประเมินคุณภาพการดูแลตามองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (outcome) ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง หมายถึง ลักษณะของสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานที่อยู่ภายใต้องค์กรในระบบดูแลผู้รับบริการ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านทรัพยากร หรือเครื่องมือ (material resources) ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ วัสดุ อุปกรณ์ เนื่องจากการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ต้องมีเครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้ ได้มาตรฐาน

1.2 ด้านทรัพยากรบุคคล ได้แก่ องค์ความรู้ของบุคลากรต่อการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพ ความเชี่ยวชาญ และจำนวนบุคลากรที่สอดคล้องต่อการดำเนินงาน การจัดอัตรากำลังที่เพียงพอ เหมาะสม รวมถึงการมอบหมายงานที่ดี มีการกำหนดความรับผิดชอบที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน จะทำให้การปฏิบัติงานของบุคลากรมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.3 ด้านลักษณะขององค์กร ระดับของโรงพยาบาล นโยบายและแผนพัฒนางาน รวมถึงคู่มือในการปฏิบัติงานเป็นต้น

2. กระบวนการ หมายถึง รูปแบบวิธี และเทคนิคในการให้ความรู้ การดูแลผู้รับบริการ ประกอบด้วยกิจกรรมหลายรูปแบบ เช่น การอบรม สื่อในการให้ความรู้ต่าง ๆ และแนวทางการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น โดยการดำเนินการต้องมีบุคคลหลายคนรับผิดชอบ กำหนด และวางแผนทางต่าง ๆ เป็นบรรทัดฐานเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ

3. ผลลัพธ์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งผู้ให้บริการ เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ พฤติกรรม ผลการรักษาและความพึงพอใจ เป็นต้น และส่วนของผู้ให้บริการ เช่น ความสะดวกรวดเร็ว ความเหมาะสมของผู้ร่วมงาน และระยะเวลาดำเนินงาน เป็นต้น

ลักษณะขององค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน พบว่ามีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน หากโครงสร้างของการบริการดี จะมีผลต่อกระบวนการปฏิบัติ และย่อมมีผลต่อผลลัพธ์ที่ดีตามมา ดังนั้นการ

ประยุกต์ใช้แนวคิดของโคนาปีเคียน จึงต้องคำนึงถึงองค์ประกอบที่กล่าวมานี้ เมื่อวิเคราะห์ด้านโครงสร้าง พบว่าโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีโครงสร้าง หน่วยงาน และบุคลากรที่เชี่ยวชาญ พร้อมในการให้บริการตามมาตรฐาน แต่ยังคงความชัดเจนด้านแนวปฏิบัติการดูแลรักษาโรคไตสำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดที่เหมาะสม การปรับปรุงพัฒนาให้ทันสมัย จะส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลอยู่ในระดับดี ส่งผลต่อการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับความเชื่อมั่น และยังสามารถเทียบเคียงแข่งขันกับโรงพยาบาลระดับเดียวกันได้ การพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติจำเป็นต้องมีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้มีมาตรฐาน และเชื่อมั่นได้ว่าจะเป็นแนวทางที่ปลอดภัย ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งเป็นบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตสำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ผู้ป่วยโรคไตสำไส้ใหญ่ที่มักต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และแพทย์จะวินิจฉัยให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด เช่น โรคกระเพาะสำไส้ใหญ่ โรคไตสำไส้โป่งพอง โรคไตสำไส้ใหญ่อุดตันจากสาเหตุต่าง ๆ และโรคทางพันธุกรรมบางชนิดที่สามารถกลายเป็นโรคกระเพาะได้ ในอนาคต เป็นต้น การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาร่วมตั้งแต่กระบวนการประเมินคัดกรองเมื่อแรกเริ่ม กระทั่งติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามมาตรฐาน care process ของการประเมินคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดและสอดคล้องกับสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Practice) ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด โดยใช้เกณฑ์แบ่งระดับของหลักฐาน (level of evidence) (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trial : RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trial : RCT)

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trial : RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุมแต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trial, cohort study เป็นต้น

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นเปรียบเทียบ หาคความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยายอื่น ๆ (descriptive study)

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากฉันทามติ (consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ตำรา หรือกรณีศึกษา (case study)

โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการบูรณาการแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง (ชมลวรรณ ยอดกลกิจ, 2560) ร่วมกับการใช้แนวทางการกระตุ้น การฟื้นตัวอย่างรวดเร็วตามแนวคิด ERAS protocol ทั้งระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ปรับปรุงบางประเด็นและนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอน ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

ขั้นตอน	กิจกรรม
การให้ข้อมูล ความรู้ และคำปรึกษา และขอคำยินยอม เข้ารับการรักษา	1. ให้ข้อมูล / ให้ความรู้ / ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับแนวทางการรักษา พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม (Forster et al., 2005 : level B) 2. ประเมินความพร้อมของร่างกาย (Gustafsson et al., 2008: level A) 2.1 ตรวจเช็คการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC with platelet count, BUN, Cr, electrolyte, BS, Anti-HIV, LFT, CEA 2.2 ตรวจเช็คการส่งตรวจ CXR (PA upright) 2.3 ตรวจเช็คการส่งตรวจ EKG กรณีอายุมากกว่า 40 ปี 3. จดเครื่องมือที่มีแอลกอฮอล์และสบู่นูหรืออย่างน้อย 4 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด
การเตรียมลำไส้	1. เตรียมลำไส้เฉพาะในรายที่จำเป็น (Jung et al., 2007 : level C) 1.1 sodium phosphate 45 cc. at 07.00 และ 17.00น. 1.2 unison enema at 20.00 น.
การงด อาหาร	1.งดรับประทานอาหารธรรมดา 6 ชั่วโมง และ งดดื่มน้ำหวาน 2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด (Smith et al., 2011 : level B) 2.กรณีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ให้ยาลดระดับน้ำตาลชนิดฉีดพร้อมการรับประทานน้ำหวาน (Gustafsson et al., 2008: level A)
การให้ยาก่อนระงับความรู้สึก	ตรวจเช็คการให้ยา anxiolytic หรือ analgesic ก่อนการผ่าตัด (Adamina, Kehlet, Tomlinson, Senagore, & Delaney, 2011; Asari, Cho, & Kim, 2015; Beyer-Berjot et al., 2014; Cancer, 2011; Labianca et al., 2013; Stintzing, 2014; Watanabe et al., 2015: level B)

ขั้นตอน	กิจกรรม
การป้องกัน การติดเชื้อ	ตรวจเช็กการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ 30 - 60 นาที ก่อนเริ่มผ่าตัด และให้ซ้ำเมื่อผ่าตัดนานเกินครึ่งชีวิตของยา (Steinberg et al., 2009 : level A)
โภชนาการ	1. ประเมินภาวะพร่องโภชนาการ ตามแบบประเมิน vajira nutrition triage (VNT) และถ้ามีความเสี่ยงให้สารอาหารทดแทน (Hendry et al., 2009 : level B) 2. หลังการผ่าตัดให้รับประทานอาหาร 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดหรือเร็วที่สุด (Adamina et al., 2011 : level A)
การกำหนด ตำแหน่งเปิด ทวารใหม่ กรณีต้อง เปิดทวารใหม่	ร่วมกับผู้ป่วยกำหนดความเหมาะสมของตำแหน่งช่องเปิดทวารใหม่ (Salvadalena et al., 2015: level B)
ติดตามการขอ คำปรึกษา	1. anesthesia 2. endocrine 3. cadio medicine 4. ET nurse กรณีต้องเปิดทวารใหม่

ระยะหลังผ่าตัด

ขั้นตอน	กิจกรรม
การใส่สายระบายทาง จมูกสู่กระเพาะอาหาร	ควรใช้กรณีจำเป็น ควรถอดออกก่อนพ้นจากยาระงับความรู้สึก หรือเร็วที่สุดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช่ไว้อย่างต่อเนื่อง (Adamina et al., 2011; Asari et al., 2015; Beyer-Berjot et al., 2014; Cancer, 2011; Labianca et al., 2013; Stintzing, 2014; Watanabe et al., 2015: level A), (Rao et al., 2011)
การใส่ท่อระบายสาร คัดหลั่งทางหน้าท้อง	ใส่กรณีจำเป็น เท่านั้น (Karliczek et al., 2006 : level A)
การใส่สายสวน ปัสสาวะ	1. ถอดสายหลังผ่าตัด 1-2 วัน (Zaouter, Kaneva, & Carli, 2009 : level B) 2. กรณีผ่าตัดทวารหนัก ถอดสายหลังผ่าตัด 2 วัน (Kwaan, Lee, Rothenberger, Melton, & Madoff, 2015 : level C)

ขั้นตอน	กิจกรรม
การจัดการความปวด	1. ประเมินความปวดด้วย numeric rating scale อย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง รวมทั้งให้ยาระงับปวด (Gustafsson et al., 2008) 2. กรณีผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ใช้ยาในกลุ่ม opioid (Adamina et al., 2011; Asari et al., 2015; Beyer-Berjot et al., 2014; Cancer, 2011; Labianca et al., 2013; Stintzing, 2014; Watanabe et al., 2015) 3. กรณีผ่าตัดแบบส่องกล้อง ใช้ spinal analgesic low dose (Adamina et al., 2011; Asari et al., 2015; Beyer-Berjot et al., 2014; Cancer, 2011; Labianca et al., 2013; Stintzing, 2014; Watanabe et al., 2015)
การกระตุ้นการทำงานของลำไส้	1. เคี้ยวหมากฝรั่ง (Chan & Law, 2007 : level A) 2. รักษาสมดุลน้ำเข้า - ออก ของร่างกาย 3. ประเมินการทำงานของลำไส้ (Bowel sound)
การช่วยการนอนหลับ	ตรวจเช็คการควบคุมการนอนหลับโดยอาจใช้ยานอนหลับ (Adamina et al., 2011; Asari et al., 2015; Beyer-Berjot et al., 2014; Cancer, 2011; Labianca et al., 2013; Stintzing, 2014; Watanabe et al., 2015)
การกระตุ้นการฟื้นตัวของร่างกาย	1. ประเมินอาการแน่นอึดอัดท้อง โดยการฟัง bowel sound หรือการสอบถามการผายลม และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ 2. เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดให้เร็วที่สุด (Houborg, Jensen, Hessov, & Laurberg, 2005 : level B), (Carli, Awasthi, Gillis, & Kassouf, 2014 : level C) วันที่ 1 บริหารการหายใจ โดยหายใจใช้กลัมนื้อหน้าท้อง 15 นาทีต่อวัน วันที่ 2 ออกกำลังกาย 1 - 2 รอบ รอบละ 10 - 15 ครั้ง โดยหมุนไหล่ผายไหล่ งอเหยียดแขน และงอเหยียดขา วันที่ 3 ลุกเดินได้อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 3. ฝึกการหายใจ และใช้เครื่องช่วยบริหารปอด (tri-flo Pulma-gain) (Adamina et al., 2011; Asari et al., 2015; Beyer-Berjot et al., 2014; Cancer, 2011; Labianca et al., 2013; Stintzing, 2014; Watanabe et al., 2015)
ความผิดปกติของ ทวารใหม่และผิวหนังโดยรอบ (Hendren et al.,	1. ปิดครอบทวารใหม่ด้วยถุงรองรับสีโปรงใสกรณี colostomy / ileostomy ใช้ถุงรองรับแบบชิ้นเดียวกรณี ileal conduit ใช้ถุงรองรับแบบ 2 ชั้น และต่อปลายถุงกับ urine bag 2. สังเกตสีของทวารใหม่ทุกเวร

ขั้นตอน	กิจกรรม
2015 : level A)	3. ประเมินลักษณะของทวารใหม่ ผิวหนังโดยรอบทุกครั้งที่เปลี่ยนอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย 4. กรณีปิดถุงอุปกรณ์รองรับลำบาก เช่น ผิวหนังไม่เรียบ ริ้วซึมบ่อย และเมื่อพบความผิดปกติของทวาร ใหม่หรือผิวหนังโดยรอบทวารใหม่ เช่น ทวารใหม่หดรั้ง รอยแยกของทวารใหม่กับผิวหนัง ผิวหนังโดยรอบทวารใหม่มีการ ระคายเคือง รอยแดง ผื่น เป็นต้น 5. วางแผนการดูแลกรณีปิดอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายลำบาก ความผิดปกติของทวารใหม่และผิวหนังโดย รอบ และติดตามประเมินผล

ระยะก่อนกลับบ้าน

หัวข้อ	กิจกรรม
ความพร้อมด้านร่างกาย (Fiore, Bialocerkowski, Browning, Faragher, & Denehy, 2012 : level C)	1. พுகุ้ย ชักถาม ให้กำลังใจและความมั่นใจกับ ผู้ป่วยและครอบครัว 2. สามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง 3. ผายลมได้และมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ 4. เดิน ยืน และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 5. ไม่เกิดความผิดปกติของภาวะแทรกซ้อน
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทวารใหม่ (Sheetz et al., 2014 : level B)	1. สอนการดูแลทวารใหม่ การประเมินภาวะผิดปกติ 2. ให้ข้อมูลการดูแลตนเองเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การอาบน้ำ การเดินทาง การออกกำลังกาย และการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น 3. สอน/ให้ข้อมูล/แก้ปัญหาเกี่ยวกับ การดูแลทวารใหม่เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

ระยะหลังจำหน่าย

ขั้นตอน	กิจกรรม
การดูแลต่อเนื่อง	1. ติดตามผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกวันมาตรวจรักษาตามนัด (Abraham, Albayati, 2011 : Level A) 2. ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (telephone visit) (Zhang et al., 2013 : level B) 3. ส่งเสริมให้เข้าร่วมกลุ่มมิตรภาพ บำบัด (self help group) กรณีได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ (Zhang et al., 2013)

การดำเนินการดูแลและสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับทีมพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาใช้สมรรถนะด้านการพัฒนาจัดการ และกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มโรค (care management) ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) การฝึก (coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (mentoring) และโน้มน้าวให้ผู้เกี่ยวข้องสนใจและเห็นความสำคัญต่อการปฏิบัติ กระทั่งตัดสินใจในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ และการศึกษาผลลัพธ์/ประเมินผลการปฏิบัติ (outcome management and evaluation) ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

หลักการกำหนดตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์สำหรับใช้ประเมินประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ควรพิจารณาในประเด็นดังต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธภักดี, 2555)

1. พิจารณาตัวชี้วัดที่ไวและบ่งชี้ผลที่เกิดจากการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโดยตรง (APN - sensitive outcome) มากกว่าที่จะเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากเป็นผลภาพรวมที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีส่วนร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพ แม้ว่าตัวชี้วัดภาพรวมจะเป็นผลลัพธ์ที่บ่งชี้ปฏิบัติการพยาบาลระดับหนึ่ง ปัจจุบันจึงนิยมใช้ตัวชี้วัดที่ไวกว่าเช่น ความสามารถในการทำหน้าที่ (performance – related) ความสามารถในการจัดการกับอาการ ความรุนแรงของอาการ การลดการติดเชื้อ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และคุณภาพชีวิต เป็นต้น

2. พิจารณาตัวชี้วัดที่แสดงถึงคุณค่าและความคุ้มค่าในการใช้ประโยชน์จากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีต่อผู้ได้รับประโยชน์ ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาล และผู้จ่ายค่าบริการ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพ สำนักงานประกันสังคม บริษัทประกันชีวิต เป็นต้น ซึ่งคุณค่าที่เกิดจากผลการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนั้นนอกจากจะวัดที่คุณภาพด้านการดูแลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว ต้องวัดที่ความสามารถในการลดต้นทุนเรื่องค่าใช้จ่ายใน

การรักษาพยาบาลด้วยซึ่งวัดได้ด้วยจำนวนค่าใช้จ่ายจริงในการรักษาพยาบาล หรือเลือกใช้ตัวอื่นที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการกลับเข้ารับการรักษาภายใน 28 วัน เป็นต้น

3. พิจารณาตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ที่เฉพาะกลุ่มของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในสาขาต่าง ๆ เพื่อให้เฉพาะเจาะจงและสอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีเป้าหมายที่ชัดเจนและวางแผนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

การวัดผลลัพธ์การดูแลโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

การประเมินผลลัพธ์ควรให้ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ ผลลัพธ์เชิงคลินิก ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง การมีชีวิตที่ดี (good life) และการกินดีอยู่ดี (well-being) การมีชีวิตที่ดีมนุษย์ต้องใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต และแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง มีคุณค่าในตนเอง อาศัยอยู่ในระบบของสังคมได้อย่างดี ในทางการแพทย์ได้กำหนดให้เป็นเป้าหมายในการให้บริการรักษาพยาบาล เนื่องจากแนวคิดการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยหายจากโรคเพียงอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้วย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรม และคุณค่าที่คนผู้นั้นอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับบุคคลผู้นั้น เป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสภาวะจิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการสร้างดัชนีตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตจึงมีความหลากหลายตามแนวคิดของคนแต่ละกลุ่มในสังคม โอเรม (Orem, 1991) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต มีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงความพึงพอใจของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทุกอย่างของชีวิต เช่น ความสามารถในการปฏิบัติการกิจตามบทบาทของสังคม แม้แต่บุคคลที่เจ็บป่วย และต้องเผชิญความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายจิตใจ แต่ผู้ป่วยก็พยายามตอบสนองต่อความต้องการของตนเองเท่าที่จะทำได้เพื่อดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กาญจนา อุบลพงศ์ ทิพนัมพร ชาวขมิ้น อรทัย พงษ์อำไพ และ ชนิตา พันผา (2555) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีการดำเนินการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบบริการพยาบาล 3) การนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย 4) การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 17 คน พยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 35 คน กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 21 คน และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 21 คน ผลการศึกษาพบว่า เกิดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ชัดเจน ประกอบด้วย 1) ทีมบุคลากรที่ดูแลด้วยการจัดการรายกรณี 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดูแล 3) ระบบการนิเทศควบคุม กำกับ การปฏิบัติตามรูปแบบ ผลลัพธ์การนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยพบว่า พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยต่อรูปแบบการบริการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นในภาพรวม และปฏิบัติตามรูปแบบร้อยละ 92.57 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการพยาบาลในระดับมาก มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับดีผลการวิจัยนำไปใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพของรูปแบบการบริการพยาบาลการปรับปรุงการให้ข้อมูลและคำแนะนำผู้ป่วย และญาติ การเพิ่มสมรรถนะพยาบาล

วิมลรัตน์ เดชะ และรุ่งระวี นาวิเจริญ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด จากประสบการณ์ การมีอากรความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษ ในหน่วยเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาราชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช จำนวน 110 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างตามสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามประสบการณ์การมีอากร แบบสอบถามความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงจากแบบประเมิน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 79.60, SD = 9.59) ประสบการณ์การมีอากร ความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และได้รับเคมีบำบัดได้ ร้อยละ 40 (R^2 = .402) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริพรรณ ภูมิพล (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 104 ราย มีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในวันที่ 1 - 5 เฉลี่ย 7.21 (S.D = 1.57), 8.67 (S.D = 2.21), 10.96 (S.D = 2.23), 12.64 (S.D = 1.53), 13.62 (S.D = 0.94) ตามลำดับ โดยที่อายุระดับอัลบูมิน ในเลือดก่อนผ่าตัด วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาเริ่มรับประทานอาหาร หลังผ่าตัด และระยะเวลาเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด สามารถทำนายการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง ได้ร้อยละ 58.0 ($R^2 = .580, p < .01$)

Stintzing (2014) ศึกษาผลลัพธ์การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ของบทบาท E.T. nurse หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จำนวน 103 ราย พบว่า ออสโตเมท มีภาวะแทรกซ้อนน้อยและมีความพึงพอใจสูง มีสมรรถนะในการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแบบแผนปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Newhouse et.al. (2011) ศึกษาวิเคราะห์สังเคราะห์ผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล ขั้นสูงอย่างเป็นระบบในประเทศสหรัฐอเมริกา ปีค.ศ.1990 - 2008 พบว่า การใช้บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสามารถพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย

กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian's นูรณาการร่วมกับรูปแบบประสิทธิภาพของบทบาทพยาบาล (Ingersoll, McIntosh, & Williams, 2000) ในการปฏิบัติการพยาบาลแบบปกติ โดยแนวคิดการจัดการบริการสุขภาพแบ่งการดูแลออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (outcome) การจัดการบริการสุขภาพนั้นจะต้องประเมินคุณภาพของ 3 องค์ประกอบ เนื่องจากทั้ง 3 ส่วนมีความสัมพันธ์กัน

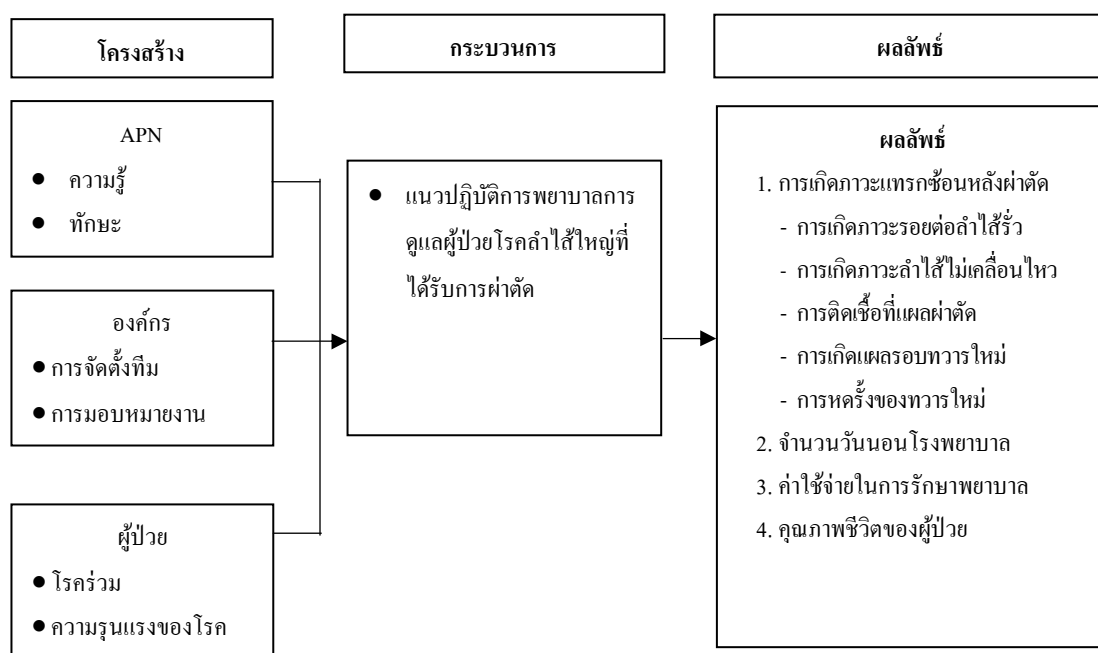
ด้านโครงสร้าง หมายถึง สภาพที่เกี่ยวกับการบริการ/ดูแลผู้ป่วย หรือระบบของการบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพการดูแล รวมถึง

1. วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ
2. บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งด้านคุณสมบัติ คุณลักษณะ สมรรถนะ ความสามารถ
3. คุณสมบัติที่เกี่ยวข้องกับองค์กร ได้แก่ ระบบงานต่าง ๆ เช่นระบบการควบคุม

กำกับคุณภาพงาน ระบบการนิเทศงาน และอื่น ๆ

ด้านกระบวนการ หมายถึง สิ่ง que แสดงถึงการกระทำ การพยาบาล การดูแลตามมาตรฐาน หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยและเป็นปัจจัยหนุนให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

ด้านผลลัพธ์ หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย.ผลที่เกิดจากการดูแล รวมถึง การเปลี่ยนแปลง ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ ความเชื่อต่าง ๆ ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยหรือญาติ ความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผลลัพธ์ที่ดีต้องตอบวัตถุประสงค์การดูแล และสะท้อนถึงคุณภาพอย่างไรก็ตามแนวทางดำเนินกิจกรรมของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จึงใช้ทฤษฎีกรอบแนวคิดของ Donabedian's เป็นกรอบการกำหนด แต่ละบทบาทของผู้ปฏิบัติการ พยาบาลขั้นสูงของแต่ละหน่วยงานอาจมีความแตกต่างกันเนื่องจากข้อกำหนดและกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน นั้น ๆ ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาลขั้นสูง ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสามารถกำหนด ตัวชี้วัด คุณภาพที่ตรงกับการปฏิบัติตอบคุณภาพของการดำเนินงาน โดยใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian (2003)



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการศึกษา

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่โดยใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian บูรณาการร่วมกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล โดยกำหนดวิธีการดำเนินการ ดังนี้

วิเคราะห์ปัญหา

จากการศึกษาปัญหาเมื่อทบทวนข้อมูลสถิติย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีจำนวน 112 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยโรคตั้งเนื้อในลำไส้ใหญ่ 12 ราย โรคถุงผนังลำไส้อักเสบ 18 ราย โรคลำไส้ใหญ่อุดตัน 30 ราย และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 52 ราย (คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, 2558) เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้พบว่ายังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เช่น อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 7.5 (เกณฑ์ <ร้อยละ 5) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 19 วัน เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา โดยการรวบรวมข้อมูลกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด สอบถามพยาบาลวิชาชีพ สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลรักษา และร่วมประชุมทีมที่เกี่ยวข้อง พบปัญหาด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย ขาดความตระหนักในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และยังขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตามกระบวนการดูแลเพื่อฟื้นหายอย่างรวดเร็วตามมาตรฐาน (ERAS protocol) จึงมีการประชุมหารือในหน่วยงาน และสรุปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการมีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 2 ปี ขาดความเชี่ยวชาญการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และขาดทักษะในการช่วยผู้ป่วยฟื้นหายตามมาตรฐาน และจำนวนบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดมีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น

การพัฒนางาน

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยเน้นย้ำ ทบทวนความรู้ให้กับพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การใช้แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดของหน่วยงาน (การพยาบาลแบบปกติ) ที่ใช้เดิมในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2559 และติดตามผลลัพธ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2560 พบว่าผลลัพธ์การรักษาในประเด็นการติดเชื้อแผลผ่าตัด การเกิดภาวะลำไส้ไม่

เคลื่อนไหวก และคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษา ยังไม่สามารถเทียบเคียงโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยอื่น ๆ ได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้แนวทางการพยาบาลปกติ และเพิ่มการพยาบาลที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย โดยนำข้อมูล conference กับทีมแพทย์ 2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษา (counselling) 3) สภาวะทางจิต สังคมเกี่ยวกับการมีทวารใหม่ โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษา (counselling) 4) กำหนดตำแหน่งช่องเปิดที่หน้าท้อง 5) ความผิดปกติของทวารใหม่และผิวหนังโดยรอบ โดยการฝึกทักษะการใช้มือสัมผัส 6) การทำงานของลำไส้ โดยใช้โปรแกรมการเกี่ยวหมากฝรั่งพร้อมประเมินการทำงานของลำไส้ 7) การเคลื่อนไหวกของลำไส้ โดยใช้โปรแกรมกระตุ้นการเคลื่อนไหวกในร่างกาย 8) การฟื้นตัวของร่างกาย โดยประเมินภาวะลำไส้ไม่ทำงานด้วยการฟัง bowel sound 9) การทำงานของระบบทางเดินอาหาร โดยนำโปรแกรมสอน สาสิต การดูแลทวารใหม่มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย 10) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแผล โดยสร้างแนวทาง การดูแลแผลผ่าตัดลำไส้ 11) การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยสร้างแนวทางการรายงานความผิดปกติของทวารใหม่ 12) การรักษาที่ต่อเนื่อง โดยพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยผ่านช่องทางออนไลน์ 13) การปรับตัวเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยพัฒนาแนวทางการรับปรึกษาทั้งในการติดตามปกติ ระบบออนไลน์ และพัฒนากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 14) การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับการรักษาอื่นเสริม โดยจัดทำ check list สำหรับเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ทำเป็นเอกสารใช้ในการดูแลผู้ป่วย (ภาคผนวก ก) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ผู้ศึกษาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และเสนอผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมแพทย์ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9A และหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10A เมื่อได้รับความเห็นชอบ จึงให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางฯ โดยใช้บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการร่วมดูแลผู้ป่วย (direct care) สอน (educating) ฝึกทักษะ (coaching) เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring) เป็นที่ปรึกษา (consultation) ให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาภาวะแทรกซ้อน ผู้ศึกษาเป็นผู้ประสานงาน (collaboration) กับทีมแพทย์ผู้รักษารวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมตัดสินใจ และติดตามผลลัพธ์ ระหว่างปีพ.ศ. 2560 - 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ปี พ.ศ. 2559 – 2561

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ และเข้ารักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9A และหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10A ระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2560 จำนวน 60 คน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ โดยศึกษาข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากเวชระเบียนโดยการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling)

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และเข้ารักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9A และหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10A ระหว่างปีพ.ศ. 2560 - 2561 จำนวน 60 คน ที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคลำไส้ใหญ่ และได้รับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลเป็นครั้งแรก
2. สามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านออก เขียนได้
3. มีความยินดีเข้าร่วมการศึกษา ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำและตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยย้ายสถานพยาบาล
2. ผู้ป่วยขอปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ คือ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด (ภาคผนวก ก)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านการเจ็บป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ประกอบด้วย แบบบันทึกผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
 - 2.2 แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ ที่ได้รับความเชื่อมั่นกระทั่ง

มีการใช้กันแพร่หลายอย่างเป็นทางการ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยคณะที่พัฒนาได้ทดสอบความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 ด้านจิตใจ (psychological domain) ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 และข้อ 1, 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

ข้อความทางบวก		ข้อความทางลบ	
ไม่เลย	= 5 คะแนน	ไม่เลย	= 1 คะแนน
เล็กน้อย	= 4 คะแนน	เล็กน้อย	= 2 คะแนน
ปานกลาง	= 3 คะแนน	ปานกลาง	= 3 คะแนน
มาก	= 2 คะแนน	มาก	= 4 คะแนน
มากที่สุด	= 1 คะแนน	มากที่สุด	= 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน แบ่งระดับคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ดังนี้

คะแนน 26 - 60 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 - 95 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตปานกลาง
คะแนน 96 - 130 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตที่ดี

การแปลผลระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี (คะแนน)	คุณภาพชีวิตปาน กลาง (คะแนน)	คุณภาพชีวิตที่ดี (คะแนน)
ด้านสุขภาพกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 60	61 - 95	96 - 130

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรง (validity) ผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและแบบสอบถามส่วนที่ 1 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ แล้วผู้ศึกษานำเครื่องมือแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้เท่ากับ 0.9 และ 0.95

2. การหาความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability: IRR) ของแบบสอบถามส่วนที่ 1 (พรพิศ ยิ้มประยูร, 2555) โดยตรวจสอบความเชื่อมั่นของการสังเกตร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 1 ท่าน โดยผู้ศึกษาและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทดลองประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและผลลัพธ์ทางคลินิก ที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตโดยใช้วิธีหาค่า reliability coefficient (เกณฑ์ >80%) ได้เท่ากับร้อยละ 95

ขั้นตอนในการดำเนินการ

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบปกติและเพิ่มกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย 2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา 3) การดูแลสถานะทางจิต สังคมเกี่ยวกับการมีทวารใหม่ 4) การกำหนดตำแหน่งช่องเปิดที่หน้าท้อง 5) การดูแลความผิดปกติของทวารใหม่และผิวหนังโดยรอบ 6) การประเมินการทำงานของลำไส้ 7) การกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ 8) การกระตุ้นการฟื้นตัวของร่างกาย 9) การประเมินการทำงานของระบบทางเดินอาหาร 10) ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแผล 11) การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 12) การรักษาที่ต่อเนื่อง 13) การปรับตัวเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 14) การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับการรักษาอื่นเสริม รวบรวมเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ภาคผนวก ก) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ผู้ศึกษาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ กระทั่งแนวปฏิบัติ มีความสมบูรณ์

2. เพื่อให้แนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพ จึงนำไปทดลองใช้ดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด โดยผู้ศึกษาดำเนินการให้ความรู้กับพยาบาลวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง อธิบายการใช้แนวปฏิบัติอย่างละเอียด ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาการดำเนินการ

ศึกษา การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9A และหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10A โดยกำหนดการอบรมหอผู้ป่วยละ 1 วัน ระหว่างวันที่ 1 - 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

3. ผู้ศึกษาสอน สาทิต และฝึกทักษะ ให้พยาบาลวิชาชีพเป็นรายบุคคล ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพในการเตรียมความสะอาดลำไส้ การประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ การดูแลทวารใหม่ และการใช้ระบบติดตามผู้ป่วยรูปแบบออนไลน์ และมีการสังเกตพฤติกรรมจนกว่าพยาบาลวิชาชีพที่เข้าอบรมจะสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และมีการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย จนเกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

4. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เริ่มปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2561

5. ระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาจะมีการนิเทศ (coaching) ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากนั้นผู้ศึกษาใช้แบบสอบถาม เพื่อบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2560 และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริพยาบาล โดยได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงระหว่าง ปี พ.ศ. 2560 - 2561

2. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ศึกษา ช่วงระยะเวลาติดตามกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน จะทำโดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมอาการผิดปกติ และขออนุญาตสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตโดยอ่านแบบประเมินให้ฟัง และให้ผู้ป่วยตอบคำถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยวิธีแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มการพยาบาลแบบปกติ กับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test)

2. ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว การเกิดภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยวิธีแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มการพยาบาลแบบปกติ กับ การพยาบาลตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test)

3. ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา และคะแนนคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ระหว่างการให้การพยาบาลแบบปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มการพยาบาลแบบปกติ กับ การพยาบาลตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้สถิติที่แบบกลุ่มอิสระ (independent sample t-test) ก่อนการวิเคราะห์ ผู้ศึกษาได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติแบบกลุ่มอิสระ (independent sample t-test) ได้แก่ 1) ทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normal distribution) 2) ข้อมูลมีมาตรวัดอยู่ในระดับช่วงมาตรา (interval scale) และอัตราส่วนมาตรา (ratio scale) 3) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มโดยใช้หลักความน่าจะเป็น และทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระจากกัน พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการพยาบาลแบบปกติกับการดูแลตามแนวทางผู้ปฏิบัติบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่กำหนดไว้ในการศึกษา มีดังนี้

ตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด

ผู้ป่วย	การพยาบาล		การพยาบาลตาม		χ^2	p-value
	แบบปกติ		แนวทางผู้ปฏิบัติการ			
	(n=60)		พยาบาลขั้นสูง			
			(n= 60)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ						
น้อยกว่า 60	24	40	23	38.3	.952	.419
มากกว่าหรือเท่ากับ60	36	60	37	61.7		
เพศ						
ชาย	40	66.7	40	66.7	.009	.923
หญิง	20	33.3	20	33.3		
สถานภาพสมรส						
โสด	8	13.3	15	25.0	2.71	.607
คู่	18	30.0	22	36.7		
หม้าย / หย่า / แยก	34	56.7	23	38.3		
วุฒิการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	50	83.3	52	86.7	1.84	.174
สูงกว่าปริญญาตรี	10	16.7	8	13.3		
อาชีพ						
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	31	51.6	18	30.0	.310	.578
รับจ้าง / ค้าขาย	17	28.3	4	6.7		
พ่อบ้าน / แม่บ้าน	12	20.1	38	63.3		

ตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด(ต่อ)

ผู้ป่วย	การพยาบาล		การพยาบาลตาม		χ^2	p-value
	แบบปกติ (n=60)		แนวทางผู้ปฏิบัติการ			
			พยาบาลชั้นสูง (n=60)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ภูมิลำเนา						
กรุงเทพฯ / ปริมณฑล	46	76.7	41	68.3	.081	.526
อื่น ๆ	14	23.3	19	31.7		
สิทธิการรักษา						
เงินสด	8	12.9	2	3.3	12.86	1.69
ต้นสังกัด/ ประกันสังคม	32	53.4	38	63.4		
ประกันสุขภาพ	20	33.3	20	33.3		
ถ้วนหน้า						
โรคที่ได้รับการวินิจฉัย						
diverticulitis	4	6.7	4	6.7	1.75	.781
colorectal carcinoma	51	82.3	50	83.3		
colonic obstruction	5	8.1	6	10		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	4	6.7	5	8.3	103.87	.00 *
มี (DM)	9	15.0	9	15.0		
มี (HT)	5	8.3	9	15.0		
มี (DLP)	14	23.4	4	6.7		
มี (DM & HT & DLP)	28	46.7	29	48.3		

*P <.05

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบเดิม (ปีพ.ศ. 2559 – 2560) มีผู้ป่วยจำนวน 60 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 และเป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60ปี)มากที่สุด ร้อยละ 60 สถานภาพหม้าย/หย่า/แยกมากที่สุด ร้อยละ 56.7 มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 83.3 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 51.6 ส่วนใหญ่ภูมิลำเนากรุงเทพฯ/ปริมณฑล ร้อยละ 76.7 มีสิทธิการรักษาประเภทต้นสังกัด/ประกันสังคม ร้อยละ 53.4 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ร้อยละ 82.3 และส่วนใหญ่มิโรคประจำตัว/โรคร่วมมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 46.7

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลรูปแบบผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ปีพ.ศ. 2560 - 2561) มีผู้ป่วยจำนวน 60 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 61.7 ปี มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกมากที่สุดร้อยละ 38.3 มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 86.7 ประกอบอาชีพ พ่อบ้าน/แม่บ้านร้อยละ 63.3 มีภูมิลำเนาในกรุงเทพ/ปริมณฑลร้อยละ 68.3 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา ประเภตต้นสังกัด/ประกันสังคมร้อยละ 63.4 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ร้อยละ 83.3 และส่วนใหญ่มียโรคประจำตัว/โรคร่วมมากกว่า 1 โรคร้อยละ 48.3

เมื่อเปรียบเทียบข้อแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และการพยาบาลตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 รูปแบบ มีคุณลักษณะด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา สิทธิการรักษา และโรคที่ได้รับการวินิจฉัย แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ส่วนโรคประจำตัว/โรคร่วม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ตารางที่ 4.2 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด

ผลลัพธ์การพยาบาล	การพยาบาลแบบปกติ (n=60)		การพยาบาลตามแนวทาง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (n=60)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การเกิดภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว	7	11.7	0	0	2.7	.00*
การเกิดภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด	7	6.7	6	10	20.1	.00*
การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	26	43.3	4	6.7	.58	.00*
การเกิดแผลรอบทวารใหม่	5	8.3	1	1.6	1.8	.04*
การเกิดภาวะหดรัดตัวของทวารใหม่	5	8.3	1	1.6	1.8	.04*

*P <.05

จากตารางที่ 4.2 ผลลัพธ์ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง พบว่าภาวะสุขภาพการพยาบาลแบบปกติ ผู้ป่วยเกิดรอยต่อลำไส้รั่วร้อยละ 11.7 เกิดภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัดร้อยละ 6.7 ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 43.3 เกิดอุบัติเหตุแผลรอบทวารใหม่ร้อยละ 8.3 และเกิดภาวะหดรัดตัวของทวารใหม่ ร้อยละ 8.3 ไม่พบอุบัติการณ์ผ่าตัดซ้ำ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน

ผลลัพธ์การพยาบาลตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะ รอยต่อลำไส้รั่ว แต่ยังคงพบภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัดร้อยละ 1.0 ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 6.7 เกิดแผลรอบทวารใหม่ร้อยละ 1.8 และเกิดภาวะหดรัดตัวของทวารใหม่ร้อยละ 1.8 ไม่พบอุบัติการณ์ผ่าตัดซ้ำ

เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพผลลัพธ์ของผู้ป่วยทั้ง 2 รูปแบบ ด้วยสถิติสก็อตไคแควร์ (chi-square test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้ง 2 ระยะมีผลลัพธ์หลังได้รับการรักษาโรคลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดในประเด็นการเกิดภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และอุบัติการณ์การเกิดแผลรอบทวารใหม่ และการเกิดภาวะหดรั้งของทวารใหม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 4.3 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด

ผลลัพธ์การพยาบาล	การพยาบาลแบบปกติ (n=60)		การพยาบาลตามแนวทาง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้น สูง (n=60)		χ^2	p-value
	χ^2	SD	χ^2	SD		
ระยะเวลาอน โรงพยาบาลเฉลี่ย	13.8	9.4	8.6	3.2	4.0	.00*
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (บาท)	125,807.7	69280.7	99,372	44744.5	-.07	.55
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	15.8	5.0	28.8	4.4	24.3	.00*
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	7.8	2.4	18.7	3.4	24.6	.00*
คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ ทางสังคม	5.2	1.6	7.7	2.4	24.3	.00*
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	12.7	3.7	29.8	3.2	26.5	.00*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	43.6	8.1	88.5	6.4	41.3	.00*

*P < .05

จากตารางที่ 4.3 พบว่าผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 13.8 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 125,807.7 บาทต่อราย มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 15.8) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 7.8) คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมไม่ดี (ค่าคะแนนเฉลี่ย 5.2) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 12.7) คุณภาพชีวิตโดยรวมไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 43.6)

ส่วนการพยาบาลตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พบว่าระยะเวลาอนโรพยาบาลเฉลี่ย 8.6 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 99,372 บาทต่อราย มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ดี (คะแนนเฉลี่ย 28.8) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 18.7) คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 7.7) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่ดี (คะแนนเฉลี่ย 29.8) คุณภาพชีวิตโดยรวมปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 88.5)

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้วยสถิติที (independent sample t - test) พบว่าระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนประเด็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ โดยใช้แนวคิดของ Donabedian เปรียบเทียบผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวน วันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้สถิติ (independent sample t-test)

สรุปผล

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดและนำลงสอนปฏิบัติแก่พยาบาลวิชาชีพ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รวมถึงติดตามผลลัพธ์การพยาบาล นำข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เมื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ จึงนำเสนอผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เกิดภาวะแทรกซ้อนรอยต่อลำไส้รั่ว (anastomosis leakage) แตกต่างกับผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เกิดภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (bowel ileus) แตกต่างกับผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการพยาบาลแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (surgical site infection) แตกต่างกับผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเกิดการเกิดแผลรอบทวารใหม่ (peristomal skin excoriation) แตกต่างกับผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเกิดภาวะหดรั้งของทวารใหม่ (stomal retraction) แตกต่างกับผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีระยะเวลานอนโรงพยาบาล แตกต่างกับผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และได้รับการพยาบาลแบบปกติมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่จำนวนมีแนวโน้มลดลง

8. ผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด และได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกับผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด และได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เปรียบเทียบผลลัพธ์จากการดูแลรูปแบบปกติกับการดูแลตามแนวทางผู้ปฏิบัติบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ดังนี้

ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบปกติ และได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เมื่อวิเคราะห์พบว่ามีผลแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ามีความสอดคล้องกัน สามารถนำผลลัพธ์มาเปรียบเทียบกันได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 60 ปี และ 61.7 ปี ในการพยาบาลแบบปกติ และการพยาบาลตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติขององค์การอนามัยโลก อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society, 2009) และสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (หน่วยงานทะเบียนสถาบัน

มะเร็งแห่งชาติ, 2555) ส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน ในปัจจุบัน จากสถิติอัตราการสมรสของคนไทยนั้นลดลงจาก 28.5 คนต่อพันคน ในปี 2539 เหลือ 15.6 คนต่อพันคน ในปี 2551 เรียกได้ว่าในช่วงเวลาไม่ถึง 20 ปี คนไทยที่แต่งงานลดลงถึงเกือบครึ่ง ส่วนอัตราการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ก็เพิ่มขึ้นจาก 3.7 ต่อพัน ในปี 2539 เป็น 5.3 ต่อพันในปี 2551 (พสุ เดชะรินทร์, 2556) อาชีพพ่อบ้านและแม่บ้านพบมากที่สุด สอดคล้องกับกลุ่มอายุที่พบว่าอยู่ในวัยเกษียณอายุราชการและเป็นผู้สูงอายุ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนากรุงเทพฯ/ปริมณฑล สอดคล้องกับบริบทขององค์กรที่กำหนดยุทธศาสตร์เรื่องการบริการประชาชนในเขตเมืองเป็นหลัก และยังพบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยคือต้นสังกัด ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นสวัสดิการของรัฐตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้บุคคลมีสิทธิเข้ารับบริการทางสาธารณสุขในเขตพื้นที่อาศัยซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ศึกษา ที่กล่าวมานี้สะท้อนความต้องการการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Zhang et al., 2013)

ผลลัพธ์การพยาบาลแบบปกติพบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 13 วัน แม้หลังได้รับการดูแลรูปแบบผู้ป่วยบริการพยาบาลขั้นสูง จะลดลงกว่าก่อนได้รับการดูแลจากผู้ป่วยบริการพยาบาลขั้นสูง (8.วัน) แต่ยังสูงกว่ามาตรฐานสากล (7วัน) (Cakir et al., 2013) เมื่อพิจารณาพบว่าผู้ป่วยบางรายยังมีข้อจำกัดด้านการรักษาที่จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติ เช่น การเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัด เทคนิควิธีการผ่าตัด ค่าใช้จ่ายของอุปกรณ์การผ่าตัด และการใส่สายยางทางจมูก เป็นต้นจากการประชุมครั้งที่ 1 เพื่อติดตามผลการพยาบาลรูปแบบผู้ป่วยบริการพยาบาลขั้นสูง รวบรวมได้ว่าทีมพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯตามที่ได้ชี้แจงและตกลงร่วมกัน ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารหน่วยงานอย่างดี บุคลากรทุกคนมีความตระหนักในการดูแลรักษามากขึ้น แต่ระหว่างดำเนินการพยาบาลรูปแบบผู้ป่วยบริการพยาบาลขั้นสูง มีบุคลากรพยาบาลประจำหอผู้ป่วยลาออกโดยไม่ได้อำนาจแผน ส่งผลให้ขาดอัตรากำลังและภาระงานที่หนักขึ้นทำให้บุคลากรไม่สามารถตรวจสอบผลการกระตุ้นการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้หลังได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยแล้ว มีผู้ป่วยบางรายละเลยหรือหลงลืม ส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงการปฏิบัติโดยเพิ่มแบบบันทึกกิจกรรมให้ผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเองเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย และการเคี้ยวหมากฝรั่งและมีผู้ป่วยบางคนละเลยการดูแลทวารใหม่ จึงสะท้อนกลับข้อมูลต่าง ๆ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติต่อไปหลังได้รับการพยาบาลรูปแบบผู้ป่วยบริการพยาบาลขั้นสูง ผู้ป่วยมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 8 วัน ซึ่งลดลงจากเดิม แม้จะยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานสากล แต่อาจกล่าวได้ว่าการประยุกต์ใช้ ERAS protocol สามารถลดระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลลง 5 วันโดยไม่เกิดอุบัติการณ์กลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน แสดงถึงแนวโน้มที่ดีในการดูแลจาก

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นการใช้แบบบันทึกกิจกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้นและปฏิบัติตามคำแนะนำแม้การปฏิบัติหวั่นต่อการเริ่มรับประทานอาหารและการใส่สายยางทางจมูกแพทย์ปฏิบัติเท่าที่จำเป็น

จากผลการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจะมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว (bowel ileus) จำนวน 6 ราย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ แม้จะเกิดอุบัติการณ์น้อยกว่าระยะที่ 1 ที่พบอุบัติการณ์จำนวน 7 รายซึ่งอุบัติการณ์แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่ว่าการพยาบาลทั้ง 2 รูปแบบ มีเวลาวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่างกันซึ่งอาจจะเกิดจากทั้ง 2 รูปแบบผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติพยาบาลด้านการกระตุ้นการฟื้นตัวของลำไส้ และการเคลื่อนไหวร่างกายในแบบเดียวกัน อาจอธิบายได้ว่าบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในประเด็นอื่น สามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้ จากผลลัพธ์ด้านจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่ลดลง เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายในการดูแลทั้ง 2 รูปแบบแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แม้ว่าจะลดค่าใช้จ่ายที่เป็นจำนวนเงินของการพยาบาลรูปแบบเดิม (เฉลี่ย 99,372 บาท) จะน้อยกว่าการพยาบาลรูปแบบผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (เฉลี่ย 125,807.7 บาท) ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากต้นทุนด้านอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดชนิดส่องกล้องมีราคาที่สูงกว่า รวมกับค่าบริการตามขั้นตอนบริการที่เพิ่มขึ้น เช่น จำนวนครั้งของการให้คำปรึกษา ค่าตรวจเยี่ยมอาการ (ศิริอร สิ้นธุ, 2561) และค่าอุปกรณ์ทางวิสัญญีวิทยาในการระงับความปวด เป็นต้น

การเปิดทวารใหม่ในการพยาบาลทั้ง 2 รูปแบบ จากการสังเกตพบว่า บุคลากรบางคนละเลยการดูแลทวารใหม่ ผู้ศึกษาจึงเพิ่มการตรวจเยี่ยม และทุกครั้งของการทำ nursing round จึงเน้นย้ำทีมพยาบาลให้เห็นความสำคัญและร่วมปฏิบัติดูแลทวารใหม่ และต้องติดตามต่อไปว่ามีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติหรือไม่หลังได้รับคำแนะนำ ส่วนผลการศึกษาที่พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคือ ร้อยละ 43.3 และ 6.7 ตามลำดับ ซึ่งการพยาบาลแบบปกติ ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ ($<$ ร้อยละ 5) เมื่อวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่แผลผ่าตัดติดเชื้อพบว่ามีจำนวน 15 รายนั้นเป็นโรคมะเร็งลำไส้ตรง ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงมีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหน้าท้องมากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ส่วนอื่น (Lohsirawat & Lohsirawat, 2009) แม้จะได้รับยาปฏิชีวนะ การเตรียมความสะอาดผิวหนัง การประเมินภาวะโภชนาการ และการดูแลบาดแผลตามมาตรฐานแล้วก็ตาม นอกจากนั้นจากการสังเกตและการให้ความรู้การดูแลบาดแผลในรูปแบบผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดมากขึ้น ส่งผลให้อุบัติการณ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สะท้อนว่าบุคลากรเห็นความสำคัญ

และให้ความร่วมมือร่วมมือในระดับดี อาจเนื่องจากคุณภาพของการบริการพยาบาลขั้นสูงเป็นไปตามความคาดหวังหรือเกินคาดหวัง (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดิ์, 2555) จากการใช้เทคนิควิธีการให้คำปรึกษา ทฤษฎีการสื่อสาร และการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ต่างจากพยาบาลประจำการที่หอผู้ป่วยที่มีงานนอกเหนือจากบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพต้องรับผิดชอบด้วย

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตสำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด และได้รับการพยาบาลตามแนวทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่อยู่ในระดับไม่ดี ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นนี้อาจเป็นเพราะได้รับการติดตาม ดูแลประเมินอาการอย่างใกล้ชิดจากทีมสหสาขาวิชาชีพตามแนวทางการดูแลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตก็ยังไม่อยู่ในระดับดี อาจอธิบายได้จากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในสังคมเขตเมืองที่เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้สูงอายุอยู่บ้านหรือแหล่งอาศัยตามลำพัง (บรรลุ ศิริพานิช, 2559) ขาดกำลังใจจากญาติพี่น้องที่เพียงพอโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับญาติ มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับครอบครัว บุตรหลาน ให้ความช่วยเหลือ (โกศล สอดส่อง, 2561) สอดคล้องกับด้านสัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน แต่เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ผลการศึกษาพบว่าอยู่ในระดับดี เนื่องจากอาการและความทุกข์ทรมานจากโรคภัยไข้เจ็บได้รับการรักษาเยียวยา ส่งผลให้ความผาสุกเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลลัพธ์การศึกษานี้พบว่า ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการประเมินภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว ผ่าตัดวิธีต่าง ๆ และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้หยุดทำงาน โดยประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวในรูปแบบงานวิจัย นอกจากนี้ควรมีการติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติฯ ต่อเนื่องในประเด็น จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ รวมทั้งผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตสำไส้ใหญ่ และทวารหนัก เพื่อนำมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพฯ เพื่อเปรียบเทียบโครงสร้าง การปฏิบัติงาน และผลลัพธ์ เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

3. ควรประเมินระดับความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน/ผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง ต่อการปฏิบัติฯ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลที่ดียิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย*. สืบค้น 2 เมษายน 2562 จาก <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>.
- กาญจนา อุบลพงศ์ ทิฆัมพร ชาวมีน อรทัย พงษ์อำไพ และ ชนิตา พันผา. (2555). การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมโรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารกองการพยาบาล*, 39(3), 51-64.
- เกศินี ชีรทองดี, จันทนา รัตนฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, และ คณินิจ พงศ์ถาวรกุล. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง. *วารสาร โรคมะเร็ง*, 34(2), 68-78.
- โกศล สอดส่อง. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารศึกษาศาสตร์ มมร*, 6(1), 162-175.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2558). *สถิติการปฏิบัติงานประจำปี 2558*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. (2558). *สถิติการปฏิบัติงานประจำปี 2558*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- ชลวรรณ ยอดกลกิจ. (2560). การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 5(1), 94-111.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย*. สืบค้น 2 เมษายน 2562 จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1512367202-108_0.pdf
- ปริญญ์ ทวีชัยการ. (2554). *คำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์บุ๊คเซ็นเตอร์ จำกัด.
- พรพิศ ยัมประยูร. (2555). บางลักษณะเชิงสถิติของการวัดความเห็นพ้องต้องกันระหว่างสองผู้ประเมิน. *วารสารวิจัย มสค สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 5(2), 139-154
- พิเศษ พิเศษพงษา สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และอุดม คชินทร. (2552). *ติ่งเนื้อในลำไส้=Colonic polyp*. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร.
- พสุ เดชะรินทร์. (2556). *เมื่อคนไทยจะต้องงูใจให้มีลูกมากขึ้น*. สืบค้น 2 เมษายน 2562 จาก <http://library.acc.chula.ac.th>

- ราชวิทยาลัยอายุรแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้าง “แนวปฏิบัติทางเวชปฏิบัติ”=Clinical practice guideline. *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย* 18(6):36-47.
- วรรณษา เปาอินทร์. (2017). Thailand Health 4.0 challenges and opportunities. *Journal of Thai medical Informatics Association*, 1(1), 31-36.
- วิมลรัตน์ เดชะ และ รุ่งระวี นาวิเจริญ. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมและได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(1), 133-146.
- เวชสถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. (2561). สถิติผลการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ 2560: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล.
- ศิริพรรณ ภูมิพล. (2556). ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดตัดต่อลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง. (ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต[การพยาบาลผู้ใหญ่] วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล, นริรัตน์ ธรรมโรจน์, และ ชาดากานต์ ผโส. (2559). รายงานเบื้องต้นข้อมูลด้านสุขภาพคนกรุงเทพมหานคร. ฝ่ายวิชาการและวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช: บริษัท ไอ ปรีนติ้ง คัลเลอร์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- ศิริอร สันธุ. (2561). การจัดการรายกรณี โรคเรื้อรังค่าใช้จ่ายสูง (Vol. 2). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่าง ๆ. (2551, 25 กันยายน 2551). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 126 ตอนพิเศษ 16 ง, หน้า 28-41.
- สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์กักดี. (2555). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ. สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข: บริษัท จดทอง จำกัด.
- หน่วยงานทะเบียนสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2555). รายงานประจำปี 2555. สืบค้น 2 เมษายน 2562 จาก www.nci.go.th/th/File_download/D_index/annual_report_2012.pdf
- อนันต์ อนันตกุล. (2560). *สังคมสูงวัย ความท้าทายประเทศไทย*. สำนักธรรมศาสตร์และการเมืองราชบัณฑิตยสภา.
- อรพรรณ เมธาธิลกุล. (2556). *บัญชีรายการศัลยกรรมที่มีค่าใช้จ่ายสูง*. สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: บริษัท โอ-วิทซ์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- อรอนงค์ ทัพสุวรรณ. (2557). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพมหานคร.

อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ ชีรพร ศิริอังกูร นวลชนินธุ์ ลิขิตลือชา และไพศาล พาณิชย์กุล. (2561).

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์สื่อตะวัน.

อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. (2553). *โรคลำไส้การวินิจฉัย และการรักษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :

โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Abraham, N., & Albayati, S. (2011). Enhanced recovery after surgery programs hasten recovery after colorectal resections. *World J Gastrointest Surg*, 3(1), 1-6. doi:10.4240/wjgs.v3.i1.1

Adamina, M., Kehlet, H., Tomlinson, G. A., Senagore, A. J., & Delaney, C. P. (2011). Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: A meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. *Surgery*, 149(6), 830-840.

doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2010.11.003

American Cancer Society: Colorectal Cancer Facts and Figures. (2010). Receiving 2 April 2560 Form <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/f861708> final for webpdf.pdf

Asari, S. A., Cho, M. S., & Kim, N. K. (2015). Safe anastomosis in laparoscopic and robotic low anterior resection for rectal cancer: a narrative review and outcomes study from an expert tertiary center. *Eur J Surg Oncol*, 41(2), 175-185. doi:10.1016/j.ejso.2014.10.060

Beyer-Berjot, L., Patel, V., Ziprin, P., Taylor, D., Berdah, S., Darzi, A., & Aggarwal, R. (2014). Enhanced recovery simulation in colorectal surgery: design of virtual online patients. *Surg Endosc*. doi:10.1007/s00464-014-3941-8

Bryant-Lukosius, D., & Dicenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of advanced nursing*, 48(5), 530-540. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x>

Cakir, H., van Stijn, M. F., Lopes Cardozo, A. M., Langenhorst, B. L., Schreurs, W. H., van der Ploeg, T. J., . . . Houdijk, A. P. (2013). Adherence to Enhanced Recovery After Surgery and length of stay after colonic resection. *Colorectal Dis*, 15(8), 1019-1025. doi:10.1111/codi.12200

Chen, C. H., Hsieh, M. C., Lao, W. T., Lin, E. K., Lu, Y. J., & Wu, S. Y. (2018). Multidisciplinary team intervention associated with improved survival for patients with colorectal adenocarcinoma with liver or lung metastasis. *Am J Cancer Res*, 8(9), 1887-1898.

- Donabedian, A. (2003). *Healthcare Outcomes Management: Strategies for Planning and Evaluation*: Jones & Bartlett Learning.
- Doughty, D. (1992). Topical therapy: from concepts to results. *Ostomy Wound Manage*, 38(8), 16, 18, 20-14.
- Gustafsson, U. O., Nygren, J., Thorell, A., Soop, M., Hellstrom, P. M., Ljungqvist, O., & Hagstrom-Toft, E. (2008). Pre-operative carbohydrate loading may be used in type 2 diabetes patients. *Acta Anaesthesiol Scand*, 52(7), 946-951. doi:10.1111/j.1399-6576.2008.01599.x
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., Francis, N., . . . Ljungqvist, O. (2013). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Clinical Nutrition*, 31(6), 783-800. doi:10.1016/j.clnu.2012.08.013
- Ingersoll, G. L., McIntosh, E., & Williams, M. (2000). Nurse-sensitive outcomes of advanced practice. *J Adv Nurs*, 32(5), 1272-1281.
- Labianca, R., Nordlinger, B., Beretta, G. D., Mosconi, S., Mandala, M., Cervantes, A., & Arnold, D. (2013). Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, 24 Suppl 6, vi64-72. doi:10.1093/annonc/mdt354
- Lohsiriwat, V., & Lohsiriwat, D. (2009). Antibiotic prophylaxis and incisional surgical site infection following colorectal cancer surgery: an analysis of 330 cases. *J Med Assoc Thai*, 92(1), 12-16.
- Luo, Z., Bradley, C. J., Dahman, B. A., & Gardiner, J. C. (2010). Colon cancer treatment costs for Medicare and dually eligible beneficiaries. *Health Care Financ Rev*, 31(1), 35-50.
- Miyawaki, T., Hirata, M., Nakao, K., & Moriyama, K. (2006). [Prevalence of metabolic syndrome in Japan by MONKS (metabolic syndrome and abdominal obesity at NTT West Kyoto Study)]. *Nihon Rinsho*, 64 Suppl 9, 84-88.
- National Cancer Institute: Cancer of the Colon and Rectum. (2010). Receiving 2 April 2010 Form http://seer.cancer.gov/csr/1975_2009_pops09/index.html
- Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., . . . Weiner, J. P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nurs Econ*, 29(5), 230-250; quiz 251.

- Orem, D. E. (1991). *Nursing: concepts of practice (4thed.)*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Palomero-Rubio, R., Pedraz-Marcos, A., & Palmar-Santos, A. M. (2018). Approaching the experience of people through the process of a colostomy. *Enferm Clin*, 28(2), 81-88. doi:10.1016/j.enfcli.2017.12.004
- Poston, G. J., Tait, D., O'Connell, S., Bennett, A., Berendse, S., & Guideline Development Group (2011). Diagnosis and management of colorectal cancer: summary of NICE guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d6751. <https://doi.org/10.1136/bmj.d6751>
- Rao, W., Zhang, X., Zhang, J., Yan, R., Hu, Z., & Wang, Q. (2011). The role of nasogastric tube in decompression after elective colon and rectum surgery: a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*, 26(4), 423-429. doi:10.1007/s00384-010-1093-4
- Salvadaleña, G., Hendren, S., McKenna, L., Muldoon, R., Netsch, D., Paquette, I., . . . Steinberg, G. (2015). WOCN Society and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Colostomy or Ileostomy Surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 42(3), 249-252. doi:10.1097/won.0000000000000119
- Schober, M., & Affara, F. (2009). *International Council of Nurses: Advanced Nursing Practice*: Wiley.
- Sevick, M. A., Trauth, J. M. (2007). Patients with Complex Chronic Diseases: perspectives on supporting self-management. *J Gen Intern Med*, 22 Suppl 3, 438-444. doi:10.1007/s11606-007-0316-z
- Sheetz, K. H., Waits, S. A. (2014). Complication rates of ostomy surgery are high and vary significantly between hospitals. *Dis Colon Rectum*, 57(5), 632-637. doi:10.1097/dcr.0000000000000038
- Simmons, K. L. (2014). A view from here: psychological issues in colostomy care. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 41(1), 55-59. doi:10.1097/01.Won.0000438015.98357.53
- Steven, D. Wexner, & James W. Fleshman. (2012). *colon and rectal surgery abdominal operations*. USA: lippincott williams & wilkins.
- Stintzing, S. (2014). Management of colorectal cancer. *F1000Prime Rep*, 6, 108. doi:10.12703/p6-108

- Watanabe, T., Itabashi, M., Shimada, Y., Tanaka, S., Ito, Y., Ajioka, Y., . . . Sugihara, K. (2015). Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) Guidelines 2014 for treatment of colorectal cancer. *Int J Clin Oncol*, 20(2), 207-239. doi:10.1007/s10147-015-0801-z
- Wu, H. (2018). Time trends of incidence and mortality in colorectal cancer in Changning District, Shanghai, 1975-2013. *J Dig Dis*, 19(9), 540-549. doi:10.1111/1751-2980.12667
- Zhang, J. (2013). Effects of Enterostomal Nurse Telephone Follow-up on Postoperative Adjustment of Discharged Colostomy Patients. *Cancer Nurs*, 36(6), 419-428. doi:10.1097/NCC.0b013e31826fc8eb

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

1. พญ.รังสิมา เทียงเชียรธรรม อาจารย์แพทย์เฉพาะทาง ผู้เชี่ยวชาญด้าน
ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
2. ผศ.ภัศพร ขำวิชา อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย
ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
3. พว.รัตนภรณ์ สุขวาริ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่
และทวารหนัก
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
4. พว.จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
กลุ่มโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
5. พว.บุญชื่น อิ่มมาก ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
กลุ่มโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
โรงพยาบาลราชวิถี



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โทร. ๓๐๘๓)

ที่ พพ.๑๒/๒๖

วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือบทความวิชาการ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ด้วย นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๐๑ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการพัฒนาผลงานเชิงวิเคราะห์ เรื่อง “ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ : บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง”

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ นางสาวภัสพร ขำวิชา ตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือบทความวิชาการเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

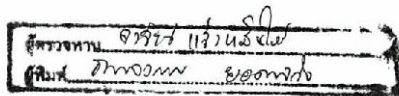
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางจรรยาพรณ ลีละยุทธโยธิน)

พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช





บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลชั้นสูง โทร. ๓๑๘๘๗)
 ที่ พวพ.๑๒/ ๒๕๕ วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒
 เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือบทความวิชาการ
 เรียน นางรัตนภรณ์ สุขวารี

ด้วย นางสาวธมมวรรณ ยอดกลกิจ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวพ. ๑๑๔๐๑ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการพัฒนาผลงานเชิงวิเคราะห์ เรื่อง “ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ : บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง”

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญท่าน นางรัตนภรณ์ สุขวารี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๔B คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือบทความวิชาการ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางจารุพรพรณ สีสะยุทธโยธิน)

พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ตรวจทาน จุฬารัตน์ แก้วแจ้งใจ
 วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โทร. ๓๐๘๓)

ที่ พวช. ๑๒ / ๒๕๔ วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือบทความวิชาการ

เรียน หัวหน้าภาควิชาการศึกษาศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ด้วย นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๐๑ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการพัฒนาผลงานเชิงวิเคราะห์ เรื่อง “ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ : บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง”

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ แพทย์หญิงรังสิมา เทียงเอียรธรรม นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ อาจารย์ประจำภาควิชาการศึกษาศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือบทความวิชาการ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางจรรพณ สิละยุทธโยธิน)

พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ตรวจทาน จรรยา ทรัพย์ดี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒



ที่ นมร. ๐๓๑๒/ ๒๕๖๒

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๖๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือบทความวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างบทความวิเคราะห์ ๑ ชุด
๒. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิเคราะห์ ๑ ชุด

ด้วย นางสาวธรรมณ ยอดกลกิจ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการพัฒนาผลงานเชิงวิเคราะห์ เรื่อง “ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ : บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง”

ในการนี้ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พิจารณาเห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ นางสาวบุญชิ้น อิ่มมาก ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษรวมศัลยกรรม และหัวหน้าหน่วยออสโตเมติก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือบทความวิชาการ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือผลงานวิชาการดังกล่าว คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรวุฒิ ลิ้มหะกร)

รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดี

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล
โทร. ๐ ๒๖๔๔ ๓๐๔๒
โทรสาร ๐ ๒๖๔๔ ๓๖๕๒
www.vajira.ac.th/nurse

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล.....
หัวหน้าสาขาการพยาบาล.....
ผู้ตรวจทาน.....
ผู้พิมพ์.....



ที่ นมร. ๐๓๑๒/ ๖๕๔๗

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๖๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือบทความวิชาการ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างบทความวิเคราะห์ ๑ ชุด
๒. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิเคราะห์ ๑ ชุด

ด้วย นางสาวฉัตรพรณ ยอดกลกิจ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการพัฒนาผลงานเชิงวิเคราะห์ เรื่อง “ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ : บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง”

ในการนี้ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พิจารณาเห็นว่า บุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ นางสาวจิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี ตำแหน่งผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพผลงานเชิงวิเคราะห์ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ บทความวิชาการดังกล่าว คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรวิทย์ ลิ้มหะกร)

รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดี
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล
โทร. ๐ ๒๒๕๔ ๓๐๘๐๒
โทรสาร ๐ ๒๒๕๔ ๓๐๘๐๓
www.vajira.ac.th/nurse

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล.....
หัวหน้าสาขาการพยาบาล.....
ผู้ตรวจทาน.....
ผู้พิมพ์.....

ภาคผนวก ข
แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความและ / หรือระบุข้อความลงในช่องว่าง

ข้อมูลทั่วไป

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย
3. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส
☐ หม้าย / หย่า / แยก
4. วุฒิกการศึกษา ☐ ต่ำกว่าปริญญาตรีหรือสูงกว่า ☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. อาชีพ ☐ รับราชการ ☐ รับจ้าง / ค้าขาย
☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ อื่นๆ
6. ภูมิลำเนา ☐ กรุงเทพมหานคร / ปริมณฑล
☐ อื่นๆ
7. สิทธิการรักษา ☐ เงินสด ☐ ต้นสังกัด / ประกันสังคม
☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อมูลการรักษา

1. โรคที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
☐ colonic polyp ☐ bowel obstruction
☐ diverticulitis ☐ colorectal carcinoma
2. โรคประจำตัว ☐ มี ระบุ.....
☐ ไม่มี
3. การเปิดทวารใหม่
☐ มี ชนิด ☐ ไม่มี
4. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ รับ-จำหน่ายวัน
ระยะเวลาการนอนรอผ่าตัดวัน
ค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นบาท

ปัญหาสุขภาพขณะอยู่โรงพยาบาล

1. ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ specific | ☐ complicate |
| ☐ anastomosis leakage | ☐ pneumonia |
| ☐ intraabdominal bleeding | ☐ atelectasis |
| ☐ intraabdominal collection | ☐ bowel ileus |
| | ☐ DVT |

2. ภาวะแทรกซ้อนของทวารใหม่

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| ☐ ischemic | ☐ bleeding | ☐ skin excoriation |
| ☐ retraction | ☐ mucocutaneous separation | |

3. การผ่าตัดซ้ำ

- | | |
|--|---|
| ☐ colonic resection | ☐ detachment anastomosis |
| ☐ explorlaparotomy with remove bleeding | |

4. การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|
| ☐ superficial | ☐ deep | ☐ intraabdominal infection |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|

5. การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ upper tract | ☐ lower tract |
|--------------------------------------|--------------------------------------|

ข้อมูลการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1 เดือน

1. เข้ารับการรักษาซ้ำใน 28 วัน

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| ☐ เกิด | ☐ ไม่เกิด |
|-------------------------------|----------------------------------|

2. การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|
| ☐ superficial | ☐ deep | ☐ intra abdominal infection |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|

3. ภาวะแทรกซ้อนของทวารใหม่

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| ☐ มี ระบุ..... | ☐ ไม่มี |
|---------------------------------------|--------------------------------|

4. ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด

มา ไม่มา เหตุผล.....

ส่วนที่ 2 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาให้ท่านสำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย X ในช่องคำตอบที่เหมาะสมเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก

- ไม่เลย** หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
- เล็กน้อย** หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย ไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่
- ปานกลาง** หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ
- มาก** หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี
- มากที่สุด** หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ข้อความ	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักเพียงใด					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					

ข้อที่	ข้อความ	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ มามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา แค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่านมากน้อย เพียงใด (การคมนาคม)					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตของท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการ ทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมี เพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ใน ระดับใด					

ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด
(การพยาบาลปกติ และการพยาบาลตามแนวทาง
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง)

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัด

หัวข้อ	กิจกรรม	ผลลัพธ์	การพยาบาล แบบปกติ	แนวทาง APN
☐ การขอคำ ยินยอม เข้ารับการ รักษา	☐ ให้ข้อมูล/ ให้ความรู้ / ให้ คำปรึกษา เกี่ยวกับแนวทางการ รักษา พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม ☐ ซักประวัติอาการและการเจ็บป่วย	☐ ผู้ป่วยเซ็นชื่อ ยินยอมเข้ารับ การรักษา	✓	
☐ การเตรียมความ พร้อมด้านร่างกาย และจิตใจทั่วไป	☐ ประเมินและบันทึกภาวะสุขภาพ ☐ ชั่งน้ำหนัก ☐ วัดสัญญาณชีพ ☐ ประเมินผล lab, xray, EKG ☐ งดยาละลายลิ่มเลือด ☐ งดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ มากกว่า 1 เดือน ☐ เตรียมลำไส้ให้ว่างและสะอาด (เฉพาะในรายที่จำเป็น) ☐ งดให้ยาที่มีฤทธิ์กดประสาท ☐ สวมถุงน่อง ที่มีแรงกดระดับกลาง (stocking) อย่างน้อย 28 วัน ☐ ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ระหว่าง 30-60 นาทีก่อนผ่าตัด และ ให้ซ้ำเมื่อมีระยะเวลาการผ่าตัด ยาวนานกว่าครึ่งชีวิตของยา ☐ ทำความสะอาดผิวหนังด้วย chlorhexidine-alcohol ☐ การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง : ระวัง ความรู้สึกด้วยวิธี epidural blocks	☐ ผู้ป่วยมีความ พร้อมและได้รับ การผ่าตัดตาม แผนการรักษา	✓	
☐ การเตรียมความ พร้อมด้านร่างกาย และข้อมูลแนว ทางการรักษา	☐ การผ่าตัดแบบส่องกล้อง : ระวัง ความรู้สึกด้วยวิธี spinal analgesia หรือ morphine PCA ☐ ใส่ท่อระบายน้ำในช่องท้อง (drain) เฉพาะในรายที่จำเป็น		✓	✓ โดยนำข้อมูล conference ร่วมกับทีมแพทย์

หัวข้อ	กิจกรรม	ผลลัพธ์	การพยาบาล แบบปกติ	แนวทาง APN
	☐ ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็ว การประเมินอาการปวด และการเคี้ยว หมากฝรั่ง เป็นต้น			
☐ โภชนาการ	☐ กินอาหารธรรมดา ☐ กินอาหารทางการแพทย์ ☐ ประเมินระดับภาวะทุพโภชนาการ	☐ ไม่เกิดภาวะ ทุพโภชนาการ	✓	
☐ ความรู้/ความ เข้าใจ เกี่ยวกับการ รักษา	☐ ประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับการ ผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	☐ ผู้ป่วยเข้าใจ การรักษาและให้ ความร่วมมือ	✓	✓ ใช้กระบวนการ ให้คำปรึกษาเป็น รายบุคคล พร้อม ครอบครัว พร้อม ทำแบบประเมิน ก่อนหลังการ "ได้รับความรู้" ทุกราย
☐ สภาวะทางจิต สังคมเกี่ยวกับการมี ทวารใหม่	☐ ประเมินความพร้อมด้านจิตใจ เกี่ยวกับการมีทวารใหม่	☐ ผู้ป่วยเข้าใจ เกี่ยวกับการมี ทวารใหม่	✓	✓ ใช้กระบวนการ ให้คำปรึกษาเป็น รายบุคคล พร้อม ครอบครัว พร้อม ทำแบบประเมิน ก่อนหลังการ "ได้รับความรู้" ทุกราย
☐ การขอ คำปรึกษา	☐ ET nurse ☐ rehab ☐ cardio medicine ☐ anesthesia	☐ ได้รับการดูแลแบบสหสาขา วิชาชีพ	✓	

หัวข้อ	กิจกรรม	ผลลัพธ์	การพยาบาล แบบปกติ	แนวทาง APN
☐ การกำหนด ตำแหน่งช่องเปิด ที่หน้าท้อง	☐ ร่วมกับผู้ป่วยกำหนดความ เหมาะสมของตำแหน่งช่องเปิด ที่หน้าท้อง	☐ ช่องเปิด ลำไส้อยู่ใน ตำแหน่งที่ เหมาะสมกับ ชนิดการผ่าตัด และผู้ป่วย ดูแลง่าย		✓

ระยะหลังผ่าตัด

หัวข้อ	กิจกรรม	ผลลัพธ์	การพยาบาล ปกติ	แนวทาง APN
☐ อาการผิดปกติ จากการได้รับยา ระงับความรู้สึก	☐ จัดให้นอนราบหนุนหมอน ประเมินความผิดปกติของ สัญญาณ ชีพ และให้การแก้ไข เมื่อพบ ความผิดปกติประเมินการ เสียเลือดที่แผลผ่าตัด และท่อ ระบาย (ถ้ามี) ☐ ให้อาา ondasetron 4 mg เมื่อมี อาการคลื่นไส้ อาเจียนตาม แผนการรักษาของแพทย์	☐ ผู้ป่วย ปลอดภัยจาก การระงับ ความรู้สึก	✓	✓ โดยนำข้อมูล conference ร่วมกับทีม แพทย์
☐ การรับประ ทาน อาหาร	☐ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลว และน้ำ 1 ลิตร วันแรกหลังผ่าตัด ☐ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร อ่อน และน้ำ 2 ลิตร วันที่ 2 หลัง ผ่าตัด ☐ ชั่งน้ำหนักตัว	☐ ผู้ป่วย สามารถฟื้นตัว ได้เร็วจากการ ผ่าตัด	✓	
☐ สารน้ำทาง หลอดเลือดดำ	☐ หยุดการให้สารน้ำ ไม่เกิน 4 ชม.หลังผ่าตัด ตามแผนการรักษา	☐ ผู้ป่วย สามารถฟื้นตัว ได้เร็วจาก การ ผ่าตัด	✓	

หัวข้อ	กิจกรรม	ผลลัพธ์	การพยาบาล ปกติ	แนวทาง APN
☐ ความปวด	☐ ให้ยาแก้ปวดชนิด NSAID, paracetamol ตามแผนการรักษา ☐ ประเมินความปวดด้วย Numeric rating scale อย่างต่อเนื่องทุก 4 ชม. รวมทั้งก่อนและหลัง ให้ยาระงับปวด	☐ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการรักษา และให้ความร่วมมือ	✓	
☐ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	☐ ประเมินการซึมเปื้อนของผ้าปิดแผลทุกเวร และทำความสะอาดแผล ทันทีเมื่อพบการเปื้อนสิ่ง ขั้วถ่ายจากทวารใหม่กรณีแผลผ่าตัดเป็น primary intention ทำความสะอาดแผลด้วย NSS หลังจากนั้นเปลี่ยนแผลตามความเหมาะสมอย่างน้อยวันละครั้ง กรณีแผลผ่าตัดเป็น secondary intension ทำแผลด้วย NSS อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ☐ ประเมินการซึมเปื้อนของท่อระบายทุกเวร และทำความสะอาดท่อระบายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และสังเกตลักษณะของสารคัดหลั่งที่ระบายออกมา ☐ ประเมินลักษณะผิดปกติ วางแผนและเลือกวิธีที่เหมาะสมในการดูแลแผลที่ผิดปกติและติดตาม ประเมินผล	☐ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการมีทวารใหม่	✓	

หัวข้อ	กิจกรรม	ผลลัพธ์	การพยาบาล ปกติ	แนวทาง APN
☐ ความผิดปกติ ของ ทวารใหม่และ ผิวหนังโดยรอบ	☐ ปิดครอบทวารใหม่ด้วยถุง รองรับสีโปรงใสกรณี colostomy / ileostomy ใช้ถุงรองรับแบบชั้นเดียว กรณี ileal conduit ใช้ถุงรองรับแบบ 2 ชั้น และต่อปลายถุงกับ urine bag ☐ สังเกตสีของทวารใหม่ทุกเวอร์ ☐ ประเมินลักษณะของทวารใหม่ ผิวหนังโดยรอบทุกครั้งที่เปลี่ยน อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย ☐ กรณีปิดถุงอุปกรณ์รองรับลำบาก เช่น ผิวหนังไม่เรียบ ร้าวซึมบ่อย และเมื่อพบความผิดปกติของทวาร ใหม่หรือผิวหนังโดยรอบทวารใหม่ เช่น ทวารใหม่หดรั้ง รอยแยกของ ทวารใหม่กับผิวหนัง ผิวหนัง โดยรอบทวารใหม่มีการ ระคายเคือง รอยแดง ผื่น เป็นต้น ☐ วางแผนการดูแลกรณีปิด อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายลำบาก ความผิด ปกติของทวารใหม่และ ผิวหนังโดย รอบ และติดตาม ประเมินผล	☐ ช่องเปิด ลำไส้ อยู่ใน ตำแหน่งที่ เหมาะสมกับ ชนิด การผ่าตัด และผู้ป่วยดูแล ง่าย	✓	☒ ฝึกทักษะการใช้ มือสัมผัสตาม โปรแกรมเป็น รายบุคคล
☐ การทำงานของ ลำไส้	☐ คลื่นหยาบถี่ ☐ ประเมินการทำงานของลำไส้ (Bowel sound)	☐ มี bowel sound		☒ นำโปรแกรม การคลื่นหยาบ ถี่ให้ผู้ป่วย ปฏิบัติ รวมถึง การร่วมประเมิน การทำงานของ ลำไส้พร้อม แพทย์เจ้าของไข้

หัวข้อ	กิจกรรม	ผลลัพธ์	การพยาบาล ปกติ	แนวทาง APN
☐ การทำงานของ ลำไส้	☐ ถอดสายNGtube หลังผ่าตัดวันแรก ☐ รักษาสมดุลน้ำเข้า - ออก ของร่างกาย	☐ มี bowel sound	✓	
☐ การเคลื่อนไหว	☐ ลุกบนเตียงหลังผ่าตัดวันแรก ☐ ลุกเดิน หลังผ่าตัด วันที่ 2	☐ มี bowel sound		✓ นำโปรแกรม การกระตุ้น การเคลื่อนไหว ลงปฏิบัติกับ ผู้ป่วย และ ประเมิน ความสามารถ ของร่างกายก่อน และหลังผ่าตัด
☐ ระบบทางเดิน ปัสสาวะ	☐ ถอดสายสวนปัสสาวะหลัง ผ่าตัด วันแรก ☐ ดูแลสายสวนปัสสาวะตาม มาตรฐานวิชาชีพ	☐ ไม่เกิด ภาวะติดเชื้อ ระบบทางเดิน ปัสสาวะ	✓	
☐ การฟื้นตัวของ ร่างกาย	☐ ประเมินอาหารแน่นอึดอัดท้อง และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบ ความผิดปกติ	☐ ผู้ป่วยไม่เกิด ภาวะลำไส้ไม่ ทำงาน	✓	✓ ประเมินภาวะ ลำไส้ไม่ทำงาน การฟัง bowel sound พร้อมนำ ข้อมูลเข้า conference ร่วมกับทีม แพทย์
☐ การทำงานของ ระบบทางเดิน อาหาร	☐ วันที่ 1 หลังผ่าตัด สอนสาธิตการระบายสิ่งขับถ่าย การล้างอุ้งรงรับสิ่งขับถ่าย การสังเกตความเปลี่ยนแปลงของ ทวารใหม่ และการป้องกันอุ้งร่วซึม	☐ ผู้ป่วยและ ญาติสามารถ ดูแลทวารใหม่ ได้ถูกต้อง		✓ นำโปรแกรม การสอน สาธิต การดูแล ทวารใหม่ลง ปฏิบัติกับผู้ป่วย

หัวข้อ	กิจกรรม	ผลลัพธ์	การพยาบาล ปกติ	แนวทาง APN
	☐ วันที่ 2 หลังผ่าตัด ล้างถุงโดยให้ผู้ป่วย / ญาติมีส่วนร่วมปฏิบัติ ☐ วันที่ 3 หลังผ่าตัด สอนสาธิตการทำความสะอาดทวาร เทียมและผิวหนังโดยรอบ การ เตรียมอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย ☐ วันที่ 4-6 หลังผ่าตัด ติดตามประเมินการปฏิบัติของผู้ป่วย / ญาติ เรื่องการล้างถุง และการสังเกต ความผิดปกติ			และครอบครัว พร้อม ประเมินผลทั้ง ด้าน กระบวนการ และผลลัพธ์เพื่อ ติดตาม
☐ สถานะทางจิต สังคมหลังผ่าตัด	☐ ประเมิน ให้การดูแล ให้ คำปรึกษาปัญหาทางจิตสังคม รายงานแพทย์เพื่อส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ในรายที่มีปัญหา	☐ ผู้ป่วยมี ทัศนคติที่ดีต่อ การรักษา	✓	

ระยะก่อนกลับบ้าน

หัวข้อ	กิจกรรม	ผลลัพธ์	การพยาบาล ปกติ	แนวทาง APN
☐ ความพร้อมด้าน ร่างกาย จิตสังคม ครอบครัว ก่อน จำหน่าย	☐ พูดคุย ชักถาม ให้กำลังใจ และความมั่นใจกับ ผู้ป่วยและ ครอบครัว	☐ ผู้ป่วยและ ญาติสามารถ ดูแลต่อเนื่องที่ บ้าน	✓	
☐ ความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับ การ ดูแลแผล	☐ สอนการดูแลแผล การ ประเมินภาวะผิดปกติ	☐ แผลไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน	✓	✓ สร้างแนวทาง การดูแลแผล ผ่าตัดลำไส้และ ให้ความรู้ ทักษะในการ ดูแลบาดแผล

หัวข้อ	กิจกรรม	ผลลัพธ์	การพยาบาล ปกติ	แนวทาง APN
☐ การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน	☐ ให้ข้อมูลการดูแลตนเองเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การอาบน้ำ การเดินทาง การออกกำลังกาย และการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น	☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารใหม่	✓	
☐ การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	☐ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของทวารใหม่	☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารใหม่		✓ สร้างแนวทางการรายงานความผิดปกติของทวารใหม่ และฝึกทักษะการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนชนิดต่าง ๆ
☐ การรักษาที่ต่อเนื่อง	☐ ควบคุมอาการปวดด้วยยาชนิดกิน ☐ ประเมินการรับประทานอาหารและน้ำได้ ☐ ให้ข้อมูลเรื่องการรักษาต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด การได้รับยาเคมีบำบัดหรือการฉายแสง เป็นต้น	☐ ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจต่อการรับบริการ		✓ พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยผ่านช่องทางออนไลน์ (telehealth) ในการติดตามประเมินอาการต่อเนื่อง

ระยะหลังจำหน่าย

หัวข้อ	กิจกรรม	ผลลัพธ์	การพยาบาล ปกติ	แนวทาง APN
☐ การปรับตัวเพื่อ การดูแลต่อเนื่อง	☐ ติดตามผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วย นอกวันมาตรวจรักษาตามนัด ☐ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (telephone visit) ☐ ส่งเสริมให้เข้าร่วมกลุ่ม มิตรภาพ บำบัด (self help group)	☐ ผู้ป่วย/ญาติ สามารถดำเนิน ชีวิตอย่างผาสุก		☒ พัฒนาแนวทาง การรับปรึกษา ทั้งในระบบการ ติดตามปกติ ระบบออนไลน์ (line application) ระบบ telehealth และการพัฒนา กลุ่มเพื่อนช่วย เพื่อนออสโตเมท
☐ การป้องกันและ แก้ไข ภาวะแทรกซ้อน ขณะได้รับการ รักษาอื่นเสริม	☐ สอน/ให้ข้อมูล/แก้ปัญหา เกี่ยวกับ การดูแลทวารใหม่เมื่อ เกิดภาวะแทรกซ้อน	☐ ไม่เกิด ภาวะแทรก ซ้อน		☒ จัดทำ Check list สำหรับ เฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน

ภาคผนวก ง
ประวัติผู้ศึกษา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อสกุล	นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ
วัน เดือน ปี เกิด	31 ตุลาคม 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	5/696 หมู่ 10 ตำบล บางตลาด อำเภอ ปากเกร็ด จังหวัด นนทบุรี
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2541-2548	พยาบาลวิชาชีพ 3-6 (ด้านการพยาบาล) ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์
พ.ศ. 2548-2555	พยาบาลวิชาชีพ 6 ว – 7 วช (ด้านการพยาบาล) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2555-2561	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
พ.ศ. 2561-ปัจจุบัน	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2541	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ (มหาวิทยาลัยมหิดล) (ประเทศไทย)
พ.ศ. 2548	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
พ.ศ. 2560	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ระดับวุฒิบัตร การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แขนงโรคเรื้อรัง (สภากาการพยาบาล ประเทศไทย)