

กระบวนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก หลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม: บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

รพีพัฒน์ รักกุลศล¹ นัฐธรมภาพร ธนปิยวัฒน์^{2*} มาริษา โกมุกกลาง³

รับบทความ: 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568/ แก้ไขบทความ: 19 มีนาคม พ.ศ. 2568/ ตอบรับบทความ: 22 เมษายน พ.ศ. 2568

บทคัดย่อ

การเยี่ยมบ้านเป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับชุมชนที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความท้าทายทั้งทางร่างกายและจิตใจ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายกระบวนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเน้นบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ การเยี่ยมบ้านยังช่วยให้สามารถประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคลได้ ผลที่ได้จากกระบวนการเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, ทวารเทียม, พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา E-mail: rapeepat_rak@nmc.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

³ พยาบาลเฉพาะทางดูแลแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
E-mail: marisakungnang.mk@gmail.com

* ผู้รับผิดชอบบทความ: E-mail: Nthanapiyawat@nmc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ : 081 551 6529

Home Visit Process for Colorectal Cancer Patients After Ostomy Surgery : The Role of Community Nurse Practitioners

Rapeepat Rakguson¹ Natrampaporn Thanapiyawat^{2*} Marisa Komutklang³

Received: 14 February 2025/ Revised: 19 March 2025/ Accepted: 22 April 2025

Abstract

Home visits play a crucial role in the care of colorectal cancer patients after ostomy surgery, particularly in community settings where patients face physical and psychological challenges. This article aims to describe the home visit process for these patients, emphasizing the role of community nurse practitioners in providing continuous care. Nurses play a vital role in educating patients about ostomy care, preventing complications, providing psychological support, and enhancing patients' quality of life. Additionally, home visits allow for assessing patients' living environments and providing personalized recommendations tailored to their specific contexts. An effective home visit process helps boost patients' and families' confidence in self-care, reduces complications, and ultimately improves the overall quality of life for colorectal cancer patients after ostomy surgery.

Keywords: Home visit, Colorectal cancer, Ostomy, Community nurse practitioners

¹ Lecturer of Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima College

² Assistant Professor of Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima College

³ Enterostomal Therapy Nurse, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

* Corresponding author: E-mail: Nthanapiyawat@nmc.ac.th Tel: 081 551 6529

บทนำ

มะเร็งลำไส้และทวารหนัก (Colorectal cancer) เป็นการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคหรือความผิดปกติของเนื้อเยื่อบริเวณลำไส้แล้วพัฒนาเป็นก้อนมะเร็งในที่สุด พบได้มากเป็นอันดับ 3 ของโลก รองจากมะเร็งตับและถุงน้ำดี และมะเร็งปอด โดยในปี 2563 ที่ผ่านมามีการรายงานผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักรายใหม่เกือบ 2 ล้านคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 จากการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี 2040 จะมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้และทวารหนักสูงถึง 1.6 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทย มะเร็งลำไส้และทวารหนักพบอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 3 ของมะเร็งที่พบในเพศชาย รองลงมาจาก มะเร็งตับและมะเร็งปอด ส่วนในเพศหญิงพบอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 4 รองมาจากมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งตับและถุงน้ำดี และอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักในไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและหญิง ซึ่งนับว่ามะเร็งลำไส้และทวารหนักนั้นยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ยังคงพบผู้ป่วยรายใหม่อย่างต่อเนื่อง (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567)

แม้ในปัจจุบันจะยังไม่สามารถระบุได้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้และทวารที่แน่ชัดได้ แต่การมีค่านในครอบครัวหรือญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งก็นำมาซึ่งปัจจัยเสี่ยงสูงที่จะมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมมาสู่รุ่นต่อมา (มนตรี นาทประยุทธ์, 2564) โดยที่อาจเป็นมาแต่กำเนิด หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะพฤติกรรมการกิน หรือแม้กระทั่งโรคหรือการระคายเคืองของเนื้อเยื่อบางอย่างที่เกิดขึ้นในส่วนของลำไส้และทวารหนัก ซึ่งในระยะแรกผู้ป่วยมักจะมีอาการไม่สุขสบายท้อง ท้องผูก การขับถ่ายอุจจาระผิดปกติไปจากเดิม ปวดเบ่ง หรือแม้กระทั่งการรู้สึกถ่ายไม่สุด (มัสยา โปรตเจริญ และคณะ, 2562) ระยะนี้ผู้ป่วยมักไม่ทันสังเกตตัวเอง แต่จะเริ่มรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเมื่อเริ่มมีอาการ ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดหรือเป็นเลือดแดงสด อุจจาระลำบาก ก้อนอุจจาระมีขนาดเล็กกลายซี่กระต่าย ชืด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คลำพบบก้อนที่หน้าท้อง (บุศรา ชัยทัศน์, 2559) หรือผู้ป่วยเองอาจจะไม่ทันสังเกตพบความผิดปกติใด ๆ เลยก็ได้ ปัจจุบันมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (stool occult blood) เพราะมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า หลังจากนั้นผู้ป่วยจะถูกตรวจวินิจฉัยด้วยการเจาะ CEA enzyme และ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ การส่องกล้องทางทวาร (colonoscopy) ร่วมกับการถ่ายภาพเอกซเรย์ด้วยการสวนแป้งทางทวาร (barium enema) การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (CT whole abdomen) ตามข้อบ่งชี้ เพื่อหาระยะของการเจ็บป่วย และเพื่อตัดสินใจในการเลือกใช้วิธีการรักษาที่เหมาะสม (รัชดา แก้วอินชัย และ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2562)

ซึ่งในปัจจุบันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ตามระบบ Dukes' classification โดยเริ่มนับตั้งแต่การพบก้อนมะเร็งอยู่ที่ผนังลำไส้ใหญ่เท่านั้น (Dukes' A)

มะเร็งลูกกลมทะเลผืนน้ำลำไส้ใหญ่ (Dukes'B) มะเร็งลูกกลมไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง (Dukes'C) และท้ายที่สุดมะเร็งจะแพร่ไปยังอวัยวะอื่นๆ ในที่สุด (Akkoca et al., 2014) และไม่สามารถขับถ่าย อุจจาระทางทวารปกติได้ การผ่าตัดจึงเป็นตัวเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีก้อนหรือรอยโรคขวางทางเดินอาหาร การผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องจะ ช่วยลดการอุดตันของทางเดินอาหารที่เกิดจากก้อนมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ อย่างปกติ

ภายหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจะต้องเผชิญความเครียด ความวิตกกังวลในทุกๆระยะของการเจ็บป่วย นับตั้งแต่การสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตัวเอง การได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง การรับรู้ว่าจะต้องเข้ารับการผ่าตัด และที่สำคัญคือการปรับตัวภายหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (กฤษยา ไกรโสตา และคณะ, 2565) แม้ว่าการได้รับคำแนะนำผ่านการสาธิต การใช้สื่อวีดิทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะทำให้ผู้ป่วยและญาติจะสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม แต่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียมจะสามารถกลับไปอยู่บ้านได้ ต้องเผชิญความท้าทายใหม่ในการปรับวิถีการบริโภคอาหาร การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณโดยรอบทวารเทียม ความกังวลเรื่องกลิ่นอุจจาระเมื่ออยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน การกำจัดอุจจาระที่ออกจากทวารเทียม ที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ความรู้ของผู้ป่วยและญาติ ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว (ประกายดาว สุทธิ และคณะ, 2558) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่จะต้องให้การดูแลเมื่อลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน แต่ปัจจุบันการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียม นั้นเป็นสิ่งที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนอาจไม่ได้พบเจอบ่อยนัก ทำให้ขาดความชำนาญในการดูแลเฉพาะโรค โดยเฉพาะการดูแลแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องในระยะแรกที่ยังผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

หากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถให้การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก ภายหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการเยี่ยมบ้านตั้งแต่ในระยะแรกที่กลับมาอยู่บ้านจะช่วยให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถให้การพยาบาลได้อย่างรอบด้าน เสริมสร้างความแข็งแกร่ง ความมั่นใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักได้เป็นอย่างดี (จรัสพร วิลัยสัย และคณะ, 2565; เนตรทิพย์ เจริญสุข และคณะ, 2567) สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างใกล้เคียงกับช่วงก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม

1. การเยี่ยมบ้าน

1.1 ความหมายของการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุขแก่ผู้ที่มีภาวะสุขภาพปกติ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ให้ความรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น (โสภารัตน อินตะเผือก และ วรารณ ทิพย์วาริรัมย์, 2562)

เป็นการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีลำดับขั้นตอนในการนำแนวคิดของกระบวนการพยาบาลมาวางแผนให้เกิดผลชัดเจนตามจุดมุ่งหมาย ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการตนเอง มุ่งแก้ไขประเด็นปัญหาสุขภาพของบุคคลในครอบครัว กิจกรรมที่ใช้เป็นรูปแบบชัดเจน คือ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน (home visit) (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2566)

การเยี่ยมบ้านจึงเป็นเครื่องมือที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นำมาใช้ในการดูแลครอบครัว และใช้แก้ปัญหาได้ เนื่องจากการเยี่ยมบ้านนั้นจะทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติเห็นปัญหาที่กว้าง แม้จะเป็นปัญหาที่เคยพบมาแล้ว แต่การแก้ไขปัญหาก็จะแตกต่างกัน เพราะบุคคลในชุมชนมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นการศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจ หรือแม้กระทั่ง ความเชื่อ การติดตามเยี่ยมบ้านของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถยอมรับ และปรับตัวให้เข้ากับบริบทที่ครอบครัวกำลังเผชิญอยู่ได้อย่างมั่นใจและรวดเร็ว ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยต้องเป็นการทำงานประสานกันระหว่างพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและพยาบาลเฉพาะทางด้านแผลและโคลอสโตมี้ โดยมุ่งเน้นให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณภายใต้บริบทสังคมนั้น ๆ ที่กำลังเผชิญ โดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว ที่ประกอบไปด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของครอบครัว การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล มาใช้เป็นหลักในการดูแลและส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เข้ากับบริบทสังคมที่ครอบครัวกำลังเผชิญให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ควบคู่ไปกับการมีทวาทะเทียมทางหน้าท้อง

2. การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดทวาทะเทียมที่หน้าท้อง

การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดทวาทะเทียมที่หน้าท้อง จะแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการเตรียมการก่อนการเยี่ยมบ้าน 2) ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้าน และ 3) ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน ดังนี้ (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2566; โสภพรรณ อินตะเพือก และ วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์, 2562)

2.1 ขั้นตอนการเตรียมการก่อนการเยี่ยมบ้าน

ในขั้นตอนนี้พยาบาลควรเน้นบทบาทการเป็นผู้ประสานงานเข้าเยี่ยมกับผู้รับบริการและสมาชิกครอบครัวและศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับบริการเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมแต่ละครั้ง และสามารถเลือกวิธีการเยี่ยมบ้านที่เหมาะสม เช่น การโทรเยี่ยม การวิดีโอคอล เป็นต้น หากประเมินแล้วจำเป็นต้องเยี่ยมให้ทำการนัดหมายวัน และเวลา ล่วงหน้าก่อนการเยี่ยม ข้อควรระวังในการเยี่ยมบ้านของพยาบาล ควรระมัดระวังการใช้ภาษาในการสื่อสาร เนื่องจากเป็นสิ่งที่มีความไวต่อความรู้สึก และเป็นการลงพื้นที่บ้านของผู้ป่วย ที่ญาติหรือบุคคลโดยรอบสามารถเก็บข้อมูล เช่น การถ่ายวิดีโอ การอัดเสียง การสนทนาซึ่งอาจเผยแพร่ต่อสาธารณะได้ (นิสากร วิบูลชัย และ ชชาติ ไทยเจริญ, 2563)

2.2 ขั้นตอนขณะเย็บบ้าน

ในขั้นตอนนี้พยาบาลควรเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว รวมถึงการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (โสภภาพรณ อินตะเผือก และ วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์, 2562; วันดี สาราชาษฎ์, 2561) ดังนี้

1) การประเมินสภาพ (assessment) การประเมินสภาพนั้นเป็นขั้นตอนแรกหลังผ่าตัดในระยะแรก ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลจำเป็นต้องให้การดูแล ตลอดจนการประเมินในระยะแรกหลังผ่าตัดที่กลับมาอยู่บ้าน โดยพยาบาลเย็บบ้านจำเป็นต้องประเมินอย่างเป็นองค์รวม ทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้พยาบาลเย็บบ้านจำเป็นต้องมีความรู้ในการประเมินแผลโคลอสโตมี เป็นอันดับแรก โดยเริ่มตั้งแต่

1.1 การประเมิน stoma type ว่าบริเวณรูเปิดทวารเทียมนั้นเป็นรูปแบบใดเช่น แบบยกส่วนปลายลำไส้ส่วนต้นมาเปิด (end colostomy) แบบห้ววง หรือ แบบยกทวารเทียมทางหน้าท้องทั้ง 2 รู โดยที่ลำไส้ไม่ขาดออกจากกัน (loop colostomy) แบบตัดลำไส้ออกจากกันแล้วยกทวารเทียมทั้ง 2 รู (double barrel colostomy)

1.2 การประเมินลักษณะของ stoma ได้แก่

- สี (color) ดูว่าสีของ Stoma นั้นเป็นอย่างไร เช่น สีชมพู (pink) มีความชุ่มชื้น สีแดง (beefy red) สีชมพูซีด (pale pink) หากมีสีม่วงคล้ำหรือดำคล้ำ (dark) แสดงถึงภาวะเริ่มขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งโดยปกติควรจะมีสีชมพูอมแดง มันวาว มีเมือกปกคลุม และไม่มีความรู้สึกเจ็บ

- รูปร่าง (shape) โดยประเมินรูปร่างที่มองเห็นจากภายนอก เช่น กลม (round) วงรี (oval) ไม่เป็นทั้งทรงกลมและทรงรี irregular) เพื่อพิจารณาเลือกชนิดและขนาดของถุงให้เหมาะสม

- ขนาด (size) โดยประเมินจากเส้นผ่านศูนย์กลางของ Stoma ในระยะแรกหลังผ่าตัด ทวารเทียมทางหน้าท้องใหม่อาจจะมีการบวม และขนาดจะเล็กลงและคงที่หลังจากนั้นประมาณ 2-3 สัปดาห์

- ความสูง (height) ประเมินโดยการเทียบกับพื้นผิวรอบข้าง stoma หากพบว่า สูงเหนือระดับผิวหนังประมาณ 1.5-2.5 เซนติเมตร เรียกว่า protruding จะช่วยให้อุจจาระไหลลงถุงได้สะดวก หากอยู่ระดับเดียวกับผิวหนัง (flush) โอกาสที่อุจจาระไหลลงถุงจะค่อนข้างยาก อุจจาระจะซึมอยู่ใต้ถุง ทำให้ถุงหลุดได้ง่าย (ศิริพรรณ ภมรพล, 2561; บุศรา ชัยทัศน์, 2556) และกรณีที่ stoma ยื่นออกมามาก เรียกว่า prolapsed ซึ่งนับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้

- รอยเย็บระหว่าง stoma กับผิวหนัง (mucocutaneous suture line) ซึ่งปกติจะติดกัน ไม่มีรอยแยก (intact) แต่หากมีรอยแยกจะเรียกว่า separation และหากมีรอยแยก พยาบาลควรระบุตำแหน่งที่มีรอยแยก โดยใช้เข็มนาฬิกาเป็นตัวบอกตำแหน่ง เช่น separation 2 O'clock

- ผิวหนังโดยรอบ stoma (peristomal skin) โดยปกติผิวหนังโดยรอบจะมีสีเดียวกับผิวหนังหน้าท้องอื่นๆ ไม่มีรอยแดง ไม่มีผื่น
- ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (complication) เช่น ลำไส้บวม (edema) ไส้เลื่อน (hernia) การขาดเลือดมาเลี้ยง (stoma ischemia) เลือดออก (bleeding) ลำไส้เน่าตาย (stoma necrosis) ลำไส้ตีบแคบ (stoma stenosis)
- ลักษณะของเหลวที่ขับออกมาทางทวารเทียม (pouching product) มีสีและกลิ่นที่ผิดปกติหรือไม่

1.3 การประเมินทางด้านสภาพจิตใจ การประเมินทางด้านสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัยและวางแผนในการผ่าตัด ตลอดจนถึงระยะหลังผ่าตัด ที่ผู้ป่วยยังคงต้องเผชิญกับสภาพจิตใจที่อ่อนไหว เกิดความวิตกกังวลในการดูแลตัวเอง ความไม่พึงพอใจในการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป (ชลยา อรรถาภินันท์ และ พีรพน ลือบุญธวัชชัย, 2560)

ผู้ป่วยจะต้องเผชิญความสูญเสียและเศร้าโศก (loss and grief) 4 ระยะ คือ ระยะปฏิเสธ (denial) ปฏิเสธว่าเรื่องที่เกิดขึ้นไม่ใช่เรื่องจริง เป็นไปไม่ได้ที่จะป่วย อาการนี้มักจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ ระยะโกรธ (anger) โกรธต่อการป่วยในครั้งนี้ และมักจะโทษสิ่งต่างๆ รอบตัวที่ทำให้ตัวเองป่วย เช่น พระเจ้า โชคชะตา บุญกรรมในอดีตชาติ ความโกรธที่เกิดขึ้นจะค่อยๆ ดีขึ้นได้เอง ระยะต่อรอง (bargaining) ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะแสวงหาเหตุผลมาใช้ในการต่อรองเพื่อปลอบใจตัวเอง หรือเพื่อยื้อเวลาในการตัดสินใจต่างๆ ระยะซึมเศร้า (depression) ผู้ป่วยมักจะเริ่มสงบลง แยกตัว และแสดงความรู้สึกเสียใจต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ระยะนี้พยาบาลเยี่ยมบ้านจำเป็นจะต้องให้ความสำคัญเนื่องจากเป็นระยะที่อาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองและผู้อื่นได้ และสุดท้ายผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะยอมรับ (acceptance) คือยอมรับการสูญเสีย ยอมรับข้อมูลข่าวสาร และปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตต่อไปได้ (ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ, 2556)

การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์หลังการผ่าตัดเป็นอุปสรรคในการเข้าสังคม ทำให้ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างลดลง (ชลยา อรรถาภินันท์ และ พีรพน ลือบุญธวัชชัย, 2560) รู้สึกเขินอาย ไม่มั่นใจ กังวลเรื่องกลิ่น อุปกรณ์เล็ดลอด เมื่อจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่น (ศิริพรรณ ภมรพล, 2561) แต่ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จะคลี่คลายลงได้ เมื่อได้รับการให้ความรู้ ให้การดูแล และให้เวลาในการปรับตัวกับทวารเทียมใหม่

2) การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของครอบครัว (nursing Diagnosis)

การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของครอบครัวนั้น สามารถตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ทั้งในระยะที่เกิดปัญหา และการคาดการณ์ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้ดูแล แต่ในระยะแรกๆ ที่ผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นที่บ้าน พยาบาลควรตั้งข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงความสามารถ

ในการดูแลแผลโคลอสโตมีของผู้ป่วยและผู้ดูแล การทำกิจวัตรประจำวัน และสภาพจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการเยี่ยมบ้าน และการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านต่อไป

	ตัวอย่างข้อวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของครอบครัว
- ด้านร่างกาย	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทวารเทียมทางหน้าท้อง เนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม
- จิตใจ	มีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตัวเองเนื่องจากขาดความรู้ มีภาวะเครียดเนื่องจากการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่กะทันหัน
- สังคม	มีพฤติกรรมแยกตัวเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว
- จิตวิญญาณ	มีโอกาสดำเนินการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง (low self-esteem) เนื่องจาก ภาวะลักษณะเปลี่ยนแปลงภายหลังการผ่าตัดทวารเทียม

3. การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan)

การเยี่ยมบ้านเป็นกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการพยาบาลในแต่ละครั้งที่จำเป็นต้องให้การพยาบาล มีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน มีการวางแผนที่ดี แสวงหาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการเยี่ยมบ้านที่สอดคล้องไปกับบริบทของผู้ป่วย ตลอดจนการคำนึงถึงความปลอดภัยของพยาบาลผู้เยี่ยมและผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้พยาบาลเยี่ยมบ้านจำเป็นต้องมีความรู้การพยาบาลพื้นฐาน และการพยาบาลเฉพาะด้านทวารเทียมทางหน้าท้อง ทักษะในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การสังเกต การบันทึกข้อมูลที่จะนำมาเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการพยาบาล ทั้งนี้การวางแผนการพยาบาลจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ และเป้าหมายในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ตัวอย่างเช่น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทวารเทียมทางหน้าท้อง เนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพิ่มทักษะการดูแลทวารเทียมทางหน้าท้อง

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทวารเทียมทางหน้าท้อง

แผนการพยาบาล : ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องได้รับการติดตามดูแลและปรับแผนการดูแลตามบริบทของผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน : 1) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ และสาธิตวิธีการดูแลทวารเทียมทางหน้าท้องได้ 2) บริเวณผิวหนังรอบ ๆ stoma ไม่มีผื่นแดง ระคายเคือง

4. การปฏิบัติการพยาบาล (nursing Intervention)

ภายหลังการผ่าตัด พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน และพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม จะต้องร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง กิจกรรมการเยี่ยมบ้านของพยาบาลเป็นการเยี่ยมเพื่อให้การประเมินและดูแลเพื่อ

ส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อสนับสนุนการดูแลที่ต่อเนื่องที่จำเป็น โดยเฉพาะในระยะ 1 เดือนแรกของการปรับตัว ซึ่งประเด็นสำคัญที่พยาบาลจะต้องให้ความสำคัญในระยะหลังผ่าตัด มีหลากหลายประเด็น โดยประเด็นที่จะนำไปสู่การปรับตัวให้เข้ากับวิถีชีวิตแบบใหม่ที่สำคัญเป็นอันดับแรกนั้น ควรเริ่มต้นด้วยการปรับกระบวนการคิด การสร้างความคิดเชิงบวกต่อทวารเทียมใหม่ (ศิริพรรณ ภมรพล และคณะ, 2564) ด้วยการให้ข้อมูลที่ควรรู้และมีประโยชน์ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มองและมีส่วนร่วมในการทำความสะดวกสบายทวารเทียม รวมถึงการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างจริงจัง ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลทวารเทียมทางหน้าท้องด้วยตัวเองที่บ้าน โดยเริ่มจาก

- 1) สอนการประเมินสภาพทวารเทียม ได้แก่ สี ขนาด ลักษณะ ขอบ และภาวะแทรกซ้อน
- 2) สอนและสาธิตการทำความสะอาดทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยให้ผู้ป่วยหรือญาติใช้สำลีชุบน้ำสะอาดเช็ดบริเวณทวารเทียม (stoma) ด้วยความนุ่มนวลเพื่อป้องกันเลือดออก เนื่องจากบริเวณ stoma นั้นเป็นลำไส้ที่ยื่นออกมาจึงมีเส้นเลือดฝอยมาเลี้ยงจำนวนมาก การถูหรือเช็ดที่ไม่ระวัง จะนำไปสู่การมีเลือดออกบริเวณ stoma ได้ หลีกเลี่ยงการใช้ alcohol เพราะจะทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นเกิดการระคายเคือง
- 3) แนะนำการเปลี่ยนอุปกรณ์ หรือการเปลี่ยนแป้น หากเป็นแบบชิ้นเดียวควรเปลี่ยนทุกๆ 3-5 วัน หากเป็นแบบสองชิ้นควรเปลี่ยนทุก 5-7 วัน แต่หากเกิดการรั่วซึม หรือหมดสภาพสามารถเปลี่ยนอุปกรณ์ได้ทันที ข้อควรระวังการเปลี่ยนบ่อย หรือถี่มากเกินไปจะทำให้ผิวหนังรอบๆ stoma เกิดการระคายเคือง
- การตัดแป้น ควรวัดขนาดให้เหมาะสมกับ stoma หรืออาจใช้วงกลม stoma หรือลอกลายด้วยถุงพลาสติกใสก่อนที่จะทำการตัดแป้น โดยไม่ควรตัดกว้างเกินกว่า 2 มิลลิเมตรจากขอบของ stoma
- 4) แนะนำการระบายอุจจาระ ควรเทอุจจาระเมื่อมีอุจจาระอยู่ในถุง 1/3 ของถุง หากถุงรองรับอุจจาระมากเกินไปจะทำให้เกิดการดึงรั้งและหลุดได้ง่ายขึ้น กรณีที่เป็นลม แนะนำให้ปล่อยลมได้ทุกครั้งที่อยู่ในถุงมีปริมาณมากจนถุงพอง
- 5) แนะนำการทำความสะอาดถุงรองรับอุจจาระ กรณีใช้อุปกรณ์แบบสองชิ้น ผู้ป่วยและญาติสามารถนำถุงรองรับอุจจาระมาล้างทำความสะอาดด้วยสบู่อ่อน (สบู่เด็ก) ได้ หลังจากทำความสะอาดแล้วให้เช็ดให้แห้ง ทา oil บาง ๆ เพื่อลดการติดกันของถุงด้านใน หลังจากนั้นนำไปผึ่งลมให้แห้งอีกครั้งก่อนนำมาใช้ ถุงสามารถใช้ซ้ำได้ 5-7 ครั้ง
- 6) แนะนำการอาบน้ำ ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำด้วยตัวเองได้ตามปกติ แต่ควรหาถุงพลาสติกมาครอบบริเวณแป้นก่อนอาบน้ำ เพื่อป้องกันการซึมของน้ำบริเวณแป้น (เอมปภา ปรัชชาธิศาสตร์, 2560)

5. การประเมินผล (evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องอาจจะใช้วิธีการถามย้อนกลับเพื่อความเข้าใจในการดูแลแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องจากผู้ป่วย รวมถึงการติดตามดูแลบาดแผลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งแผลหาย โดยใช้การนัดดูแล เป็นต้น

3. ขั้นตอนหลังการเย็บบ้าน

บทบาทพยาบาลในขั้นตอนนี้เน้นการสรุปข้อมูลการพยาบาล การนัดหมายเยี่ยมครั้งต่อไป และการบันทึกกิจกรรม การเยี่ยมและอาการของผู้ป่วย โดยภายหลังการเย็บบ้าน ไม่ว่าจะออกเยี่ยมในพื้นที่หรือการเยี่ยมด้วยวิธีการอื่น ๆ จำเป็นต้องมีการทบทวนสรุปการเย็บบ้าน บันทึกการเย็บบ้านและการวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีม รวมทั้งทำการบันทึกการประเมินและการให้การดูแลให้ครบถ้วนในระบบเวชระเบียน โดยทบทวนประเมิน (re-evaluation) วางแผนการเย็บบ้านตามแนวทางปฏิบัติการเย็บบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน

สรุป

กระบวนการเย็บบ้านเป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมการก่อนการเย็บบ้าน ขณะเย็บบ้าน และหลังการเย็บบ้าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้ การเย็บบ้านยังช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย และให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพหลังการทำผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

บรรณานุกรม

- Akkoca, A. N., Yanik, S., Özdemir, Z. T., Cihan, F. G., Sayar, S., Cincin, T. G., Çam, A., Özer, C. (2014). TNM and modified Dukes staging along with the demographic characteristics of patients with colorectal carcinoma. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 7(9), 2828–2835.
- American Cancer Society. (2019). *Colostomy guide*. <https://www.cancer.org/colostomy-guide>
- World Health Organization. (2023). *Colorectal cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>

- กฤษฎา ไกรโสดา, ผ่องศรี ศรีมรกต, และ เกศศิริ วงษ์คงคำ. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผิวหนังรอบทวารเทียมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล. *วารสารพยาบาล*, 71(3), 44-53.
- จรัสพร วิลัยสัย, ชมลวรรณ ยอดกลกิจ, และ รังสิมา เทียงเจียร. (2565). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ที่อยู่อาศัยในสังคมเขตเมือง. *วารสารการพยาบาล*, (24)2, 54-69.
- ชลทิ ศ อรุณฤกษ์กุล. (2567). มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer). <https://www.chonlatit.com/data/bse/colorectalCancer.pdf>
- ชลยา อรรถาภินันท์, และ พีรพน ลีบุญวัชชัย. (2560). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย. *Chulalongkorn Medical Journal*, 61(3), 387-400.
- ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ. (2556). การเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 658-667.
- นิสากร วิบูลชัย, และ ชชาติ ไทยเจริญ. (2564). การเยี่ยมบ้าน: บทบาทพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(2), 119-127.
- เนตรทิพย์ เจริญสุข, ศิลป์ศุภา เอี่ยมกล้าหาญ และวรรณิดา โชชัยยะ. (2567). การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีรูทวารเทียม. *วารสารวิชาการโรงพยาบาลสมุทรปราการ*, 2(1), 2-16.
- บุศรา ชัยทัศน์. (2559). การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 9(1), 19-33.
- ประกายดาว สุทธิ, สุวิมล กิมปี, สุพร ดนัยดุขฎีกุล และเชิดศักดิ์ ไธรมณีนรัตน์. (2558). ความสัมพันธ์ของประสบการณ์การมีอาหารในกลุ่มอาการกับคุณภาพชีวิตและกลวิธีจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัด. *วารสารนเรศวรพะเยา*, 8(2), 107-112.
- มนตรี นาทประยุทธ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 36(1), 219-226.
- มัสยา โปรตเจริญ, พิกุล นันทชัยพันธ์ และมรรยาท ณ นคร. (2562). ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. *พยาบาลสาร*, 46(2), 164-175.

- รัชดา แก้วอินชัย, และ น้ำอ้อย รักดีวงศ์. (2562). ปัจจัยทำนายนการตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระและการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อำเภอกระทุ่มแบน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, 1(1), 18-32.
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2566). *การพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิด หลักการและการประยุกต์เพื่อสุขภาพ บุคคล ครอบครัวและชุมชน*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์.
- วันดี สำราญราษฎร์. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 1(2), 96 - 111.
- ศิริพรรณ ภมรพล. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ชนิดถาวร: ประเด็นท้าทายบทบาทพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(4), 19-32.
- ศิริพรรณ ภมรพล, บังอร น้อยอำ, และประพนธ์ กาญจนศิลป์. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีทวารใหม่. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(1), 52-70.
- โสภาพรรณ อินต๊ะเผือก และ วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์. (2562). การเยี่ยมบ้าน: พยาบาลชุมชนยุคไทยแลนด์ 4.0. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42(4), 140-148.
- เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์. (2560). บทบาทพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้: กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังลำไส้ตรง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 10(1), 22-34.