



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางพรลลิต กองฝ้าย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลโพหนอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

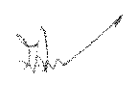
ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายชัยวัฒน์ ชัยเวชพิสิฐ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด บัญชีบริหารการแพทย์

ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางพรลิขิต กองฝ้าย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลโพนทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๕๓๓๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลโพนทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๕๓๓๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
				 (นายนรากร สุทธิประภา) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		

๕. จัดเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้เครื่องมือพิเศษและยาให้พร้อมและเพียงพอ อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งานได้ทันที เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว
 ๖. สามารถใช้อุปกรณ์ เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยและรักษา หรือช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วทันต่ออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
 ๗. บันทึกอาการ อาการแสดงของผู้ป่วย ผลก้าวหน้าด้วยการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษและการรักษาพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการรักษาและป้องกันอันตรายที่ อาจเกิดขึ้นได้เสมอ
 ๘. สังเกต ตรวจเยี่ยม วิเคราะห์ปัญหา ประเมินสภาพอาการและความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
 ๙. ให้คำแนะนำและช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกาย ให้สมรรถภาพโดยเร็วและดีที่สุดเท่าที่จะทำได้
- งานด้านวิชาการ**
๑. เป็นผู้นำกิจกรรมในเชิงวิชาการพยาบาลต่างๆ ดังนี้
 - การประชุมปรึกษา (pre - post conference)
 - การศึกษาผู้ป่วยรายบุคคล (case conference)
 - การประชุมวิชาการของหน่วยงาน
 ๒. ร่วมในการจัดหาเอกสาร ตำราทางวิชาการ คู่มือปฏิบัติงานพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่ นักศึกษาพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ
 ๓. ร่วมจัดทำมาตรฐานการพยาบาลของหน่วยงาน
 ๔. ร่วมจัดทำและปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติให้เป็นปัจจุบันเสมอ
 ๕. ร่วมวางแผนในการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ใหม่และนักศึกษาฝึกงาน
 ๖. ร่วมประชุมวิชาการประจำเดือนของหน่วยงาน
 ๗. เก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดการพยาบาล นำมาประเมิน วิเคราะห์ หาแนวทางการปฏิบัติเพื่อประกันคุณภาพ การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
 ๘. ศึกษา ค้นคว้าเอกสารวิชาการ และเทคโนโลยี ใหม่ ๆ รวมถึงผลวิจัยเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนา งาน บริหาร และบริการพยาบาล
 ๙. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อน หรืออาการไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการเปิดทวารเทียม” : กรณีศึกษา ปี ๒๕๖๕

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษาเคสกรณีศึกษา เริ่มตั้งแต่วันที่ ๒๖ กันยายน – ๒ ตุลาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความสำคัญของผลงาน

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ติดอันดับ ๑ ใน ๕ ของมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเพื่อขับถ่ายอุจจาระ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่กระทบต่อคุณภาพชีวิต จากการที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ อาจมี ปัญหาแทรกซ้อนที่ผิวหนังโดยรอบทวารเทียม สร้างความยุ่งยากต่อการดำรงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของครอบครัว สังคม และการประกอบอาชีพ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และเครียด ผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการรักษา ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด และในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และสิ้นหวัง มีผลต่อ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว นำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และการบริการสาธารณสุข ผลกระทบจากการมีทวารเทียมมีมากมาย บางรายอาจรุนแรงดังที่กล่าวแล้ว การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถ ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตั้งแต่ก่อนผ่าตัดขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปรับตัวได้ ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๔ ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง เป็นก่อนมา ๓ วัน แพทย์ตรวจร่างกาย U/S พบก้อนที่ลำไส้ใหญ่ ส่งตรวจ CT-scan ตรวจ CT-scan : Irregular wall thickening of upper rectum - proximal sigmoid colon about 5.8x2.2 cm in length x wall thickness with pericolic fat stranding and regional tiny nodes, causing moderate to markedly degree proximal colonic dilatation, CA colon with locoregional nodal metastasis , causing partial colonic obstruction is probable. แพทย์จึงวินิจฉัยเป็น complete obstructed rectosigmoid mass ได้รับการผ่าตัด Diverting loop transverse colostomy

ผลตรวจชิ้นเนื้อ A. Mass,rectosigmoid (biopsy) : High-grade dysplasia,suggestive for adenocarcinoma B. Polyp, rectum (polypectomy) : Tubulovillous adenoma with patchy acute inflammation

หลังผ่าตัดวันที่ ๒๖ กันยายน - ๒ ตุลาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล Pain score ๗ คะแนน ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อาการปวดลดลง Pain score ๒ คะแนน อีกทั้งผู้ป่วยไม่สามารถดูแลทวารเทียม ได้เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับการมีทวารเทียมได้ ทำการประเมิน Acceptance of Illness Scale (AIS) ได้ ๘ คะแนน ส่งปรึกษาพยาบาลเฉพาะทางออสโตมี ดูแลพูดคุยระบายความรู้สึก ให้การพยาบาล ให้คำแนะนำเพื่อ ลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย มาพบผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ตรงต่อเวลา จนผู้ป่วยสามารถยอมรับในทวารเทียม การประเมิน AIS ได้ ๔๕ คะแนน รวมถึงสามารถดูแลทวารเทียมผู้ป่วยสามารถทำตัวเอง และตอบคำถามประเมิน การดูแลตนเองได้ถูกต้อง ๑๐๐ %

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal Cancer) เป็นเซลล์มะเร็งของเนื้อเยื่อลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ซึ่งชนิดที่พบบ่อยเกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้มีการเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตผิดปกติกลายเป็นติ่งเนื้อเล็กๆ เรียกว่า โพลิป (Polyp) จากนั้นติ่งเนื้อจะใช้เวลานานในการพัฒนากลายเป็นมะเร็ง การตัดติ่งเนื้องอก (Polyp) ออก สามารถป้องกันไม่ให้ติ่งเนื้อพัฒนากลายเป็นมะเร็งได้ มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ไม่ได้รับการรักษาอาจลุกลามทะลุผนังลำไส้หรือแพร่กระจายต่อไปยังตับ ปอด เยื่อช่องท้อง สมอง หรือกระดูกได้

พยาธิสภาพ ลักษณะพยาธิสภาพของมะเร็งลำไส้ใหญ่สามารถแบ่งได้ตามลักษณะของก้อนมะเร็งมองเห็น เป็น ๔ ลักษณะดังนี้

๑. Fungating (Exophytic) ลักษณะนี้จะเห็นเป็นก้อนยื่นออกจากผิวเยื่อบุลำไส้ใหญ่เข้าไปใน Lumen และมักจะพบอยู่ด้านใดด้านหนึ่งของผนังลำไส้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะพบก้อนมะเร็งแบบนี้ที่ Cecum หรือ Ascending Colon พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณหนึ่งในสามจะเป็นแบบ Fungating

๒. Ulcerating ก้อนมะเร็งจะมีลักษณะเหมือนเป็นแผล (Ulcer) ที่ผิวและมักจะมีเลือดออกจากก้อนมะเร็งได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยมาหาแพทย์ด้วยอาการอุจจาระเป็นเลือดหรือตรวจพบผลบวกของ Stool Occult Blood พบว่าสองในสามของมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีลักษณะแบบนี้

๓. Stenosing บางครั้งก้อนมะเร็งจะเจริญเติบโตเข้าไปใน Lumen ของลำไส้ใหญ่จนทำให้ทางเดินลำไส้ แคบตีบ

๔. Constricting (Annular and Circumferential) เป็นลักษณะของก้อนมะเร็งที่โตไปตามผนังของลำไส้ใหญ่จนรอบ Lumen เกิดลักษณะเฉพาะที่เรียกว่า Napkin-ring ที่เห็นใน Barium Enema ซึ่งมักจะพบในมะเร็งที่เกิดทางด้านซ้ายของลำไส้ใหญ่ (Left-sided Colon Cancer) ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ใหญ่ เชื่อว่าเกิดขึ้นจากการที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปตาม Circumferential Lymphatics

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้

๑. ปัจจัยความเสี่ยงจากตัวบุคคล (Non-Modifiable Risk Factors)

๑.๑ อายุ (Age) พบว่าอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มคนอายุมากกว่า ๔๐ ปีขึ้นไป และเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในอายุมากกว่า ๕๐ ปี โดยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้มากกว่า ร้อยละ ๙๐ มีอายุมากกว่า ๕๐ ปี และยิ่งในช่วงอายุ ๖๐ - ๗๙ ปีพบว่า มีโอกาสเสี่ยงมากถึง ๕๐ เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มคนอายุน้อยกว่า ๔๐ ปี แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน พบผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ ในกลุ่มคนอายุ ๒๐ - ๔๙ ปี เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

๑.๒ ประวัติการเกิดมะเร็งลำไส้ในครอบครัว (Family history of colorectal cancer) แม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ส่วนใหญ่จะเกิดในคนที่ครอบครัวไม่มีประวัติการเป็นมะเร็งลำไส้ในครอบครัว แต่ทว่า พบว่ามีโอกาสมากกว่าร้อยละ ๒๐ ในการป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ของคนที่มีประวัติมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในครอบครัว สำหรับเหตุผลยังไม่ชัดเจน แต่เชื่อว่าอาจเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และ สิ่งแวดล้อมที่มีลักษณะเหมือนกัน ร่วมกันหลายปัจจัย

๑.๓ การถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Inherited Genetic Risk) ผู้ป่วยประมาณร้อยละ ๕ - ๑๐ ของมะเร็งลำไส้เป็นผู้ป่วยที่เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ได้แก่ Familial adenomatous polyposis (FAP), Hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC) หรือ Lynch syndrome ในผู้ป่วย FAP ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๑ ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ทั้งหมด สาเหตุเกิดจากการ mutation ของ APC tumor suppressor gene ถ่ายทอดผ่าน Autosomal dominant manner โดย มาปรากฏด้วยอาการตั้งเนื้อในลำไส้มากกว่า ๑๐๐ เม็ดขึ้นไปมักปรากฏตั้งแต่อายุยังน้อย และกลายเป็นมะเร็งตั้งแต่อายุยังน้อย หากอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปโดยมากมักกลายเป็นมะเร็งลำไส้เกือบทั้งหมดหากไม่ได้รับการผ่าตัด ฉะนั้นการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ตั้งครรภ์ จึงจำเป็นในกรณีที่มีภรรยา มีประวัติเป็น FAP และต้องการมีบุตร ในส่วนของ ผู้ป่วย HNPCC หรือ Lynch Syndrome คิดเป็นร้อยละ ๒ - ๖ ของมะเร็งลำไส้ สาเหตุเกิดจากการ mutation ใน MLH1 และ MLH2 gene DNA repair pathway ตลอดช่วงชีวิตมีโอกาสการเกิดมะเร็งลำไส้ สูงถึง ร้อยละ ๗๐ - ๘๐ และอายุเฉลี่ยของการเกิดมะเร็งลำไส้อยู่ที่ประมาณ ๔๐ - ๕๐ ปี และยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งที่อื่นๆ ได้อีก เช่น มดลูก, กระเพาะ, ลำไส้เล็ก, ตับอ่อน, ไต, ท่อทางเดินปัสสาวะได้

๑.๔ ประวัติการเกิดตั้งเนื้อในลำไส้ (Personal History of Adenomatous Polyp) ประวัติตั้งเนื้อในลำไส้ที่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดมะเร็งลำไส้ Neoplastic polyp อันได้แก่ tubular และ villous adenomas ซึ่งเป็นรอยโรคที่สามารถกลายเป็นมะเร็งลำไส้ได้ในอนาคต ผลสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบว่าในช่วงชีวิต มีโอกาสที่จะเกิดตั้งเนื้อได้ ร้อยละ ๑๙ และ ร้อยละ ๙๕ ของ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้แบบ Sporadic มีการเกิดจาก adenomatous polyp สำหรับการพัฒนาการเกิดมะเร็งลำไส้จากตั้งเนื้อนั้น ใช้ระยะเวลา ๕ - ๑๐ ปี ดังนั้น หากเราตรวจพบและรักษาตั้งแต่ตั้งเนื้อจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ได้ แต่อย่างไรก็ตามการมีประวัติการเกิดตั้งเนื้อในลำไส้แบบ Neoplastic polyp ได้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ในตำแหน่งอื่นๆ ของลำไส้เพิ่มขึ้นด้วย

๑.๕ ประวัติการเกิดลำไส้อักเสบ (Personal History of Inflammatory Bowel Disease) ลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease) สามารถแบ่งเป็นโรคได้สองโรค คือ Ulcerative colitis และ Crohn disease ในส่วนของ Ulcerative colitis สาเหตุเกิดจากการอักเสบ ในส่วนของ mucosa ของลำไส้ แต่สำหรับ Crohn disease สาเหตุเกิดจาก การอักเสบตลอดชั้นของลำไส้ บางส่วนเกิดการอักเสบได้ที่ปากและทวารหนัก ซึ่งการเกิดการอักเสบของลำไส้ทั้งสองโรคนี้เพิ่มโอกาสการเกิดมะเร็งลำไส้มากขึ้น ๔ - ๒๐ เท่า ดังนั้นในผู้ป่วยที่ป่วยเป็นลำไส้อักเสบเรื้อรังจึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคลึ้นเป็นพิเศษ

๒. Environmental Risk Factor มะเร็งลำไส้ มีความเสี่ยงหลายปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างเช่นมีการเก็บข้อมูลของผู้ย้ายถิ่นฐานจากประเทศที่มีอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ต่ำไปยังประเทศที่มีอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้สูง พบว่า อัตราการเกิดมะเร็งเพิ่มขึ้นตามกลุ่มคนที่อยู่ในประเทศนั้นด้วย ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมต่างมีดังต่อไปนี้

๒.๑ อาหาร (Nutritional Practices) อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญหนึ่งในการเกิดมะเร็งลำไส้

การกินอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ โดยการ degrade ตัว bile salt ด้วย แบคทีเรียในลำไส้ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ คือ องค์ประกอบของ N-nitroso compound การบริโภคเนื้อสัตว์ สัตว์เนื้อแดง ในปริมาณสูง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ โดยการ ย่อยสลาย Heme iron ในเนื้อแดง นอกจากนี้ การปรุงอาหารด้วยอุณหภูมิสูง เช่น การปิ้งย่าง เป็นผลทำให้เกิด heterocyclic amines และ poly aromatic hydrocarbon ซึ่งสารประกอบทั้งคู่ ล้วนมีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง มีบางงานวิจัยพบว่าในคนที่กินผักผลไม้ไม่เพียงพอเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ เพิ่มการ transit time ทำให้อุจจาระค้างอยู่ในลำไส้นานขึ้น

๒.๒ การออกกำลังกายและน้ำหนักเกิน (Physical Activity And Obesity) มีรายงานการออกกำลังกายและน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงของ มะเร็งลำไส้ เมื่อออกกำลังกายและการเพิ่ม Metabolic rate จะส่งผลให้ ลำไส้มีการทำงานมากขึ้น เคลื่อนตัวมากขึ้น มีการเพิ่มการใช้งาน ออกซิเจนผลในระยะยาวจะทำให้ ความดันในร่ายกายลดลง insulin resistant ลดลง และ ยังส่งผลในเรื่องของน้ำหนักตัวที่ลดลงด้วย ผลที่ตามมาจากการที่น้ำหนักตัวลดลง ทำให้ Estrogen ในเลือดลดลงจากการที่ซึ่ง Estrogen เชื่อว่าการมีในระดับสูงจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งขึ้น

๒.๓ การสูบบุหรี่ (Cigarette Smoking) ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ กับ มะเร็งปอด นั้นมีรายงานออกมาชัดเจน และ ในส่วนของมะเร็งลำไส้พบว่ามี ร้อยละ ๑๒ ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ที่สูบบุหรี่ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเกิดและเจริญเติบโตขึ้นของ Adenomatous polyp การสูบบุหรี่ในระยะยาวพบว่า มีความสัมพันธ์กับ Adenomatous polyp ขนาดใหญ่

๒.๔ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Heavy Alcohol Consumption) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้เช่นกันกับการสูบบุหรี่ ผลลัพธ์ที่ได้จากการย่อยสลายแอลกอฮอล์ คือ Acetaldehyde ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งตัวหนึ่ง ซึ่งการบริโภคแอลกอฮอล์ร่วมกับการสูบบุหรี่ จะมีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งมากขึ้น โดย บุหรี่จะกระตุ้นให้เกิดการ mutation ของ DNA และ แอลกอฮอล์จะไปยับยั้งกระบวนการซ่อมแซมเซลล์ทำให้ทำงานได้ไม่ดี อีกทั้งแอลกอฮอล์เป็นตัวทำลายสามารถเข้าสู่เซลล์ ได้ง่ายและเป็นตัวกระตุ้นก่อให้เกิดมะเร็ง และยังทำให้เพิ่มการสร้าง Prostaglandins, Lipid peroxidation และ เพิ่ม Free radical oxygen อีกด้วย

อาการและอาการแสดง

๑. พฤติกรรมในการขับถ่ายอุจจาระ พฤติกรรมในการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไปจากปกติของบุคคล โดยอาจจะถ่ายบ่อยครั้งขึ้น หรือท้องผูกมากขึ้น นอกจากนี้จะมีถ่ายไม่สุดหรือปวดเบ่งได้

๒. มีอาการท้องเสียสลับกับท้องผูก

๓. มีเลือดสดๆ หรือเลือดแดงคล้ำปนออกมากับอุจจาระ

๔. อุจจาระมีลักษณะผิดปกติจากเดิม ลักษณะก้อนเปลี่ยนเป็นเส้นแบนคล้ายดั่งเม

๕. มีท้องอืด ปวดท้องแน่นท้อง จุกเสียด มีลมในลำไส้มาก (Abdominal Discomfort)

๖. น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

๗. เหนื่อย อ่อนเพลียไม่สามารถทำงานที่เคยทำตามปกติได้

การวินิจฉัยโรค

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถตรวจได้หลายวิธี ดังนี้

๑. การตรวจอุจจาระ (Stool - Based Test) สามารถตรวจได้ ๒ วิธี ได้แก่

A. การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test: FOBT) การตรวจอุจจาระเพื่อหาเม็ดเลือดแดงที่อาจมีแอบซ่อนอยู่ หรือเป็นการตรวจหาเลือด ปริมาณน้อยๆ ที่ปนอยู่ในอุจจาระ (Occult Blood) ซึ่งมองไม่เห็นได้ด้วยตาเปล่า

B. การตรวจหาดีเอ็นเอของเซลล์มะเร็งหรือติ่งเนื้อ (Fecal DNA Testing) เนื่องจากลำไส้ใหญ่จะมีการหลุดลอก ทำให้สามารถตรวจพบดีเอ็นเอที่ผิดปกติในอุจจาระได้ การตรวจด้วยภาพ

๒. การตรวจด้วยภาพ

A. การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ด้วยภาพเสมือนจริง (Computed Tomographic (CT) Colonography) เป็นเทคนิคการตรวจที่ทันสมัย ทำได้โดยการใส่ลมเข้าไปในลำไส้ใหญ่ ทำให้ลำไส้ขยายเห็นรายละเอียดมากที่สุดเท่าที่ทำได้ แล้วเอ็กซเรย์ภาพในลักษณะภาพตัดขวาง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสร้างภาพสามมิติให้เป็นภาพเสมือนจริงของลักษณะภายในลำไส้ใหญ่เพื่อใช้ดูความผิดปกติ เช่น ติ่งเนื้อ (Polyp) รอยโรคอื่นๆ ที่ปรากฏในลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

B. การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Flexible Sigmoidoscopy) การใส่กล้องเข้าไปทางทวารหนักเพื่อตรวจความผิดปกติของลำไส้ตรง (Rectum) และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Flexible Colon) ถ้าเห็นรอยโรค วิธีการนี้สามารถตัดชิ้นเนื้อออกมาตรวจสอบต่อได้

C. การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นการส่องกล้องเข้าไปทางทวารหนักเพื่อให้เห็นภาพภายในลำไส้ตรงและลำไส้ใหญ่ทั้งหมดวิธีนี้สามารถตัดชิ้นเนื้อที่สงสัยส่งตรวจทางพยาธิวิทยาได้ เป็นวิธีการตรวจที่มีความแม่นยำมากที่สุด

แนวทางการรักษา

การผ่าตัด (Surgery) จุดมุ่งหมายหลักเพื่อเอาก้อนมะเร็งออกจากร่างกายไป ศัลยแพทย์จะทำการผ่าตัดเอาลำไส้ที่เป็นมะเร็งออก พร้อมต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียง หลังจากนั้นแพทย์จะทำการต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกันใหม่ ถ้าไม่สามารถต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกันอาจจะเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนังหน้าท้อง เพื่อขับถ่ายอุจจาระเป็นการชั่วคราวหรือแบบถาวร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วยและก้อนมะเร็งมีการลุกลามไปมากน้อยแค่ไหน การเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนังหน้าท้องเป็นการเปลี่ยนทิศทางการเดินทางของทางเดินอาหารที่ถูกขับถ่ายออกจากร่างกาย การเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องนี้ เรียกว่า ทวารเทียม (Colostomy)

การฉายแสง (Radiation Therapy)

เป็นการใช้รังสีพลังงานสูงในการกำจัดเซลล์มะเร็งปกติจะใช้การฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย

ก่อนการผ่าตัด เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น

หลังการผ่าตัด เพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังคงเหลืออยู่ และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ นิยมให้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง เพื่อทำให้การรักษาดีขึ้น ปัจจุบันพบว่าการฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรคขึ้นมาใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้อง

เคมีบำบัด (Chemotherapy)

ปัจจุบันพบว่าการฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรคขึ้นมาใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้องในผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่มาก หรือมีมะเร็งแพร่กระจายสู่อ่อน้ำเหลืองผู้ป่วยมักจะต้องได้รับยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด เรียกว่า การรักษาเสริมหลังการผ่าตัดเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ กรณีนี้เป็นการรักษาเพื่อลดโอกาสของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ รวมถึงช่วยเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วย เรียกการรักษาแบบนี้ว่า การรักษาแบบหวังผลหายขาด

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

ระยะก่อนการผ่าตัด

๑. ดูแลทำความสะอาดร่างกายก่อนการผ่าตัดรวมทั้งการทำความสะอาดโกนขนบริเวณหน้าท้อง
๒. การเตรียมความพร้อมลำไส้เพื่อพร้อมผ่าตัดได้แก่
 - ให้ผู้ป่วยประทานยาระบายก่อนการผ่าตัด
 - สอนทวารหนักด้วยยาระบาย
๓. ให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหาร หลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด
๔. แนะนำฝึกการหายใจ เข้า-ออกลึกๆ เพื่อการหายใจที่มีประสิทธิภาพหลังผ่าตัดเมื่อฟื้นตัวจากยาสลบได้เร็ว
๕. ถอดเครื่องประดับของมีค่า ฟันปลอม
๖. ให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ
๗. ใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อระบายน้ำปัสสาวะขณะผ่าตัด
๘. ใส่สายทางจมูกลงกระเพาะอาหาร เพื่อระบายเศษอาหารที่ค้างในกระเพาะอาหาร
๙. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมก่อนนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
๑๐. กำหนดตำแหน่งทวารเทียม โดยประเมินจากลักษณะผิวหนัง ไม่มีแผลเป็น ไม่มีร่อง รอยพับ หลีกเลียงบริเวณเอว หรือที่รัดเข็มขัด เมื่อกำหนดตำแหน่งแล้ว ให้ผู้ป่วย ทำท่านอน นิ่ง ยืน เพื่อประเมินผู้ป่วยเห็น stoma สามารถติดอุปกรณ์ได้สะดวก ซึ่งพยาบาล ET ตัดสินใจปรับตำแหน่งได้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย โดยให้อยู่บริเวณกล้ามเนื้อ Rectus abdominis เพื่อผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลได้ง่าย และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น

การระคายเคืองของผิวหนังเป็นต้น

๑๑. แนะนำอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับทวารเทียมที่หน้าท้อง จะเป็นชนิด one piece และ two pieces ซึ่งในระยะแรก จะใช้ชนิด one piece แบบถุงรองรับอุจจาระชนิดถุงใส เพื่อสังเกตลักษณะของ stoma

๑๒. ให้กำลังใจและส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบใหม่ อย่างมีคุณภาพต่อไป

๑๓. ให้ความรู้ รับฟังปัญหา และอธิบายข้อคำถามที่ผู้ป่วยและญาติสงสัยหรือต้องการทราบเกี่ยวกับการดูแล ทวารเทียม รวมถึงดูแลด้านจิตใจไปพร้อมกัน

ระยะหลังการผ่าตัดระยะแรก

๑. ประเมินลักษณะของ stoma

๒. ประเมินภาวะสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากการตัดลำไส้ใหญ่ออกตามพยาธิสภาพ ทำให้ การดูดซึมน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ลดลง ดูแลให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ และเมื่อเริ่มจิบน้ำ แนะนำจิบน้ำบ่อยๆ

๓. แนะนำวิธีการรับประทานน้ำ และอาหาร

๔. ประเมินการทำงานของลำไส้ในการขับถ่ายอุจจาระทางทวารเทียม จากการผายลมหรืออุปกรณ์รองรับ อุจจาระโป่ง

๕. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย และญาติต่อการดูแลทวารเทียม

๖. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกอุปกรณ์รองรับ ตามความเหมาะสม

ระยะหลังผ่าตัดก่อนจำหน่าย

บทบาทพยาบาล คือ การประเมินและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อกลับบ้าน ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด และการดูแลทวารเทียมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การอุดตันของลำไส้ แผลเย็บระหว่างผิวหนัง และ stoma แยกผิว ผนังรอบๆ stoma เป็นแผล stoma มีเลือดออก หรือมีสีคล้ำลง stoma prolapse หรือ retraction เป็นต้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนดำเนินการ และเป้าหมายของผลงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยให้การพยาบาล ๑ ราย

๒. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วย ในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี การดำเนินชีวิตโดยรวมจากประวัติผู้ป่วย และจากการซักประวัติ ผู้ป่วยและญาติ และศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย

๓. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจร่างกาย และแผนการรักษาของแพทย์

๔. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดงการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง การพยาบาลผู้ป่วยที่มี ทวารเทียม จากหนังสือ ตำรา ทฤษฎี และสื่ออินเทอร์เน็ต ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าพยาบาลและปรึกษากับ พยาบาลที่มีความชำนาญเชี่ยวชาญและแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา

๕. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
๖. ปฏิบัติการรักษาพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล
๗. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ
๘. จัดพิมพ์และเรียบเรียงผลงานที่ศึกษา
๙. เสนอผลงานให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
๑๐. ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของผลงานตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล
๑๑. จัดทำผลงานเป็นรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

เป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆมากขึ้น สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
๒. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยาตรงเวลา การไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น
๓. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
๔. ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมติดตามอาการจากทีมสหวิชาชีพ
๕. มีแนวทางที่ชัดเจนและเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมสำหรับบุคลากรสาธารณสุข
๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๑. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการเปิดทวารเทียม มีภาวะแทรกซ้อนจากดูแลทวารเทียมไม่ถูกต้องลดลง เช่น การมีแผลรอบทวารเทียมจากการติดแน่นไม่ถูกต้อง
๒. จำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนทางผิวหนังจากการดูแลไม่ถูกต้องเท่ากับ 0 %

ผลสำเร็จของงานคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
 ๒. ญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ
๑. ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม
 ๒. ได้เรียนรู้และรับทราบความรู้สึก ความคิดเห็นในมุมมองที่แตกต่างระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย
 ๓. เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับผู้สนใจเพื่อศึกษา
 ๔. เป็นแนวทางในการพัฒนาดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการเปิดทวารเทียม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม จะยอมรับต่อทวารเทียมได้น้อยในระยะแรก ควรมีการประเมินการยอมรับการมีทวารเทียมโดยพยาบาลเฉพาะทาง และให้การพยาบาลด้านจิตใจให้เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการยอมรับและพร้อมเรียนรู้การดูแลทวารเทียมต่อไปได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- ผู้ป่วยยังมีอาการปวดแผล ทำให้เรียนรู้ได้น้อยขณะสอนการดูแลทวารเทียม

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรแนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆหลังการผ่าตัดเพื่อที่จะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ติดตามและประเมินผลหลังให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

๒. ควรมีการพัฒนาบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ ทั้งทางด้านวิชาการและทักษะในการดูแลผู้ป่วยและมีการสร้างทีมในการทำงานร่วมกันและมีการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

๓. ควรมีมาตรฐานในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม

๔. หน่วยงานควรมีการเผยแพร่ความรู้สู่ผู้รับบริการในเชิงรุกโดยการจัดบอร์ดวิชาการเรื่องผ่าตัดเปิดทวารเทียมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เพื่อให้ทราบถึงอาการเริ่มแรกของภาวะแทรกซ้อนโดยเน้นให้ความสำคัญในการมาพบแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติเพื่อให้การรักษาได้ทันทั่วถึงรวมถึงการให้ความรู้ในหน่วยงานกับผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

๕. หลังการผ่าตัดทวารเทียมพบว่าอาจมีภาวะแทรกซ้อนได้จึงควรมีการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อหลังจากมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเช่นโทรศัพท์สอบถามอาการผู้ป่วยและบันทึกประสานงานไปยังหน่วยส่งเสริมสุขภาพเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- นำเสนอในงานประชุมวิชาการ กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลโพนทอง

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- นางพรลิขิต กองฝ้าย สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *พรลิต กงฝ้าย*

(นางพรลิต กงฝ้าย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ *24* / *มีนาคม* / *๒๕๖๖*

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางพรลิต กงฝ้าย	<i>พรลิต กงฝ้าย</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... *ปิยะรัตน์ สินธุประเสริฐ*

(นางสาวปิยะรัตน์ สินธุประเสริฐ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลโพนทอง

วันที่ *24* เดือน *มีนาคม* พ.ศ. *๒๕๖๖*

(ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)

ลงชื่อ..... *กัมปนาท โกวิทางกูร*

(นายกัมปนาท โกวิทางกูร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนทอง

วันที่ *24* เดือน *มีนาคม* พ.ศ. *๒๕๖๖*

(ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)**

๑. เรื่อง “แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม”

๒. หลักการและเหตุผล

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ติดอันดับ ๑ ใน ๕ ของมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเพื่อขับถ่ายอุจจาระ หอผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลโพนทอง เป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรม จากสถิติตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA Colon) จำนวนทั้งสิ้น ๑๑ ราย และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy) จำนวน ๘ ราย ซึ่งเป็นการผ่าตัดเพื่อเปิดลำไส้ออกมาทางหน้าท้องเพื่อให้อุจจาระได้แทนทวารหนักเดิม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์แก่ผู้ป่วย จากการปฏิบัติงานการพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาทิเช่น ความยุ่งยากลำบากในการดูแลทวารเทียม ความเครียดและวิตกกังวล ไม่กล้าพบปะผู้คนและการเข้าสังคม รวมทั้งผู้ป่วยในแต่ละรายมีการดำเนินชีวิตประจำวันแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งพยาบาลต้องตระหนักถึงปัญหาและให้ความสำคัญ โดยการวางแผนให้การดูแลหลังผ่าตัดให้การช่วยเหลือทั้งในด้านการกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพความเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือและเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น ดังนั้นหากสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความสามารถในการดูแลและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องจะสามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยรวมถึงช่วยประหยัดงบประมาณด้านการรักษาของโรงพยาบาลได้ ทางโรงพยาบาลจึงควรมีแนวทางมาตรฐานแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเพื่อให้ได้แนวทางการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรคนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลอย่างมากเนื่องจากการผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อ ภาพลักษณ์ การทำงานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยตรง เมื่อผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการผ่าตัดเปิดทวารเทียมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านวิกฤตนี้ไปได้ การให้ความรู้ที่ถูกต้อง ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลได้มากขึ้น ดังนั้นแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมในครั้งนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมและช่วยป้องกันการกลับมานอนโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนในการดูแลทวารเทียมไม่ถูกต้อง รวมทั้งพยาบาลประจำตึกศัลยกรรมทั่วไปได้แนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยทวารเทียม

โดยผู้จัดทำได้นำทฤษฎีทางการพยาบาลและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ ช่วยให้พยาบาลสามารถอธิบายเป้าหมายและเหตุผลของการปฏิบัติการพยาบาลและมีการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันเห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล และบทบาทของพยาบาลอย่างชัดเจน ในที่นี้ได้นำทฤษฎี

และกรอบแนวคิดมาประยุกต์ ดังนี้

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เน้นความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล มุ่งช่วยเหลือให้บุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและคงอยู่ตลอดไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของบุคคลนั้นๆ

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ได้แก่

๑. การประเมินผู้รับบริการ ๒. การวินิจฉัยทางการพยาบาล ๓. การวางแผนพยาบาลการ ๔. การปฏิบัติการพยาบาล ๕. การประเมินผลการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานจะช่วยให้พยาบาล วิเคราะห์ปัญหาและให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการวางแผนจำหน่ายตามหลัก M-E-T-H-O-D กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นแนวทางที่ใช้ในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่าย เป็นการเตรียมผู้ป่วย ก่อนจำหน่าย ซึ่งมีความแตกต่างกันตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย หรือเป็นแบบแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะ ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน อีกทั้งเป็นการดูแลแบบองค์รวม

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

๒. พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในผู้ป่วย ตีกัลยกรรมร้อยละ ๑๐๐ %

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ได้แนวทางปฏิบัติการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในผู้ป่วยตีกัลยกรรม

๒. ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลทวารเทียมได้ตามเกณฑ์ประเมินก่อนกลับบ้านรายบุคคลร้อยละ ๑๐๐ %

๓. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลทวารเทียมไม่ถูกต้อง ได้แก่ ผิวน้ำรอบๆ ทวารเทียมมีการอักเสบ ลอกเปื่อยร้อยละ ๐ %

๔. การกลับมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลทวารเทียมไม่ถูกต้อง ได้แก่ ติดเชื้อในกระแสเลือด จาก Skin Excoriation ร้อยละ ๐ %

ลงชื่อ.....นางพรลิตา กองฝ่าย.....

(นางพรลิตา กองฝ่าย)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ๒๕ / มีนาคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน