

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2550

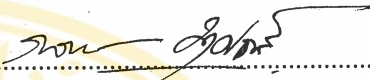
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม



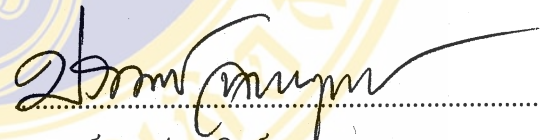
นางระพีพร มาศชนพันธ์

ผู้วิจัย



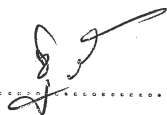
รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา
พย.ด.

ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์



อาจารย์ ดร. ปรางทิพย์ ฉายพุทธ
ปร.ด. (การพยาบาล)

กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

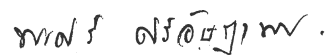


ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชินุสรณ์ สวัสดิวัตน์

Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัฐภาพร

ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

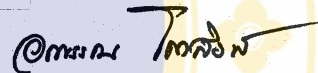
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 14 มิถุนายน 2550



นางระพีพร มวศรณพันธ์

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์

พย.ด.

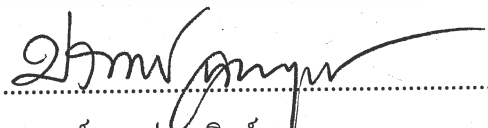
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา

พย.ด.

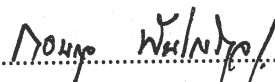
กรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์ ดร. ปรังทิพย์ ฉายพุทธ

ปร.ด. (การพยาบาล)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

ปร.ด. (การพยาบาล)

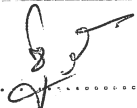
คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา

พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชัยณูสรร์ สวัสดิวัตน์

Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา อาจารย์ ดร. ปรางทิพย์ ฉายพุทธ อาจารย์ผู้ควบคุม สารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำและให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจน ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษามา โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง พร้อมกันนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้การทำสารนิพนธ์ครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์บุรินทร์ อวพิทยา คุณสุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ คุณจุฬาร ประสงค์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงใน เนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาล พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาล ขอขอบพระคุณหน่วยงาน ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และครอบครัวที่มีส่วนช่วย ให้การทำสารนิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ผู้อบรมเลี้ยงดู ปลุกฝังความมานะพากเพียร อุทิศหา ให้ความรัก ความห่วงใยและเป็นกำลังใจในการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณบูรพาจารย์ทุกท่านที่ ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตั้งแต่เยาว์วัยจนถึงปัจจุบัน ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิตทุกท่านที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา

ขอขอบคุณ พันตำรวจโท ธีระเดช มาศธนพันธ์ ที่ช่วยดูแลบุตรชายเป็นอย่างดีและอยู่เคียงข้างเป็นกำลังใจในการศึกษา ตลอดจนเด็กชายกฤตพัฒน์ มาศธนพันธ์ ที่เป็นพลังกาย พลังใจ อันยิ่งใหญ่ของคุณแม่ตลอดระยะเวลาการศึกษาจนคุณแม่สำเร็จการศึกษากครั้งนี้

ระพีพร มาศธนพันธ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม
(DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR
COLORECTAL CANCER PATIENTS INVOLVING FAMILY PARTICIPATION)

ระพีพร มาศชนพันธ์ 4836899 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ : สายพิน เกษมกิจวัฒนา, พย.ค., ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, ปรด. (พยาบาล)

บทคัดย่อ

การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมนี้พัฒนาจากรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ ปีค.ศ.2000 ประกอบด้วย การวิเคราะห์และระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินคุณภาพ ระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 10 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 3 จำนวน 5 เรื่อง ระดับ 6 จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งประกอบด้วย งานวิจัยกึ่งทดลอง 5 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย 2 เรื่อง และแนวปฏิบัติการพยาบาล 2 เรื่อง สาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์คือ ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมสำหรับผู้ป่วยและทีมสุขภาพเป็นแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาและเป็นผู้ประสานกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยพยาบาลจะมีบทบาทในการเป็นผู้ให้ข้อมูล เป็นที่ปรึกษา สร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่สมาชิกในครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยการจัดระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผลการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ได้นำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลขึ้น ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและพยาบาล เพื่อหาผู้ที่มีความเหมาะสมในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา การเตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัดและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ ควรมีการฝึกอบรมผู้เกี่ยวข้องให้เข้าใจการใช้แนวปฏิบัตินี้ มีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แนวปฏิบัตินี้ควรบูรณาการเข้ากับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แนวปฏิบัติมีการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและตามความรู้ใหม่ที่เพิ่มขึ้นจากงานวิจัย

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่/ การพัฒนาแนวปฏิบัติ / สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม

DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR COLORECTAL CANCER PATIENTS INVOLVING FAMILY PARTICIPATION

RAPEEPORN MATTANAPAN 4836899 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS : SAIPIN KASEMKITWATTANA, D.N.S.,
PRANGTIP CHAYAPUT, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This clinical nursing practice guideline (CNPG) for colorectal cancer patients involving family participation was established using the evidence – based practice (EBP) model of Soukup (2000). Strategies for developing the CNPG according to this model were problem analysis, problem identification, evidence – based search evaluation of research quality , scientific merits, and evaluation for feasibility in implementation.

The evidence – based practice research search yielded 10 references. Main themes derived from the literature were summarized as: family members were an important resource for psychosocial support; health care teams were a main resource for information; and family participation in decision making on treatment and family members cooperation initiated holistic care. Moreover, nurses took an important role in providing essential information, being counselors; empowering family members to participate in patient care, providing nursing care to promote family participation from admission until discharge, and offering continuing care for home-based nursing.

The results from the analysis were used to develop the CNPG for colorectal cancer patients. Family participation was the focus of nursing practice for those patients in this CNPG. Nursing practice involved establishing relationships among patients, family members, and nurses in order to seek appropriate family members for participating in caring of colorectal cancer patients, preparing family members in order to be ready for participation, preparing patients for surgery, promoting continuous support and nursing care after surgery, and providing discharge instruction for patients and family. This CNPG was validated for its content by 3 nursing experts.

The suggestions for implementing this CNPG to nursing practice are noted. Evaluation for short and long term outcomes should be performed. Integration to nursing practice for continuous quality of care improvement should be done in order to develop the body of nursing knowledge from evidence – based research.

KEY WORDS: DEVELOPMENT / CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE /
COLORECTAL CANCER/ FAMILY PARTICIPATION

109 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ประเด็นหลัก	5
วัตถุประสงค์การศึกษา	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการศึกษา	7
การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	20
เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์	20
การคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์	22
สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์	29
ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา	31
บทที่ 3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์	32
บทที่ 4 แผนการดำเนินงาน	40
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	42
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	45
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	59
บรรณานุกรม	73
ภาคผนวก	81
ประวัติผู้วิจัย	109

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	26
ตารางที่ 2 แสดงระดับของงานวิจัย	27

The logo of Mahidol University is a large, circular emblem. It features a central blue circle containing a golden stupa-like structure with intricate details. Surrounding this central circle is a wider golden ring. Within this ring, the Thai text "จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย" (Mahidol University) is written in a circular path. There are also four small golden floral motifs positioned at the top, bottom, left, and right of the central blue circle, within the golden ring.

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 ผังการสืบค้นข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือ	22
แผนภูมิที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม (ระยะก่อนผ่าตัด)	38
แผนภูมิที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม (ระยะหลังผ่าตัด)	39
แผนภูมิที่ 4 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม (ระยะก่อนผ่าตัด) ในบทสรุปสำหรับผู้บริหาร	56
แผนภูมิที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม (ระยะหลังผ่าตัด) ในบทสรุปสำหรับผู้บริหาร	57

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นปัญหาสุขภาพที่นับวันมีความสำคัญมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมและพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของมนุษย์ (แม้นมนา จิระจรัส, 2539) สาเหตุของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Berg, 2001) มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหารที่พบมากเป็นอันดับ 1 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 – 2547 และเป็นอันดับ 2 ในปี พ.ศ. 2548 (สถิติสถานวิทยามะเร็งศิริราช, 2548) ในปีพ.ศ. 2539 พบในเพศชาย 2,592 ราย หรือ 10.8 รายต่อประชากรแสนคน และในเพศหญิง 2,215 รายหรือ 7.3 รายต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้ง 2 เพศ ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นกว่า 10,000 ราย ในปีพ.ศ. 2551 (Kuhapaerma, 2007) คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับ 1 มากกว่าโรคอื่น ๆ ที่เคยเป็นปัญหาของสาธารณสุขในอดีต เช่น โรคติดเชื้อ โรคหัวใจ หรืออุบัติเหตุ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีพ.ศ. 2542 มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 เท่ากับ 58.6 ต่อประชากรแสนคน และในปีพ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็น 73.3 ต่อประชากรแสนคน (Kuhapaerma, 2007) อุบัติการณ์ของโรคและอัตราการตายอยู่ในลำดับต้นๆ และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ นั้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนคนไทยเป็นอย่างมาก บุคลากรสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีความตระหนักและให้ความสำคัญต่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การรักษาที่เป็นมาตรฐานหลักและเป็นการรักษาในลำดับแรกของมะเร็งลำไส้ใหญ่คือการผ่าตัดซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยมีเป้าหมายเพื่อตัดก้อนมะเร็งออกให้ได้มากที่สุด ส่วนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการฉายแสงนั้นจะนำมาใช้เพื่อเป็นการรักษาเสริมในมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีการแพร่กระจายของโรค (Posner, Steele, JR., & Mayer, 2002) ด้วยกระบวนการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไปประกอบกับสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ที่พบมากที่สุด คือ การติดเชื้อหลังผ่าตัดร้อยละ 9.5 รองลงมาคือ การรบกวนบริเวณตัดต่อลำไส้ร้อยละ 4.5 ภาวะแทรกซ้อนระบบหายใจร้อยละ 3.9 ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดร้อยละ 2.8 ภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 2.1 และแผลผ่าตัดแยกร้อยละ 1.8 ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดหลังผ่าตัด คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 19.3 รองลงมาคือ ระบบหายใจร้อยละ 12 แผลผ่าตัดแยกร้อยละ 8.8 และการรบกวนบริเวณตัดต่อลำไส้ร้อยละ 8.4 โดยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็น

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมของระบบหายใจโรคหัวใจและหลอดเลือด (Ansari, Collopy, Hart, Carson, & Chandraraj, 2000)

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่จะได้รับความทุกข์ทรมานเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค เช่น ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย (Simpson & Whyte, 2006) ผนวกกับความวิตกกังวลต่อการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งซึ่งบุคคลทั่วไปรับรู้ว่าเป็นโรคร้ายแรง (แม้นมนา จิระจรัส, 2539) เมื่อเป็นแล้วรักษาไม่หายและจะต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค หากต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร่วมด้วย ย่อมส่งผลต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการมีประสบการณ์จากการผ่าตัดในทางลบ ซึ่งจะส่งผลต่อการยอมรับและการปรับตัวต่อการรักษาที่จะมีต่อไปในอนาคต เช่น การให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษา เป็นต้น นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นทั้งตัวผู้ป่วยเองและโรงพยาบาล ดังการศึกษาของมาร์โค บราก้าและคณะ (Braga, Vignali, Zuliani, Frasson, Serio, & Carlo, 2005) พบว่า ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้วยกล้องในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 103,390 ยูโร ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มเดียวกันจะเพิ่มขึ้นเป็น 111,516 ยูโร ส่วนค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่โดยการเปิดหน้าท้องในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 278,004 ยูโร จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจะสูงขึ้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับค่าผ่าตัดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

เมื่อพิจารณาถึงภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ กล่าวได้ว่าเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันหรือลดอุบัติการณ์ได้ด้วยการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Delaney, Fazio, Senagore, Robinson, Halverson, Remzi, 2001) ในระยะหลังผ่าตัดการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดด้วยการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการหายใจเข้าออกลึก ๆ (deep breathing exercise) และการไอที่ถูกต้อง (effective cough) รวมถึงการเคลื่อนไหวและการมีกิจกรรมต่าง ๆ โดยเร็ว ซึ่งต้องการการทำงานร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว โดยการเปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างดียิ่ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย เกิดความอบอุ่นใจในการดูแลเอาใจใส่จากญาติผู้ดูแล (คุณฉวี ใจโปร่ง, 2548) พร้อมทั้งจะเผชิญกับความเจ็บป่วยและรู้สึกว่าเป็นปัญหาหรือความเครียดที่ตนเองเผชิญอยู่นั้นมิได้เผชิญอยู่อย่างเดียวดาย แต่ยังมีบุคคลที่มีความสำคัญกับชีวิตของตนคอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาหรือความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยว่าไม่รุนแรงเกิน

ความสามารถที่จะเผชิญได้ (ทักษิณ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540) ผู้ป่วยจะมีความพยายามที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือให้ความร่วมมือตามแผนการรักษามากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ (รัมภ์รดา อินทร, 2539)

ในบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยนั้น ครอบครัวไทยจะมีความผูกพันในระบบเครือญาติ เป็นจุดกำเนิดของความรัก ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันทั้งในภาวะปกติและเมื่อมีการเจ็บป่วย (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) รวมทั้งมีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด การไตร่ตรองข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและปัญหาความเจ็บป่วย (Sullivan-Bolyai, Sadler, Knafl, & Gilliss, 2003) ครอบครัวจึงมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เพราะถ้าบุคคลได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างดีภายในครอบครัวย่อมมีโอกาสเจ็บป่วยได้น้อย ในขณะเดียวกันถ้ามีบุคคลใดบุคคลหนึ่งเจ็บป่วย ครอบครัวจะเป็นแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญ ในการส่งเสริมให้บุคคลนั้นฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยได้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและให้การดูแลที่ปลอดภัย รวมถึงเป็นผู้ที่จัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แผนการบำบัดรักษา (Sullivan-Bolyai, Sadler, Knafl, & Gilliss, 2003) และช่วยเหลือ จัดการให้เกิดความสมดุลระหว่างความต้องการการดูแลและความเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น (Sullivan-Bolyai, Knafl, Sadler, & Gilliss, 2004) เครือข่ายทางสังคมที่ดีที่สุดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรัง คือ สามีภรรยาและเครือญาติ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536; Simpson, 2006) ในสังคมไทยการดูแลผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของผู้ป่วย โดยเฉพาะสมาชิกที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) ซึ่งจะเข้ามารับบทบาทผู้ให้การดูแลและมีความคาดหวังที่จะจัดการกับอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา (Sullivan-Bolyai, Sadler, Knafl, & Gilliss, 2003) และมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) การนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะช่วยเพิ่มศักยภาพและความเข้มแข็งให้กับครอบครัว ช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืน ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้ เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวนั้นเป็นเจ้าของปัญหาการเจ็บป่วย จึงต้องระบุนโยบายสำคัญที่ต้องการแก้ไขและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ส่งผลถึงการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีความเสื่อมของโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะทุกส่วน โดยส่วนใหญ่เกิดความเสื่อมทางกายภาพ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (สุนนา แสนมาโนช, 2541) จึงต้องการการดูแลจากครอบครัวร่วมกับการดูแลโดยทีมสุขภาพ (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2538)

จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่ายังไม่มีหรือนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ตั้งแต่รับเข้ารักษา

ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมชัดเจน การให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายจะเป็นการให้เฉพาะในผู้ป่วยแต่ละราย ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมชัดเจน และพบได้บ่อยว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะปอดแฟบ ปอดบวม ท้องอืดและแผลผ่าตัดติดเชื้อ เป็นต้น จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติพยาบาล เป็นการบูรณาการหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดจากงานวิจัย ร่วมกับประสบการณ์และความเชี่ยวชาญทางคลินิกและความเห็นชอบของผู้ป่วยและญาติ ในการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุดในรูปแบบของแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีความสอดคล้องกับการให้บริการสุขภาพแนวใหม่ตามการปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติซึ่งเน้นที่การให้บริการที่มีคุณภาพมีความคุ้มค่าและผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจซึ่งจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ในการขับเคลื่อน เพื่อให้องค์กรสามารถสนองตอบนโยบายและบรรลุปเป้าหมายของการให้บริการยุคใหม่ คือ การประกันคุณภาพของการให้บริการ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2550) และเป็นมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล โดยองค์กรแห่งนี้ได้ผ่านการรับรองคุณภาพ (Hospital -Accreditation) ในปี พ.ศ. 2548 มีระบบการประกันคุณภาพของการให้บริการ (Quality Assurance) และต้องมีการประเมินการรับรองคุณภาพซ้ำอีกครั้งในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งองค์กรจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่องด้วยการสร้างนวัตกรรมและพัฒนาแนวปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การนำสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลสำคัญของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านนั้น ร่วมกับแนวคิดการให้การสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive educative) โดยที่พยาบาลมีบทบาทในการให้การสนับสนุนและให้ข้อมูลความรู้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ความรู้ที่ให้ได้จะเกี่ยวข้องกับโรคและแผนการรักษา การปฏิบัติตัวขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งการหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

(Jubb & Shanley, 2002) ซึ่งแนวคิดทั้ง 2 แนวคิดนี้เป็นแนวคิดพื้นฐานที่มีความเหมาะสมในการพัฒนาการให้บริการพยาบาล เนื่องจากแนวคิดนี้อาศัยความรัก ความผูกพันของบุคคลในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวปรับตัวและคงไว้ซึ่งสภาพความสมดุลของครอบครัว (McCubbin & McCubbin, 1996) และเป็นแนวคิดที่เอื้อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ สามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยที่พยาบาลมีบทบาทในการเอื้ออำนวยด้านข้อมูล แหล่งประโยชน์ การประสานความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว การนำสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล การให้การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงเป็นแนวคิดหนึ่งที่น่าไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว วิชาชีพการพยาบาลและองค์กร ซึ่งในหน่วยงานนี้ยังไม่มีรูปแบบการพยาบาลที่นำสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลและช่วยลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดรวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลและเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในการทำงาน

ประเด็นหลัก

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมากจะอยู่ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรคหรือมากกว่า อีกทั้งยังมีอุบัติการณ์สูงและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ การรักษาหลักคือการผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายด้วยความเสื่อมของสภาพร่างกายและการมีโรคร่วมด้วย จึงเป็นปัญหาทางคลินิกที่มีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แนวคิดของการนำสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเป็นแนวคิดใหม่ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีผลลัพธ์ในด้านการพึ่งพาตนเอง การลดภาวะแทรกซ้อน การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้นและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งแนวคิดนี้มีความเชื่อว่าสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยซึ่งรวมถึงสมาชิกในครอบครัวนั้นมีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาโรค การฟื้นตัวหลังรับการรักษา ลดอุบัติการณ์การกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำและสามารถช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยในลักษณะที่สถาบันครอบครัวมีความรัก ความผูกพันกันในระบบเครือญาติสูง การนำสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจึงน่าจะมียุทธศาสตร์สำคัญในการร่วมดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวจากหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งจัดว่าเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลก่อนและหลังผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงผู้ป่วยกลับบ้าน
2. พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมที่เป็นทิศทางเดียวกัน
3. หน่วยงานมีมาตรฐานในการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงกลับบ้าน

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการศึกษา

ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้ศึกษาได้เลือกรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence – based practice) ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจนและครอบคลุม เน้นการพัฒนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร ตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาต่อเนื่อง ขั้นตอนในการพัฒนามีความสัมพันธ์กันทั้งในกระบวนการคิดและสังเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่สุดและต่อเนื่องสำหรับผู้ให้บริการซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะการค้นหาค้นหาปัญหา (Evidence triggered phase) ที่มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ

1.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice triggered) โดยที่จะเป็นปัญหาที่พบบ่อยจากประสบการณ์ในการทำงาน

1.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge triggered) ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน

ระยะการค้นหาค้นหาปัญหาจะจบลงที่การวิเคราะห์ข้อมูลจากทั้ง 2 แหล่ง เพื่อให้ได้ปัญหาที่ชัดเจนและมองเห็นความเป็นไปได้ในการพัฒนาแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

2. ระยะการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) เป็นการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข เพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสร้างเป็นแนวปฏิบัติต่อไป

3. ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) นำสาระหลักที่สังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลนำไปทดลองใช้แล้วนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขจนได้แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยงานนั้น ๆ

4. ระยะนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase) มีการประเมินผลลัพธ์เป็นระยะและนำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้ได้ศึกษาถึงระยะที่ 3 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ โดยศึกษาถึงขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำข้อเสนอแนะมา

ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนการศึกษาในระยะที่ 4 ระยณะนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน จะนำเสนอต่อหน่วยงานในขั้นตอนต่อไป

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม มีขั้นตอนตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup, 2000) ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหา

1.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice triggered)

จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุ การรักษาหลักคือการรักษาโดยการผ่าตัดและการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดคือการให้ยาเคมีบำบัด ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ปอดแฟบ ปอดบวม และท้องอืด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้โดยการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่เข้ารับการรักษามาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การให้ข้อมูลและคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและเป็นวิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ โดยธรรมชาติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มักจะพบมากในผู้สูงอายุ ด้วยความสูงอายุและความเสื่อมในการรับรู้และการทำหน้าที่ของร่างกายตามวัยนั้น การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องซึ่งมีหลายเรื่อง การให้ข้อมูลผู้ป่วยตามลำพังในระยะเวลาสั้นๆ อีกทั้งเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด จะเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถจดจำวิธีปฏิบัติทั้งหมดที่ได้รับจากทีมสุขภาพได้ อีกทั้งสภาพและความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดนั้นจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ จึงพบได้เสมอว่าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตนตามที่ได้รับคำแนะนำและพบได้บ่อยว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้า ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ปัญหาการดูแลที่เกิดขึ้นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันเห็นพ้องกันว่าการทำงานที่ดำเนินการอยู่ส่วนหนึ่งยังเป็นปัญหา เห็นสมควรที่จะต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาวิธีการที่ปฏิบัติอยู่เดิมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการประเมินและระบุปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของบุคคลภายในครอบครัว เป็นผู้ตัดสินใจหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหานั้น เป็นผู้ดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีทางที่เลือกไว้ รวมทั้งการประเมินผลวิธีการแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งกระบวนการที่กล่าวมาแล้วจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแล

ตนเองในทุกระยะของความเจ็บป่วย เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างความเชื่อมั่นให้กับสมาชิกในครอบครัวในดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วยจนกลับบ้าน โดยที่สมาชิกในครอบครัวจะช่วยในการจดจำข้อมูลและวิธีปฏิบัติทั้งหมด รวมถึงการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน บทบาทพยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา เป็นผู้ประสานงานและหาแหล่งประโยชน์สนับสนุนที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม

จากการสังเกตการณ์บนหอผู้ป่วย โดยการศึกษาเชิงวิเคราะห์ในผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1 อายุ 68 ปี โรคกระดูกงูไต้ใหญ่ส่วนตรง รักษาโดยการตัดต่อลำไส้ (low anterior resection) มีปัจจัยก่อนผ่าตัดที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคือ หายใจมีเสียงกรอบแกรบ (crepitation) ที่บริเวณปอดข้างขวา หลังผ่าตัดเกิดภาวะปอดบวม มีเสมหะคั่ง มีไข้ อุณหภูมิ 38 – 39.5 องศาเซลเซียส การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะคือเมทโทรนิดาโซล 500 มิลลิกรัม หยอดทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง และ เซฟทรี 1 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง หลังได้รับการรักษาดังกล่าว ผู้ป่วยยังมีไข้ 38.5 – 39.5 องศาเซลเซียส

ภาพถ่ายเอ็กซเรย์ปอดยังพบฝ้าขาว ฟังเสียงหายใจยังมีเสียงกรอบแกรบ แพทย์จึงเปลี่ยนแปลงการรักษาโดยการเปลี่ยนยาเป็น ซัลเพอร์ราโซล 1 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง และต้องตรวจเอ็กซเรย์ปอดบ่อยขึ้นเพื่อติดตามการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น

ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาด้านการสื่อสารคือพูดภาษาใต้และไม่สามารถพูดภาษากลางได้ การให้คำแนะนำหรือสาธิตวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ค่อยเข้าใจและปฏิบัติตามไม่ถูกต้อง เมื่อลูกสาวมาเยี่ยมได้นำลูกสาวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้วย โดยเป็นสื่อกลางด้านภาษา โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลและสอนวิธีปฏิบัติกับลูกสาวและลูกสาวจะอธิบายและสาธิตให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม หลังจาก que ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายและสาธิตจากลูกสาว โดยมีพยาบาลดูแลและให้คำปรึกษาอยู่ใกล้ ๆ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูสภาพ และมีความพึงพอใจที่บุตรสาวให้การดูแลใกล้ชิด บุตรชายจะมาเยี่ยมผู้ป่วยหลังเลิกงาน คอยช่วยเหลือผู้ป่วยในการขยับตัว การช่วยพยุง ผู้ป่วยลุกนั่ง ช่วยกระตุ้นผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การบริหารการหายใจ การออกกำลังกายแขนขา คอยสอบถามอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดเพื่อจะให้ได้ข้อมูลกับแพทย์พยาบาล เมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารได้ บุตรชายและบุตรสาวจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากพยาบาลว่าจะช่วยในการละลายเสมหะที่คั่งค้างได้ บุตรชาย

และบุตรสาวดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด คอยให้กำลังใจ ปลอบใจว่าเมื่อปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลแล้วจะได้กลับบ้านเร็ว ซึ่งผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

จะเห็นว่าผู้ป่วยรายนี้นอกจากมีปัจจัยเสี่ยงก่อนผ่าตัดอยู่ก่อนแล้ว ยังมีปัญหาด้านการสื่อสารภาษากับบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้ หากยังคงอยู่อาจจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนนั้นลุกลามมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ การนำบุตรสาวและบุตรชายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จึงสามารถช่วยแก้ไขปัญหาการสื่อสารเป็นการช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะลุกลามมากขึ้น

ผู้ป่วยรายที่ 2 อายุ 71 ปี โรคมะเร็งลำไส้ตรง รักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องเพื่อเปิดทวารใหม่ทางหน้าท้อง (abdominoperineal resection) มีปัจจัยก่อนผ่าตัดที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคือ ภาวะถ่ายเอ็กซเรย์ทรวงอกพบฝ้าขาวที่ปอดด้านขวาใกล้บน (pulmonary infiltration at right upper lobe) และมีเนื้อเยื่อเส้นใย (fibrotic) ที่ปอดด้านขวาใกล้บน ภาวะถ่ายเอ็กซเรย์ทรวงอกมีลักษณะคล้ายวัณโรคปอดและมีประวัติสัมผัสส่วนโรคร่วมด้วย ได้ส่งเสมหะตรวจเชื้อวัณโรค 2 วัน ผลการตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค

หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจ 28-30 ครั้ง ต่อนาที เนื่องมาจากความสูงอายุ (ระยะเวลาการผ่าตัด 4 ชั่วโมง 30 นาที) กล้ามเนื้อหายใจและกล้ามเนื้อกระบังลมอ่อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันในช่องท้องและช่องอกได้ ร่วมกับพยาธิสภาพของปอดเดิม ต้องให้การรักษาเพิ่มเติมด้วยการให้ออกซิเจน ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพหลังการผ่าตัดที่ต้องให้ออกซิเจนรู้สึกว่าการหนักและสอบถามถึงระยะเวลาในการให้ออกซิเจน เนื่องจากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายจากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อซักถามถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดผู้ป่วยบอกว่าทำบ้างไม่ทำบ้าง บางครั้งเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากเลยไม่ได้ทำ ไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพมากนัก เนื่องจากไม่รู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติและผลที่ตามมาว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้จากการฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอหรือการที่ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ เมื่อได้อธิบายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการกระตุ้นการฟื้นตัวหลังผ่าตัดให้กับผู้ป่วยและบุตรสาวรับทราบ บุตรสาวได้ให้ความสำคัญในการกระตุ้นผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในการทำความสะอาดร่างกาย ช่วยขยับตัวเพื่อลุกนั่ง กระตุ้นการบริหารการหายใจ เฝาระวังและสังเกตอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตนั้นรายงานต่อบุคลากรทีมสุขภาพ บางครั้งผู้ป่วยมีความ

วิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและการดูแลทวารใหม่ บุตรสาวก็ช่วยให้กำลังใจและปลอบโยนเกี่ยวกับการดูแลทวารใหม่ว่าตนเองจะเป็นผู้ดูแลแผลให้ ไม่ต้องเป็นห่วงกังวล มีผู้ป่วยหลายคนที่มีทวารใหม่ก็สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ขอให้ผู้ป่วยรักษาตัวให้หายไว ๆ จะได้กลับบ้านได้

ผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงก่อนผ่าตัด ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารใหม่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อีกทั้งการปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ภาวะแทรกซ้อนยังคงอยู่ การที่บุตรสาวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านการให้ข้อมูลและการกระตุ้นการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด มีส่วนช่วยในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพ และบุตรสาวของผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านอย่างต่อเนื่องและสามารถพึ่งพาตนเองได้

ผู้ป่วยรายที่ 3 อายุ 68 ปี โรคกระเพาะลำไส้ตรง รักษาโดยการผ่าตัดต่อลำไส้ (low anterior resection) หลังการผ่าตัดวันที่ 2 มีอาการท้องอืดผู้ป่วยรู้สึกแน่นอึดอัดท้องไม่สุขสบาย มีเหนืยเล็กน้อยจากอาการท้องอืดที่ทำให้ความดันในช่องท้องสูงขึ้นและดันแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ทำให้รู้สึกปวดแผลผ่าตัดมากขึ้นด้วย โดยเฉพาะเวลาไอและเวลาขยับตัว การตรวจร่างกายพบปลายเท้า 2 ข้าง บวมกดบวม +1 จากการซักถามผู้ป่วยและญาติว่าได้ปฏิบัติตัวในเรื่องการบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัวและการมีกิจกรรมเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหรือไม่ ผู้ป่วยและญาติกล่าวว่าไม่ทราบว่าจะทำอะไร ไม่มีใครมาสอนก่อนผ่าตัด ถ้ามีใครมาสอนก่อนก็จะดี ผู้ป่วยจะได้ปฏิบัติถูกต้อง ปัจจัยจากกระบวนการผ่าตัดและความรู้ของผู้ป่วยและญาติที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด อีกทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการท้องอืดว่าจะทำให้เจ็บปวดแผลผ่าตัดและทำให้แผลหายช้าจึงไม่กล้าขยับตัวหรือลุกนั่ง เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หลังจากที่ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการการปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดให้กับผู้ป่วยและลูกสะใภ้ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยให้ลูกสะใภ้มีส่วนร่วมในการกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด คอยให้ความช่วยเหลือในการการจดจำข้อมูลและช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ คอยให้กำลังใจกับผู้ป่วย อีกทั้งบุตรสาวและบุตรชายจะมาเยี่ยมและให้กำลังใจแสดงความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยหลังจากเลิกงาน ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีความมานะพยายามในการปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

การนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลครั้งนี้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการจดจำข้อมูลดังที่กล่าวมาแล้ว อีกทั้งในระยะหลังผ่าตัดซึ่งถือเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ไม่สุขสบายอยู่ก่อนแล้วการที่จะให้ผู้ป่วยจดจำข้อมูลต่างๆ ที่มีมากมาย

ระยะเวลาอันสั้นและหวังผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพคงจะเป็นไปได้ยากการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อเป็นการแก้ไขและป้องกันไม่ให้อาการแทรกซ้อนลุกลามมากขึ้นและเป็นประโยชน์ต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

สรุปประเด็นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก ดังนี้

1. การนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในด้านการกระตุ้นการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและด้านการเป็นขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพยายามที่จะปฏิบัติตามเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและมีกำลังใจในการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืน

2. การขาดแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลจากทีมสุขภาพ รวมทั้งการขาดความรู้ในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย อาจจะมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องอาศัยการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยในการดูแล ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการรักษาขั้นต้นแรกที่มีประสิทธิภาพ แต่ในขณะเดียวกันยังก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยย่อมต้องการกำลังใจจากครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวย่อมต้องการอยู่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยเช่นกัน เพื่อเป็นการเสริมแรงใจซึ่งกันและกัน การมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในภาวะวิกฤตจะช่วยส่งเสริมด้านกำลังใจ ช่วยผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวลและช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในหน่วยงานควรที่จะมีนโยบายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมโดยมีฐานมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นที่คาดหวังว่าจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการบริการที่มีคุณภาพ มีความทันสมัย มีความคุ้มค่าของการให้บริการ รวมทั้งเป็นการประกันคุณภาพของการให้บริการซึ่งในหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัตินี้เป็นรูปธรรมชัดเจน จึงมีแนวคิดว่าการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยการผสมผสานกับการให้บริการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาการพยาบาลจะทำให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น

จากการปฏิบัติงานจะพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่อเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดบางรายยังเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ท้องอืด ปวดแสบ ปวดบวมหรือแผลผ่าตัดติดเชื้อ ซึ่งในผู้ป่วยบางรายจะมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล แต่ไม่ใช่สมาชิกที่เป็นผู้ดูแลเป็นประจำสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยบางรายจะมีสมาชิกในครอบครัวสลับสับเปลี่ยนกันมาดูแล ไม่ใช่บุคคลที่ได้รับการประเมินความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้การสื่อสาร เช่น การรับส่งข้อมูล การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนขณะรับการรักษาหรือการปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด อาจจะขาดความเชื่อมโยงหรือขาดความต่อเนื่องได้ ส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัด การปฏิบัติตนเพื่อรับการรักษา การดูแลตนเองและการพึ่งพาตนเองเมื่อเจ็บป่วยขาดประสิทธิภาพได้ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ การฟื้นตัวหลังผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การเตรียมความพร้อมเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง ด้านจิตใจอาจเกิดภาวะเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า แยกตัว อาจส่งผลถึงการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ การนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลด้านร่างกาย ช่วยเหลือกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน กระตุ้นการฟื้นตัวหลังรับการรักษา ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เกิดความอบอุ่นใจ ไม่รู้สึกถูกละทิ้งให้เผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยอย่างเดียวดาย ซึ่งจะช่วยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการรักษาโรคต่อไป ขณะเดียวกันสมาชิกในครอบครัวยังสามารถดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รักในขณะที่เจ็บป่วยได้ เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล การดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งเป็นการเสริมด้านกำลังใจให้กับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน จากประเด็นดังกล่าว จึงเชื่อว่าการนำสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในด้านการดูแลเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา การเตรียมความพร้อมเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งการเป็นกำลังใจในการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัวและช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวในการดำเนินชีวิตไปพร้อมกับโรคเรื้อรังที่ติดตัวผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge triggered) จากปัญหาที่เกิดจากการสังเกตการณ์ จึงเกิดคำถามที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการตัดสินใจในการปรับปรุงคุณภาพของการดูแล

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ โดยคำตอบที่ต้องการจากคำถามที่เกิดขึ้น 5 ประเด็นด้วยกันคือ

1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่คืออะไร
2. กลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดได้อย่างไร
3. ความต้องการและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีอะไรบ้าง
4. แนวทางในการส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลมีอะไรบ้าง

5. การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยอย่างไร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งรวมถึงการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ ภาวะท้องอืด แผลผ่าตัดติดเชื้อ ภาวะปอดแฟบและปอดบวม (Ansari, Collopy, Hart, Carson, & Chandraraj, 2000)

1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่
 - 1.1 ปัจจัยเสี่ยงก่อนผ่าตัด ได้แก่
 - 1) ความสูงอายุ
 - 2) ภาวะน้ำหนักเกิน
 - 3) ประวัติการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบ ระยะเวลาการสูบบุหรี่
 - 4) พยาธิสภาพของปอดที่มีอยู่เดิมในระยะเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง หอบหืด โรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่าง
 - 5) โรคร่วมที่มีอยู่ เช่น โรคไต โรคตับ เบาหวาน
 - 6) ความรู้ก่อนผ่าตัดที่ไม่เพียงพอ ได้แก่ การจัดการความเจ็บปวดแผลผ่าตัด การบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพและการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด
 - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงระหว่างผ่าตัด ได้แก่
 - 1) ตำแหน่งหรือบริเวณที่ผ่าตัด เช่น การผ่าตัดช่องท้องส่วนบนและส่วนล่าง การผ่าตัดหัวใจ
 - 2) ชนิดของการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ กระเพาะอาหาร การผ่าตัดทางเบี่ยงหัวใจ
 - 3) ระยะเวลาของการดมยา นานกว่า 2-3 ชั่วโมง
 - 4) ยาที่ได้รับ เช่น ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงหลังผ่าตัด ได้แก่
 - 1) การจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอหลังผ่าตัด

2) การบริหารการหายใจและการไอไม่มีประสิทธิภาพ

3) การไม่เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

2. กลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื้อเยื่อจะได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด จะมีการหลั่งสารสื่อประสาทที่ทำให้เกิดการอักเสบ เช่น ฮิสตามีน (histamine) ซับสแตนซ์ พี (substance P) แบรดีไคนิน (bradykinin) เซโรโตนิน (serotonin) และโพรสตาแกลนดิน อี (prostaglandin E) ซึ่งจะหลั่งเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีความเจ็บปวดและเป็นผลทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัด (Punttillo, Miaskowski, & Summer, 2003) นิวโรทรานสมิตเตอร์ (neurotransmitter) จากบริเวณแผลผ่าตัดจะสื่อสารไปที่ ซี-ไฟเบอร์ (C-fiber) กระตุ้นเซลล์ของประสาทไขสันหลัง ทำให้เกิดความเจ็บปวด และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (automatic nervous system) เพิ่มมากขึ้น การเต้นของหัวใจและปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกมาในแต่ละครั้ง (stroke volume) เพิ่มขึ้น เพิ่มการทำงานของหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจ มีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้เกิดการหดเกร็งของหลอดเลือด (vasospasm) เป็นผลให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและขาดออกซิเจนไปเลี้ยง ความทนต่อความเจ็บปวดลดลงและความเจ็บปวดแผลผ่าตัดจะเพิ่มมากขึ้น (ชารา ตรีตระกูล, 2544)

ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าขยับตัวหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เพราะกลัวความเจ็บปวดแผลผ่าตัด อีกทั้งไม่กล้าหายใจลึกๆ ไม่กล้าไอเพื่อขับเสมหะที่คั่งค้างอยู่ในปอด เนื่องจากการไอจะทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องเกร็งแข็งและเกิดความเจ็บปวดแผลผ่าตัด (ชารา ตรีตระกูล, 2544) ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากิจกรรมหลังผ่าตัดที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากที่สุดคือการเคลื่อนไหวร่างกายและการเดิน (อภิรดี ใจกล้า, 2548)

หลังการผ่าตัดช่องท้องลำไส้จะหยุดทำงานชั่วคราวและการทำงานของลำไส้แบบบีบรัดจะลดลง กระเพาะอาหารจะมีการเคลื่อนไหวน้อย แรงบีบตัวของกระเพาะอาหารจะเพิ่มแรงบีบตัวของไพโรริก (pyloric) จะทำให้เกิดการบีบตัวของกระเพาะอาหารผิดปกติ (Behm, & Stollman, 2003) ประกอบกับการได้รับยาคุมสลายแบบทั่วร่างกายและการได้รับยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งมีผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง (Kehlet & Holte, 2001) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าขยับตัวหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากเจ็บปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยจะนอนนิ่งๆ ส่งผลให้การทำงานของลำไส้ลดลง ทำให้เกิดภาวะท้องอืดและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (Kehlet & Holte, 2001)

อีกทั้งการอักเสบของลำไส้จากกระบวนการผ่าตัดลำไส้จะทำให้การทำงานของลำไส้ลดลง ทำให้จำนวนนิวโทรฟิล (neutrophil) ในลำไส้เพิ่มมากขึ้น การมีสื่อประสาทอักเสบจากนิวโรทรานสมิตเตอร์ (neurotransmitters) (Kehlet & Holte, 2001) ไซโตไคน์ (cytokine) ได้แก่

อินเตอร์ลิวคิน-1 (interleukin – 1) และอินเตอร์ลิวคิน-6 (interleukin – 6) ซึ่งหลั่งออกจากบริเวณแผลผ่าตัดจะมีระดับสูงขึ้นหลังผ่าตัด จะมีผลในการยับยั้งการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร (Behm & Stollman, 2003) ภาวะโปรแตสเซียมในเลือดต่ำจะทำให้ระยะเวลาของภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดนานมากขึ้นเช่นกัน (Behm & Stollman, 2003) ภาวะท้องอืดยังส่งผลให้ความดันในช่องท้องสูงขึ้น ความดันในช่องท้องที่สูงขึ้นจะมีผลทำให้มีการขยายของช่องท้องและดันบริเวณแผลผ่าตัดให้แยกออกจากกัน ซึ่งจะทำให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด นอกจากนี้ ภาวะพร่องออกซิเจน การกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อน้อยลงและแผลที่มีเนื้อตายจะทำให้การส่งเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลง เกิดไฟโบรบลาสต์มากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการยับยั้งกระบวนการหายของแผล ได้แก่ การสร้างหลอดเลือดใหม่ (angiogenesis) และการสร้างเนื้อเยื่อปกคลุมแผล (epithelialization) (Franz, 2006) รวมทั้งการมีปัจจัยอื่นที่ทำให้มีความเสื่อมของระบบภูมิคุ้มกัน เช่น โรคเบาหวาน ทำให้แบคทีเรียในแผลเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว การหายของแผลช้าและจำนวนแมคโครฟาจ (macrophage) ลดลง ทำให้เกิดความพร่องในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ (Franz, 2006) ถ้าสภาวะของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกกดจากการใช้ยา เจ็บป่วยเรื้อรัง มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีภาวะขาดสารอาหาร การสัมผัสแบคทีเรียจำนวนเล็กน้อยก็สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อได้ (Doherty, 2006) ผลกระทบที่ตามมาของแผลผ่าตัดติดเชื้อคือ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในบริเวณใกล้เคียงตามมา เช่น การติดเชื้อของผนังช่องท้อง ความเจ็บป่วยเรื้อรัง การหายของแผลผ่าตัดช้าเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา (Lee, 1995)

นอกจากนี้ภาวะความดันในช่องท้องที่สูงขึ้นยังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของปอดหลังผ่าตัดได้ เนื่องจากจะกดเบียดกระบังลม ทำให้การทำงานของกระบังลมลดลง ปริมาตรของปอดลดลง ความยืดหยุ่นของปอดลดลง มีการตีบแคบของถุงลมในปอด อีกทั้งจำนวนขนกวัด (mucociliary) ที่ลดลง ไม่สามารถขจัดเสมหะที่อุดกั้นออกจากทางเดินหายใจได้ ทำให้บริเวณแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดน้อยลง การระบายอากาศในปอดไม่มีประสิทธิภาพ (Brooks-Brunn, 1995) นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ได้ จากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทำให้กระบังลมหย่อน กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจคลายตัว ทำให้ประสิทธิภาพในการควบคุมความดันในช่องอกและช่องท้องลดลง ความดันในช่องเยื่อหุ้มปอดเพิ่มขึ้นทำให้เกิดเบียดเนื้อปอดที่อยู่บริเวณใกล้เคียง ๆ ถุงลมบางส่วนแฟบ ทำให้ปริมาตรปอดลดลง ความยืดหยุ่นของปอดลดลง การผันแปรออกซิเจนลดลง ส่งผลกระทบต่อการฟื้นหายของผู้ป่วย (Duggan & Kavanagh, 2005) และเมื่อภาวะปอดแฟบยังดำเนินต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดภาวะปอดบวมตามมาจากการติดเชื้อแบคทีเรีย (bacterial pneumonia) หรือ การติดเชื้อที่ปอด (infectious postoperative pulmonary complications) ซึ่งเกิดจาก ภาวะปอดแฟบที่สารลดแรงตึง

ผิว (surfactant) ลดลง ทำให้การขยายของปอดนั้นยากลำบากขึ้น การเจริญเติบโตของแบคทีเรียที่เกิดจากการลดลงของขนกวัด (mucociliary) เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อที่ปอดหลังผ่าตัด (Brooks - Brunn, 1995)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดขณะอยู่ในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวรวมทั้งสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) จากการศึกษาของแมนคูและเลียง (Manku & Leung, 2003) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีภาวะการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนอเมริกันที่มีอายุเท่ากัน และผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจะมีคะแนนในด้านการทำงาน (Physical functioning) ด้านบทบาทของร่างกาย (role physical) ด้านอารมณ์ (role emotional) และด้านสุขภาพจิต (mental health) ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Manku, & Leung, 2003)

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย สามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุน ให้ข้อมูลที่เหมาะสม ให้ความรู้ด้วยการสอน การชี้แนะ หาแหล่งประโยชน์สนับสนุน ให้กำลังใจและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อญาติในการพัฒนาความสามารถจะทำให้ญาติสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละระยะได้เหมาะสม ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวจะลดลง รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองที่ได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์มากที่สุด และได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ซึ่งวิธีการนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพได้ดีขึ้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง (รัมภ์รดา อินทร, 2539) และช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2538 ; รัมภ์รดา อินทร, 2539)

3. ความต้องการและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย คือ

ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีความสำคัญเช่นกัน ซึ่งความต้องการของสมาชิกในครอบครัวมีหลายด้าน (อรทัย โสมนรินทร์, เพลิธู ถนอมพงษ์ชาติและศศิมา กุสุมา ณ อุชฺฐยา, 2540) ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล จะผ่านกระบวนการดังนี้

ก. การที่ครอบครัวจะเป็นผู้ระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวเอง เนื่องจากครอบครัวนั้นเป็นเจ้าของปัญหา โดยผ่านการให้ข้อมูลของพยาบาล

ข. ครอบครัวจะเป็นผู้จัดระดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการแก้ไข

ค. ครอบครัวจะวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกับพยาบาล

ง. ครอบครัวจะเป็นผู้ที่เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมเอง

จ. ประเมินผลการแก้ไขปัญหานำผลไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

เมื่อครอบครัวสามารถดำเนินการตามขั้นตอนเหล่านี้ได้ จะส่งผลให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องและยั่งยืน

ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่

1) ความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรักษา การพยากรณ์โรคและการดูแลผู้ป่วย (Fukui, 2002) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพวงทอง กล่อมใจเย็น (2541) และ สุริย์รัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) พบว่าญาติและผู้ดูแลมีความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอเกี่ยวกับผู้ป่วยจึงจะให้การดูแลผู้ป่วยได้

2) ความต้องการด้านการลดความวิตกกังวล โดยต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดและต้องการความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งความต้องการด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความต้องการลดความวิตกกังวล การที่ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลต่าง ๆ ก่อให้เกิดความเข้าใจความเจ็บป่วยและสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ดี จึงมีส่วนช่วยลดความวิตกกังวล (จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ, สุภาภรณ์ ค้วงแพง, สมพร สิริเต็มกุลและวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ, 2541)

3) ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก (วรรณวิมล คงสุวรรณ, 2543) ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลในครอบครัวและทีมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล ความตึงเครียด มีพลังใจและพลังกายในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (พวงทอง กล่อมใจเย็น, 2541)

4) ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะเพิ่มความผูกพัน ถ่ายทอดความรัก ความห่วงใยของตนเองไปสู่ผู้ป่วย ทำให้เกิดความสบายใจลดความวิตกกังวล จากการที่สามารถให้ความช่วยเหลือดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการนำบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจึงมีประโยชน์อย่างมากและมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรคดีขึ้น (สุริย์รัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541)

5) ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลผ่านช่วงแห่งความวิตกกังวล มีกลไกการปรับตัวต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวลแล้ว จะมีความต้องการอยู่กับผู้ป่วย เพื่อเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อที่ตนเองจะได้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างที่ต้องการหรือไม่ ลดความวิตกกังวลอันเกิดจากความไม่แน่ใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย

6) ความต้องการด้านการประคับประคองจิตใจ ได้แก่ ต้องการให้แพทย์และพยาบาลรับฟังปัญหาในการดูแลผู้ป่วยและให้เวลาแก่ญาติในการซักถามเต็มที่ (สุริย์รัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) การเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ต้องการกำลังใจที่เข้มแข็งจากบุคคลรอบข้าง

4. แนวทางในการส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล คือ

การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในรูปแบบการให้ความรู้ สอน แนะนำ สาธิตวิธีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตาม การกระตุ้นและเป็นการกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาของรัมภ์รดา อินทร (2539) จากการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการให้การพยาบาลตามปกติ จากการศึกษาของทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์ (2538) จากการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีการฟื้นฟูสภาพจิตใจดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับมากกว่า

5. การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ดังนี้

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยการนำบุคคลในครอบครัวที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งญาติของผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ (รัมภ์รดา อินทร, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์ (2538) พบว่า ญาติที่มีส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจะมีความพึงพอใจ ทำให้ญาติได้มีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลมีโอกาสพัฒนาความสามารถในการดูแล ทำให้ความวิตกกังวลลดลง มีความมั่นใจในดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนรับรู้ตนเองได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูด้านสภาพจิตใจได้ดี เนื่องจากเป็นการเปิดโอกาสให้ญาติรับรู้และเข้าใจสภาพความเป็นจริงของปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ญาติตระหนักถึงปัญหาและแนวทางการแก้ไขให้มีความร่วมมือในการส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง

จากการทบทวนข้อมูลจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ ได้แก่ งานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์และบทความ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อสภาวะร่างกายของผู้ป่วยในด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การฟื้นตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยในด้านภาวะเครียด ความวิตกกังวล ตลอดจนส่งผลกระทบต่อกำลังใจในการรักษาพยาบาลภาวะเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวย่อมมีความต้องการในการมีส่วนร่วมในการดูแลและได้รับการตอบสนองในการดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ซึ่งแนวทางในการส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล จัดทำได้โดยการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายในด้าน การให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล การให้คำแนะนำ คำปรึกษาที่เหมาะสม การเสริมแรง สร้างเสริมพลังอำนาจ สร้างความเชื่อมั่น เพิ่มศักยภาพในการจัดการอาการ อาการ

แสดงหรือปัญหาต่าง ๆ เพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเองและการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งผลที่ได้รับจากการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยในด้านการดูแลผู้ป่วย การเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ลดอุบัติเหตุการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ได้จากการรวบรวมทั้งงานวิจัย บทความและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสนับสนุนและพัฒนาการสร้างแนวปฏิบัติกรพยาบาล โดยการสืบค้นอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหามากที่สุด เพื่อการวิเคราะห์ สังเคราะห์และนำไปสู่การสร้างแนวปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

ประเด็นคำถามเพื่อการสืบค้น

1. การพยาบาลที่ช่วยในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีอะไรบ้าง
 2. รูปแบบในการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเป็นอย่างไร
 3. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวควรได้รับความรู้และฝึกทักษะในเรื่องใดบ้าง
- เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

การกำหนดขอบเขตและเกณฑ์ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1. ศึกษางานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดและผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ

2. เป็นงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1992 - 2006 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- ฐานข้อมูลและคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น

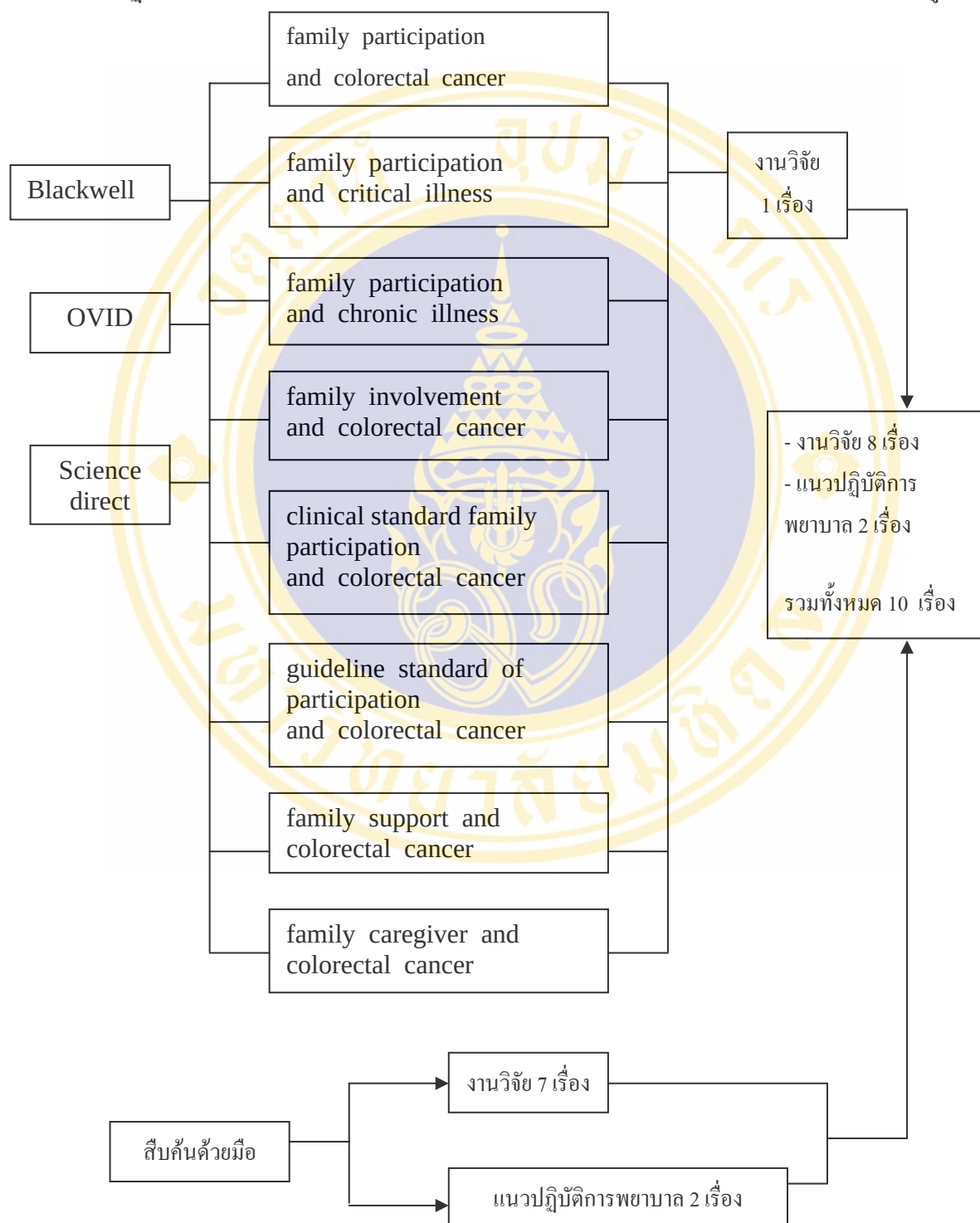
1. การสืบค้นงานวิจัยและบทความที่เกี่ยวข้องมีขั้นตอนการสืบค้นจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ (electronics database) ฐานข้อมูล Blackwell , OVID , Sciencedirect ซึ่งกำหนดคำสำคัญดังนี้

- family participation and colorectal cancer
- family participation and critical illness
- family participation and chronic illness

- family participation and protocol
 - family involvement and colorectal cancer
 - clinical standard family participation and colorectal cancer
 - guideline standard of participation and colorectal cancer
 - family support and colorectal cancer
 - family caregiver and colorectal cancer
 - family and recovery
 - family and guideline
2. การสืบค้นด้วยมือจากวารสารในประเทศ วารสารต่างประเทศและวิทยานิพนธ์
 3. จากเอกสารอ้างอิงจากงานวิจัย

การคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

1. ขั้นตอนการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เป็นงานวิจัย 8 เรื่อง
แนวปฏิบัติการพยาบาล 2 เรื่อง รวมทั้งหมด 10 เรื่อง ดังแผนผังรายละเอียดการสืบค้นข้อมูล



แผนภูมิที่ 1 แสดงผังการสืบค้นข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือ

การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากได้หลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว ได้ประเมินคุณภาพตามลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ตามแนวทางการประเมิน ดังนี้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2550)

การวิจัยเชิงทดลอง

1. คำถามการวิจัยมีการระบุไว้ชัดเจนหรือไม่
2. การเลือกและลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างใด
3. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเหมือนกันก่อนทดลองหรือไม่ ถ้าไม่เหมือน มีการวิเคราะห์ปรับความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มหรือไม่
4. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลเหมือนกัน ยกเว้น โปรแกรมการทดลองที่ให้ ใชหรือไม่
5. โปรแกรมการทดลองคืออะไร และกลุ่มควบคุมได้รับอะไร
6. มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหรือไม่ (randomization) ถ้าใช่ ใช้วิธีใด
7. ทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้เก็บรวบรวมข้อมูลไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมใช่หรือไม่ (double-blind)
8. ระยะเวลาในการวิจัยเหมาะสมหรือไม่
9. ผู้ป่วยและบริบทของการวิจัยคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ใช่หรือไม่
10. ผลของการให้โปรแกรมทดลองได้ผลดีใช่หรือไม่
11. โปรแกรมการทดลองเมื่อชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นแล้ว มีความคุ้มค่าใช่หรือไม่

การวิจัยเชิงบรรยาย (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2550; Schickler, 2004)

1. การระบุความสำคัญของปัญหาทางคลินิกและที่มาของคำถามการวิจัยมีความชัดเจนหรือไม่
2. วิธีการวิจัยที่ใช้มีความเหมาะสมหรือไม่
3. การเลือกแหล่งเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมชัดเจนหรือไม่
4. การเก็บข้อมูลใช้วิธีใดและให้รายละเอียดเพียงพอหรือไม่
5. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีใดและมีการควบคุมคุณภาพอย่างไร
6. ผลงานเชื่อถือได้หรือไม่ ผลของการวิจัยมีความสำคัญกับการพยาบาลหรือไม่
7. ข้อสรุปจากงานวิจัยคืออะไร และได้มาจากการวิจัยใช่หรือไม่

การวิจัยเชิงคุณภาพ (สายพินเ เกษมกิจวัฒนา, 2550; Schickler, 2004)

1. การระบุความสำคัญของปัญหาทางคลินิกและที่มาของคำถามการวิจัยมีความชัดเจน

2. วิธีการวิจัยที่ใช้มีความเหมาะสมหรือไม่
3. การเลือกแหล่งเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมชัดเจนหรือไม่
4. การเก็บข้อมูลใช้วิธีใดและให้รายละเอียดเพียงพอหรือไม่
5. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีใดและมีการควบคุมคุณภาพอย่างไร
6. ผลงานเชื่อถือได้หรือไม่ ผลของการวิจัยมีความสำคัญกับการพยาบาลหรือไม่
7. ข้อสรุปจากงานวิจัยคืออะไร และได้มาจากผลของการวิจัยใช่หรือไม่

เกณฑ์การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2550)

1. ขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose)

- 1.1 การระบุเป้าหมายของการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเฉพาะเจาะจง
- 1.2 แนวปฏิบัติที่นำเสนอ ครอบคลุมประเด็นปัญหาทางคลินิก
- 1.3 มีการระบุผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างขึ้น

2. บุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder involvement)

2.1 คณะทำงานที่สร้างแนวปฏิบัติ รวมบุคคลทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ระบุในแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นๆ

2.2 การสร้างแนวปฏิบัติทางการแพทย์ ได้นำความคิดเห็นและความชอบของผู้ป่วยเข้ามาพิจารณาด้วย

2.3 กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีการระบุไว้ชัดเจน

2.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างขึ้น มีการนำไปทดลองใช้ก่อนการเผยแพร่

3. ความเข้มงวดในการสร้าง (Rigour development)

3.1 มีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ

3.2 เกณฑ์ในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ระบุไว้ชัดเจน

3.3 วิธีการที่ใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก ระบุไว้ชัดเจน

3.4 การสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก มีการคำนึงถึง ประโยชน์ ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจมีได้

3.5 มีความเชื่อมโยงระหว่างแนวปฏิบัติที่นำเสนอและข้อมูลสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์

3.6 แนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญก่อนการเผยแพร่

3.7 มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ทันสมัย

4. ความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and presentation)

4.1 แนวปฏิบัติที่นำเสนอมีความจำเพาะเจาะจง และไม่คลุมเครือ

4.2 ทางเลือกที่แตกต่างในการจัดการกับเงื่อนไขสถานการณ์ มีการระบุไว้ชัดเจน

4.3 ข้อแนะนำที่สำคัญๆ ง่ายต่อการเข้าใจ

4.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกมีเครื่องมือประกอบในการนำไปใช้

5. การนำไปใช้ (Applicability)

5.1 กล่าวถึงอุปสรรคที่อาจมีได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

5.2 กล่าวถึงค่าใช้จ่ายในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

6. ความมีอิสระในการสร้าง (Editorial independence)

6.1 แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นอิสระจากแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุน (มิได้สร้างเพื่อให้ประโยชน์แก่นายทุน)

6.2 ความขัดแย้งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแนวปฏิบัติของคณะทำงาน ได้มีการระบุไว้

ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Hierarchy of evidence) การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) มีดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับ	แหล่งที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์
1	หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือ วิเคราะห์อภิมาน (meta- analysis) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม หรือ หลักฐานจากแนวปฏิบัติที่มาจากการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างเป็นระบบ (clinical practice guidelines based on systematic reviews of RCTs)
2	หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial : RCTs)
3	หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่ม (non-randomized controlled trial : RCTs)
4	หลักฐานจากงานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort studies) หรือการวิจัยกรณีศึกษา (case – control) ที่มีคุณภาพดี
5	หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรือ เชิงคุณภาพ (systematic review of descriptive and qualitative studies)
6	หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ (descriptive and qualitative studies)
7	หลักฐานจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และ / หรือ รายงานการประชุมของผู้เชี่ยวชาญ (opinion of authorities and /or reports of expert committees)

ตารางที่ 2 แสดงระดับของงานวิจัย

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง	การออกแบบ งานวิจัย	ระดับ
1	ผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2538)	วิจัยกึ่ง ทดลอง	3
2	ผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ (รัมภ์รดา อินทร, 2539)	วิจัยกึ่ง ทดลอง	3
3	ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกระโปกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ (สุนนา แสนมาโนช, 2541)	วิจัยกึ่ง ทดลอง	3
4	Outcome of family involvement in care intervention for caregivers of individual with dementia. (Maas, Reed, Park, Specht, Schutte, Kelley, Swanson, Tripp-Reimer, & Buckwalter, 2004)	วิจัยกึ่ง ทดลอง	3
5	ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548)	วิจัยกึ่ง ทดลอง	3
6	ความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด (วรรณวิมล คงสุวรรณ , 2543)	วิจัยเชิง บรรยาย	6
7	Patients' experiences of completing treatment for colorectal cancer in a Scottish District General Hosipital (Simpson, 2006)	วิจัยเชิง คุณภาพ	6
8	Social support and coping in chinese patients undergoing cancer surgery (Chan et al., 2004)	วิจัยเชิง บรรยาย	6

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ร่วมกับการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ได้ใช้แนวคิดของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) ดังนี้

- 1 ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) ทุกเรื่อง
- 2 การมีความหมายเชิงศาสตร์ (Scientific merit) งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ
- 3 แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation potential)

3.1 การเทียบเคียงผลงานวิจัยกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา (Transferability of the finding) งานวิจัยที่เลือกมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม นั้น เป็นงานวิจัยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตและเรื้อรัง ผลของงานวิจัยที่นำสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลถึงคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้นและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว งานวิจัยที่นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจึงมีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ เพราะลักษณะของหน่วยงานและกลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้นั้นมีความคล้ายคลึงกัน ในด้านความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรง

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลมีสิทธิ์โดยชอบในการปฏิบัติเป็นบทบาทอิสระ ประชาชนน่าจะให้ความร่วมมือ วิธีการไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่น่าจะรบกวนวิธีการปฏิบัติงานตามรูปแบบเดิม

3.3 ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง แต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม อาจจะต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการทำคู่มือสำหรับส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มเวลาในการฝึกฝนญาติผู้ดูแล แต่จะมีความคุ้มค่าในด้านการป้องกันและลดอุบัติเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

1. งานวิจัย เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3 จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย ระดับ 6 จำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ 6 จำนวน 1 เรื่อง
2. แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 2 เรื่อง
3. หลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่มีความน่าเชื่อถือ
4. มีแนวโน้มในการนำผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติได้

สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

1. การพยาบาลที่ช่วยในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

1.1 บุคลากรทีมสุขภาพเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีคุณค่าสำหรับผู้ป่วย (Simpson, 2006) (วิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ 6)

1.2 สมาชิกในครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในแผนการรักษาและมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพในการเตรียมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหลังผ่าตัดแบบองค์รวม (Chan et al., 2004) (วิจัยเชิงบรรยาย ระดับ 6)

2. รูปแบบในการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด

2.1 การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับมาจากครอบครัวและเพื่อน (Simpson, 2006) (วิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ 6)

2.2 บุคลากรทีมสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในด้านข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเหมาะสม (Chan et al., 2004) (วิจัยเชิงบรรยาย ระดับ 6)

2.3 สมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ มีส่วนที่ทำให้การสนับสนุนนั้นเป็นจริงได้ (Chan et al., 2004) (วิจัยเชิงบรรยาย ระดับ 6)

2.4 การนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะช่วยให้ความรู้สึกสูญเสียและการถูกพลัดพรากจากบุคคลสำคัญในครอบครัวลดลง ความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและครอบครัวลดลง และสัมพันธภาพระหว่างกันดีขึ้น (Maas, Reed, Park, Specht, Schutte, Kelley, Swanson, Tripp-Reimer, & Buckwalter, 2004)

3. การให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล

3.1 การสอนอย่างมีแบบแผนช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติที่ดีกว่าการสอนปกติ โดยครอบคลุมเนื้อหา มีการจัดลำดับ มีแผนการสอนเพื่อง่ายต่อการเรียนรู้ (คุชฎี ใจโปรง, 2548) (วิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3)

3.2 การบอกวัตถุประสงค์และโน้มน้าวช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล (คุชฎี ใจโปรง, 2548) (วิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3)

3.3 คู่มือในการทบทวนความรู้เป็นคู่มือที่ตรงต่อความต้องการ เป็นสื่อที่กระตุ้นแรงจูงใจ ช่วยพัฒนาการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล ช่วยในการจดจำและนำไปปฏิบัติได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง (คุชฎี ใจโปรง, 2548) (วิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3)

3.4 สื่อวีซีดีช่วยในการสาธิตให้เป็นรูปธรรม มีลำดับขั้นตอนที่ง่ายต่อการจดจำ ทำให้เกิดการเรียนรู้และการนำไปปฏิบัติ (คุชฎี ใจโปรง, 2548) (วิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3)

3.5 รูปแบบการสอนมีการสร้างปฏิสัมพันธ์ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ เกิดทัศนคติที่ดี (คุชฎี ใจโปรง, 2548) (วิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3)

3.6 รูปแบบการสอนมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ญาติผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย (คุชฎี ใจโปรง, 2548) (วิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3)

3.7 การจัดระบบการพยาบาลโดยส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด สามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวลของญาติ ทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ (สุมนา แสนมาโนช, 2541) (วิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3)

3.8 การมีญาติมาให้การดูแลทำให้ความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรดีขึ้น (Maas et al., 2004)

3.9 การนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลปฏิบัติได้โดย (Maas & Swanson, 1999)

- 1) การสร้างสัมพันธภาพและประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 2) ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล
- 3) การเจรจาตกลงร่วมกันและความยินดีในการมีส่วนร่วมในการดูแล
- 4) ให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว
- 5) ประเมินผลการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

สาระหลักที่ได้จากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องได้อาศัยแนวคิดของการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งอาศัยแนวคิดของการสนับสนุนและการให้ความรู้ (supportive educative approach) ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทในการให้การสนับสนุน ให้ความรู้ คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป็นผู้เสริมแรง เสริมสร้างพลังอำนาจ เสริมสร้างความเชื่อมั่น เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง พึ่งพาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน ขณะเดียวกันผู้ป่วยและครอบครัวจะอยู่ในฐานะผู้ที่เป็นเจ้าของปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว จะเป็นผู้ที่ระบุปัญหาที่เกิดขึ้น จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการแก้ไขก่อนหลังด้วยตนเอง จากนั้นจึงวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกับพยาบาล ตลอดจนเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือก

วิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เมื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วจะต้องนำผลที่ได้มาประเมินว่าผลลัพธ์ที่ได้เป็นอย่างไรและนำผลนั้นไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ตั้งกระทู้และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา

นำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขหลังจากได้รับคำแนะนำ โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ดังนี้

- ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโรงพยาบาลราชวิถี 1 ท่าน
- พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาศัลยศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร 1 ท่าน
- พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร 1 ท่าน

สรุปผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความชัดเจน
2. เนื้อหาในภาคผนวกเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลทวารใหม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ควรมีเอกสารให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
3. ควรเพิ่มรายละเอียดของเนื้อหาการดูแลช่องทวารใหม่สำหรับผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ทางหน้าท้อง ในภาคผนวก 5

บทที่ 3

การวิเคราะห์และสังเคราะห์

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพทั้งหมด 10 เรื่อง ได้งานวิจัยที่ทดลอง 5 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย 2 เรื่อง และแนวปฏิบัติการพยาบาล 2 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

แนวการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริม การฟื้นตัวของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังการผ่าตัด

คำจำกัดความ

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การนำบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เช่น ภาวะช็อก ภาวะตกเลือด ภาวะไตหยุดทำงานเฉียบพลัน (acute renal shutdown) ภาวะหัวใจหยุดเต้น

เกณฑ์การเลือกผู้ป่วย

1. อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป.....
2. มีการรับรู้ปกติ
3. มีสมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมสม่ำเสมอและ.....
4. มีความยินดีเข้าร่วมใช้แนวปฏิบัติ.....
5. เป็นผู้ป่วยกรณี.....

เกณฑ์การเลือกสมาชิกในครอบครัว

1. อายุตั้งแต่
2. เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ทราบถึงสภาพ.....
.....
3. มีการรับรู้ปกติ
4. มีความยินดีในการมีส่วน.....

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

1. ผู้ป่วยได้รับ
2. สมาชิกในครอบครัวมี
3. พยาบาลมี
4. เป็นการพัฒนา
5. หน่วยงานมีการ
6. ผู้ป่วยและญาติมีความ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น ท้องอืด
2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ
3. บุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความพึงพอใจ

แนวการปฏิบัติการพยาบาล

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและประเมินสมาชิกในครอบครัวตามเกณฑ์ที่กำหนดว่า.....

2. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม..... โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ระบุปัญหา.....

2.2 ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้.....

2.3 ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัววางแผน.....

2.4 ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้.....

3. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และ..... โดยดำเนินการดังนี้

3.1 พยาบาลให้ความรู้..... (ภาคผนวก 1)

3.2 การเตรียมความพร้อม..... (ภาคผนวก 2)

3.3 พยาบาลสอนและสาธิต (ภาคผนวก 3)

3.3.1 การหายใจ.....

3.3.2 การไอ.....

3.3.3 การเคลื่อนไหว.....

3.4 ให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

3.5 ให้สมาชิกในครอบครัวเป็น..... ปฏิบัติได้ถูกต้อง

3.6 กระตุ้นให้ก่อนการผ่าตัด

3.7 อธิบายการประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด โดยใช้แบบประเมิน..... (numeric rating scale) (National Institutes of Health Warren Grant Magnuson Clinical Center, 2003) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0 ไม่มี.....

คะแนน เล็กน้อย

คะแนน

คะแนน ที่สุด

ถ้าระดับคะแนนความเจ็บปวด (painscore) อยู่ระหว่าง 1-3 ให้มี

(ภาคผนวก 4)

ถ้าระดับคะแนนความเจ็บปวด (pain score) ร่วมด้วย

3.8 อธิบายวิธีการ (ภาคผนวก 4) และวิธี
การ.....ในครอบครัว

3.9 พยาบาล.....อย่าง
ต่อเนื่อง



การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว โดย (James & Justins, 2003)

ระดับคะแนน 0 หมายถึง

ระดับคะแนน 1 หมายถึง

ระดับคะแนน 2 หมายถึง

ระดับคะแนน 3 หมายถึง

ถ้าการประเมินระดับความรู้สึกตัว..... (ในข้อ 2)

ถ้าการประเมินระดับความรู้สึกตัวคะแนนอยู่

ระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต่อไป

2. ประเมินระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดย.....

- ถ้าประเมินระดับความ..... (ภาคผนวก 4)

- ถ้าประเมินระดับความ.....ตนเอง

3. พยาบาลกระตุ้นและ.....ใกล้ชิด

4. ส่งเสริมให้ญาติ..... (ภาคผนวก 3)

5. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีทวารใหม่หลังผ่าตัด พยาบาลสอน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถดูแลทวารใหม่ได้ (ภาคผนวก 5)

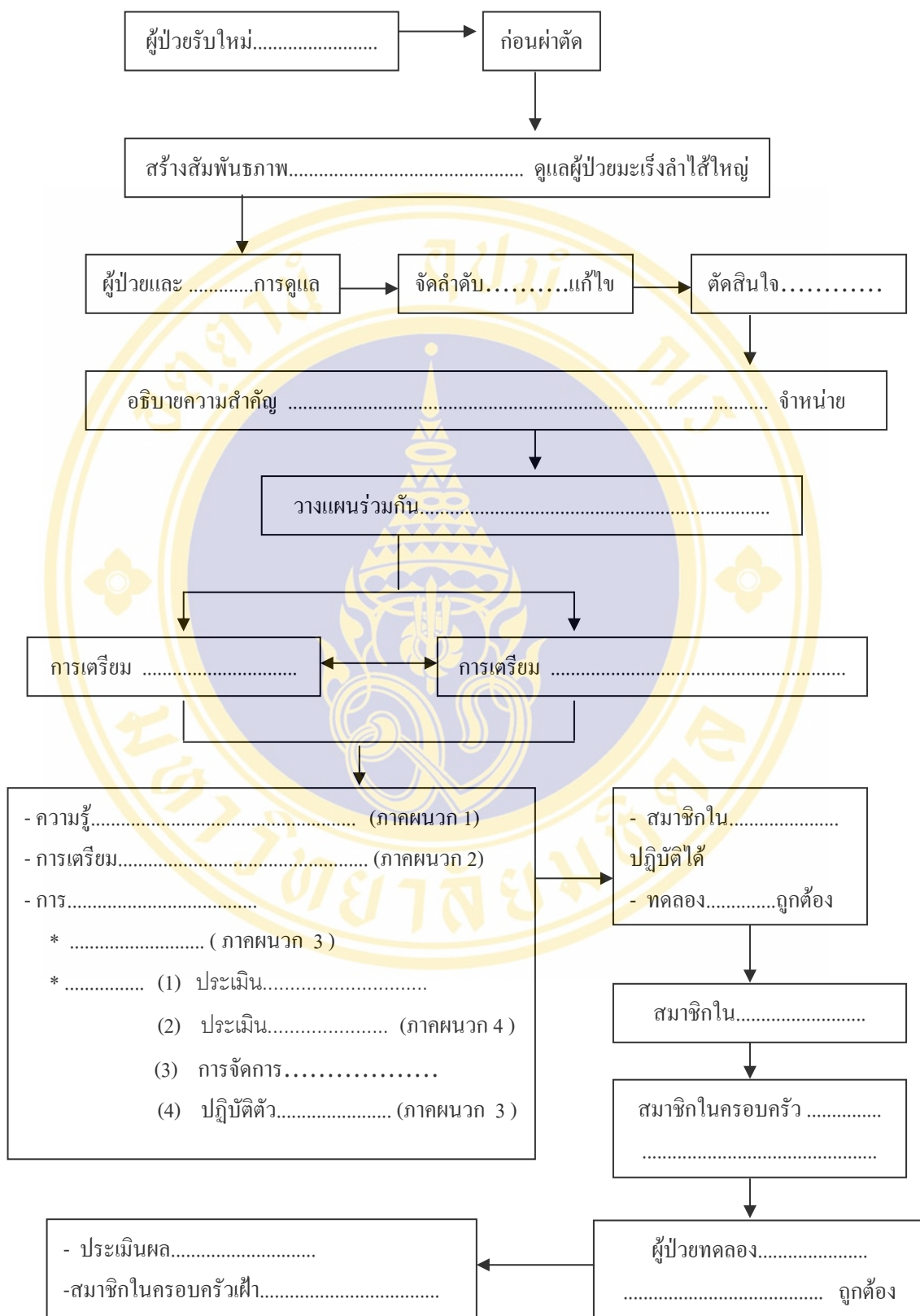
6. ประเมินผล แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนการ ดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องและยั่งยืน

7. จัดให้มีการประชุมปรึกษาระหว่างผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ภาคผนวก 6)

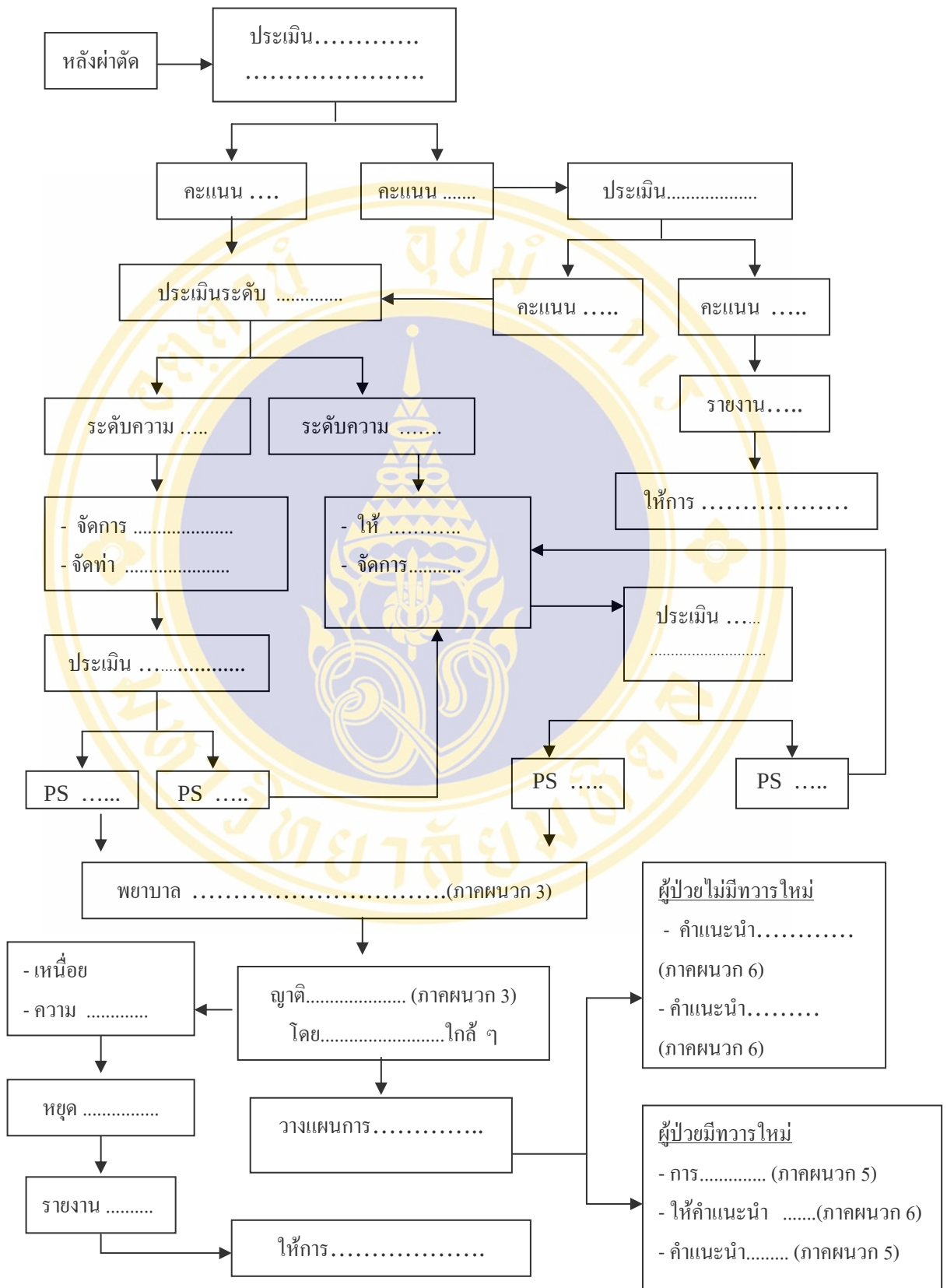
การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและ..... โดยพยาบาลอธิบายถึง ดูแลผู้ป่วย เตรียมความพร้อม การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ในเรื่อง..... การปฏิบัติ ที่มีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดจึงใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด โดยการประเมิน..... ประเมิน จากนั้นจึงส่งเสริมให้

.....สมัครเมื่อผู้ป่วย โดยนำเสนอเป็นแผนภูมิ
 ที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม
 ร่วม (ระยะก่อนผ่าตัด) และ แผนภูมิที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้
 ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม (ระยะหลังผ่าตัด) ดังนี้





แผนภูมิที่ 2 แสดงแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม (ระยะก่อนผ่าตัด)



แผนภูมิที่ 3 แสดงแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกใน
 ครอบครัวยมีส่วนร่วม (ระยะหลังผ่าตัด)

บทที่ 4

แผนการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase)

การวางแผนการดำเนินงานเพื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการแก้ไขปัญหามิหน่วยงานมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. เข้าพบศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ พยาบาลผู้ชำนาญด้านศัลยกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อนำเสนอแนวคิดและขอคำแนะนำเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน

2. นำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเข้าเสนอในที่ประชุมทีมบริหารการพยาบาล เพื่อให้เห็นความสำคัญของการใช้แนวปฏิบัติในการให้การพยาบาล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ปัญหาการขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐานชัดเจนสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและร่วมแสดงประชาพิจารณ์ แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดความเหมาะสมมากขึ้นในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน

3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการและให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษาแก่พยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

4. ศึกษาาร่อง โดยดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้ ดังนี้

- 4.1 เลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดและสมาชิกในครอบครัวผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

- 4.2 เขียนแผนดำเนินการและดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม

- 4.3 ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ คือ

- 4.3.1 กระบวนการ โดยการประเมินผลจากความพึงพอใจและความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ความยุ่งยากซับซ้อน ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ปัญหา อุปสรรค

ของการใช้แนวปฏิบัติ ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงานโดยการบูรณาการเข้ากับงานประจำ

4.3.2 ผลลัพธ์ โดยการประเมินผลจากผลที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการพยาบาลที่ได้รับ

4.4 นำเสนอผลที่ได้จากการศึกษานำร่องต่อหน่วยงาน เพื่อวางแผนในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน

ระยะที่ 4 ระยะนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase)

ประเมินผลลัพธ์เป็นระยะและนำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีแผนการดำเนินงานดังนี้

1. ตรวจสอบผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านกระบวนการเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติ การบูรณาการแนวปฏิบัติเข้ากับระบบการทำงานที่เป็นอยู่และด้านผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการดูแลในด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและนำไปปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของแนวปฏิบัติการพยาบาล

2. นำผลการศึกษานำร่องที่ได้มาแก้ไขและปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติที่สามารถใช้ได้จริงในหน่วยงานต่อไป โดยการบูรณาการเข้ากับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) และทำการศึกษาการวิจัยเชิงผลลัพธ์ (Outcome research) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล

3. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำเสนอต่อหน่วยงาน เพื่อกำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ขององค์กร

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

อุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เป็นการรักษาหลักและมีประสิทธิภาพมากที่สุดคือการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมากมักจะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมทั้งในด้านการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ อีกทั้งยังมีความเสื่อมในด้านการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ปัจจัยทั้ง 2 นี้ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ ท้องอืด แผลผ่าตัดติดเชื้อ ปอดแฟบและปอดบวม เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันและลดอุบัติการณ์ได้โดยการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยการนำสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลสำคัญของผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด มีความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร และเป็นผู้ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา เสริมสร้างพลังอำนาจ สร้างความมั่นใจ เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เป็นแรงสนับสนุนทั้งด้านกำลังใจและกำลังใจ ช่วยผ่อนคลายความเครียดหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งจะส่งผลต่อการป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีการดูแลต่อเนื่องและยังยืนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม โดยการใช้ผลการวิจัยร่วมกับประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญทางคลินิกและความยินดีในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งคำนึงถึงความเหมาะสมกับระบบการให้บริการและทรัพยากรในหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล จะช่วยป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้น

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

(evidence – based practice) ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การสืบค้นงานวิจัย การประเมินคุณภาพ และระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 10 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยถึงทดลอง ระดับของงานวิจัย ระดับ 3 จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพ ระดับของงานวิจัย ระดับ 6 จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย ระดับของงานวิจัย ระดับ 6 จำนวน 2 เรื่อง และแนวปฏิบัติการพยาบาล 2 เรื่อง ผลการสังเคราะห์และสร้างแนวปฏิบัติประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและพยาบาล เพื่อประเมินผู้ที่มีความเหมาะสมในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแล การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด และการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน รวมทั้งการดูแลทวารใหม่สำหรับผู้มีทวารใหม่ทางหน้าท้อง ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาศัลยศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหารและพยาบาลชำนาญการแผนกศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร 3 ท่าน ได้นำคำแนะนำและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาถึงระยะที่ 3 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลยังไม่ได้นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และยังไม่ได้ดำเนินการจริง แต่วางแผนเพื่อการดำเนินการในขั้นตอนต่อไป โดยการนำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมต่อหน่วยงานและดำเนินการตามแผนการที่วางไว้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาลที่ยังขาดความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. แนวปฏิบัติควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับหน่วยงาน บริบทของการให้บริการและผลงานวิจัยใหม่ที่เกิดขึ้น
3. แนวปฏิบัติควรได้รับการเผยแพร่ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เช่น โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

4. ควรมีการท่วิจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เช่น การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ

5. ขยายผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยการประยุกต์และบูรณาการให้เข้ากับบริบท เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มโรคอื่น ผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอก ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกใน
ครอบครัวมีส่วนร่วม

ระพีพร มาตรฐานพันธ์ 4836899 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : สายพิน เกษมกิจวัฒนา, พย.ค., ปรางทิพย์ ฉายพุทธ,
ปรด. (พยาบาล)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นปัญหาสุขภาพที่นับวันมีความสำคัญมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลง
ของสังคมและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของมนุษย์ (เม้นมมา จิระจรัส, 2539) และเป็นโรคที่พบ
ในระบบทางเดินอาหารมากเป็นอันดับ 1 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 – 2547 และเป็นอันดับ 2 ในปี พ.ศ.
2548 (สถิตสถานวิทยามะเร็งศิริราช, 2548) คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นกว่า 10,000 ราย
ในปีพ.ศ. 2551 (Kuhapaerma, 2007) คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับ 1 มากกว่าโรคอื่นๆ
ที่เคยเป็นปัญหาของสาธารณสุขในอดีต และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้วยอุบัติการณ์ของโรค
และอัตราตายอยู่ในลำดับต้น ๆ และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ นั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพของ
ประชาชนคนไทยเป็นอย่างมาก บุคลากรสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีความตระหนักและให้ความสำคัญ
ต่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การรักษาที่เป็นมาตรฐานหลักและเป็นการรักษาในลำดับแรกของมะเร็งลำไส้ใหญ่คือการ
ผ่าตัดซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Mulay, 2001) ด้วยกระบวนการผ่าตัดและการ
ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไปประกอบกับสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยเกิด
ภาวะแทรกซ้อนได้ที่พบมากที่สุด คือ การติดเชื้อหลังผ่าตัดร้อยละ 9.5 รองลงมาคือ การรบกวน

ตัดต่อลำไส้ร้อยละ 4.5 ภาวะแทรกซ้อนระบบหายใจร้อยละ 3.9 ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดร้อยละ 2.8 ภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 2.1 และแผลผ่าตัดแยกร้อยละ 1.8 ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดหลังผ่าตัด คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 19.3 รองลงมาคือ ระบบหายใจร้อยละ 12 แผลผ่าตัดแยกร้อยละ 8.8 โดยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมของระบบหัวใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด (Ansari, Collopy, Hart, Carson, & Chandraraj, 2000)

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่จะได้รับความทุกข์ทรมานเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค (Simpson & Whyte, 2006) ผ่นวกกับความวิตกกังวลต่อการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง (แม้นมนา จิระจรัส, 2539) หากต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร่วมด้วยย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นดังการศึกษาของมาร์โค บราก้าและคณะ (2005) (Braga, Vignali, Zuliani, Frasson, Serio, & Carlo, 2005) พบว่า ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้วยกล้องในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 103,390 ยูโร ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มเดียวกันจะเพิ่มขึ้นเป็น 111,516 ยูโร ส่วนค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่โดยการเปิดหน้าท้องในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 278,004 ยูโร จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจะสูงขึ้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับค่าผ่าตัดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันหรือลดอุบัติการณ์ได้ด้วยการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวในระลอกก่อนผ่าตัด (Senagore, 2003) ร่วมกับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดด้วยการจัดการกับความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการหายใจเข้าออกลึกๆ (deep breathing exercise) และการไอที่ถูกต้อง (effective cough) รวมถึงการเคลื่อนไหวและการมีกิจกรรมต่างๆ โดยเร็ว ซึ่งต้องการการทำงานร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว โดยการเปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างดีเยี่ยม (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548) ผู้ป่วยจะมีความพยายามที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือให้ความร่วมมือตามแผนการรักษามากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ (รัมภ์รดา อินทร, 2539)

ในบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยนั้น ครอบครัวไทยจะมีความผูกพันในระบบเครือญาติ เป็นจุดกำเนิดของความรัก ความอาทร ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันทั้งในภาวะปกติและเมื่อมีการเจ็บป่วย ซึ่งมีอิทธิพลในการส่งเสริมให้บุคคลนั้นฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยได้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) เครือข่ายทางสังคมที่ดีที่สุดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรัง คือ สมาชิกในครอบครัว คู่สามีภรรยา

(สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536; Simpson, 2006) ในสังคมวัฒนธรรมไทย การดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน และมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541)

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะทุกส่วน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (สุมนา แสนมาโนช, 2541) จึงต้องการการดูแลจากครอบครัวร่วมกับการดูแลโดยทีมสุขภาพ (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2538) เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะปอดแฟบ ปอดบวม ท้องอืดและแผลผ่าตัดติดเชื้อ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการบูรณาการหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดจากงานวิจัย ร่วมกับประสบการณ์และความเชี่ยวชาญทางคลินิกและความเห็นชอบของผู้ป่วยและญาติ ในการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุดในรูปแบบของแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีความสอดคล้องกับการให้บริการสุขภาพแนวใหม่ตามการปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติซึ่งเน้นที่การให้บริการที่มีคุณภาพมีความคุ้มค่าและผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ เพื่อให้องค์กรสามารถสนองตอบนโยบายและบรรลุปเป้าหมายของการให้บริการยุคใหม่ คือ การประกันคุณภาพของการให้บริการ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2550) และเป็นมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การนำสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลสำคัญของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านนั้น เป็นแนวคิดพื้นฐานที่มีความเหมาะสมในการพัฒนาการให้บริการพยาบาล เนื่องจากแนวคิดนี้อาศัยความรัก ความผูกพันของบุคคลในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวปรับตัวและคงไว้ซึ่งสภาพความสมดุลของครอบครัว (McCubbin & McCubbin, 1996) จึงเป็นแนวคิดหนึ่งที่น่าไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว วิชาชีพการพยาบาลและองค์กร ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลและช่วยลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดรวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลและเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในการทำงาน

วัตถุประสงค์การศึกษา (Purposes of the Study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลก่อนและหลังผ่าตัด

วิธีการดำเนินการศึกษา

ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้ศึกษาได้เลือกรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – based practice) ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจนและครอบคลุม ให้แนวทางในการพัฒนาต่อเนื่อง ขั้นตอนในการพัฒนามีความสัมพันธ์กันทั้งในกระบวนการคิดและสังเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่สุดและต่อเนื่องสำหรับผู้ให้บริการซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะการค้นหาค้นหาปัญหา (Evidence triggered phase) ที่มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ

1.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice triggered) โดยที่จะเป็นปัญหาที่พบบ่อยจากประสบการณ์ในการทำงาน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยคือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ปอดแฟบ ปอดบวมและท้องอืด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันได้โดยการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่เข้ารับการรักษจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การให้ข้อมูลและคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและเป็นวิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

1.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge triggered) ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ งานวิจัย บทความและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน

วิเคราะห์ข้อมูลจากทั้ง 2 แหล่ง เพื่อให้ได้ปัญหาที่ชัดเจนและมองเห็นความเป็นไปได้ในการพัฒนาแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

สรุปประเด็นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก ดังนี้

1. การนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในด้านการกระตุ้นการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและด้านการเป็นขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพยายามที่จะปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและมีกำลังใจในการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืน

2. การขาดแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลจากทีมสุขภาพ รวมทั้งการขาดความรู้ในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย อาจจะมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องอาศัยการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยในการดูแล ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการรักษาขั้นตอนแรกที่มีประสิทธิภาพ แต่ในขณะเดียวกันยังก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยย่อมต้องการกำลังใจจากครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวย่อมต้องการอยู่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยเช่นกัน เพื่อเป็นการเสริมแรงใจซึ่งกันและกัน การมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในภาวะวิกฤตจะช่วยส่งเสริมด้านกำลังใจ ช่วยผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวลและช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในหน่วยงานควรที่จะมีนโยบายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมโดยมีฐานมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นที่คาดหวังว่าจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการบริการที่มีคุณภาพ มีความทันสมัย มีความคุ้มค่าของการให้บริการ รวมทั้งเป็นการประกันคุณภาพของการให้บริการซึ่งในหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัตินี้เป็นรูปธรรมชัดเจน จึงมีแนวคิดว่าการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยการผสมผสานกับการให้บริการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาการพยาบาลจะทำให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น

2. ระยะการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) เป็นการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข เพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสร้างเป็นแนวปฏิบัติต่อไป

เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

1. ศึกษางานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดและผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ

2. เป็นงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1992 - 2006 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ฐานข้อมูลและคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น

1. การสืบค้นงานวิจัยและบทความ

1.1 สืบค้นจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics database) ฐานข้อมูล Blackwell, OVID, Science direct

1.2 คำสำคัญในการสืบค้น family participation , family involvement, guideline standard of participation , critical illness , chronic illness , family support, family caregiver , recovery , guideline , protocol , colorectal cancer

2. การสืบค้นด้วยมือจากวารสารในประเทศ วารสารต่างประเทศและวิทยานิพนธ์

3. เอกสารอ้างอิงจากงานวิจัย

ผลของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นงานวิจัยถึงทดลอง ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 3 จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพ ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 6 จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 6 จำนวน 2 เรื่อง และแนวปฏิบัติการพยาบาล 2 เรื่อง รวมทั้งหมด 10 เรื่อง

การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ทั้ง 10 เรื่อง ได้ประเมินคุณภาพตามลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวทางการประเมินของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2550)

การประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของเมลนิกและไฟน์เอาร์ท (Melnik & Fineout – Overholt, 2005)

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ได้ใช้แนวคิดของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004)

จากการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ข้อสรุปที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม ดังนี้

สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

1. การพยาบาลที่ช่วยในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

1.1 บุคลากรทีมสุขภาพเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีคุณค่าสำหรับผู้ป่วย (Simpson, 2006) (วิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ 6)

1.2 สมาชิกครอบครัวในระยะหลังผ่าตัดมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในแผนการรักษาและมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพในการเตรียมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวม (Chan et al., 2004) (วิจัยเชิงบรรยาย ระดับ 6)

1.3 ค่านิยมของสังคมไทยถือว่าบุตรต้องตอบแทนบุญคุณบิดามารดา โดยให้การดูแลยามที่เจ็บป่วยให้ความช่วยเหลือทุกอย่างด้วยความกตัญญู (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548) (วิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3)

2. รูปแบบในการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด

2.1 การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับมาจากครอบครัวและเพื่อน (Simpson, 2006) (วิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ 6)

2.2 บุคลากรทีมสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในด้านข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเหมาะสม (Chan et al., 2004) (วิจัยเชิงบรรยาย ระดับ 6)

2.3 สมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ มีส่วนที่ทำให้การสนับสนุนนั้นเป็นจริงได้ (Chan et al., 2004) (วิจัยเชิงบรรยาย ระดับ 6)

2.4 การนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะช่วยให้ความรู้สึกสูญเสียและการถูกพลัดพรากจากบุคคลสำคัญในครอบครัวลดลง ความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและครอบครัวลดลง และสัมพันธภาพระหว่างกันดีขึ้น (Maas, Reed, Park, Specht, Schutte, Kelley, Swanson, Tripp-Reimer, & Buckwalter, 2004).

3. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวควรได้รับความรู้และฝึกทักษะ

3.1 การสอนอย่างมีแบบแผนช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติที่ดีกว่าการสอนปกติ โดยครอบคลุมเนื้อหา มีการจัดลำดับ มีแผนการสอนเพื่อง่ายต่อการเรียนรู้ (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548) (วิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3)

3.2 การบอกวัตถุประสงค์และโน้มน้าวช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548) (วิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3)

3.3 คู่มือในการทบทวนความรู้เป็นคู่มือที่ตรงต่อความต้องการ เป็นสื่อที่กระตุ้นแรงจูงใจ ช่วยพัฒนาการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล ช่วยในการจดจำและนำไปปฏิบัติได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548) (วิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3)

3.4 สื่อวีซีดีช่วยในการสาธิตให้เป็นรูปธรรม มีลำดับขั้นตอนที่ง่ายต่อการจดจำ ทำให้เกิดการเรียนรู้และการนำไปปฏิบัติ (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548) (วิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3)

3.5 รูปแบบการสอนมีการสร้างปฏิสัมพันธ์ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ เกิดทัศนคติที่ดี (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548) (วิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3)

3.6 รูปแบบการสอนมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ญาติผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548) (วิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3)

3.7 การจัดระบบการพยาบาลโดยส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้

ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด สามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวลของญาติ ทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ (สุมนา แสนมาโนช, 2541) (วิจัย กิ่งทอลอง ระดับ 3)

3.8 การมีญาติมาให้การดูแลทำให้ความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรดีขึ้น (Maas et al., 2004)

3.9 การนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลปฏิบัติได้โดย (Maas & Swanson, 1999)

- 1) การสร้างสัมพันธภาพและประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 2) ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล
- 3) การเจรจาตกลงร่วมกันและความยินดีในการมีส่วนร่วมในการดูแล
- 4) ให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว
- 5) ประเมินผลการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

สาระหลักที่ได้จากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องได้อาศัยแนวคิดของการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งอาศัยแนวคิดของการสนับสนุนและการให้ความรู้ (supportive educative approach) ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทในการให้การสนับสนุน ให้ความรู้ คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป็นผู้เสริมแรง เสริมสร้างพลังอำนาจ เสริมสร้างความเชื่อมั่น เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง พึ่งพาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน ขณะเดียวกันผู้ป่วยและครอบครัวจะอยู่ในฐานะผู้ที่เป็นเจ้าของปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว จะเป็นผู้ที่ระบุปัญหาที่เกิดขึ้น จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการแก้ไขก่อนหลัง ด้วยตนเอง จากนั้นจึงวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกับพยาบาล ตลอดจนเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เมื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วจะต้องนำผลที่ได้มาประเมินว่าผลลัพธ์ที่ได้เป็นอย่างไรและนำผลนั้นไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

นำสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ ศัลยแพทย์เชี่ยวชาญด้านลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินอาหาร

สรุปผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความชัดเจน ควรมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับทวารใหม่ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่วะก่อนผ่าตัดให้ข้อมูลเพิ่มเติมหลังผ่าตัด ร่วมกับการฝึกการไอ การหายใจและการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว
2. เนื้อหาในภาคผนวกเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลทวารใหม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ควรมีการทำเป็นเอกสารให้กับผู้ป่วยและครอบครัวอ่านก่อนและหลังผ่าตัด
3. ควรเพิ่มรายละเอียดของเนื้อหาในภาคผนวก 5 การดูแลช่องทวารใหม่สำหรับผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ทางหน้าท้อง

แนวการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริม การฟื้นตัวของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังการผ่าตัด

คำจำกัดความ

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การนำบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เช่น ภาวะช็อค ภาวะตกเลือด ภาวะไตหยุดทำงานเฉียบพลัน (acute renal shutdown) ภาวะหัวใจหยุดเต้น

เกณฑ์การเลือกผู้ป่วย

1. อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป.....
2. มีการรับรู้ปกติ
3. มีสมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมสม่ำเสมอและ.....
4. มีความยินดีเข้าร่วมใช้แนวปฏิบัติ.....
5. เป็นผู้ป่วยกรณี.....

เกณฑ์การเลือกสมาชิกในครอบครัว

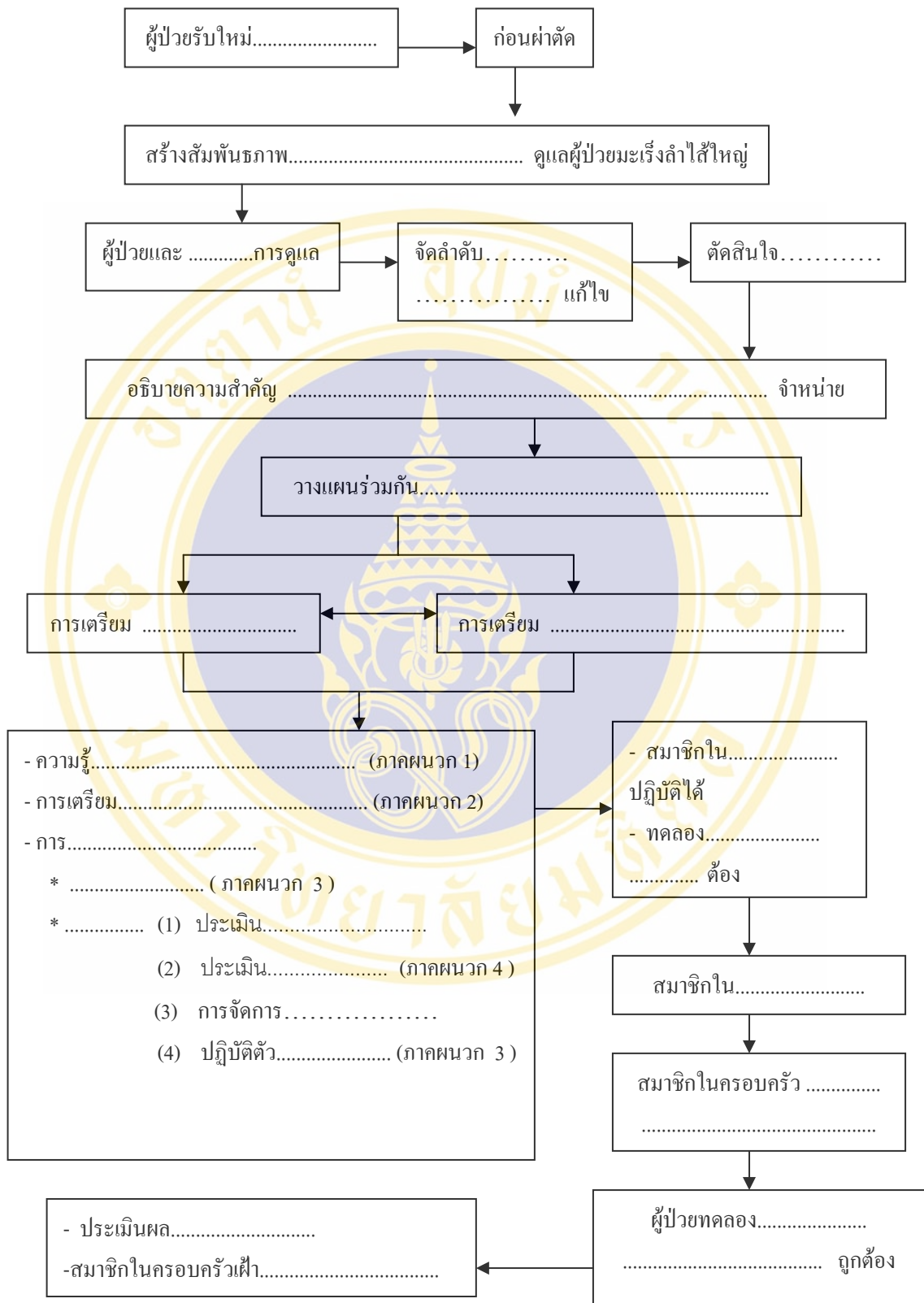
1. อายุตั้งแต่
2. เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ทราบถึงสภาพ.....
3. มีการรับรู้ปกติ
4. มีความยินดีในการมีส่วน.....

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

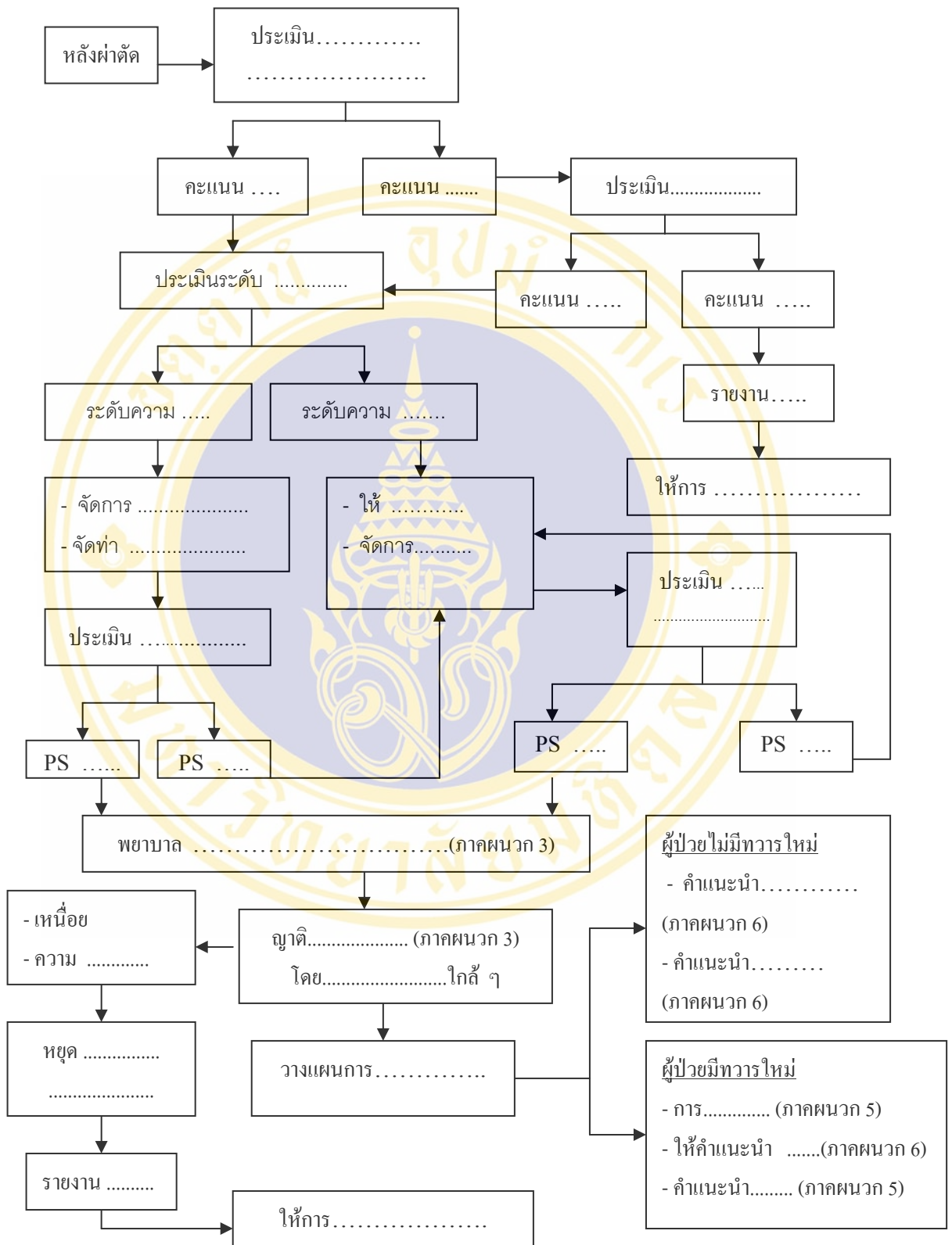
1. ผู้ป่วยได้รับ
2. สมาชิกในครอบครัวมี
3. พยาบาลมี
4. เป็นการพัฒนา
5. หน่วยงานมีการ
6. ผู้ป่วยและญาติมีความ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น ท้องอืด
2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ
3. บุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความพึงพอใจ



แผนภูมิที่ 4 แสดงแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม (ระยะก่อนผ่าตัด)



แผนภูมิที่ 5 แสดงแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม (ระยะหลังผ่าตัด)

3.ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขจนได้แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยงานนั้น ๆ

4. ระยะนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase) มีการประเมินผลลัพธ์เป็นระยะและนำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

การศึกษาเพื่อนำไปสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมครั้งนี้ ยังไม่ได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปศึกษานำร่อง (pilot study) ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาลที่ยังขาดความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. แนวปฏิบัตินี้ควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับหน่วยงาน บริบทของการให้บริการและผลงานวิจัยใหม่ที่เกิดขึ้น โดยการบูรณาการเข้ากับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement)

3. แนวปฏิบัติควรได้รับการเผยแพร่ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เช่น โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

4. ควรมีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เช่น การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่ในการรักษาพยาบาล จำนวนวันที่นอนในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

5. ขยายผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยการประยุกต์และบูรณาการให้เข้ากับบริบท เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มโรคอื่น ผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอก ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น

DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR COLORECTAL CANCER PATIENTS INVOLVING FAMILY PARTICIPATION

RAPEEPORN MATTANAPAN 4836899 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS: SAIPIN KASEMKITWATTANA, D.N.S.,
PRANGTIP CHAYAPUT, Ph.D. (NURSING)

EXECUTIVE SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Colorectal cancer is a major health problem, and its significance continues to increase with social changes and changes in humans' living behaviors (Manmana Jiracharas, 1996). It was the most common disease of the digestive system between 2001 and 2004, and the second most common disease in 2005 (Siriraj Cancer Statistics, 2005). It has been estimated that there will be more than 10,000 new cases of colorectal cancer in 2008 in Thailand (Kuhapaerma, 2007). Nowadays, cancer is the leading cause of death of the Thai people, and the mortality rate of cancer has been rising, and having larger amount of patients than previous health problem. Prevalence rate and mortality rate of this cancer are high, and continue to increase then, health condition of the Thai people is greatly affected. From this reason, the awareness of healthcare personnel needs to be raised. Treatment and care of this group of patients need to be emphasized.

Standard protocol, which is first consideration for most effective treatment in colorectal cancer patients, is surgery, (Posner, Steele, JR., & Mayer, 2002) However, the surgical process, as well as general anesthesia induction and post-operative conditions in those patients, may easily lead to complications. In general, post-operative infection was 9.5 % of complications. However, leakage of colonic

anastomoses made up to 4.5 % of post-operative complications, while complication of respiratory system was only 3.9 %. This was followed by post-operative bleeding, (2.8 %) cardiovascular systems (2.1 %), and suture ruptures at (1.8 %) respectively. However, the complications that cause the highest mortality are complications of cardiovascular systems (19.3 %), respiratory system (12 %), and suture ruptures (8.8 %). Generally, the patients who are at risk of post-operative complications and deaths tend to be elderly patients with co-morbidity of respiratory, and cardiovascular systems (Ansari, Collopy, Hart, Carson, & Chandraraj, 2000).

Patients with colorectal cancer who undergo an operation tend to suffer from their pathology of the disease (Simpson & Whyte, 2006). and such suffering can increase when it is coupled with anxiety and fear after diagnosis of colorectal cancer (Jiracharas, 1996). If they also have to endure post-operative complications, their psychological well-being can considerably be impacted. In addition, resulting complications mean higher medical expenses. A study of Braga et al. (2005) has revealed that the cost of laparoscopic colectomy for patients with no complications is approximately 103,390 euros, while that with complications is 111,516 euros. On the other hand, the cost of open colectomy for patients with complications is about 278,004 euros. Thus, it can be seen clearly that the cost of operation with complications is much higher than that without any complication.

In fact, post-operative complications can be prevented or reduced by disseminating knowledge and advice on correct self-care among patients and their family members and caregivers before the surgery takes place (Senagore, 2003). This can be done with promotion of post-operative rehabilitation by means of effective pain management including deep breathing exercises, effective coughing, and fast regaining of movements and activities. Such efforts require the cooperation among the interdisciplinary team and participation of family members of the patients. Giving opportunity to take part in caregiving duties both before and after the operation is seen as one way to serve the patients' spiritual needs (Jaiprong, 2005). In doing so, the patients are more likely to follow the healthcare team members' advice or to more willingly cooperate with the treatment plan, hence a positive effect on recovery and a reduction of post-operative complications (Intorn, 1996).

In the Thai cultural context, Thai families are bonded through a kinship system. It is a starting point of mutual love, affection, and care, in time of health and in time of sickness, and this has an influence on the recovery of patients (Pupaibool, 1998). The best social network system of chronic patients consists of family members and spouses (Kasemkitwattana, 1993; Simpson, 2006). In the Thai society, providing care to sick family members is seen as the responsibility of the whole family, and it enables patients to better adapt themselves to their sickness (Cheewapoonphol, 1998).

Most of the patients with colorectal cancer are elderly patients who experience deterioration of the body structures and organ functions. Not only physical changes but also psychological and social changes (Sanmanote, 1998) make the patients in need of care from family members and healthcare team members (Anantapanpong, 1995) to promote physical rehabilitation and prevent post-operative complications such as collapsed lungs, pneumonia, bloated belly, and infected sutures, etc. Therefore, the researcher was interested in developing an evidence-based nursing practice guideline to enable family members of colorectal cancer patients undergoing colorectal surgery to take part in provision of care.

Developing an evidence-based nursing care is an integration of the best scientific evidences from existing research. It is used together with clinical experiences and expertise as well as approval of patients and family members. The best nursing practice guideline can be determined in compliance with new forms of health services as specified in the National Health Reform which emphasizes quality of care which is valuable and satisfactory for service receivers. This allows the organization to best implement the policy and achieve the new goal of healthcare services, which is quality assurance of service provision (Kasemkitwattana, 2007). It can also be used as a standard of provision of care of the hospital. A review of research evidence has shown that allowing family members who are important persons of the patients to take part in provision of care during hospitalization until hospital discharge is a basic concept that is appropriate for development of nursing care. This is because such concept relies on love and attachment of family members in solving health problems of the patients, thus enabling the family to adjust and maintain its balance (McCubbin & McCubbin, 1996). As a result, this is one of the concepts that lead to development of nursing care quality to benefit the patients, their families, the

nursing profession, and the organizations. In summary, the researcher was interested in developing a clinical nursing practice guideline on caring for colorectal cancer patients with the participation of family members to develop quality of care, reduce the incidence of post-operative complications, decrease hospital expenses, and increase working potential of healthcare personnel.

Purposes of the Study

To develop a clinical nursing practice guideline to promote participation of family members in pre- and post-operative care

Research Methodology

In developing a clinical nursing practice guideline to promote participation from family members of colorectal cancer patients, the concept of evidence-based practice proposed by Soukup (2000) was used as the conceptual framework of the study. This is because the processes involved in the concept are clear and extensive and can be used as a guideline for continuous development. Furthermore, the steps in the development are interrelated in the analysis and synthesis stages, leading to the most effective and continuous practice and for service receivers as follows:

1. Evidence-triggered phase came from the following two types of evidence:

1.1 Practice-triggered evidence involves problems frequently found in working experience. For instance, it has been found that most of the patients with colorectal cancer are elderly persons, and the most frequently found problems are complications after surgery including collapsed lungs, pneumonia, and bloated belly. However, these complications can be prevented by giving effective nursing care from admission to hospital discharge continued to caregiving at home. Provision of information and advice on self-care practices before and after the operation is deemed crucial for post-operative rehabilitation and recovery and can effectively prevent complications.

1.2 Knowledge-triggered evidence derives from different information sources such as research reports, journal articles, and experts' opinions which are related to problems in actual practice.

The data from both types of sources are then analyzed to clearly reflect the problems and to shed light on the possibility to solve such problems. The findings are as follows:

1. Encouraging family members to take part in caregiving after the operation stimulates rehabilitation and recovery and gives the patients spiritual morale, making the patients more likely to continuously adhere to the advice and follow the treatment plan.

2. Lack of informational support from the healthcare team as well as lack of knowledge about post-operative rehabilitation can cause unwanted physical and psychological complications. For this reason, this particular group of patients require assistance from the interdisciplinary team, the patients, and their family. Family is considered the most important resource of care, assistance, and rehabilitation after the operation.

3. Colorectal cancer is a serious disease which is a crisis for the patients and their family. Colorectal surgery is an initial step of treatment which is effective, yet it causes stress and anxiety to the patients and their family. The patients need spiritual support from family members, while family members want to give close care to the patients, thus to give one another mutual support. Having family members as caregivers in a crisis like this boosts the patients' spirit, relieves their stress and anxiety, and promotes recovery. Agencies should therefore concretely promote family members' participation in care to benefit the patients, their family, and healthcare team. Developing an evidence-based clinical nursing practice guideline for colorectal cancer patients which involve family members' participation in postoperative care ensures that both the patients and their family will receive quality of care that is up-to-date and valuable services. It can also be seen as quality assurance of the agency which is still lacking in practice. Finally, when implementing an evidence-based clinical nursing practice guideline, the quality of nursing care will be increased and nurses will be better able to provide care to patients.

2. Evidence-supported phase is a phase in which evidence related to the problems that need to be solved is sought after for analysis, synthesis, and development of the practice guideline.

Selection criteria

1. Research studies related to involving family members in providing care to colorectal cancer patients undergoing colorectal surgery as well as participation of family members in provision of care to other groups of critical and chronic patients.
2. The studies were published between 1992 and 2006, in both local and international journals.

The databases and keywords used in the search

1. Research and journal articles

1.1 Electronic databases such as Blackwell, OVID, Science Direct, etc.

1.2 Keywords including family participation, family involvement, guideline standard of participation, critical illness, chronic illness, family support, family caregiver, recovery, guideline, protocol, and colorectal cancer

2. Manual search of local journals, international journals, and theses

3. Research references

The results of the evidence search were five quasi-experimental studies (Evidence Level 3), one qualitative research study (Evidence Level 6), two descriptive research studies (Evidence Level 6), and two clinical nursing practice guidelines, totaling ten research evidences.

The evaluation of these ten evidences was carried out based on the evaluation guideline proposed by Saipin Kasemkitwattana (2007) and the evaluation levels of evidence was conducted based on the criteria of Melnyk & Fineout-Overholt (2005).

The evaluation of the feasibility in developing evidence-based clinical nursing practice guideline was conducted based on the concept of Polit & Beck (2004).

The search and review of evidence led to the conclusion that could be used to develop a clinical nursing practice guideline for colorectal cancer patients with participation of family members as follows:

1. Nursing care that helps prevent post-surgery complications and promote rehabilitation

1.1 Healthcare team members are valuable sources of support of the patients (Simpson, 2006). (Qualitative research, Level 6)

1.2 Family members take part in decision making about treatment plan and coordinate with the healthcare team members to provide

holistic care to the patients after the operation (Chan et al., 2004).
(Descriptive research, Level 6)

2. Patterns of involving family members in providing care to post-operation colorectal cancer patients

2.1 Social support the patients receive from family and friends
(Simpson, 2006). (Qualitative research, Level 6)

2.2 Healthcare team members are valuable resources that offer appropriate and accurate information support to the patients and their family (Chan et al., 2004). (Descriptive research, Level 6)

2.3 Family members are sources of psychological and emotional support and enable such support to materialize (Chan et al., 2004).
(Descriptive research, Level 6)

2.4 Involving family members in provision of care helps reduce the feelings of loss and separation from loved ones, decrease conflicts between the healthcare team members and family, and increase mutual relationships (Maas, Reed, Park, Specht, Schutte, Kelley, Swanson, Tripp-Reimer, & Buckwalter, 2004).

3. Provide knowledge and necessary skill training for patients and family members.

3.1 Systematic teaching enables family caregivers to develop knowledge and practice, and systematic teaching which is comprehensive, carefully sequenced, and easy to learn is more effective than regular teaching (Dusadee Jaiprong, 2005). (Quasi-experimental research, Level 3)

3.2 Objective specification and persuasion result in positive attitudes towards participation in care (Dusadee Jaiprong, 2005). (Quasi-experimental research, Level 3)

3.3 A manual for review of knowledge that directly serves the need is an effective medium that can stimulate family caregivers to learn and ensure correct practice (Dusadee Jaiprong, 2005). (Quasi-experimental research, Level 3)

- 3.4 VCDs help make the demonstration more concrete, sequenced, and easy to understand, leading to learning and subsequent implementation (Dusadee Jaiprong, 2005). (Quasi-experimental research, Level 3)
- 3.5 The teaching pattern involving interactions enables family caregivers to develop trust and positive attitudes (Dusadee Jaiprong, 2005). (Quasi-experimental research, Level 3)
- 3.6 Empowering teaching pattern enables family caregivers to take part in care (Dusadee Jaiprong, 2005). (Quasi-experimental research, Level 3)
- 3.7 Nursing system which promotes participation in care of family members of postoperative patients increases patients' ability to perform daily living activities, decreases their anxiety, and satisfies the needs of both the patients and their family caregivers (Sumana Sanmanote, 1998). (Quasi-experimental research, Level 3)
- 3.8 Involving family members in caregiving increases the patients' self-care efficacy and ability to perform daily living activities (Maas et al., 2004).
- 3.9 Involving family members in provision of care to hospitalized patients can be done as follows (Mass & Swanson, 1999):
 - 1) Establishing relationships and evaluating the patients during hospitalization
 - 2) Equipping caregivers with knowledge and skills
 - 3) Making agreements on participation in care
 - 4) Disseminating knowledge to family caregivers on participation in care of family members
 - 5) Evaluating family members' participation in provision of care

The main contents derived from the research evidences were based on the concept of participation in care of family members as well as the supportive educative approach in which nurses play a significant role to provide support, knowledge, advice, and guidance to patients and their family members. Besides, nurses also

empower the patients and family members, boost their confidence, increase their self-care efficacy, and sustain their self-reliance. At the same time, the patients and their family members have to deal with family problems. They have to identify the problems, prioritize the problems, and plans for solutions to the problems, with the assistance from the nurses. The patients have to make the decision by themselves when selecting solutions to the problems. After they have finished solving the problems, nurses should evaluate the outcomes so as to implement such outcomes in further care of the patients.

The contents derived from the evidence were employed to develop the clinical nursing practice guideline, which was then examined by a panel of three experts including one surgeon specialist in colon and rectum, one registered nurse with expertise in gastroenterology, and one nurse working in a surgical ward with expertise in caring for gastroenterology patients.

Summary of the content validation

1. The clinical nursing practice guideline is clear.
2. The contents of the appendixes regarding knowledge about colorectal cancer, self-care practice before and after the operation, and care of colostomy are beneficial to the patients and their family. Thus, such information should be provided to the patients and their family in the form of a manual to be studied both before and after the operation.
3. Details should be added regarding how to care colostomy look after the new rectum for the patients who have stoma into Appendix 5

A clinical nursing practice guideline for colorectal cancer patients involving family participation

Objective: To promote recovery

Definition:

Family participation refers to involving individuals who

Group of patients utilizing the clinical nursing practice guideline:

Colorectal cancer patients

Group of patients not utilizing the clinical nursing practice guideline:

Colorectal cancer patients undergoing colorectal surgery with critical conditions such as shock, hemorrhage, ...

Selection criteria of colorectal cancer patients:

1. They are male or
2. They have
3. They have family members who
4. They are case

Selection criteria of family caregivers:

1. They are at
2. They have a close relationship with the patients and
3. They have normal consciousness, and
4. They are willing to participate

Expected outcomes and benefits:

1. The patients and their family caregivers receive

.....

2. Nurses have an

.....

3. Quality of holistic nursing care provided

.....

4. Hospital has quality assurance

.....

5. Patients and family members are

Evaluation criteria:

1. More than 95% of the patients are

2. More than 95% of the patients and family members

3. More than 80% of the personnel who

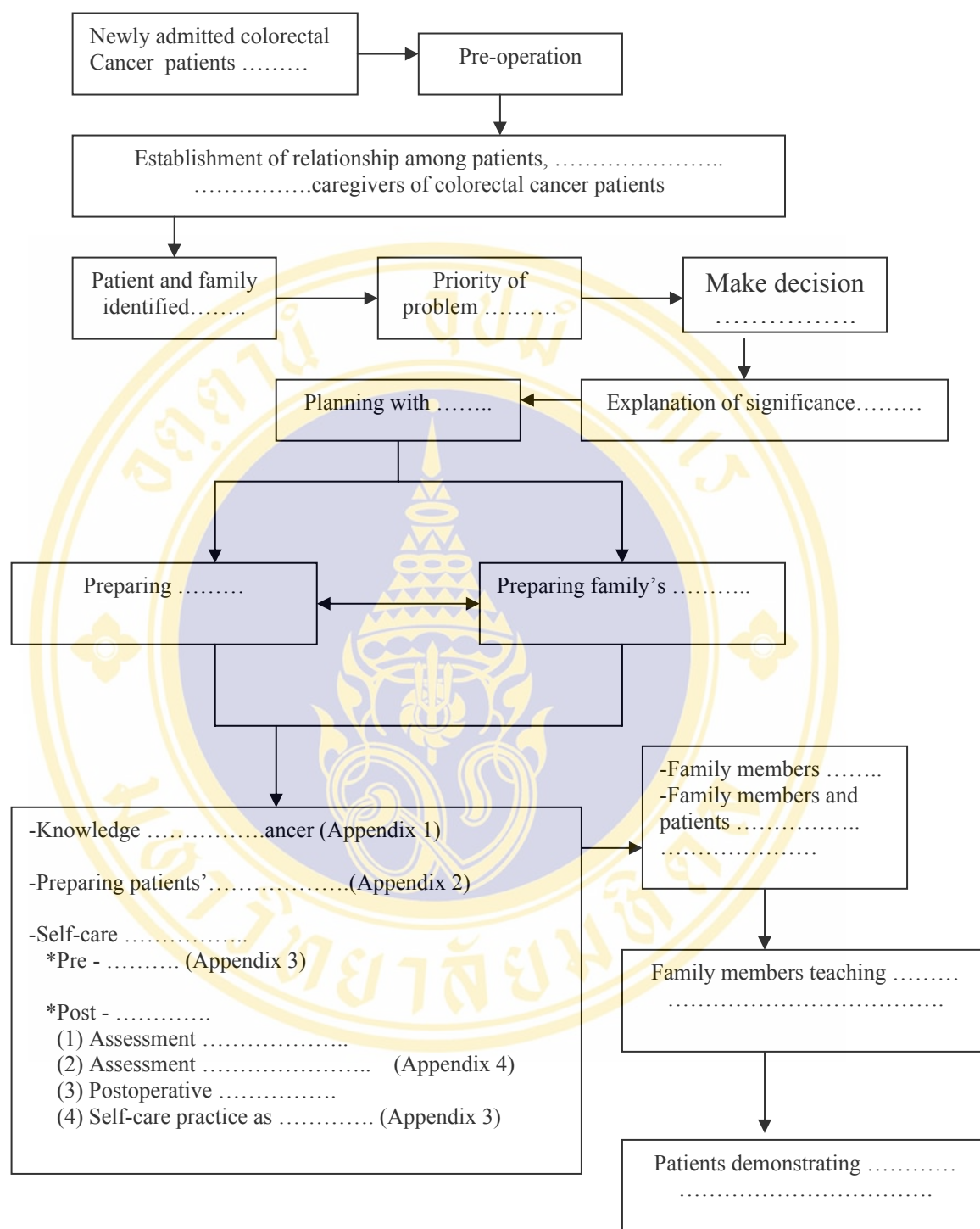


Figure 6 A clinical nursing practice guideline with family participation for colorectal cancer patients (Preoperative colorectal surgery)

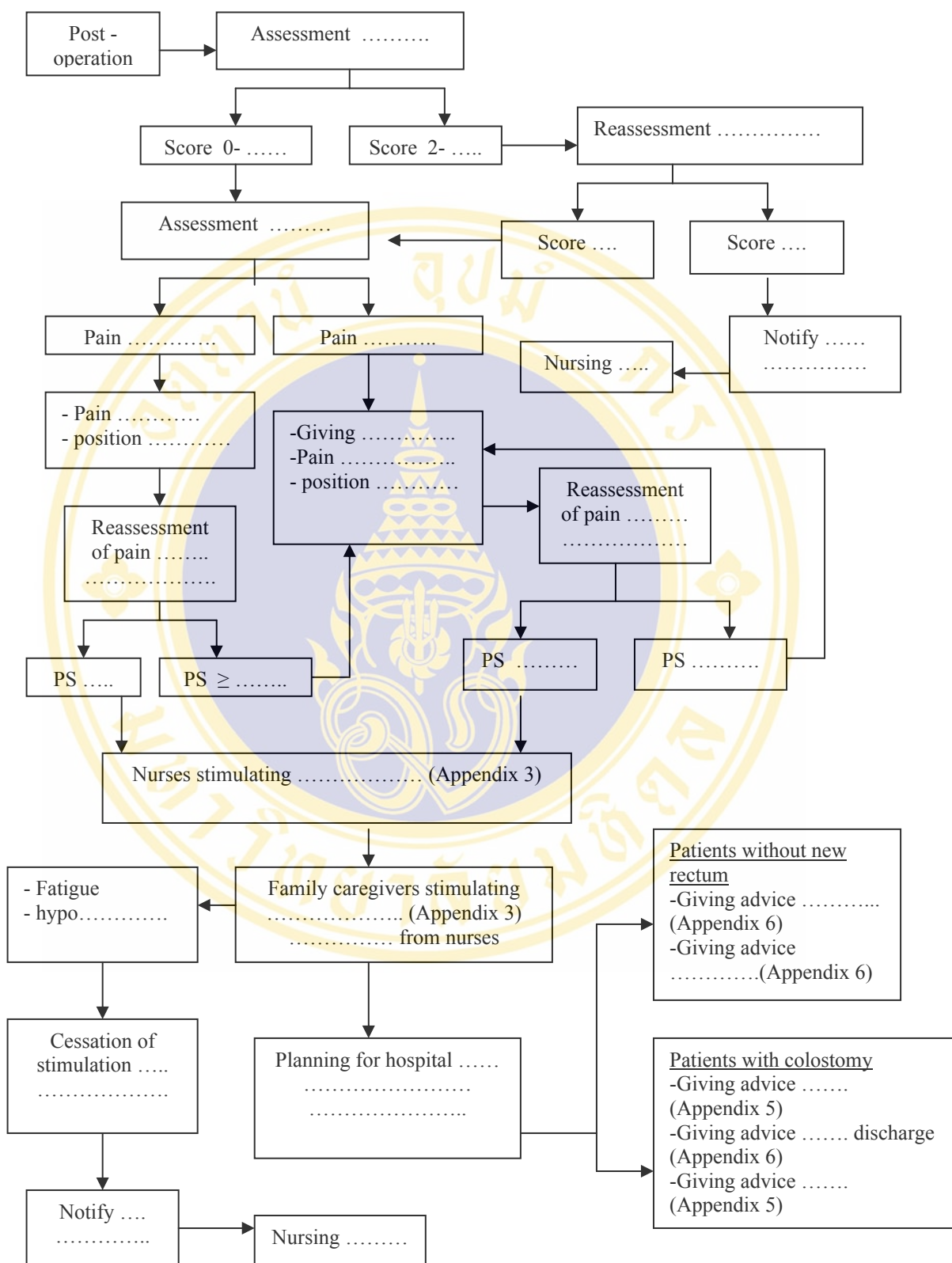


Figure 7 A clinical nursing practice guideline with family participation for colorectal cancer patients (Postoperative colorectal surgery)

3. Evidence-observed phase to improve the outcomes until the clinical nursing practice guideline can be actually implemented in the agency's context

4. Evidence-based phase involving periodical evaluation and continuous improvement to ensure effective implementation

Results

As this evidence-based clinical nursing practice guideline involving family participation in care for colorectal cancer patients has not been tried out with the target group in a pilot study, the following recommendations are made:

1. The knowledge and skills of nurses who provide care to colorectal cancer patients should be assessed, and training should be organized for those who still lack necessary skills to ensure effective implementation of the clinical nursing practice guideline.
2. The clinical nursing practice guideline should be continuously revised and improved to suit the characteristics of the agency and the context of service provision and new research evidence, with integration of continuous quality improvement.
3. The clinical nursing practice guideline should be disseminated among different agencies involved with provision of care to colorectal cancer patients such as hospitals under the supervision of the Department of Medical Services, both central and regional cancer institutes, and hospitals under the Ministry of Public Health, etc.
4. Outcome research should be conducted to determine the effectiveness of the implementation of the clinical nursing practice guideline such as comparative studies may be carried out to investigate the rates of postoperative complications, medical expenses for postoperative colorectal cancer patients, length of hospitalization of colorectal cancer patients who use and who do not use the clinical nursing practice guideline.
5. This clinical nursing practice guideline should be implemented with other groups of patients after it has been adapted or revised to better suit the contexts of other post-operational patients such as chest surgery, and heart surgery, etc.

บรรณานุกรม

- กันยา ออประเสริฐ. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับบาดเจ็บความรู้สึก. ใน เบญจมาศ ปรีชากุลและเบญจวรรณ ชีระเทอดตระกูล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น* (หน้า 86 – 125). กรุงเทพฯ: บริษัท เอ. พี. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- จิระภรณ์ ศรีประเสริฐ. (2535). *การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัดกรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑามาศ ปัญญาวิสุทธิ, สุภาภรณ์ ค้างแพง, สมพร ศิริเต็มกุลและวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ. (2541). รายงานผลการวิจัยเรื่องความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต. กลุ่มงานอายุรกรรม, โรงพยาบาลขอนแก่น.
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(2), 63 – 75.
- ชูชื่น ชิวพูนผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดารัสณี โพธารส. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น*. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เพรส จำกัด.
- คุชฎี ใจโปร่ง. (2548). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 25(1), 53-68.
- ดวงดาว ดุลยธรรม. (2544). *ผลของคนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2538). *ผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2540). ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย. *วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย*, 22(2), 110-115.
- ธีรวุฒิ คุหะเปรมะ. (2550). ปัญหาภาระที่พบบ่อยและการดูแลรักษาสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว. *คลินิกเวชปฏิบัติปริทัศน์*, 245(21)/5, 375-381. Retrieved 11 มกราคม 2550, จาก [http:// www.nci.go.th /file_download/001_1.pdf](http://www.nci.go.th/file_download/001_1.pdf)

- บรรลือ เฉลยกิตติ. (2545). ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. กรุงเทพฯ: บริษัท รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด.
- ประทีน ไชยศรี. (2544). คู่มือการพยาบาลเรื่องการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดเปิดช่องทวารใหม่ (Colostomy). เชียงใหม่: คาราวรรณการพิมพ์.
- ปริญญา ทวีชัยการ. (2549). แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และเรคตัม. กรุงเทพฯ: เพนทาگون แอ็ดเวอร์ไทซิง ลิมิเตด พาร์ทเนอร์ชิพ.
- เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุลและพวงเพ็ญ ชุณหปราณ. (2546). บทบาทของพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบคร้ว : แนวคิดการสนับสนุนครอบคร้ว. งามาธิบดีพยาบาลสาร, 9(3), 210-217.
- พวงทอง กล่อมใจเย็น. (2541). รายงานการวิจัยเรื่องความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากการบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง. หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง, โรงพยาบาลศิริราช.
- แม่นมมา จิระจรัส. (2539). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. งามาธิบดีพยาบาลสาร, 2(1), 84-93.
- รัมภ์รดา อินทร. (2539). ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลดา ไชยแก้ว. (2547). ผลของโปรแกรมการสอนต่อความสามารถของพยาบาลในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วงเดือน เอี่ยมสกุล, เสาวนิตย์ สมรรถบุตร, อัญชลี บุญตานนท์, กุลนภา บุญมากุล. (2548). แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).
- วชิราพร สุนทรสวัสดิ์. (2545). พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรรณวิมล คงสุวรรณ. (2543). รายงานการวิจัยเรื่องความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด. หน่วยผ่าตัดศัลยกรรม ตึกสยามินทร์ชั้น 5, โรงพยาบาลศิริราช.

- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 12(4), 33-38.
- วิศิษฐ์ อุดมพานิช. (2542). การประเมินหน้าที่ของปอดก่อนผ่าตัด. ใน *วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 3 (พิมพ์ครั้งที่ 3) (หน้า 208 - 212)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูนิทัส จำกัด.
- สถานวิทยามะเร็งศิริราช. (2547). *รายงานสถิติมะเร็งประจำปี 2547*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถานวิทยามะเร็งศิริราช. (2548). *รายงานสถิติมะเร็งประจำปี 2548*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาพร มานัสสถิต. (2547). เอกสารเผยแพร่ทางวิชาการ *เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่*. สถานวิทยามะเร็งศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2550). *การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล*. ใน *การวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ*. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุกัญญา จงถาวรสถิตย์. (2541). *การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนนา แสนมานิช. (2541). *ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุริย์รัตน์ ช่างสวัสดิศักดิ์. (2541). *ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรทัย โสมนรินทร์, เจริญ วัฒนพงษ์ชาติและศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา. (2540). *รายงานการวิจัยเรื่องความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคเอดส์*. โรงพยาบาลบำราศนราดูร.
- อรพรรณ โตสิงห์. (2547). *Evidence – based practice : การประเมินความเป็นไปได้และความคุ้มค่าของการนำไปใช้*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 13 สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เรื่อง Evidence – based practice : มิติใหม่ของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล, กรุงเทพฯ.

- อัญชลี กลิ่นอวล. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายและความผาสุกของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ansari, M. Z., Collopy, B. T., Hart, W. G., Carson, N. J., & Chandraraj, E. J. (2000). In – hospital mortality and associated complications after bowel surgery in Victorian public hospitals. *Australia & New Zealand Journal of Surgery*, 70(1), 6-10.
- Arozullah A. M., Daley, J., Henderson, W. G., & Khuri, S. F. (2000). Multifactorial risk index for predicting postoperative respiratory failure in men after major noncardiac surgery. *Annals of Surgery*, 232(2), 242 – 253.
- Behm, B., & Stollman, N. (2003). Postoperative ileus: Etiologies and intervention. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 1(2), 71-80.
- Berg, D. T. (2001). Epidemiology and risk of cancer of the colon or rectum. In D. T. Berg (Eds), *Contemporary issue in colorectal cancer a nursing perspective*. (pp. 1-16). Boston: Jones and Bartlett.
- Braga, M., Vignali, A., Zuliani, W., Frasson, M., Serio, C. D., & Carlo, V. D. (2005). Laparoscopic versus open colorectal surgery cost – benefit analysis in a single – center randomized trial. *Annals of Surgery*, 242(6), 890 – 896.
- Brooks-Brunn, J. A. (1995). Postoperative atelectasis and pneumonia. *Heart & Lung*, 24(2), 94 -115.
- Brooks-Brunn, J. A. (1997). Predictors of postoperative pulmonary complications following abdominal surgery. *Chest*, 111(3), 564 – 571.
- Chaikla, A. (2002). *Pain experience, pain management, and pain outcome in post abdominal operative patients*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Chan, C. W., Hon, H. C., Chien, W. T., & Lopez, V. (2004). Social support and coping in chinese patients undergoing cancer surgery. *Cancer Nursing*, 27(3), 230-236.
- Christiansen, K., (2001). Prevention strategies and diet connection. In D. T. Berg (Ed.) *Contemporary issues in colorectal cancer a nursing perspective* (pp. 35-52). Boston: Jones and Bartlett.
- Chumillas, S., Ponce, J., Delgado, F., Viciano, V., & Mateu, M. (1998). Prevention of postoperative pulmonary complications through respiratory rehabilitation :

- A controlled clinical study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(1), 5 – 9.
- Clark, J., & Grover, P. (2004). *Colostomy guide*. United Ostomy Association. Retrive April 30, 2007, from [http://www.uoahoston.org/publications/UOA Colostomy](http://www.uoahoston.org/publications/UOA%20Colostomy)
- Collins, T. C., Daley, J., Henderson, W. H., & Khuri, S. F. (1999). Risk factors for prolonged length of stay after major elective surgery. *Annals of Surgery*, 230(2), 251 – 259.
- Connolly, M. A. (2004). Nursing management obstructive pulmonary disease. In S. M. Lewis, M. M. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds), *Medical – Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems* (6th ed.) (pp. 637 – 686). St. Louis: Mosby.
- Doherty, G. M. (2006). Surgical site infections. In M. W. Mulholland & G. M. Doherty (Eds), *Complications in surgery* (pp. 114 – 125). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Duggan, M., & Kavanagh, B. (2005). Pulmonary atelectasis: A pathogenic perioperative entity. *Anesthesiology*, 102(4), 838-854.
- Franz, M. G. (2006). Complications of wound healing. In M. W. Mulholland & G. M. Doherty (Eds.), *Complications in surgery* (pp. 102 - 113). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Fukui, S. (2002). Information needs and the related characteristics of Japanese family caregivers of newly diagnosed patients with cancer. *Cancer Nursing*, 25(3), 181-186.
- Girouard, S. A. (2001). New directions for the advanced practice nurse in health care quality: performance and outcome improvement. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C.M. Hanson (Eds.), *Advanced nursing practice an integrative approach* (2nd ed.) (pp. 755 – 794). Philadelphia: Saunders.
- Gordon, P. H. (1992). Malignant neoplasms of the colon. In P. H. Gordon & S. Nivatvongs (Eds.), *Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus* (pp. 501 – 577). St. Louis, MO: Quality Medical.
- Hansen, J. E. (1998). Preoperative evaluation and relation to Postoperative complications. In G. L. Baum, B. R. Celli, J. D. Crapo, & J. B. Karlinsky

- (Eds.), *Textbook of pulmonary diseases* (6th) Volume I (pp.267 – 279). Philadelphia: Lippincott – Raven.
- Hemmila, M. R. (2006). Pulmonary complications. In M. W. Mulholland & G. M. Doherty (Eds.), *Complications in surgery* (pp. 157 - 172). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Holte, K., & Kehlet, H. (2000). Postoperative ileus: A preventable event. *British Journal of Surgery*, 87(11), 1480 – 1493.
- James, D., & Justins, D. (2003). Acute postoperative pain. In T. E. J. Healy & P. R. Knight (Eds.), *A practice of anesthesia* (7th ed.) (pp. 1213 -1234). London: Arnold.
- Jubb, M., & Shanley, E. (2002). Family involvement : The key to opening locked wards and closed minds. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(1), 47 – 53.
- Junkin, J., & Beitz, J. M. (2005). Sexuality and the person with a stoma: implications for comprehensive WOC nursing practice. *Journal of Wound Ostomy Continence Nurse*, 32(2), 121 – 128.
- Kelly, L. S., Specht, J. P., & Maas, M. L. (2000). Family involvement in care for individuals with dementia protocol. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(2), 13 – 21.
- Laitinen – Junkkari, P., Merilainen, P. & Sinkkonen, S. (2001). Informal caregivers' participation in elderly – patient care: An interrupted time – series study. *International Journal of Nursing Practice*, 7(3), 199 – 213.
- Lin, L., & Wang, R. (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 252 – 260.
- Lee, J. T. (1995). Surgical wound infections: Surveillance for quality improvement. In D. E. Fry (Ed.), *Surgical infections* (pp. 145 – 153). Boston: Little, Brown and company.
- Maas, M., & Swanson, E. (1999). *Family involvement care for persons with dementia*. (pp. 3 - 40). Iowa: The University of Iowa Gerontological Nursing interventions Research Center Research dissemination Core.
- Maas, M. L., Reed, D., Park, M., Specht, J. P., Schutte, D., Kelly, L. S., Swanson,

- E. A., Tripp-Reimer, T., & Buckwalter, K. C. (2004). Outcomes of family involvement in care intervention for caregivers of individuals with dementia. *Nursing Research*, 53(2), 76 – 86.
- Manku, K., & Leung, M. L. (2003). Prognostic significance of postoperative in-hospital complications in elderly patients. II. long- term quality of life. *Anesthesia & Analgesia*, 96(2), 590-594.
- Melnyk, B. M., & Fineout – Overholt, E. (2005). *Evidence-base practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Neudecker, J., Schwenk, W., Junghans, T., Pietsh, S., Bohm, B., & Muller, J. M. (1999). Randomized controlled trial to examine the influence of thoracic epidural analgesia on postoperative ileus after laparoscopic sigmoid resection. *British Journal of Surgery*, 86(10), 1292-1295.
- Posner, M. C., Steele, JR., G. D., & Mayer, R. J. (2002). Adenocarcinoma of the colon and rectum. In *Surgery of the alimentary tract* (pp. 219 - 236). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Puntillo, K. A., Miaskowski, C., & Summer, G. (2003). Pain. In V. Carrieri-Kohlman, A. M. Lindsey, & C. M. West (Eds), *Pathophysiological phenomena in nursing* (pp. 235 – 254). St. Louis, MO: Elsevier Science.
- Simpson, M. F., & Whyte, F. (2006). Patients' experiences of completing treatment for colorectal cancer in a Scottish District General Hosipital. *European Journal of Cancer Care*, 15(2), 172 – 182.
- Smith, D. J. (2004). Nursing management postoperative care. In S. M. Lewis, M. M. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds), *Medical – surgical nursing assessment and management of clinical problems* (6th ed.) (pp. 393 – 414). St. Louis: Mosby.
- Soukup, M. (2000). The center of advanced nursing practice evidence – based practice model promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301 – 309.
- Sringam, U. (2005). *The development of a clinical nursing practice guideline for pain management in patients with abdominal surgery*. Unpublished master's thematic, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Sullivan-Bolyai, S., Knafl, K. A., Sadler, L., & Gilliss, C. L. (2003). Great expectations: A position description for parents as caregivers: Part I. *Pediatric Nursing*, 29(6), 457 – 461.

Sullivan-Bolyai, S., Sadler, L., Knafl, K. A., & Gilliss, C. L. (2003). Great expectations: A position description for parents as caregivers: Part II. *Pediatric Nursing*, 30(1), 52 - 56.





ตารางสรุปงานวิจัย

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ /เรื่อง / แหล่งตีพิมพ์	ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2538).ผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุ ความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ ญาติได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลกับกลุ่มที่ ญาติไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแล
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งทำการวิจัย	กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพ แผนกอายุรกรรมและญาติของผู้ป่วย จำนวน 60 คู่ กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คู่ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คู่ ระหว่าง ก.ย.2535 - มี.ค.2536
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับงานวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลอง / ระดับงานวิจัย ระดับ 3
เครื่องมือ ที่ใช้วัด	คู่มือการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับญาติและผู้ป่วย การประเมินเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย ความ ห่วงใยของญาติที่มีต่อผู้ป่วยและความต้องการของญาติที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลร่วมกับญาติประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เปรียบเทียบกับญาติในการกำหนด เป้าหมายที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ร่วมกันหาวิธีปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย ประเมินความสามารถและข้อจำกัดของญาติในการสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ให้ความ ช่วยเหลือด้วยวิธีการให้ข้อมูล การสอน การสนับสนุนชี้แนะ การให้คำปรึกษาและสร้างสิ่งแวดล้อมที่ เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถของญาติ
ผลการวิจัย	ด้านสภาพจิตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ญาติได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วม ในการดูแลดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ญาติไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแล - ญาติกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่าญาติกลุ่มควบคุม
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	คุณภาพของกระบวนการวิจัย การออกแบบการวิจัย มีความเหมาะสมและมีความน่าเชื่อถือ
การประเมิน ความเป็นไป ได้ในการนำ ไปใช้	1. ตรงกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขในด้านลักษณะผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีความเสื่อมของสภาพร่างกายและ ต้องการการดูแลจากญาติ 2. เป็นงานวิจัยระดับ 3 มีความน่าเชื่อถือ มีการเปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาล 3. การนำผลงานวิจัยไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 การเทียบเคียงผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่รับการ รักษาในร.พ. ด้วยโรคที่เป็นภาวะวิกฤตและความเครียดต่อผู้ป่วยและครอบครัว 3.2 การนำไปใช้ : พยาบาลมีบทบาทอิสระในการนำวิธีปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ 3.3 ความคุ้มค่า : เกิดความพึงพอใจของญาติต่อการปฏิบัติการพยาบาลวิธีนี้
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	1. จัดเอกสารคู่มือส่งเสริมญาติในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม 2. จัดทำเอกสารคู่มือปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ /เรื่อง / แหล่งตีพิมพ์	ร่มกัรรดา อินทร. (2539). ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อ การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ ได้รับในกลุ่มที่ญาติได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากการพยาบาล ตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งทำการวิจัย	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและญาติที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ระหว่าง ม.ค.2537 - พ.ย.2538
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับงานวิจัย	วิจัยกึ่งทดลอง / ระดับงานวิจัย ระดับ 3
เครื่องมือ ที่ใช้วัด	1. คู่มือการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม ของญาติในการดูแลผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิดและด้านร่างกาย กิจกรรมที่ทำให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การพลิกตะแคงตัวและการเปลี่ยนท่า 2. แบบวัดระดับความรู้สึกรู้สึกดีและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง 3. แบบวัดความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ
ผลการวิจัย	ผู้ป่วยกลุ่มที่ญาติได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	การออกแบบการวิจัย คุณภาพของกระบวนการวิจัยและผลการวิจัย มีความเหมาะสมและน่าเชื่อถือ
การประเมิน ความเป็นไป ได้ในการนำ ไปใช้	1. ตรงกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขในด้านของความเจ็บป่วยร้ายแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเป็นภาวะวิกฤต ของครอบครัว การมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติจะเป็นสนับสนุนด้านสังคมและจิตใจ สามารถ ช่วยเหลือในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเป็นกำลังใจสนับสนุนการเผชิญกับโรค 2. เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง งานวิจัยระดับ 3 มีความน่าเชื่อถือ เพราะมีการเปรียบเทียบการปฏิบัติการ พยาบาล 2 วิธี ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 3. การนำผลงานวิจัยไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 การเทียบเคียงผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่ เกิดขึ้นมีความร้ายแรง คุกคามชีวิตและความผาสุกของผู้ป่วยและครอบครัว 3.2 การนำไปใช้ : พยาบาลมีบทบาทอิสระในการนำวิธีปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ ผลการวิจัยมี ประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแล 3.3 ความคุ้มค่า : ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนและเกิด ความพึงพอใจของญาติต่อการปฏิบัติการพยาบาลวิธีนี้
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	1. สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษา ก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 2. จัดทำคู่มือการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านการฟื้นฟูสภาพหลังการรักษา

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ /เรื่อง / แหล่งตีพิมพ์	สุมนา แสนมาโนช. (2541) .ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูก สะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
วัตถุประสงค์	1. เปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ญาติได้รับการส่งเสริมให้มี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ 2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของญาติระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ 3. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติระหว่างกลุ่มที่ญาติได้รับการส่งเสริมให้มีส่วน ร่วมในการดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งทำการวิจัย	ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักและญาติผู้ดูแล รับประทานยาในหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมกระดูกและ ข้อ อายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับงานวิจัย	งานวิจัยกึ่งทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม , ระดับ 3
เครื่องมือ ที่ใช้วัด	1.เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ คู่มือการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูก สะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ได้แก่ การประเมินเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและ ความต้องการของญาติที่มีส่วนร่วมในการดูแล ร่วมกับญาติในการกำหนดเป้าหมายในการดูแลเพื่อ สนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยวิธีการปฏิบัติพยาบาลให้ความช่วยเหลือด้วยการให้ข้อมูลและสร้าง สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถของญาติ คู่มือมีเนื้อหาของการฟื้นฟูสภาพโดยให้ ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย 2.เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ, แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด,แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน,แบบ ประเมินความวิตกกังวล, แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ
ผลการวิจัย	1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติสูงกว่า 2. ญาติมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	คุณภาพของกระบวนการวิจัย การออกแบบการวิจัย ผลการวิจัยมีความเหมาะสมและน่าเชื่อถือ
การประเมิน ความเป็นไป ได้ในการนำ ไปใช้	1. ตรงกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลังการ ผ่าตัด ตั้งแต่ระยะก่อน-หลังผ่าตัด ในด้านการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัด การมีส่วนร่วมในการดูแลอย่าง ต่อเนื่องจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 3 มีความน่าเชื่อถือ 2. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะ การให้ครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการรักษาและส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ ไม่ขัดแย้งและรบกวนการปฏิบัติรูปแบบเดิม การนำไปใช้ไม่ ทำให้เกิดความเสี่ยง เกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	สร้างคู่มือการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ระยะก่อน – หลังผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล และการดูแลตนเองที่บ้าน

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ /เรื่อง / แหล่งตีพิมพ์	วรรณวิมล คงสุวรรณ. (2543). <i>ความต้องการของญาติผู้ป่วยรับการผ่าตัด</i> . รายงานการวิจัย หน่วยผ่าตัดศัลยกรรม สยามินทร์ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช.
วัตถุประสงค์	ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดและการได้รับการตอบสนอง
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งทำการวิจัย	ญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด รวมถึงผู้ที่มีความใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส ที่มารอ ผู้ป่วยขณะเข้ารับการผ่าตัด ณ บริเวณที่จัดให้พักรอ ร.พ. ศิริราช จำนวน 144 ราย
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับงานวิจัย	วิจัยเชิงสำรวจ / ระดับงานวิจัย ระดับ 6
เครื่องมือ ที่ใช้วัด	1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว 2. แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยขณะที่รอผู้ป่วยรับการผ่าตัด โดยจัดเป็น หมวดหมู่ 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ความต้องการข้อมูล 3) ความ ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ความต้องการกำลังใจและการ ระบายความรู้สึก 6) ความต้องการส่วนบุคคล
ผลการวิจัย	1. ความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดอันดับแรกคือ ความต้องการข้อมูล รองลงมาคือ ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการกำลังใจและการ ระบายความรู้สึก ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และความต้องการส่วนบุคคล ตามลำดับ 2. การได้รับการตอบสนองของญาติที่มากที่สุด คือ มีโทรศัพท์อยู่ใกล้ที่จัดให้ญาติพักรอ 3. บุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติได้มากที่สุด คือ พยาบาล ร้อยละ 94.82 รองลงมาคือแพทย์ ร้อยละ 4.31 และญาติ ร้อยละ 0.86
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	การออกแบบการวิจัยมีความเหมาะสมกับปัญหาการวิจัย แหล่งที่มาของข้อมูลและผลการวิจัยมีความ เหมาะสมและน่าเชื่อถือ
การประเมิน ความเป็นไป ได้ในการนำ ไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกในด้านความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเช่นเดียวกัน 2. เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย ระดับ 6 มีความน่าเชื่อถือ เพราะเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจจากกลุ่ม ญาติผู้ป่วยที่มีความเครียดและความวิตกกังวลจากการเข้ารับการผ่าตัดของผู้ป่วย 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน เพราะเป็นความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 3.2 พยาบาลมีสิทธิ์โดยชอบในการปฏิบัติ ไม่ขัดแย้งและรบกวนการปฏิบัติรูปแบบเดิม 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง เกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ได้รับ ประโยชน์และคุ้มค่าจากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติ
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	ให้โรงพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของญาติในด้าน การให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย การลดความวิตกกังวล การให้กำลังใจและการระบายความรู้สึก การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และความ ต้องการส่วนบุคคล

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ /เรื่อง / แหล่งตีพิมพ์	Maas, M. L., Reed, D., Park, M., Specht, J. P., Schutte, D., Kelley, L. S., Swanson, E. A., Tripp-Reimer, T., & Buckwalter, K. C. (2004). Outcome of family involvement in care intervention for caregivers of individual with dementia. <i>Nursing Research</i> , 53(2), 76-86.
วัตถุประสงค์	1. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของ Family involvement in care partnership intervention ต่อการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวในบทบาทผู้ให้การดูแล สัมพันธภาพกับบุคลากรทีมสุขภาพและความพึงพอใจในการดูแลญาติที่เป็น dementia ที่พักอยู่ในสถานพยาบาล 2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของ Family involvement in Care partnership intervention ต่อทัศนคติของบุคลากรทีมสุขภาพและความพึงพอใจต่อบทบาทผู้ให้การดูแล
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งทำการวิจัย	1. ผู้ที่เป็น dementia ที่ย้ายเข้ามาหรือพักในหน่วยดูแลพิเศษ dementia ของสถานพยาบาล 14 แห่งใน Iowa และ Winconsin และสมาชิกในครอบครัว จำนวน 185 ราย 2. บุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งหมด 845 ราย
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับงานวิจัย	วิจัยกึ่งทดลอง / ระดับงานวิจัย ระดับ 3
เครื่องมือ ที่ใช้วัด	1. การรับรู้ของครอบครัวในบทบาทผู้ให้การดูแล 81 ข้อ (Family Perceptions of Caring Role) 2. การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการดูแล 51 ข้อ (Family Perceptions of Care Tool) 3. การรับรู้ของบุคลากรทีมสุขภาพในบทบาทผู้ให้การดูแล 78 ข้อ (Staff Perceptions of Caregiving Role) 4. เครื่องมือวัดความเครียดของผู้ให้การดูแล 43 ข้อ (Caregiver Stress Inventory) 5. ทัศนคติของบุคลากรทีมสุขภาพที่มีต่อครอบครัว 16 ข้อ (Attitude toward Families checklist)
ผลการวิจัย	ระดับคะแนนความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวด้านการสูญเสียและการถูกแยกจะลดลง ระดับความขัดแย้งและการไม่ได้รับการเอาใจใส่จากทีมสุขภาพลดลง การดูแลด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรสูงขึ้น
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	การออกแบบการวิจัย คุณภาพของกระบวนการวิจัยและผลการวิจัย มีความเหมาะสมและน่าเชื่อถือ
การประเมิน ความเป็นไปได้ ในการนำไป ใช้	1. ตรงกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขในด้านปัญหาสติปัญญาเสื่อมของบุคคลในครอบครัวถือเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อครอบครัวในด้านการดูแล การนำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลโดยการให้ความรู้ ข้อมูลที่เหมาะสมและการช่วยเหลือกิจวัตรจะมีส่วนช่วยสนับสนุนความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลบุคคลกลุ่มนี้ได้ดีขึ้น 2. เป็นงานวิจัยระดับ 3 มีความน่าเชื่อถือ เพราะมีการเปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาล 2 วิธี 3. การนำผลงานวิจัยไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 การเทียบเคียงผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านลักษณะความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและการนึกคิดของบุคคลกลุ่มนี้ก่อให้เกิดความเครียดต่อญาติผู้ดูแลในการดูแลและจัดการกับปัญหา ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นคุกคามต่อการดำเนินชีวิตและความผาสุกของญาติผู้ดูแล การใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลนี้จะช่วยสนับสนุนศักยภาพของญาติ 3.2 การนำไปใช้ : พยาบาลมีบทบาทอิสระในการนำวิธีปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ 3.3 ความคุ้มค่า : เกิดความพึงพอใจของญาติต่อการปฏิบัติการพยาบาลวิธีนี้
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	1. สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษา ก่อนจำหน่ายออกจากและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 2. จัดทำคู่มือความรู้เรื่องโรคและการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งตีพิมพ์	คุชฎี ใจโปรง. (2548). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 25(1), 53- 68.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งทำการวิจัย	1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 ราย ผู้ป่วย 32 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ และอีก 32 ราย จัดเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย 2. กำหนดให้มีการสอนเป็นแบบกลุ่ม ครั้งละ 3-4 คน ใช้วิธีการบรรยายให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลร่วมแสดงความคิดเห็น ใช้สื่อภาพสาธิตจากวีซีดีเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย ข้อควรระวังขณะดูแลและคู่มือ ติดตามนิเทศให้กำลังใจภายหลังการสอน/โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งภาคใต้
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับงานวิจัย	งานวิจัยกึ่งทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม / งานวิจัยระดับ 3
เครื่องมือที่ใช้วัด	แบบสอบถามประเมินความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ
ผลการวิจัย	1. ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยดีกว่ากลุ่มที่ควบคุม 3. ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคำแนะนำความรู้ และการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการสอนดีกว่าก่อนการสอน
การประเมินคุณภาพงานวิจัย	การออกแบบการวิจัย คุณภาพของกระบวนการวิจัยมีความเหมาะสม ผลการวิจัยมีความสอดคล้องเหมาะสมและมีความน่าเชื่อถือ
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นภาวะวิกฤตต่อครอบครัว การมีส่วนร่วมในการดูแลจะช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะที่ดี และช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลที่ดีกว่า 2. เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีโปรแกรมการทดลองที่มีความแตกต่างกัน มีความน่าเชื่อถือเชิงวิทยาศาสตร์ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะผู้ป่วยเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัวและตัวผู้ป่วย การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการรักษาและส่งผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วย 3.2 พยาบาลมีสิทธิ์โดยชอบในการปฏิบัติ ไม่ขัดแย้งและรบกวนการปฏิบัติรูปเดิม วิธีการไม่ยุ่งยาก เพียงแต่เพิ่มการนำครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ สร้างทัศนคติและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเลื่อมใส เกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ได้รับประโยชน์และคุ้มค่าจากการมีส่วนร่วมในการดูแล
การสรุปเพื่อนำไปใช้	สนับสนุนให้มีการสอนอย่างมีแบบแผนและจัดโปรแกรมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ /เรื่อง / แหล่งตีพิมพ์	Chan, C. W., Hon, H. C., Chien, W. T., & Lopez, V. (2004). Social support and coping in chinese patients undergoing cancer surgery. <i>Cancer Nursing</i> , 27(3), 230-236.
วัตถุประสงค์	1. เพื่อระบุถึงแหล่งประโยชน์และหน้าที่ของแหล่งสนับสนุนทางสังคม 2. เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทางสังคม , การแก้ไขปัญหา , แหล่งสนับสนุนทางสังคม หลังจากผ่าตัด
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งทำการวิจัย	ผู้ป่วยชาวจีน 60 ราย อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ , เต้านม , กระเพาะอาหาร , ตับ และทางเดินน้ำดี , ตีระและคอ , ระบบทางเดินหายใจ และต่อมลูกหมาก อยู่ในระยะหลังผ่าตัด วันที่ 4-8 , ผู้ป่วยที่คัดออกคือ มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเฉียบพลันและเจ็บป่วยทางจิต / โรงพยาบาลทั่วไประดับท้องถิ่นในฮ่องกง 2 แห่ง
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับงานวิจัย	งานวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวาง / ระดับ 6
เครื่องมือ ที่ใช้วัด	1. ข้อคำถามเกี่ยวกับเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม โดยใช้เครื่องมือNorbeck Social support Questionsnaire(NSSQ)และชนิดของความสัมพันธ์ในเครือข่าย 2. การจัดการกับปัญหา (Coping) วัดโดยใช้เครื่องมือ Jalowiec coping scale – revised
ผลการวิจัย	1. การใช้วิธีแก้ปัญหามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแหล่งสนับสนุนที่เป็นจริง ($r = 0.41, P < .01$) 2. การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแหล่งสนับสนุนที่เป็นจริง ($r = 0.31, P < .05$) 3. แหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลจะได้รับจากทีมสุขภาพและแหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์จะได้รับจากสมาชิกในครอบครัว 4. การมีกลุ่มสัมพันธ์ให้กับผู้ป่วยเป็นแหล่งประโยชน์ทางสังคมที่สำคัญ
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	วิธีการวิจัยมีความเหมาะสมกับการศึกษา การเลือกแหล่งเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างระบุไว้ชัดเจน
การประเมิน ความเป็นไปได้ในการนำ ไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข 2. เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย มีความน่าเชื่อถือเป็นงานวิจัยระดับ 6 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน 3.2 อาศัยความร่วมมือให้การจัดกลุ่มสัมพันธ์ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการจัดการกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น อีกทั้งเป็นการสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง มีโอกาสเกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์และคุ้มค่ากับการทำงานของบุคลากร
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	1. จัดให้มีกลุ่มสัมพันธ์เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ทางสังคม ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน 2. จัดให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนสนับสนุนด้านอารมณ์ให้กับผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล 3. ให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะก่อน – หลัง การผ่าตัด ก่อนกลับบ้านและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ /เรื่อง / แหล่งตีพิมพ์	Simpson, M. F., & Whyte, F. (2006). Patients' experiences of completing treatment for colorectal cancer in a Scottish District General Hospital. <i>European journal of cancer care</i> , 15(2), 172 – 182.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษา
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งทำการวิจัย	- อายุมากกว่า 16 ปี จำนวน 8 ราย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะของโรค คือ Duke's A,B, หรือ C - โรงพยาบาลทั่วไปในสกอตแลนด์
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับงานวิจัย	งานวิจัยเชิงคุณภาพ / ระดับ 6
เครื่องมือที่ใช้วัด	แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่
ผลการวิจัย	1. ครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้ที่มีความสำคัญ เป็นแหล่งสนับสนุนหลักของผู้ป่วย 2. ครอบครัวทำหน้าที่ในการดำเนินการ, ประสานงานกับทีมสุขภาพในการวางแผนการรักษาและมีอิทธิพลต่อการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวว่ามะเร็งจะกลับมาใหม่, บุคลากรทีมสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ข้อมูลการรักษาและการสิ้นสุดการรักษา, การมีกลุ่มสนับสนุนจะมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน และการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญกับผู้ป่วย
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	วิธีการวิจัยมีความเหมาะสมเนื่องจากการเป็นการสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์การเจ็บป่วย การเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างระบุชัดเจน มีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอ การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์เป็นขั้นตอน มีความชัดเจน การควบคุมคุณภาพมีความรัดกุมโดยการถอดคำพูดจากเทป มีการอ่านทบทวนซ้ำ และจัดประเภทหมวดหมู่ของข้อมูล ผลงานวิจัยมีความเชื่อถือได้
การประเมิน ความเป็นไป ได้ในการนำ ไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข 2. มีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงการรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษา มีความน่าเชื่อถือเชิงศาสตร์ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน 3.2 มีการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ เพราะไม่ขัดแย้งและรบกวนการปฏิบัติรูปแบบเดิม วิธีการไม่ยุ่งยากซับซ้อน เพียงแต่เพิ่มคู่มือความรู้ การปฏิบัติตน มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการจัดการกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง มีโอกาสเกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์และคุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายในการสร้างคู่มือและการทำงานของบุคลากร
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	1. จัดทำคู่มือเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค คู่มือการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะก่อน - หลังผ่าตัด 2. นำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 3. จัดระบบการพยาบาลโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา รวมทั้งการรักษาสเสริมด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์/ เรื่อง	Maas, M., & Swanson, E. (1999). Family Involvement in Care for Persons with Dementia Research-Based Protocol. The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center Research Dissemination Core
วัตถุประสงค์	เพื่อให้คุณภาพการดูแลบุคคลที่เป็น dementia มีคุณภาพมากขึ้น ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับ dementia และมีความพึงพอใจกับบทบาทผู้ดูแลบุคคลกลุ่มนี้
กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งทำการวิจัย	ผู้ที่เป็น dementia และสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลบุคคลกลุ่มนี้ / บ้านของผู้ดูแล สถานพยาบาล โรงพยาบาลหน่วยดูแลพิเศษ
ระเบียบวิธีวิจัย	แนวปฏิบัติทางคลินิก
เครื่องมือที่ใช้วัด	1. เครื่องมือวัดการรับรู้ของผู้ที่เป็น dementia (Global Deterioration Scale; GDS Score) 2. เครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Instrumental Activities of Daily Living Scale; IADLS Score) 3. เครื่องมือวัดความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติกิจกรรมด้านร่างกาย (Physical Self-Maintenance Scale; ADL Score) 4. แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแล (Family involvement in care knowledge assessment test) 5. แบบวัดการติดตามผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วมในการดูแล (Family involvement in care outcomes monitor) 6. แบบวัดการติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแล (Family involvement in care nursing outcomes classification outcomes monitor) 7. การติดตามการประเมินด้านกระบวนการ (Process evaluation monitor) 8. การวางแผนสำหรับสมาชิกในครอบครัวในการเข้าร่วมการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลในสถานพยาบาล (Anticipatory planning for family members involvement in the family involvement in care intervention in the nursing home) 9. แนวปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกในครอบครัว (Family-staff caregiving partnership: implementing the FIC partnership staff guidelines) 10. กิจกรรมสำหรับครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่เป็น dementia 11. วัตถุประสงค์การศึกษาของบุคลากรทีมสุขภาพในสถานพยาบาล (Staff educational objectives in the nursing home setting)
การประเมินคุณภาพงานวิจัย	แนวปฏิบัติมีความสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการแก้ไขปัญหา กระบวนการสร้าง การใช้ และการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมและน่าเชื่อถือ
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	เห็นควรนำไปประยุกต์ใช้โดยนำเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องและเทียบเคียงกับกลุ่มสมาชิกครอบครัวที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลสำคัญของครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำแนวปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลไปประยุกต์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม โดยนำประเด็นหลักที่ได้จากแนวปฏิบัติ คือ 1. การสร้างสัมพันธภาพและประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยจะรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล 3. การเจรจาตกลงร่วมกันและความยินดีในการมีส่วนร่วมในการดูแล 4. ให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว 5. ติดตามประเมินผลและเจรจาตกลงร่วมกันและยินดีในการมีส่วนร่วม

ภาคผนวก 1 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่

มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหารที่พบมากเป็นอันดับ 2
(สถาพร มานัสสฤษดิ์, 2547)

สาเหตุ.....กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. การถ่ายทอดทางพันธุกรรม(Posner, Steele, & Mayer, 2002) ในครอบครัว
ร้อยละ 6 (Berg, 2001)

2. อาหารที่มีไขมันสูง ดังนั้นจึงควรรับประทานอาหารที่
เป็นธรรมชาติไม่ได้ผ่านกรรมวิธีแปรรูปอาหารหรือดัดแปลงอาหาร

3. ท้องผูก เซลล์มะเร็งได้
(สุพิศรา แสงรุจิ, 2545)

4. การดื่มแอลกอฮอล์.....
(Posner, Steele, JR., & Mayer, 2002)

5. การสูบบุหรี่ (Amersi, Agustin, & Ko, 2005)

6. โรคของลำไส้ใหญ่ เช่น (Amersi, Agustin, & Ko, 2005)

อาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นอย่างไร (บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545)

1. ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน

2. นิ่วการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไป

3. ถ้ามีการอุดตันภายในลำไส้มาก

4. ปวดท้อง

5. ปวดบริเวณก้น

6. อาการมีความรู้สึกอุจจาระไม่หมด

7. ปวดหลังจะพบในกรณี.....

8. น้ำหนักลด

ทำอย่างไรจึงจะรู้ได้ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

1. การตรวจเลือด.....
2. การตรวจโดย.....
3. การตรวจทางรังสีวิทยา ได้แก่
 - การสวนแบเรียม.....
 - การตรวจเอ็กซเรย์ทาง.....
4. การตรวจชิ้น.....
5. การตรวจเลือด ได้แก่ การ.....

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่มีกี่วิธี อะไรบ้าง

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะสามารถ.....
 เพื่อให้การรักษาได้ผลดีที่สุด ได้แก่ เคมีบำบัด หรือ ผู้ป่วยแต่ละราย
 (Posner, Steele, & Mayer, 2002)

การป้องกันการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะทำได้อย่างไร

1. ควรรับประทานผักสด ออกจากลำไส้ไม่ให้ระคาย
 เคืองเยื่อบุลำไส้เป็นเวลานาน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2547)
2. การรับประทานพืชสี จะช่วยลดปัจจัยการเกิดมะเร็ง
 ลำไส้ใหญ่ (Martinez-Gonzalez & Estruch, 2004)
3. ลดการรับประทานอาหาร ในการปรุงอาหาร (สถาบัน
 มะเร็งแห่งชาติ, 2547)
4. ผู้ที่มีบิดามารดาเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ปริญา ทวีชัยการ,
 2545) ญาติพี่น้องสายตรง..... เมื่ออายุ 25 ปี ขึ้นไป
 (บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545) และในบุคคลทั่วไป..... 50 ปีขึ้นไป
 (ปริญา ทวีชัยการ, 2545; บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545)
 มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่มีแนวโน้มว่าจะพบสูงขึ้นเรื่อย ๆ
 และเมื่อพบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้วการมารับการรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ
 จะได้ผลดีและจะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ภาคผนวก 2 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัด

การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย

1. ผู้ป่วยต้องได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อให้กากอาหารที่ค้างในลำไส้มีจำนวนน้อยลง (ดรินทร์ โลหะสรีวิวัฒน์, 2545)
2. การเตรียมลำไส้จะเตรียมก่อนการผ่าตัด 3 วัน โดยมีวิธีการดังนี้ (บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545)
 ในวันที่ 1 และ 2
 ในวันที่ 3 เป็นวันที่ผู้ป่วย.....เข้าวันรุ่งขึ้นส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด
3. การเตรียมความ..... (วรนุช เกียรติพงษ์ถาวร, 2545)
 ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเอง..... ช่วยดูแลเรื่องความ

สะอาดของร่างกาย

4. งดอาหารและน้ำทุกชนิดทางปากหลัง 24.00 น.
 น่าย่อยขณะผ่าตัด
5. เข้าวันผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการ เพื่อประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอีกครั้ง (Girard, 2004) เมื่อถึงเวลา
 30 นาที - 1 ชั่วโมง (ดารณี พิพัฒน์กุลชัย, 2546; กันยา ออประเสริฐ, 2546) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีแล้วจึงย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ

1. คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย คลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย
2. รับฟังข้อมูลและซักถามข้อสงสัย ของผู้ป่วยและญาติ
3. รับฟังข้อมูลและซักถาม ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและลดความวิตกกังวล (วรนุช เกียรติพงษ์ถาวร, 2545)
4. เมื่อผู้ป่วยมีความกังวลใจ เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ฟังเพลง (Cooke, Chaboyer, Schluter, & Hiratos, 2005) อ่านหนังสือ ซึ่ง และความวิตกกังวล

ภาคผนวก 3 การปฏิบัติตัวก่อน – หลังผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดจะต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อการ..... โดยมี
รายละเอียดดังนี้

การปฏิบัติตัวระยะก่อนผ่าตัด

1. ดูแลรักษาความสะอาด.....

2. ฝึกการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด

2.1 การฝึกหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะต้องฝึกบริหารการหายใจ.....
..... เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ (วรณูช เกียรติพงษ์ถาวร, 2545) ป้องกัน
การเกิด.....ทางปอด (Smith, 2004)

วิธีการบริหารการหายใจ (Smith, 2004)

ก. ผู้ป่วยนอนหงายหรืออยู่ในท่านั่ง

ข. วางมือบนหน้าท้อง.....เต็มทีกลั้นไว้สักครู่ประมาณ 3 วินาที

ค. หายใจออกทางปากช้า ๆ หน้าท้องลดลง
หลังผ่าตัด ขณะบริหารการ.....การ

กระทบกระเทือนแผล

ง. การบริหารการหายใจ ขณะที่ผู้ป่วยตื่น

การบริหารการหายใจ โดยใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยบริหารปอดชนิดดูด (Triflow) แบบ 3 ลูก

วิธีการ : ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ ควร
งดการบริหารการหายใจโดยใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยบริหารปอด

2.2 การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยขับเสมหะ..... จึง
จำเป็นต้องไอเอาเสมหะออกอย่างถูกวิธี (Connolly, 2004)

การฝึกหัดการไออย่างมีประสิทธิภาพ

ก. ผู้ป่วยควรอยู่ในท่านั่งศีรษะสูง

ข. ก่อนไอให้หายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ

และป้องกันการกระทบกระเทือนแผล

2.3 การเคลื่อนไหวร่างกายและลุกเดินโดยเร็ว

2.3.1 การพลิกตะแคงตัวและลุกนั่ง

ภายหลังการผ่าตัด ควรมีการเปลี่ยนท่านอน (Smith, 2004) และ
เป็นการป้องกัน ระบบไหลเวียนโลหิต (วรรณช เกียรติพงษ์ถาวร, 2545)

วิธีฝึกพลิกตะแคงตัวและลุกนั่ง

ก. การพลิกตะแคงตัวบนเตียง ผู้ป่วยควรพยายาม
ลุกนั่งบนเตียงด้วยตนเองอย่างช้า ๆ

ข. การลุกนั่งแบบตะแคง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ
เช่น ความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยควรลุกขึ้นและเดิน

หลังผ่าตัด เพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป

2.3.2 การออกกำลังกายแขน ขา มีวิธีการดังนี้ (Smith, 2004)

ก. นอนราบยกแขนทั้ง 2 ทำท่านี้ 3-5 ครั้ง

ข. นอนหงาย ขาร่วมด้วย ทำท่านี้ 5 ครั้ง

ค. นอนหงาย ข้างละ 3-5 ครั้ง

ง. นอนหงายราบ โดยทำเมื่อ
ผู้ป่วยตื่นขึ้นแล้ว

หลังผ่าตัด ถ้าแผลผ่าตัด..... โดยการยกขาขึ้น

3. ฟ่อนคลายความตึงเครียด ตามความ

ต้องการของผู้ป่วย เป็นต้น

การปฏิบัติตัวระยะหลังผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยมีการฟื้น
..... ตัวเร็วขึ้นและญาติจะมีส่วนร่วมในการดูแลในระบายนี้อย่าง การปฏิบัติตัวระยะหลังผ่าตัด
มีรายละเอียดดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัด ตามความ
พึงพอใจของผู้ป่วย

2. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัด การควบคุม
ความเจ็บปวดที่ดี.....และช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

การได้รับยาระงับปวดชนิดมอร์ฟิน..... (ลด ไชยแก้ว, 2547)
 แต่ยาจะมีประสิทธิภาพในการ..... (วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545) ดังนั้น ผู้ป่วย
 ควรที่จะ (Watt-Watson & Long, 2000)
 ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวดชนิดเพทิดีน
 ดังนั้นผู้ป่วยควรเริ่มปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังได้รับยา
 25 นาที – 2 ชั่วโมง (ลด ไชยแก้ว, 2547)
 3. เมื่อเริ่มต้นดีแล้ว มีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนที่ดี
 4. หลังผ่าตัดแล้วยังต้องงดอาหารและน้ำ วันหลังผ่าตัด
 (Madsen, Sebolt, Cullen, Folkedahl, Mueller, Richardson, & Titler, 2005) การเริ่มให้
 อาหารทางปากครั้งแรก..... (Junger & Schoenberg, 2007) โดยการ
 ประเมินจากการ..... อาหารอ่อนและ
 อาหารธรรมดาตามลำดับ
 4. ความผิดปกติที่..... (วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545) ได้แก่
 4.1 ลักษณะการหายใจ เช่น ถ้าหายใจ
 เร็วหรือช้ากว่าปกติให้รายงานพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาคต่อไป
 4.2 สังเกตอาการที่แสดงถึงการมีภาวะแทรกซ้อน.....
 เช่น รอบแผลบวมแดง
 มีหนองซึม ให้รายงานพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาคต่อไป
 4.4 สังเกตอาการอื่น ๆ เช่น
 หรือพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาคต่อไป
 4.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีทวารใหม่ เช่น เลือด
 จำนวนที่ออก เป็นต้น

ภาคผนวก 4 การจัดการความเจ็บปวดแผลผ่าตัดด้วยตนเอง

การจัดการความ..... โดยมีวิธีการดังนี้

คือ

การใช้เทคนิคผ่อนคลายในการบำบัดความเจ็บปวด

คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลาย

1. จัดสิ่งแวดล้อม.....
2. จัดให้ผู้ป่วยนอน.....
3. นำวิทยุพร้อมหูฟังมาให้ผู้ป่วย ตามความ

ต้องการตลอดเวลาหลังผ่าตัด

อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบด้วย

1. วิทยุเทปพร้อมหูฟัง
2. ตลับเทป.....

วิธีฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคผ่อนคลาย

การใช้เทคนิคผ่อนคลายจะ ช่วยให้ผู้รู้สึกสบายและผ่อนคลาย
โดยผู้ป่วยยังสามารถทำได้ด้วยตัวเอง ตามคำแนะนำในเสียงเทป (อัปสร ศรีงาม, 2548) ซึ่งมี
รายละเอียดดังนี้

ต่อไปนี้จะใช้เวลา 15 นาที ลมหายใจของคุณจะพาเอา
ความตึงเครียดออกไปจากตัวคุณด้วย

ขณะที่คุณหายใจช้า ๆ สม่่าเสมอเช่นนี้
กล้ามเนื้อของคุณกำลังคลายตัวลง

ขณะที่คุณปล่อยตัวให้ผ่อนคลายมากขึ้นเรื่อย ๆ ข้างของคุณผ่อนคลาย
..... คุณรู้สึกสงบและผ่อนคลายมากขึ้นเรื่อย ๆ หายใจช้า ๆ สม่่าเสมอ

เคลื่อนความสนใจ..... ขณะนี้
ตัวคุณล่องลอยเข้าสู่ภาวะสงบ สบายมากขึ้น

เคลื่อนความสนใจ..... และผ่อนคลายมากขึ้น

เลื่อนความสนใจของคุณมาที่แขนและมือทั้ง 2 ข้าง
 ปล่อยให้มันคลายออกและรู้สึกหนัก ขณะนี้คุณรู้สึกสงบและผ่อนคลายมากขึ้นเรื่อย ๆ หายใจเข้าช้า ๆ สม่่าเสมอต่อไป

เลื่อนความสนใจของคุณมาที่กล้ามเนื้อ..... และผ่อนคลายมากขึ้นเรื่อย ๆ
 ขณะที่คุณผ่อนคลายร่างกายของคุณ คุณก้าวเดินช้า ๆ ท่ามกลางคลื่น
 ทะเลที่พัดมาเป็นจังหวะไม่ขาดระยะ

ให้คุณนึกถึงกองทรายที่ขาวสะอาดบริสุทธิ์ ท้องฟ้า
 กลายเป็นสีแดง ส้ม

ขณะนี้ดวงอาทิตย์กำลังลับขอบฟ้าไป สงบ สบาย และผ่อนคลาย
 คลายไปทุกส่วนของร่างกายคุณ

ขณะนี้..... และทุกส่วนของร่างกายคุณ

การใช้ดนตรีบำบัดความเจ็บปวด

ดนตรีที่ใช้ในการบำบัดความเจ็บปวด..... ครั้งละ 30 นาที
 (อัปสร ศรีงาม, 2548)

คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัด

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ
2. ให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย โดยไม่ต้องสนใจสิ่งแวดล้อมภายนอก
3. นำวิทยุเทปพร้อมหูฟังและ.....ของผู้ป่วยในครั้งแรก
4. หลังจากการสิ้นสุดการฟังดนตรี..... จากนั้นจึงค่อย ๆ ลืมตาขึ้น
5. ผู้ป่วยสามารถฟังดนตรี (อัปสร ศรีงาม, 2548)

ตัวอย่างดนตรีที่ใช้ในการจัดการความปวด (ดวงดาว คุณธรรม, 2544)

ฉบับที่ 1 ดนตรีบรรเลงเพลงไทย ของ ญัฐ ยนตรรักษ์ และ ชัย

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. หลอกให้รัก | 8. |
| 2. | 9. |
| 3. | 10. |
| 4. | 11. |
| 5. | 12. |
| 6. | 13. ประสาททราย |
| 7. | |

ฉบับที่ 2 ดนตรีบรรเลงเพลงไทย ของ วงใหม่ไทยและวงเยื่อไม้

- | | |
|----------------|----------------------|
| 1. เมื่อนานนี้ | 8. |
| 2. | 9. |
| 3. | 10. |
| 4. | 11. |
| 5. | 12. |
| 6. | 13. |
| 7. | 14. กลิ่นโคลนสาบควาย |

ฉบับที่ 3 ดนตรีที่มีการขับร้อง (เพลงลูกทุ่ง และ เพลงลูกกรุง)

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. มนต์รักลูกทุ่ง | 9. |
| 2. | 10. |
| 3. | 11. |
| 4. | 12. |
| 5. | 13. |
| 6. | 14. |
| 7. | 15. |
| 8. | 16. สุดเอื้อม |

ฉบับที่ 4 คนตรีที่มีการขับร้อง (เพลงไทยสมัยนิยม)

1. คิดถึง	ฟอร์ด	8.	นิโคล
2.	เหม่ม	9.	จอนนี่
3.	อู๋ – โฟร์ท	10.	ปาน
4.	พลพล	11.	อ้อน
5.	ไบรโอนี่	12.	เจมส์
6.	ดั่ง	13.	กัทลียา
7.	อนัน อันวา	14. เก็บตะวัน	อิทธิ

ภาคผนวก 5 การดูแลทวารใหม่สำหรับผู้ป่วยมีทวารใหม่ทางหน้าท้อง

ช่องทวารใหม่ (Colostomy) หมายถึง การผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่
(บรรลือ เกลยภักดี, 2545)

ขั้นตอนการดูแลทวารใหม่ด้วยตัวเอง

หลังผ่าตัดสัปดาห์แรก รอยแผลรอบรูเปิดทวารใหม่ยังไม่หาย
(ประทีน ไชยศรี, 2544) เมื่อแผลหายสนิท..... ควรปฏิบัติดังนี้

1. เตรียมถุงรองรับอุจจาระให้พร้อม ระบายอุจจาระออกทางก้นถุง
2. เมื่ออุจจาระมีปริมาณ 1/3 หรือ ครึ่งถุงรองรับ ลอกถุงรองรับ
ออก (ประทีน ไชยศรี, 2544) ด้วยความนุ่มนวลเพื่อ..... (วงเดือน เอี่ยมสกุล,
เสาวนิตย์ สมรรถบุตร, อัญชลี บุญตานนท์, และกุลณา บุญมากุล, 2548)

3. ทำความสะอาดทวารใหม่ จนหมดคราบสกปรก
(สุริย์รัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2548)

4. การวัดขนาดของทวารใหม่

4.1 ถุงรองรับแบบขึ้นเดี่ยวยปลายเปิด นำถุงรองรับครอบปิด
ทวารใหม่ (สุริย์รัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2548)

4.2 ถุงรองรับแบบ 2 ขึ้นปลายเปิด วัดขนาด นำถุง
รองรับติดให้สนิทกับเป็น

การดำเนินชีวิตเคียงคู่กับทวารใหม่

การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับการมีทวารใหม่ ให้เหมาะสมกับตนเอง การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระที่ถูกต้อง การเล่นกีฬาหรือการมีเพศสัมพันธ์ (Clark & Grover, 2004)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1. สามารถอาบน้ำได้ตามปกติ (ประทีน ไชยศรี, 2544)
2. การแต่งกาย และไม่เสียดสีกับผิวหนัง (วงเดือน เอี่ยมสกุล, เสาวนิตย์ สมรรคบุตร, อัญชลี บุญตานนท์, กุลนภา บุญมากุล, 2548) เสื้อผ้าไม่กด (Clark & Grover, 2004)
3. การออกกำลังกายได้ เช่น (วงเดือน เอี่ยมสกุล, เสาวนิตย์ สมรรคบุตร, อัญชลี บุญตานนท์, กุลนภา บุญมากุล, 2548) หรือกระแทก
4. การกลับเข้าทำงาน เพื่อป้องกันการไพล่ย้อนของทวารใหม่ (Clark & Grover, 2004)
5. การเดินทางไกล ไม่กระทบกระเทือนต่อทวารใหม่ (Clark & Grover, 2004)
6. การมีเพศสัมพันธ์ แพทย์แนะนำให้ชะลอการมีบุตรไว้ก่อน (ประทีน ไชยศรี, 2544)

การมีเพศสัมพันธ์อาจจะทำให้..... จึงมีข้อแนะนำสำหรับผู้มีทวารใหม่ และคู่สมรส (Junkin & Beitz, 2005) ดังนี้

การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ โดยวิธีต่อไปนี้

- ก. การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระใหม่ ให้ผู้มีทวารใหม่เกิดความมั่นใจมากขึ้น
- ข. สวมถุงผ้าที่มีสี.....
- ค. พักผ่อนก่อน.....
- ง. เปิดเพลงที่ชอบเพื่อความผ่อนคลาย.....
- จ. พุดคุย ปรีกษา.....
- ฉ. ใช้อารมณ์ขันช่วย.....

อาหารสำหรับผู้มีทวารใหม่

ผู้มีทวารใหม่สามารถ ควรปรึกษาพยาบาลก่อน
ในการเลือกรับประทานอาหาร

คำแนะนำในการรับประทานอาหาร (Clark & Grover, 2004)

1. ในสัปดาห์แรกหลังผ่าตัดช่องท้อง ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ
เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเสีย

2. ผู้มีทวารใหม่สามารถรับประทานอาหาร..... ควร
งดเว้นอาหารชนิดนั้น

3. ควรดื่มน้ำมาก ๆ

4. อาหารบางประเภทที่ควรลดปริมาณลง (Floruta, 2001)

4.1 เนื้อหมู เนื้อวัว ไส้กรอก เพราะ.....

4.2 นมและผลิตภัณฑ์จากนม เช่น เนย เพราะ.....

4.3 รำข้าว ธัญพืชที่มีกากมาก

4.4 ผัก ผลไม้ ได้แก่ ข้าวโพด ข้าวโพดคั่ว อาหาร
ประเภทผักผลไม้ต่าง ๆ เป็นอาหารที่มีกากใยมาก หากต้องการ
รับประทานอาหารควรเคี้ยวให้ละเอียดหรือปั่นก่อนรับประทาน

4.5 เครื่องดื่มต่าง ๆ ได้แก่ น้ำอัดลม เกิดอาการ
ท้องผูกหรือท้องเสียได้

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้หลังผ่าตัดทวารใหม่

1. แผลลอกรอบทวารใหม่ นำมาใช้ในการทำถุงรองรับ
การดูแลเบื้องต้น ดูแลผิวหนังให้แห้ง (บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545)
2. ภาวะเลือดออก เนื่องจาก.....ได้จากการเช็ดทำความสะอาด
การดูแลเบื้องต้น ทำความสะอาดอย่างนุ่มนวล (วงเดือน เอี่ยมสกุล,
เสาวนิตย์ สมรรถบุตร, อัญชลี บุญตานนท์, กุลนภา บุญมากุล, 2548)

3. ภาวะอุจตัน เกิดจากช่องทวารใหม่.....

การดูแลเบื้องต้น ดัดขนาดช่องเปิดของถุงให้ใหญ่กว่า.....

4. ภาวะไส้เลื่อนหรือภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ เกิดจากกล้ามเนื้อหน้าท้อง.....

การดูแลเบื้องต้น ใช้ผ้าหรือยางยึดรัดหน้าท้อง

ภาคผนวก 6 คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

หลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การมาตรวจตามแพทย์นัด (ปริญา ทวีชัยการ, 2549)
2. การสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ มีไข้ ถ้ามีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์
3. แพทย์จะให้ยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน เช่น ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา
4. แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาเสริมหลังจากการผ่าตัดแล้ว ได้แก่
(Nelson, 2005)
- 4.1 การรักษาโดยยาเคมีบำบัด เป็นการให้ยาฆ่าเซลล์มะเร็ง ที่อาจหลงเหลืออยู่ เพื่อที่จะ
..... (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003)

การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด (จิราภรณ์ ทองสุโชติ, 2548)

- ก. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย
 - ข. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ.....
 - ค. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 – 3 ขวดลิตร เพื่อ.....
 - ง. รับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาด น้ำดื่มที่สะอาด เพื่อ.....
 - จ. พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการใกล้ชิด.....
 - ฉ. ออกกำลังกายหลังผ่าตัด ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย
- (Courneya, 2003) ผู้ป่วยควรออกกำลังกาย..... (อัญชลี กลิ่นอวล, 2544)
- 4.2 การรักษาด้วยรังสีรักษา เป็นการรักษา.....
(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003)

การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยรังสีรักษา (สุจิตร์ กิจบัญชา, 2548)

- ก. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย
- ข. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ.....
- ค. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว
- ง. พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการใกล้ชิด.....

- จ. ออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Courneya, 2003)
ผู้ป่วยควรออกกำลังกายอย่าง.....ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายโดยการเดิน
(อัญชลี กลิ่นอวล, 2544)
5. คำแนะนำหรือการปฏิบัติ.....



ภาคผนวก 7 แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคิดว่าการให้ญาติมีส่วนร่วม.....			
2. ท่านคิดว่าการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล.....			
3. ท่านคิดว่าการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยให้ท่านมี.....			
4. ท่านรู้สึกพึงพอใจ.....			
5. ท่านคิดว่าการพยาบาลโดยให้ญาติมีส่วนร่วม.....			
6. . ท่านคิดว่าการพยาบาลโดยให้ญาติมีส่วนร่วม.....			

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ภาคผนวก 8 แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับสมาชิกในครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคิดว่าการให้ญาติมีส่วนร่วม.....			
2. ท่านคิดว่าการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล			
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่มี.....			
4. ท่านคิดว่า การให้ญาติมีส่วนร่วม.....			
5. ท่านคิดว่าการพยาบาลโดยการ.....			

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ภาคผนวก 9 แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคิดว่าการให้ญาติมีส่วนร่วม.....			
2. ท่านคิดว่าการให้ญาติมีส่วนร่วม.....			
3. ท่านคิดว่าการให้ญาติมีส่วนร่วม.....			
4. ท่านคิดว่าการให้ญาติมีส่วนร่วม			
5. ท่านคิดว่าการให้ญาติมีส่วนร่วม			
6. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการ.....			
7. ท่านคิดว่าการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม.....			

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ภาคผนวก 10

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาล

1. นายแพทย์บุรินทร์ อวพิทยา
งานศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ กลุ่มงานศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี
2. นางสาวสุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์
พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 ตึก 72 ปี ชั้น 7 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช
3. นางสาวจุฬาร ประสงค์
พยาบาลวิชาชีพ ตึก 72 ปี ชั้น 7 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช
วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาศัลยศาสตร์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางระพีพร มาศชนพันธ์
วัน เดือน ปีเกิด	15 มิถุนายน 2509
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2542 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2550 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. โทรศัพท์ 02 – 6447000 ต่อ 3834 E – mail pa_earth@hotmail.com
ที่อยู่	219 / 544 หมู่บ้านอักษรา ถ. บางกรวย – ไทรน้อย ต. พิมลราช อ. บางบัวทอง นนทบุรี โทรศัพท์ 02 – 9205200