

การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

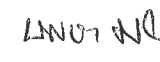
สารนิพนธ์

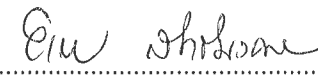
เรื่อง การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง


นางสาวเปรมฤดี บุญถาวรานนท์
ผู้ศึกษา


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี อัครวิเศษ
Ph. D.(Nursing)
ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์


รองศาสตราจารย์กัญชา ออประเสริฐ
วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)
กรรมการควบคุมสารนิพนธ์


ศาสตราจารย์ นายแพทย์บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย


รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริมงคล
Ph. D.(Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์

สารนิพนธ์

เรื่อง การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

ที่ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 18 ตุลาคม 2550

นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์
ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์
พย.ด.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี อัครวิเศษ
Ph. D.(Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

นายแพทย์พงษ์กิตติ จิตุกรณ์
Bsc; MBBS; DTM&H; FRCST; FICS.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์กัญญา ออประเสริฐ
วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์นายแพทย์บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร. ฟองคำ ตีลกสกุลชัย
Ph. D.(Nursing)
คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี อัครวิเศษ รองศาสตราจารย์กัญญา ออประเสริฐ อาจารย์ผู้ควบคุมสารนิพนธ์ ที่ได้ให้ความกรุณาในการให้ คำปรึกษา ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ ประสบการณ์ที่ดีในชีวิตการศึกษา ตลอดจนสนับสนุน ให้กำลังใจจนกระทั่งลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง พร้อมกันนี้ ผู้ศึกษา ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ อาจารย์นายแพทย์พงษ์กิตติ ฐิสุภกร กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อให้การทำสารนิพนธ์ครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณแพทย์หญิงอรชร เอี่ยมอารีรัตน์ แพทย์หญิงเสาวลักษณ์ ตันติเจริญสิน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทิพา ต่อสกุลแก้ว คุณจุฬาร ประสงค์ คุณเบญจวรรณ ชีระเทิดตระกูล และคุณทยา สีทอง ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงใน เนื้อหาของแผนการดูแล พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาแผนการดูแล ขอขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ศูนย์มะเร็งลพบุรี ที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวก ให้การสนับสนุนและมีส่วนช่วยให้การทำ สารนิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณการอบรมเลี้ยงดูด้วยความรัก ความห่วงใย ปลุกฝังความมานะพากเพียร อุตสาหะและเป็นที่กำลังใจของคุณพ่อ คุณแม่ รวมถึงบูรพาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตั้งแต่เยาว์วัยจนถึงปัจจุบัน ขอขอบใจความรัก ความห่วงใยและกำลังใจจากน้องสาวและเพื่อนๆ ของ ข้าพเจ้า

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตรหัส 48 ทุกคน ที่ให้การช่วยเหลือ คำ ปลอบโยนและเป็นกำลังใจเสมอมา

ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณท่านอื่นๆ ที่ได้ให้การช่วยเหลือและมีได้กล่าวถึง ณ. ที่นี้ ที่มีส่วน สนับสนุนให้การทำสารนิพนธ์ครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จเป็นอย่างดี

เปรมฤดี บุญภัทรานนท์

การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง
(THE DEVELOPMENT OF CLINICAL PATHWAYS FOR COLORECTAL CANCER
PATIENTS WHO RECEIVED ABDOMINAL SURGERY WITH COLOSTOMY)

เปรมฤดี บุญกัทรานนท์ 4836903 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: อุษาวดี อัครวิเศษ, Ph.D.(Nursing)

กัญญา ออประเสริฐ, วท.ม.(พยาบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคคัพ ปี ค.ศ. 2000 เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การวิเคราะห์และระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินระดับความน่าเชื่อถือ และความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ แผนการดูแลที่สร้างขึ้นได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 27 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 3 จำนวน 5 เรื่อง ระดับ 4 จำนวน 9 เรื่อง ระดับ 5 จำนวน 4 เรื่อง ระดับ 6 จำนวน 4 เรื่อง และแนวปฏิบัติการพยาบาล 1 เรื่อง สารที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ แผนการดูแลที่เกิดจากการจัดทำร่วมกันของทีมสหสาขา มีการกำหนดกิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลและ/หรือทีมสหสาขา ต้องกระทำในแต่ละวันหรือแต่ละช่วงเวลา ประกอบด้วย การประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การปรึกษา การสอน การดูแล ยาตามแผนการรักษา โภชนาการ การดูแลสายสวนและท่อระบาย ระบบขับถ่าย/ระบาย กิจกรรมการดูแลตนเอง ไปจนถึงการวางแผนจำหน่าย และมีการบันทึกความแปรปรวนที่ทำให้แผนการดูแลไม่สามารถดำเนินไปตามเป้าหมายที่คาดหวัง ผลจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้นำมาสร้างแผนการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด รวมไปถึงการวางแผนการจำหน่าย โดยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลประมาณ 11 วัน โดยเป้าหมายสำคัญ คือการดูแลที่ให้ผลสูงสุดต่อผู้ป่วยเป็นระบบมีความครอบคลุม ต่อเนื่องและได้มาตรฐาน โดยคำนึงถึงค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ แผนการดูแลที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน และได้ทำการพัฒนาแก้ไข ให้เหมาะสมในการนำไปใช้ต่อไป

จากการศึกษาในครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะคือ แผนการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ควรนำไปใช้ในการปฏิบัติตามสถานการณ์จริง โดยมุ่งเน้นความร่วมมือระหว่างสหสาขาและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญและควรได้ ทำการศึกษาวิจัย เพื่อประเมินผลลัพธ์ของแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นเครื่องมือหนึ่งในการจัดการทางการพยาบาล ที่ควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามความรู้ใหม่ๆ ที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งควรได้พัฒนาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่/ มะเร็งลำไส้ตรง/ แผนการดูแลผู้ป่วย/ การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด/ จำนวนวันนอน
ในโรงพยาบาล/ ต้นทุน

162 หน้า

THE DEVELOPMENT OF CLINICAL PATHWAYS FOR COLORECTAL CANCER PATIENTS WHO RECEIVED ABDOMINAL SURGERY WITH COLOSTOMY

PREMRUEDEE BOONPHATTRANON 4836903 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS: USAVADEE ASDORNWISED, Ph.D. (NURSING), KUNYA AUPRASERT, M.N.S. (NURSING)

ABSTRACT

The objective of this study was to develop a clinical pathway for colorectal cancer surgery patients by using the evidence based practice (EBP) model as purposed by Soukup (2000). Strategies for developing this clinical pathway according to this model were problem analysis, problem identification, evidence based practice research, evaluation of research quality, scientific merits, and evaluation of feasibility in implementation.

Twenty-six research studies and one clinical practice guideline were retrieved from the databases included two meta analyses, two randomized control trial, five quasi- experimental studies, six survey studies, one case control , one cohort , one correlation study and two systematic reviews, two descriptive research reports , four comparative studies and one clinical practice guideline. Main themes derived from the literature were summarized as: clinical pathway required multidisciplinary team to established health care practices/ roles each day/ time. Clinical pathways support the sequential care process which includes assessment, laboratory testing, treatment, consult, teaching, caring, medication, nutrition, tube/drain monitoring, elimination, self-care and discharge planning. If an expected outcome has not been met, variance data are reviewed. After the evidence was critically appraised and analyzed, the clinical pathway for colorectal cancer surgery patients during perioperative period and discharge planning were formulated with the average length of stay being eleven days. The pathway was designed with the aim of providing optimum care in a cost-effective manner. Six health care professionals in the field of colorectal cancer surgical care were invited to validate this clinical pathway. The clinical pathway was revised for appropriate usage.

The recommendation of this study is that the clinical pathway for the colorectal cancer surgery should be implemented in real situations. This pathway will guide health professionals and help to improve quality of care for colorectal cancer surgery patients. The clinical pathway for colorectal cancer surgery patients needs to be tested via research methodology. The clinical pathway as a tool for a nurse coordinator needs to be further developed and used in other groups of cancer patients.

KEY WORDS : COLON CANCER / RECTAL CANCER / CLINICAL PATHWAY / PERIOPERATIVE CARE / LENGTH OF STAY / COST

162 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ประเด็นหลัก	4
วัตถุประสงค์การศึกษา	4
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการศึกษา	5
การเลือกรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติ	5
การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	16
การประเมินคุณภาพงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์	19
บทที่ 3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์	27
สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยและฐานเชิงประจักษ์	29
ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา	44
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ	46
บทที่ 4 แผนการดำเนินงาน	49
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	52
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	54
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	64
รายการอ้างอิง	73
ภาคผนวก	80
ประวัติผู้วิจัย	162

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงระดับงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้	20
ตารางที่ 2 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย ในระยะ ก่อนผ่าตัด	30
ตารางที่ 3 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย ในระยะผ่าตัด	38
ตารางที่ 4 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย ในระยะหลังผ่าตัด	40
ตารางที่ 5 แสดงข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา	45

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 ผังแสดงสรุปการวิเคราะห์ปัญหาจากสิ่งที่มากระตุ้น	15
แผนภูมิที่ 2 ผังการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์	18
แผนภูมิที่ 3 ผังกรอบแนวคิดในการศึกษา	25

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรงปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการตายในอันดับชาติ จากสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ คิดเป็นร้อยละ 63.9 68.4 73.3 78.9 และ 81.3 ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข, 2543-2547) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เป็นโรคที่พบบ่อยในโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบอุบัติการณ์ 232 ราย นับเป็นอันดับ 3 ทั้งเพศชายและเพศหญิง (Attasara, P., 2005) ช่วงอายุเฉลี่ยของทั้งสองเพศ 50 ปีขึ้นไป แต่ในปัจจุบันมีอุบัติการณ์ในช่วงอายุ ก่อน 20 ปีบ้างเช่นกัน และจากข้อมูล Hospital base ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นอันดับที่ 4 ในทั้งสองเพศ ในจำนวนนี้เข้ารับรักษาด้วยการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 11.30 และ 15.06 ของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดทั้งหมดตามลำดับ (สถิติ hospital-based ของศูนย์มะเร็งลพบุรี, 2548- 2549)

การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยต้องพยายามตัดส่วนที่เป็นมะเร็งออกให้หมด รวมถึงป้องกันการกระจายของมะเร็ง (ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์, 2547) การผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาร่วม ได้แก่ การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด (ปริญา ทวีชัยการ, 2549) ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค คือ ระยะที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ แม้ว่าผู้ป่วยลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จะมาพบแพทย์ ในระยะที่มีการลุกลามของโรคแล้ว การผ่าตัดก็ยังมียบทบาทช่วยแก้ปัญหาในเรื่องการอุดตันหรือมีเลือดออก (ครินทร์ โล่ห์สุวรรณ, 2545)

การผ่าตัดบริเวณลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก เนื่องจากเชื่อแบคทีเรียที่อยู่ในลำไส้ที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และลักษณะทางกายวิภาคที่มีเส้นเลือดเส้นประสาทมาเลี้ยงมาก รวมทั้งความแคบของช่องเชิงกราน ทำให้การผ่าตัดทำได้ยาก ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ การบาดเจ็บของม้าม พบได้ ร้อยละ 0.8 การฉีกขาดของเส้นเลือด presacral vein ทำให้มีเลือดออกเป็นจำนวนมาก มีการรั่ว การตีบหรือการมีเลือดออกในบริเวณ

รอยต่อของลำไส้ การทำงานที่ไม่เป็นปกติของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งพบได้ร้อยละ 20-30 โดยมีสาเหตุทั้งจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ของการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศสูงประมาณร้อยละ 46 ในการผ่าตัด abdomino-perineal resection และพบร้อยละ 15 ในการผ่าตัด low anterior resection (ปริญา ทวีชัยการและสมพล อนันต์นำเจริญ, 2546) สำหรับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงส่วนเรคตัม ที่ต้องมีการทำทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy) เพื่อเป็นทางระบายออกของอุจจาระแทนทวารหนัก การที่ผู้ป่วยจะสามารถยอมรับสภาพและมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ไม่ได้เกิดขึ้นเพราะโชคหรือความบังเอิญ แต่ต้องอาศัยการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพและสังคม ในการประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี เป้าหมายหลักที่จะนำไปสู่การฟื้นฟูในผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือการลดภาวะเครียด ประคับประคองหน้าที่การทำงานของระบบพยาธิสรีรวิทยา และลดความพิการภายหลังการผ่าตัด (ธีรนาถ บุญพิพัฒน์พงศ์, 2549) ดังนั้นการดูแลจะต้องเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อยอมรับสภาพของตนเองหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำและประคับประคอง ให้กำลังใจผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือที่ดีในการรักษาพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดและลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (ประทีป ไชยศรี, 2545)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงให้ได้ผลดี ต้องเป็นการรักษาจากสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย การผ่าตัด การรักษาพยาบาล การดูแลให้ยาเคมีบำบัดและการให้รังสีรักษา โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย (ปริญา ทวีชัยการ, 2549)

จากผลการศึกษาที่ Northwest hospital ใน Seattle โดยการใช้แผนการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขา ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ พบว่าในกลุ่มที่ใช้แผนการดูแลมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นกว่า กลุ่มที่ไม่ได้ใช้แผนการดูแล (5.5 ต่อ 8.2 วันรวมวันผ่าตัด) ค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่า (12,672 ต่อ 16,650 ดอลลาร์) เริ่มรับประทานอาหารได้เร็วกว่า (3.5 ต่อ 4.4 วัน) สามารถจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่า และอัตราความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้แผนการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ (Melbert., & et.al, 2002) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ Massachusetts General Hospital พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ที่เข้ารับการผ่าตัดและใช้แผนการดูแล มีจำนวนวันนอน และต้นทุนการรักษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้ใช้แผนการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีจำนวนวันนอน 3.7 ± 1.5 วันต่อ 6.6 ± 3.3 วัน ต้นทุนในการรักษา $7,070 \pm 3,670$ ต่อ $9,310 \pm 5,170$ ดอลลาร์และอัตราการมารับการกลับมารับการรักษาซ้ำน้อยกว่า (Stephen., & Berger, 2003)

ดังนั้นการมีแผนการดูแลที่เกิดจากการจัดทำร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละคนในแต่ละสาขาวิชาชีพ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด ค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาที่พบในผู้ป่วย แต่ละรายร่วมกันจะส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่อง ครอบคลุมมีประสิทธิภาพเป็นไปในแนวทางเดียวกัน (รัชนิ สุจิจันทร์รัตน์, 2545) จากนั้นมีการบันทึกปัจจัยที่มีผลทำให้แผนการดูแลไม่สามารถดำเนินไปได้ เพื่อประกอบในการปรับปรุง จัดเตรียมแผนการดูแลและใช้เป็นข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายที่จำเป็น(อุษาวดี อัครวิเศษ, 2545) การส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและครอบครัว สามารถดูแลตนเองในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ (กันยา ออประเสริฐ, 2540)

แผนการดูแล (clinical pathway) ที่สร้างขึ้นจะมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆที่พยาบาลและ/หรือทีมสหสาขาต้องกระทำในแต่ละวันหรือแต่ละช่วงเวลา ผู้ใช้ต้องนำแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นำมาผสมผสานกับประสบการณ์ในการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับความเป็นปัจเจกบุคคล (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2545) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้ โดยมีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานงาน กำกับติดตามช่วยเหลือ ให้สมาชิกในทีมสหสาขาสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมที่เป็นบทบาทหน้าที่ของตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อจำนวนวันเวลานอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายและค่าใช้จ่ายตลอดจนค่ารักษาพยาบาล (hospital charges) ที่ลดลงได้ (รัชนิ สุจิจันทร์รัตน์, 2545; Melbert, et al, 2002)

จากประสบการณ์การปฏิบัติงาน ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ศูนย์มะเร็งลพบุรี ซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพในระดับตติยภูมิ มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 12 จังหวัด พบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของหน่วยงานยังไม่เป็นระบบ การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการดูแลแบบแยกส่วน โดยแต่ละหน่วยจะมีการวางแผนการดูแลของตนเอง อาทิ พยาบาลวิสัญญี มีการเยี่ยมประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ในการให้ยาระงับความรู้สึก พยาบาลห้อยผ่าตัดมีการเยี่ยมประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ สำหรับการผ่าตัด ซึ่งพบว่าข้อมูลบางส่วนอาจใช้ร่วมกันได้ อีกทั้งความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เช่น การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดการดูแลแผลผ่าตัดการดำเนินชีวิตประจำวัน การเลือกรับประทานอาหาร รวมถึงหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตราย ความสำคัญของการรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ยังอาจได้รับไม่ครอบคลุม ส่งผลต่ออัตราอัตราความพึงพอใจที่ลดลงของผู้ป่วยและญาติ นอกจากนั้นการทำงานของบุคลากรแต่ละหน่วยที่ให้บริการมีการทำงานที่มีความซ้ำซ้อนกันผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม เนื่องจากคาดการณ์ว่าหน่วยอื่นได้ให้ข้อมูลแล้ว ผู้ศึกษาจึงมีความเห็นว่าการใช้แผนการดูแล

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด โดยความร่วมมือของแพทย์ พยาบาลและ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้เกิดการดูแลที่ให้ผลสูงสุดต่อผู้ป่วยเป็นระบบ มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง ได้มาตรฐาน เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วย ญาติและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดย การศึกษาครั้งนี้ จะทำการศึกษาข้อมูลจากหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ต่างๆ ประเมินผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นไปได้ เพื่อจัดทำแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

ประเด็นหลัก

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง เป็นกลุ่ม โรคเรื้อรังที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ยิ่งถ้าต้องมีการ ผ่าตัดทำทางเปิดเพื่อถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ยิ่งส่งผลกระทบต่ออย่างมาก ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและ ครอบครัว พยาบาลในฐานะบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องคำนึงถึง ปัญหาดังกล่าว โดยการประสานความร่วมมือกับบุคลากรหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการ ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัด และเครื่องมือหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ คือ แผนการผู้ป่วย (Clinical pathway) ที่พัฒนาขึ้นมาจากการวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ ต่างๆ ที่จะช่วยให้เกิดความสะดวกและสามารถใช้เป็นแนวทางในการทำงานร่วมกันของทีมสห สาขา เพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุม ได้มาตรฐานให้ผลสูงสุดต่อผู้ป่วย มีความคุ้มค่าในด้าน ค่าใช้จ่ายในการรักษา สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย ญาติและทีมสหสาขาที่ดูแล

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวาร เทียมทางหน้าท้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวาร เทียมทางหน้าท้อง ที่ช่วยให้เกิดความร่วมมือของทีมสหสาขา เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลที่มีความ ถูกต้อง ได้มาตรฐาน ช่วยให้เกิดระบบการรักษายาบาล ที่มีความครอบคลุมต่อเนื่อง มีความคุ้มค่า คุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรไม่ซ้ำซ้อน เกิดผลสูงสุดต่อผู้ป่วยทั้งด้านจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่ารักษายาบาล ตลอดจนสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล

บทที่ 2

วิธีดำเนินการศึกษา

การเลือกรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติ

วิธีการในการศึกษาเพื่อสร้างและพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมเทียมทางหน้าท้อง ผู้ศึกษาได้ใช้กรอบแนวคิด Evidence based practice model: Spiral model (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนในการทำงาน เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการที่ชัดเจน ครอบคลุม มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ มีการพัฒนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร ตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เน้นการแก้ไขปัญหาทางคลินิกให้กับผู้ป่วย และยอมรับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษา ทั้ง Systematic research review ร่วมกับ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้ Spiral model ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ ทั้งยังเป็นรูปแบบที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเกลียวไม่หยุดนิ่ง (Dynamic with a spiraling movement) และขั้นตอนในการพัฒนาจะมีความสัมพันธ์กันทั้งในกระบวนการคิดและสังเคราะห์ รวมทั้งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนวิธีการปฏิบัติพยาบาลทุกขั้นตอน สามารถที่จะมีการพัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่สุดและต่อเนื่องสำหรับผู้รับบริการซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. Evidence triggered phase: การวิเคราะห์ปัญหาจากสิ่งที่มากระตุ้น

-Practice triggered เป็นสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาและข้อมูลที่รวบรวมได้จากการปฏิบัติงาน

-Knowledge triggered เป็นสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการค้นหาความรู้ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่สัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน

2. Evidence supported phase: นำข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ จากหลาย ๆ แหล่งมาสนับสนุน เช่น จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย มาตรฐานการปฏิบัติงาน ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสร้างเครื่องมือเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเพื่อแก้ปัญหา

3. Evidence observed phase: นำเครื่องมือหรือแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมาไปทดลองใช้ในหน่วยงาน

4. Evidence Based phase: นำเครื่องมือหรือแนวปฏิบัติมาวิเคราะห์และนำไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในหน่วยงาน องค์กร เพื่อให้ได้รูปแบบของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดที่กำหนด จนถึง ขั้นตอนที่ 3 โดยได้ทดลองนำแผนการดูแลที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย จำนวน 2 ราย เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ในระหว่างการศึกษาวิชา พยคร. 686 ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยวิกฤต2 ระยะเวลาในการศึกษาประมาณ 16 สัปดาห์ และขั้นตอนที่ 4 ผู้ศึกษาไม่ได้ดำเนินการ แต่ได้มีการวางแผนที่จะดำเนินการในโอกาสต่อไป

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง มีขั้นตอนตามรูปแบบของ Evidence – based practice model ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1. การค้นหาปัญหา (Evidence triggered phase)

1. Practice triggers การค้นหาปัญหาจากข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์การทำงานและจากการขึ้นสังเกตการณ์ในหน่วยงาน ดังนี้

1.1 จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับบริการผ่าตัดมักพบปัญหา กลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ผลของการผ่าตัดโดยเฉพาะ ภาพลักษณ์ที่อาจเปลี่ยนไปจากการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง การถูกแยกจากบุคคลในครอบครัว ระยะเวลาในการรอก่อนเข้ารับการผ่าตัดนาน เนื่องจากการรับผู้ป่วยมาก่อนเวลานานเกินไปหรือ ระยะเวลาผ่าตัดในผู้ป่วยรายก่อนหน้าไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ การขาดการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยบุคลากรห้องผ่าตัดในขณะที่รอการผ่าตัด การเกิดอุบัติเหตุพลัดตกจากการเคลื่อนย้าย ขาดการประเมินประวัติผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติอย่างสมบูรณ์ เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ครบถ้วน ขาดข้อมูลโรคประจำตัวอื่นๆ การประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจไม่ครบถ้วน การขาดระบบการส่งต่อที่ต่อเนื่องจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น โดยพยาบาลส่งเครื่องมือหรือพยาบาลช่วยรอบนอก รวมถึงการขาดความต่อเนื่องหรือความซ้ำซ้อนในการให้ข้อมูลของบุคลากรสุขภาพ เช่น พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลวิสัญญีหรือพยาบาลห้องผ่าตัดที่ไปเยี่ยมประเมินผู้ป่วย

1.2 จากประสบการณ์ในการขึ้นสังเกตการณ์ ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี หน่วยงานต้นสังกัดและหอผู้ป่วย พบปัญหาที่มีความใกล้เคียงกันกับหน่วยผ่าตัดช่องท้องและหลอดเลือด งานการพยาบาลผ่าตัดศัลยกรรมขั้น 5 ที่ได้ขึ้นปฏิบัติในช่วงของการศึกษา รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยวิกฤต 2 รวมระยะเวลา 16 สัปดาห์ ซึ่งจากการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของหน่วยงาน ในการพัฒนาแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้องไปใช้ โดยทำ SWOT Analysis เพื่อนำไปใช้วางแผนทางในการพัฒนาความเข้มแข็ง และลดอุปสรรคของการใช้แผนการดูแล โดยมีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

1. จุดแข็ง (Strengths)

- เป็นหน่วยงานที่มีจำนวนผู้มารับบริการไม่มากนัก โดยเฉลี่ยประมาณ 2-4 ราย ในผู้ป่วยผ่าตัดแบบให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เจ้าหน้าที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง
- บุคลากรด้านการพยาบาล มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด
- บุคลากรด้านการพยาบาล เป็นคนรุ่นใหม่มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลและยอมรับสิ่งใหม่ๆ
- มีการประชุมประจำเดือน พูดคุยกันถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และนำเสนอความรู้ทางวิชาการทุกเดือนโดยบุคลากรภายในหน่วยงานหรือวิทยากรที่เชิญมาจากภายนอก
- หอผู้ป่วยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตจากการผ่าตัดโดยเร็วและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ อย่างได้มาตรฐานเป็นที่พึงพอใจ

2. โอกาส (Opportunities)

- ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ได้รับมอบหมายจากกรมการแพทย์ให้เป็นองค์กรชั้นนำในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ
- ดัชนีชี้วัดคุณภาพการบริการกำหนดไว้ว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการต้องอยู่ในระดับมากกว่า ร้อยละ 85

3. จุดอ่อน (Weakness)

- หน่วยงานยังมีแนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง แบบเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง(WI)
- การดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดมักเป็นการทำงานที่มุ่งให้ความสนใจกับการบริหารเครื่องมือ การดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องการช่วยให้ขั้นตอนในการผ่าตัดสำเร็จโดยราบรื่นและไม่เกิดภาวะเสี่ยงจากการผ่าตัด ทำให้บางครั้งบุคลากรอาจลืมใส่ใจเรื่องการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว
- บุคลากรมีทักษะความรู้และประสบการณ์น้อยในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด อาจทำให้ประเมินปัญหาและให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม
- แพทย์มักมีคำสั่งรับผู้ป่วยผ่าตัดในรายถัดไป มารอก่อนเวลาที่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 5
- ระยะเวลาในการผ่าตัดผู้ป่วยรายก่อนหน้าไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ทำให้ระยะเวลาในการรอผ่าตัดของผู้ป่วยนานขึ้น คิดเป็นร้อยละ 3.25
- การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วย หรือหอผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด เป็นบทบาทของทีมนิติเวชอาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในบางประเด็นที่เกี่ยวกับการพยาบาลในระยะผ่าตัดที่พยาบาลส่งเครื่องมือหรือ พยาบาลช่วยรอนอกควรได้ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่สำคัญ

ให้แก่พยาบาลที่ห่อผู้ป่วยหรือห่อผู้ป่วยหนัก เช่น การเสียเลือดมาก อาการหนาวสั่น การเกิดภาวะ Dysrhythmia หรือความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล เพื่อประกอบการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

4. ภัยคุกคาม(Threat)

- ยาและเวชภัณฑ์มีราคาแพงมากขึ้น ทำให้ต้นทุนในการรักษาสูงขึ้น
- ระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามระบบสุขภาพไม่เอื้อ
- ประชาชนยังไม่เข้าใจขั้นตอนการใช้สิทธิที่ถูกต้อง
- ความคาดหวังของประชาชนที่จะได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว
- ความเข้าใจผิดต่างๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดทำให้เกิดการลุกลามหรือการ

พยากรณ์โรคเปลี่ยนไป สูญเสียความเป็นบุคคล

2. Knowledge-triggers

จากอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นมะเร็งที่พบบ่อยมากในประเทศไทย พบเป็นอันดับที่ 4 ในเพศชาย รองลงมาจากมะเร็งตับและมะเร็งปอด มะเร็งในส่วนอื่นที่ไม่สามารถระบุได้ และอันดับ 5 ในเพศหญิง รองลงมาจากมะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม และมะเร็งในส่วนอื่นที่ไม่สามารถระบุได้ อุบัติการณ์ในเพศชาย คิดเป็น 16 ต่อ 100,000 และในเพศหญิง คิดเป็น 15 ต่อ 100,000 (WHO, 2006) การจัดระดับความรุนแรงของโรคเพื่อการพยากรณ์โรค มี 2 หมวด คือแบ่งตาม Duck's classification และ TNM classification ดังนี้

Duck's classification

Duck A ก้อนมะเร็งอยู่ที่ผนังลำไส้และยังไม่ทะลุชั้น serosa ออกมา ไม่มีการลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลือง

Duck B ก้อนมะเร็งลามทะลุผนังลำไส้ออกมาแล้ว แต่ไม่มีการลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลือง

Duck C มีการลามเข้าต่อมน้ำเหลืองแล้ว ไม่ว่าก้อนมะเร็งจะลุกลามไปแค่ไหนก็ตามที่ผนังลำไส้ยังแบ่งเป็น C1 เข้าต่อมน้ำเหลืองใกล้ผนังลำไส้

C2 เข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ห่างลำไส้ออกมาตามแนวเส้นเลือดแดง
ในการใช้ classification นี้ มักมีการเติม Duck D อย่างไม่เป็นทางการซึ่งหมายถึง distant metastasis รวมทั้งการแพร่กระจายในช่องท้อง (ชนิด วัชรพุทก์, 2546; Steele, 2005)

TNM classification (AJCC Manual, 2005; Steele, 2005) ดังนี้

Primary tumor (T) แบ่งออกเป็น

TX : primary tumor cannot be assessed

T0: no evidence of primary tumor

Tis: carcinoma in situ (intraepithelial or invasion or lamina propria)

T1: Tumor invades submucosa and extend into the submucosa

T2: Tumor invades submucosa and submucosa and extend into muscularis propria

T3: Tumor invades through muscularis propria into subserosa or into non-peritonealised pericolic or perirectal tissue

T4 Tumor perforates the visceral peritoneum or directly invade other organ or structures

การลุกลามโดยตรงในระยะ T4 ซึ่งสามารถลุกลามไปยังส่วนต่างๆของลำไส้และลำไส้ตรง (colorectum) และ การลุกลามจาก caecum ไปยัง sigmoid colon

Regional Lymph Nodes (N) แบ่งออกเป็น

NX: Regional lymph nodes cannot be assessed

N0: No regional lymph nodes metastasis

N1: Metastasis in 1 to 3 pericolic or perirectum lymph nodes

N2: Metastasis in 4 or more pericolic or perirectum lymph nodes

N3: Metastasis in any lymph nodes along the course of a named vascular trunk

Distant metastasis (M) แบ่งออกเป็น

M0: No distance metastasis

M1: Distance metastasis

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมักมีอาการรุนแรง ขึ้นอยู่กับขนาดของก้อน การลุกลามไปตามระบบน้ำเหลืองหรืออวัยวะข้างเคียง โดยพบภาวะซีด อ่อนเพลีย สิวโมโกลบินลดต่ำลงจากการสูญเสียเลือดไปกับอุจจาระ การปวดบิดในท้องเป็นระยะๆหรือมีอาการปวดท้องถี่ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีเลือดออกหรือมีการอุดตันของลำไส้ใหญ่ การมีชีวิตอยู่ภายหลังการรับทราบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การหวาดกลัวต่อความตาย การสูญเสียกำลังใจแล้วยังทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (ยูวณี สุขวิญญาน, 2547) นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีความกลัวและกังวลต่อการรักษา โดยเฉพาะการผ่าตัด ได้แก่ กลัวในสิ่งที่ตนไม่รู้ กลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กลัวการได้รับยาระงับความรู้สึก กลัวการไม่หายขาดจากโรค กลัวสูญเสียการทำงานหน้าที่ของอวัยวะที่เป็นโรค กลัวตาย กลัวและกังวลต่อการสูญเสียหน้าที่ของตนเองในสังคมและครอบครัว กลัวและกังวลต่อปัญหาทางเศรษฐกิจ กลัวการแยกกัน (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540 และอรพรรณ ลือนุญธวัชชัย, 2545)

การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักวิธีหนึ่งที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา โดย

จะต้องพิจารณาจากสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย ระยะของโรคมะเร็ง ที่สามารถทำผ่าตัดชนิดตัดต่อลำไส้ได้หรือไม่ โดยการผ่าตัดต้องพยายามตัดส่วนที่เป็นโรคมะเร็งและต่อมน้ำเหลืองออกได้หมด รอยแผลผ่าตัดอยู่ในระยะใด เพื่อพิจารณาความจำเป็นของการให้การรักษาร่วม ได้แก่ การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด (ไพบูลย์ จิระพงศ์ไพศาล, 2547) การผ่าตัดที่ดี จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ การบาดเจ็บของม้าม พบได้ร้อยละ 0.8 การฉีกขาดของ presacral vein ทำให้มี massive hemorrhage การรั่ว การตีบหรือการมีเลือดออกในบริเวณรอยต่อของลำไส้ การทำงานที่ไม่เป็นปกติของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งพบได้ร้อยละ 20-30 โดยมีสาเหตุทั้งจากการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ของการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศสูงประมาณร้อยละ 46 ในการผ่าตัด abdominoperineal (AP) resection และพบร้อยละ 15 ในการทำผ่าตัด low anterior resection (ปริญญา ทวีชัยการและสมพล อนันต์นำเจริญ, 2546) ภาวะอุณหภูมิกายต่ำในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การได้รับอุบัติเหตุจากการจัดท่าเพื่อทำผ่าตัด เช่น การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เส้นประสาท การหลุดเลื่อนของปุ่มกระดูก หรือการเกิด foot drop ภายหลังผ่าตัด (Roeder, & et.al., 2005) การตกค้างของผ้าซับล้างและเครื่องมือผ่าตัด การเกิดรอยไหม้ที่ผิวหนังจากการติดแผ่นล้อน การแพ้ยา น้ำยาหรือสารเคมีที่ใช้ในขณะผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด เช่น เลือดออก การอุดตันของลำไส้ การรั่วติบของบริเวณที่มีการตัดต่อลำไส้ (สมพร ชินโนรส, 2546) หรือการกลับเป็นซ้ำของโรค

กรณีที่พบว่าก้อนเนื้องอกอยู่ในส่วนของลำไส้ตรงส่วนล่าง จะมีโอกาสเกิดการลุกลามแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงได้มากกว่าในตำแหน่งที่สูงขึ้นมาในส่วนกลางและส่วนต้น (Steele, 2005) ซึ่งอาจมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดลำไส้ผ่านทางหน้าท้อง (colostomy) เพื่อเป็นทางระบายออกของอุจจาระแทนทวารหนัก การที่ผู้ป่วยจะสามารถยอมรับสภาพและมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ไม่ได้เกิดขึ้นเพราะความบังเอิญ แต่จะต้องอาศัยการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพ ชุมชนและสังคม ในการปรับประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ใกล้เคียงปกติ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายในระยะเวลาและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลง (Stephen, & Berger, 2003)

ทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy) หมายถึง การผ่าตัดให้เกิดรูเปิดของลำไส้ใหญ่ออกมาภายนอก ร่างกายโดยผ่านผนังหน้าท้อง เพื่อเป็นทางระบายออกของอุจจาระ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ทวารเทียมแบบชั่วคราว (temporary colostomy) โดยผ่าตัดบริเวณ transverse colon เพื่อทำเป็น loop colostomy หรือ double barreled colostomy ในบริเวณหน้าท้องด้านบนขวา บางรายใช้

sigmoid colon แทนได้ มักทำเพื่อลดแรงดันในลำไส้ใหญ่และระบายอุจจาระเหนือบริเวณที่มีการอุดตัน หรือเพื่อมิให้อุจจาระผ่านรอยต่อลำไส้ซึ่งอาจรั่วหรือมี fistula (Recto- vaginal fistula)

ทวารเทียมแบบถาวร(Permanent colostomy) คือ การผ่าตัดทำทวารเทียมเพื่อทำหน้าที่แทน anus ในผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัด abdominoperineal (AP) resection หรือ Hartmann's operation ตำแหน่งที่นำลำไส้มาเปิด คือ ท้องน้อยด้านซ้าย

จากข้อมูลของบทบาทของผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพต้องเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงสิทธิพื้นฐานที่ผู้ป่วยพึงได้รับ รวมถึงความสุขสบาย (Bailey, & Pevreal, 2005) ดังนั้นการดูแลจะต้องเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลรักษาก่อนผ่าตัด จะประกอบด้วย การสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค วิธีการผ่าตัด บาดแผลที่จะทำผ่าตัด ระยะเวลาที่แผลจะหาย อาการต่างๆ เช่น อาการคัน อาการปวดแผลหลังผ่าตัด การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา การดูแลแผลผ่าตัด การพักผ่อน การรับประทานยาและอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ประเมินภาวะเสี่ยงในการผ่าตัด ได้แก่ อายุ สภาพของหัวใจและหลอดเลือด สมรรถภาพของปอด ไต ตับ เลือด ประวัติการตรวจร่างกายและภาวะโภชนาการ (สุพล จินดาทรัพย์, 2544) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งได้แก่ การตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ อุจจาระ เอกซเรย์ปอด และตรวจคลื่นหัวใจ และการตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น การส่องกล้องเพื่อดูความผิดปกติของลำไส้ใหญ่(colonoscopy or sigmoidoscopy) (Archer, & et al.1997) การเตรียมลำไส้เพื่อลดจำนวนอุจจาระในลำไส้ให้น้อยที่สุด เพื่อป้องกันการรั่วของรอยต่อ จากการที่อุจจาระไปแข็งตัวและอุดตามรอยฝีเย็บ (suture line) ทำให้เกิดการตึงตัวและเกิดการขาดเลือด (Platell, & et.al, 2006 และ สุพล จินดาทรัพย์, 2544) และการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับการให้ยาทางปากเพิ่มประสิทธิภาพในการลดการปนเปื้อนที่ลำไส้และแผลผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยผ่าตัด (Lewis, 2002) วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ (Recovery information) ในเรื่องการจัดทำนอน การออกกำลังกาย ได้แก่ การหายใจแบบลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารขา การลุกเคลื่อนไหวโดยเร็วหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นให้เอกสารการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดอ่านประกอบเพื่อทบทวนความรู้และทำความเข้าใจเพิ่มขึ้น รวมถึงการประเมินและดูแลสภาพจิตใจ (Dithapan, 2006)

การดูแลในระยะผ่าตัด ประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมให้ เป็นที่พอใจ เช่น ไม่รบกวน มีความเป็นส่วนตัว ขณะรอคอยควรมีการเสนอหนังสือ ฟังเพลงหรืออื่นๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ บุคลากรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสนทนา ให้ความมั่นใจว่าญาติจะได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด รู้สึกสุขสบายเพียงพอกับการที่จะพูดคุยซักถามมั่นใจว่า ทุกคนยินดีรับฟังให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ดีต่อการผ่าตัด ไม่มีการเลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยเฉพาะบุคคล

(Bailey & Pevreal., 2005) ดูแลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของอวัยวะต่างๆ เช่น ม้าม การฉีกขาดของ presacral vein การฉีก การตีบหรือการมีเลือดออกในบริเวณรอยต่อของลำไส้ การทำงานที่ไม่เป็นปกติของกระเพาะปัสสาวะ การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (ปริญา ทวีชัยการและสมพล อนันต์นำเจริญ, 2546) ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในขณะที่ผ่าตัดและหลังผ่าตัด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การได้รับอุบัติเหตุจากการจัดทำเพื่อทำผ่าตัด เช่น การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เส้นประสาท การหลุดเลื่อนของปุ่มกระดูก หรือการเกิดปลายเท้าตก (foot drop) ภายหลังผ่าตัด (Roeder., & et.al., 2005) การตกค้างของผ้าซับโลหิตและเครื่องมือผ่าตัด การเกิดรอยไหม้ที่ผิวหนังจากการติดแผ่นล้อน การแพ้ยา น้ำยาหรือสารเคมีที่ใช้ในขณะผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด เช่น เลือดออก การอุดตันของลำไส้ การฉีกตัวของบริเวณที่มีการตัดต่อลำไส้ (สมพร ชินโนรส, 2546)

การดูแลในระยะหลังผ่าตัด ควรตระหนักถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ในระยะ 72 ชม.แรกหลังการผ่าตัดและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ภาวะความไม่สมดุลของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจ รวมถึงความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย โดยการประเมินพร้อมกับวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ได้แก่ การดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ประเมินความเจ็บปวดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะ 24-48 ชม.แรกหลังผ่าตัด ดูแลความสุขสบายด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะเคลื่อนไหวร่างกาย แนะนำให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัด จัดหาอุปกรณ์ช่วยพยุงแผล เช่น หมอน ดูแลท่อระบาย และแนะนำให้ญาติมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ดูแลความสุขสบายด้านจิตใจ โดยการให้กำลังใจเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด จัดให้มีโปรแกรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพหลังผ่าตัดครบ 72 ชม. จนกระทั่งก่อนจำหน่าย โดยเน้นการดูแลช่วยเหลือเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น พร้อมแจกเอกสารและคู่มือการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด รวมถึงการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลและการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน (นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542) ทั้งนี้เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อยอมรับสภาพของตนเองหลังผ่าตัด พยาบาลต้องเอาใจใส่ และคอยประคับประคองให้กำลังใจผู้ป่วย (Lumdubwong, 2001) สร้างความเชื่อมั่นใน การรักษาพยาบาล คลายความวิตกกังวล อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือที่ดีในการรักษาพยาบาล ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดและลดระยะเวลาอนินในโรงพยาบาล (ประทีน ไชยศรี, 2545)

สำหรับระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้น งบประมาณที่สำนักงานประกันสุขภาพ จะจ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ซึ่งมีค่าน้อยกว่าค่าใช้จ่ายจริงของผู้ป่วยที่ใช้ไปกับผู้ป่วยแต่ละราย จึงเป็นแรงผลักดันให้สถานพยาบาลต่างๆ จำเป็นต้องมีการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารต้นทุน ต้นทุนผลิตต้องมีความใกล้เคียงความเป็นจริง และผลลัพธ์ที่ได้ คำนวณกับต้นทุนที่ใส่เข้าไป อาจต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ได้แก่ วิธีการจัดการให้เกิดการฟื้นฟู การลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยและการรักษา โดยจัดกระทำให้สอดคล้องกับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย (ศุภสิทธิ์ พรธนะโรจน์ทัย, 2544) เมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่กำลังมาข้างหน้า พบว่า แนวคิดของ case management ซึ่งมีพยาบาลเป็นผู้จัดการ โดยเน้นการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพ อย่างมีคุณค่า เน้นการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เน้นผลลัพธ์ของบริการ คุณภาพบริการ เน้นความคุ้มค่า (เวลาและค่าใช้จ่าย) เน้นการบริการที่มีความต่อเนื่อง ไปจนถึงระบบสนับสนุนสุขภาพที่บ้าน หรือในชุมชน โดย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้เกิด การดูแลที่มีคุณภาพสูงสุด และค่าใช้จ่ายน้อยสุด (ศิริอร สิ้นธุ, 2545)

แผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) หมายถึงกระบวนการที่ช่วยให้เกิดความร่วมมือระหว่างสหสาขาเพื่อให้เกิดการดูแลที่ให้ผลสูงสุดต่อผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นระบบมีมาตรฐาน และใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ โดยมีส่วนประกอบคือ ระยะเวลา ลำดับความสำคัญของปัญหา และการบันทึกความแปรปรวน (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2548) แผนการดูแลที่สร้างขึ้นจะช่วยให้ ผู้ให้บริการทางสุขภาพทุกคนจะสามารถให้การดูแลรักษาไปในทางเดียวกัน (รัชนี สุจินทรรัตน์, 2545) โดยกำหนดกิจกรรมต่างๆที่พยาบาลและ/หรือทีมสหสาขา ต้องกระทำในแต่ละวันหรือแต่ละช่วงเวลา ผู้ใช้ต้องนำแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนำมาผสมผสานกับประสบการณ์ในการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับความเป็นปัจเจกบุคคล (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2545) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์แก่ผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้ โดยมีผู้จัดการรายกรณี ซึ่งควรเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทำหน้าที่ประสานงาน กำกับติดตามช่วยเหลือให้สมาชิกในทีมสหสาขาสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมที่เป็นบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลต่อระยะเวลาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย และช่วยลดค่าใช้จ่ายหรือค่ารักษาพยาบาล (hospital charges) ที่ลดลงได้ (รัชนี สุจินทรรัตน์, 2545 และ Melbert & et.al, 2002)

ดังนั้นการมีแผนการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และภายหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม มีขั้นตอนที่ชัดเจน มีความพร้อมของเครื่องมือและทีมบุคลากรที่จะให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน จึงเป็นสิ่งสำคัญในการนำไปสู่คุณภาพของการดูแล ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดที่ดำเนินบทบาทผู้ประสานความร่วมมือ (Nurse coordinator) ระหว่างทีมสหสาขา ในการวางแผนอย่างรอบคอบเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีความครอบคลุม เป็นระบบ ได้มาตรฐานในระยะผ่าตัด ตลอดจนสร้างความพึงพอใจทั้งต่อผู้ป่วยและญาติ

สรุปการวิเคราะห์ปัญหา

สรุปการวิเคราะห์ปัญหาทั้งจากKnowledge Trigger และ Practiced Trigger พบปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่เข้ารับการผ่าตัดจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม คือ

1. ผู้ป่วยผ่าตัดมีโอกาสเกิดความกลัวและวิตกกังวลในขณะรอการผ่าตัดได้ เนื่องจากกระยะ

เวลาในการรอก่อนเข้ารับการผ่าตัดนาน ขาดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรประจำหน่วยผ่าตัด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจในเหตุผลของการเลื่อนผ่าตัด ความไม่พร้อมของผู้ป่วย ความล่าช้าในการรักษา การปฏิเสธการรักษา การลุกลามของโรค การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ไม่ถูกต้อง

2. อาจเกิดความเสี่ยงจากการพลัดตก จากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขณะเปลี่ยนแปลงนอน

3. อาจเกิดความเสี่ยงต่อการได้อุบัติเหตุจากการจัดทำเพื่อทำผ่าตัด เช่น การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เส้นประสาท การหลุดเลื่อนของปุ่มกระดูกหรือการเกิด foot drop ภายหลังผ่าตัด

4. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด จากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การตกค้างของผ้าซับโลหิตและเครื่องมือ การเกิดรอยไหม้ที่ผิวหนังจากการติดแผ่นลือ การแพ้ยา น้ำยาหรือสารเคมีที่ใช้ในขณะผ่าตัด

5. เสี่ยงต่อการได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง

6. อาจมีการทำงานที่ซ้ำซ้อนของบุคลากรแต่ละสาขา เช่น พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล

ภาวะเสี่ยงเหล่านี้ เป็นปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ซึ่งสาเหตุของปัญหาเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามระเบียบวิธีปฏิบัติ และขาดความตระหนักในปัญหาดังกล่าว รวมถึงการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลการผ่าตัด แผนการรักษาต่อเนื่องและการฟื้นฟูหาย ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดนี้มีความเป็นไปได้ในการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้องเพื่อสนองตอบความต้องการ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุด มีการดูแลที่ครบถ้วน ครอบคลุมเป็นระบบ โดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ สรุปเป็นแผนภูมิ ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงสรุปการวิเคราะห์ปัญหาจากสิ่งที่มากระตุ้น (Evidence triggered phase)

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase)

เป็นการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการพัฒนาและสร้างเป็นแผนการดูแลที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาได้กำหนดแนวทางในการสืบค้นวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ โดยมีการกำหนด วัตถุประสงค์ ขอบเขตและทิศทางความต้องการในการสืบค้นหาข้อมูล เพื่อให้ได้วรรณกรรมงานหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการศึกษา ทั้งในด้านกลุ่มประชากรที่มีลักษณะตรงหรือคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา แหล่งที่ทำการศึกษา วิธีการปฏิบัติ โดยเลือกการสืบค้นงานวิจัย ดังนี้

1. การคัดเลือกและสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาสืบค้นตาม กรอบของ PICO (Craig, 2002) โดยกำหนดขอบเขตและเกณฑ์ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

- ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง
- ศึกษาวิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องที่อยู่ในขอบเขตของบุคลากรในทีมสหสาขาสามารถทำได้
- เป็นงานในรูปแบบ Research study, Systematic review, report of expert's opinion ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1995 - 2007

2. ฐานข้อมูลและคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น

ที่มาของงานวิจัยเริ่มจากการสืบค้นฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ฐานข้อมูล OVID, Blackwell, CINAHL, Pubmed, Science direct, Cochrane และ internet website www.guideline.org, www.google.com โดยเลือกรวมคำสำคัญ ในการสืบค้นงานวิจัยและทำการคัดเลือกรงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีการสืบค้นด้วยมือ จากตำราและวารสาร

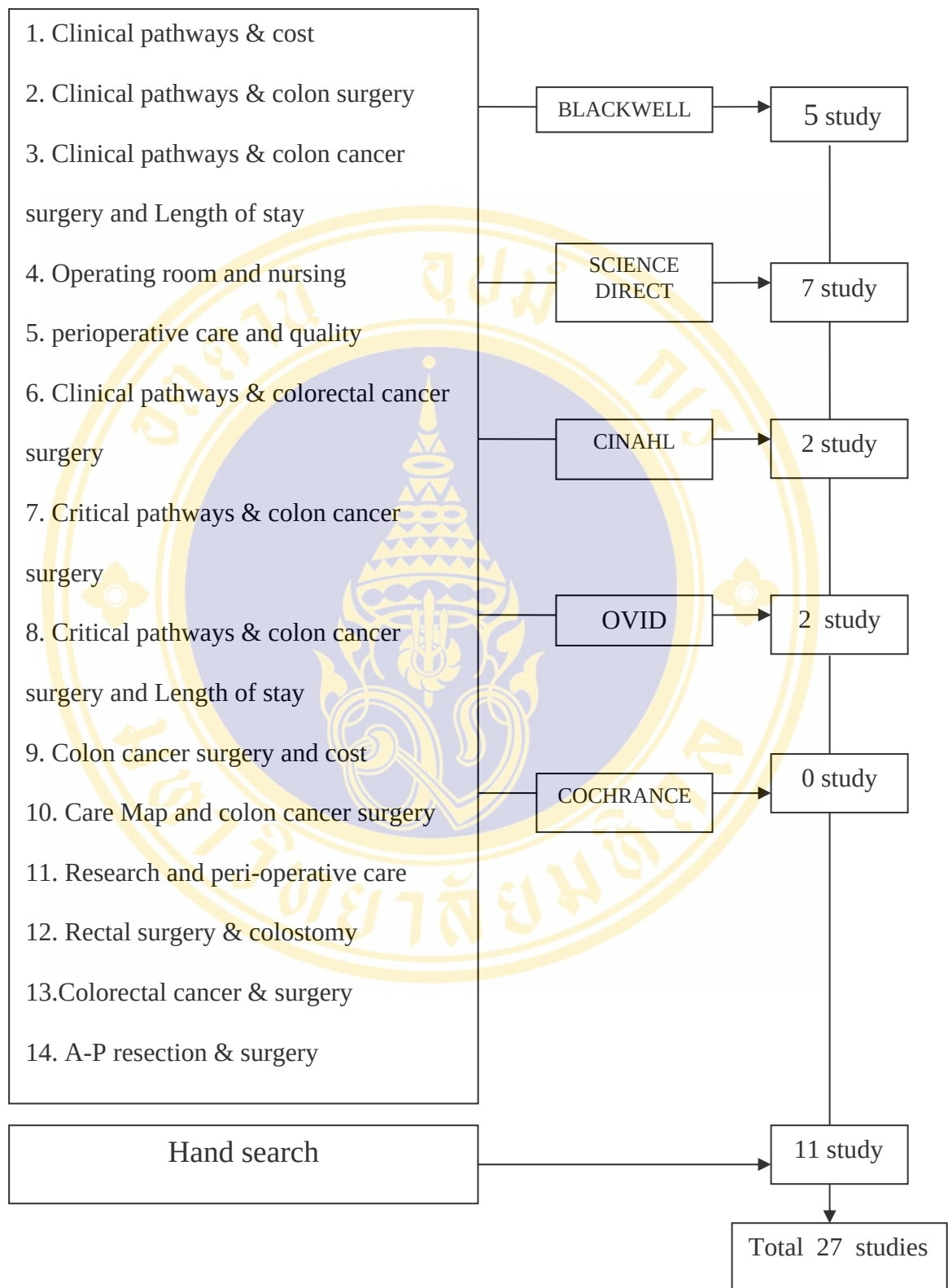
คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น

- 1.Clinical pathways
- 2.Critical pathways
- 3.Colon surgery
- 4.Colon cancer
5. Rectal cancer
6. Rectal surgery
7. Colorectal cancer
8. Colostomy
9. A-P resection
10. Peri operative nursing

11. Nursing care
12. Length of stay (LOS)
13. Cost

4. ผลการสืบค้น

จากขั้นตอนการสืบค้นสามารถคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวนทั้งหมด 27 เรื่อง ได้แก่ งาน Meta analysis (Quasi experimental) 2 เรื่อง RCT 2 เรื่อง Quasi experimental 5 เรื่อง Survey 6 เรื่อง Case control study 1 เรื่อง การวิจัยที่ศึกษาติดตามไปข้างหน้า(cohort study) 1 เรื่อง Correlation study 1 เรื่อง Systematic review 2 เรื่อง Descriptive 2 เรื่อง Comparative study 4 เรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาล 1 เรื่อง โดยการใช้การประเมินคุณภาพรายงานการวิจัย ตามแบบของ Melnyk & Fineout- Overholt., (2005) ดังรายละเอียดการสืบค้นข้อมูล ตามแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงคำสำคัญ ฐานข้อมูลและผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลการสืบค้นสามารถคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง นำมาประเมินคุณภาพซึ่งผู้ศึกษานำมาประเมินตามแบบของ Melnyk & Fineout-Overholt, (2005) ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Hierarchy of evidence)

ระดับ	ชนิดของหลักฐาน
ระดับที่ 1	หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ(systematic review)หรือการวิเคราะห์เมตา (meta analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม หรือแนวปฏิบัติทางคลินิก ที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและกลุ่มควบคุม(clinical practice guidelines based on systematic review of RCTs)
ระดับที่ 2	หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี(Randomized controlled trial: RCTs)
ระดับที่ 3	หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม (Non- randomized controlled trial)
ระดับที่ 4	หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า(cohort studies) หรือการวิจัยกรณีศึกษาที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี
ระดับที่ 5	หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ(systematic review of descriptive and qualitative studies)
ระดับที่ 6	หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive and qualitative studies)
ระดับที่ 7	หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง(opinion of authorities and /or reports of expert committees)

ตารางที่ 1 สรุปงานวิจัยที่สืบค้นได้และการประเมินระดับงานวิจัย

NO	Title	Research design	Level
1.	การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม(สุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์, 2545)	Meta analysis	1
2.	Oral versus systemic antibiotic prophylaxis in elective colon surgery: a randomized study and meta analysis send a message from the 1990s. (Lewis, R.T., 2002)	Meta analysis	1
3.	Preoperative intensive, community based VS traditional stoma education: (Chaudhri, S., Brown, L., Hasson, I., & Horgan, A. J., 2005)	randomize control trial study	2
4.	Randomized clinical trial of bowel preparation with a single phosphate enema or polyethylene glycol before elective colorectal surgery. (Platell, C., Barwood, N., & Makin, G., 2006)	Randomized clinical trial	2
5.	Effect of social support program on improvement of body image perception in adult rectal cancer patients with permanent colostomy. (Chulaporn prasungsit., 2001)	Quasi experimental	3
6.	Effect of instruction on preoperative anxiety among abdominal surgical patient (Xiuyue, Z., 1999)	Quasi experimental (One group pre post test design)	3
7.	การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ณ.ห้องผ่าตัดโครงการจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา (สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา ,2544)	Quasi experimental (Two group post test design)	3

ตารางที่ 1 สรุปงานวิจัยที่สืบค้นได้และการประเมินระดับงานวิจัย (ต่อ)

NO	Title	Research design	Level
8.	Heel and calf capillary support pressure in Lithotomy positions. (Roeder,R.A.,et.al., 2005)	Three part analysis	4
9.	Shortened length of stay and hospital cost reduction with implementation of an accerated clinical care pathway after elective colon resection.(Stephen, A.E.,& Berger,D.L.,2003)	Experimental design non randomized trial	3
10.	ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมกาดูแลช่องเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง(นุชรี ไล่พันธ์, 2542)	งานวิจัยกึ่งทดลอง	3
11.	Surveying patients as a start to quality improvement in the surgical suites holding area. (Bailey.J., & Pevreal, A., 2005)	งานวิจัยเชิงสำรวจ (survey)	4
12.	Cancer Patient's satisfaction with communication, information and quality of care.(Davison R., & Mills. M.E., /2005)	งานวิจัยเชิงสำรวจ (survey)	4
13.	Use of a critical pathway for colon resections. (Melbert,R.B., & et.al., 2002)	งานวิจัยเชิงสำรวจ (survey)	4
14.	Standardized perioperative care protocols and reduced length of stay after colon surgery. (Bradshaw B.GG., & et.al., 1998).	Case control study	4
15.	Pattern in current anaesthesiological peri-operative practice for colonic resections: a survey in five northern – European countries. (Hannemann, P., Lassen, K., Hausel, J., Nimmo, S., Ljungqvist, O., Nygren, J., et al., 2006)	งานวิจัยเชิงสำรวจ (survey)	4

ตารางที่ 1 สรุปงานวิจัยที่สืบค้นได้และการประเมินระดับงานวิจัย (ต่อ)

NO	Title	Research design	Level
16.	Mutual reporting of process and outcomes enhances quality outcomes for colon and rectal resections. (Galalandiuk, S., Rao, M.K., Heino, M.F., Scherm, M.J., & Polk, Jr, H.C., 2004)	งานวิจัยเชิงสำรวจ (survey)	4
17	Incident of deep vein thrombosis after colorectal surgery in Chinese population. (Lee, F.Y., Chu, R., Liu, K.H., Ng, S.M., et al., 2001)	การวิจัยที่ศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort study)	4
18	Background and perioperative risk factors for prolonged hospital stay after resection of colorectal cancer. (Rickard M.J.F.X., Dent, O. F., Sinclair, G., Chapuis, P.H., & Bokey, E.L.,2004)	Correlation study	5
19	Reseach in peri-operative care.(Leinonen T.& Leino K. H., 1999)	Systematic review	5
20.	Critical pathway: A systematic review. (Renbolm, M., Leino-Kilpi, H., Suominen, T., 2002)	Systematic review	5
21.	Implementation of clinical pathway decreases length of stay and hospital charges for patients undergoing total colectomy and ileal pouch/ anal anastomosis.(Archer, & et al.,1997)	งานวิจัยเชิงทดสอบ prospective study	5
22.	Abdominoperineal resection or anterior resection for rectal cancer: patient preference before and after treatment. (Zolciak, A., Bujko, K., Kepka, L., Oledzki, J., Rutkowski, A., & Nowacki, M.P., 2006)	Study protocol	5

ตารางที่ 1 สรุปงานวิจัยที่สืบค้นได้และการประเมินระดับงานวิจัย (ต่อ)

NO	Title	Research design	Level
23.	Critical pathways intervention to reduce length of hospital stay. .(Pearson,S.D., &et al., 2001)	Comparative study	6
24.	ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่ (Patient' s distress after major surgery) (นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2542)	การวิจัย เปรียบเทียบเชิง พรรณนา	6
25.	The relationship between the characteristics of information and uncertainty in illness in post-operative colorectal cancer patients during hospitalization. (Aporacha Lumdubwong, 2001)	- การวิจัยเชิง บรรยาย	6
26.	Physiological adaptation in patient with colon cancer undergoing surgery. (Phensri Rodporm, 2004)	- การวิจัยเชิง บรรยาย	6
27.	The development of clinical nursing practice guideline for preoperative education to decrease anxiety. (Wantanee Dithapan., 2006)	-แนวปฏิบัติการ พยาบาล	*

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปใช้

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของ Polit และ Beck (2004) ดังนี้

1. ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance)
2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์ (Scientific Merit)
3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation Potential)

3.1 การเทียบเคียงผลงานวิจัยกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา (Transferability of the finding) สามารถนำแผนการดูแลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้องได้จริง

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Feasibility of implementation)

เนื่องจากศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ได้รับมอบหมายจากกรมการแพทย์ให้เป็นองค์กรชั้นนำในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แต่ยังไม่มีการดูแลที่เป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว นับเป็นโอกาสที่ดีสำหรับนักศึกษาที่นำร่องการพัฒนาแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง เมื่อนำเสนอแผนการดูแลให้กับผู้บริหาร และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน บุคลากรให้ความสนใจในการรับฟังเป็นอย่างดี และให้ข้อคิดเห็นว่าเป็นโครงการที่ดี สามารถนำมาใช้ในงานที่ปฏิบัติอยู่จริง

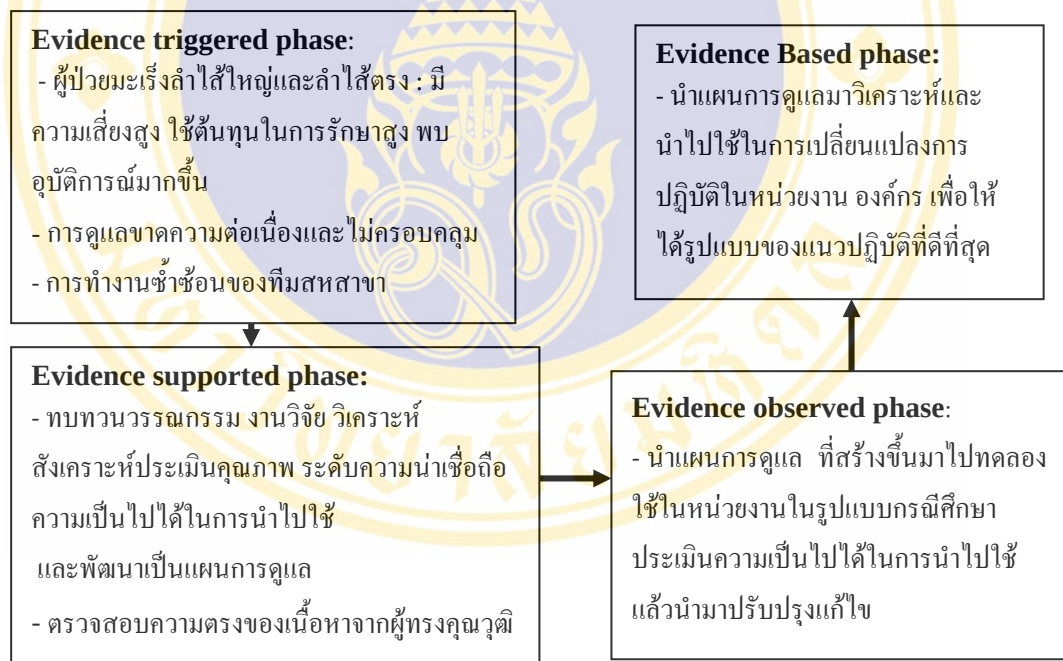
3.3 ความคุ้มค่า (cost – benefit ratio) วิธีการนี้ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย

ประโยชน์ที่ได้รับคือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน ครอบคลุม เป็นระบบ โดยความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ที่อาจส่งผลกระทบต่อต้นทุนในการรักษา หรือจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้น คาดว่ามีค่าใช้จ่ายเพิ่มอีกเล็กน้อยจากการจัดทำแผ่นพับ ภาพพลิก คู่มือการดูแลตนเอง CD ประกอบการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด CD เพลง หรือเทปเพลง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลายในระหว่างรอผ่าตัด หรือเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด เมื่อมองถึงผลที่จะเกิดกับผู้ป่วย คาดว่าน่าจะคุ้มค่า นอกจากนี้นอกจากจะสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล รวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะเกิดความรู้สึกที่ดี เกิดความภาคภูมิใจ ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

สรุป สาระสำคัญของมโนคติ ทฤษฎี กรอบแนวคิด

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เอกสารทางวิชาการและจากประสบการณ์ในการทำงาน ตามกรอบแนวคิดของซูกัพ (Soukup, 2000) ดังแสดงใน แผนภูมิที่ 2 สามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการผ่าตัด มักมีความกลัวและความวิตกกังวลเกิดขึ้นสาเหตุเนื่องจาก กลัวการดมยาสลบ กลัวเนื่องจากความไม่รู้ในเหตุการณ์ข้างหน้า กลัวเป็นมะเร็ง กลัวการสูญเสียภาพลักษณ์ กลัวเจ็บ กลัวภาวะแทรกซ้อน ความไม่เพียงพอในการให้ข้อมูลหรือการให้ข้อมูลที่ไม่กระจ่าง รวมถึงระยะเวลาในการรอคอย การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สภาพแวดล้อมจริงของห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะต้องประสบและสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามพยาบาลในสิ่งที่ต้องการทราบ ได้มีโอกาสระบายความทุกข์หรือกังวลจะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในรูปแบบเชิงรุก เป็นโอกาสขยายบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพัฒนาระบบบริการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด สามารถสนับสนุนการปฏิบัติงานบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจดนตรีบำบัด การสัมผัส การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ และการใช้การดูแลแบบหลายวิธีร่วมกัน แล้วแต่จะปรับตามความเหมาะสมในแต่ละ

สถานการณ์ กระทบถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดูแลความสุขสบายด้านร่างกายของผู้ป่วย พยาบาลมีสิทธิโดยชอบธรรมในการปฏิบัติโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย จากหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากสหสาขา อาารบวงการปฏิบัติเดิม แต่วิธีการไม่ยุ่งยากสามารถนำไปใช้ เพื่อสร้างความตระหนักในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยล่วงหน้าที่จะวางไว้ตลอดการดูแล ตั้งแต่การประเมินที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ การให้ข้อมูลที่ต้องการเหมาะสมและเพียงพอกับสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ จัดให้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่มารับการผ่าตัด การให้การดูแลรักษาอย่างเต็มศักยภาพ ของบุคลากรแต่ละสาขา รวมถึงการวางแผนเพื่อการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติและแหล่งสนับสนุนอื่นๆ มีการประเมินผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ และคุณภาพการดูแล เช่น ควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและจำนวนวันนอนให้เป็นไปตามเกณฑ์สากลหรือที่ควรจะเป็น ทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน เป็นระบบ มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง



แผนภูมิที่ 2 แสดง กรอบแนวคิดที่ใช้ในการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมีแรงกล้ามเนื้อใหญ่และกล้ามเนื้อเล็กที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

เมื่อได้พัฒนาเนื้อหาของแผนการดูแลตามขั้นตอนครบถ้วนแล้ว ผู้ศึกษาได้นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบเนื้อหา (Content validity) จำนวน 6 ท่าน คือ

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม
2. วิสัญญีแพทย์
3. อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
4. โภชนากร
5. พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาศัลยศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร
6. พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะผ่าตัด



บทที่ 3

การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ ทั้งหมด 27 เรื่อง ได้แก่ งาน Meta analysis (Quasi experimental) 2 เรื่อง RCT 2 เรื่อง Quasi experimental 5 เรื่อง Survey 6 เรื่อง Case control study 1 เรื่อง การวิจัยที่ศึกษาติดตามไปข้างหน้า(cohort study) 1 เรื่อง Correlation study 1 เรื่อง Systematic review 2 เรื่อง Descriptive 2 เรื่อง Comparative study 4 เรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาล 1 เรื่อง โดยใช้การประเมินคุณภาพรายงานการวิจัย ตามแบบของ Melnyk,& Fineout-Overholt., (2005) นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ พัฒนาเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารใหม่ทางหน้าท้อง ดังนี้

การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารใหม่ทางหน้าท้อง

(Development of clinical pathway for colorectal cancer patients who received abdominal surgery with colostomy)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- 2 เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการผ่าตัด
3. เพื่อให้เกิดการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด
4. เพื่อเป็นสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการ
5. เพื่อเพิ่มความพึงพอใจในงานและเพิ่มศักยภาพของพยาบาลและผู้ดูแล

คำจำกัดความ

Clinical pathways หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้เกิดความร่วมมือระหว่างสหสาขาเพื่อให้การดูแลที่ให้ผลสูงสุดต่อผู้ป่วย (Ignatavicious& Hausman, 1995) เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขา (Multidisciplinary team) เพื่อควบคุมคุณภาพการดูแลให้ได้มาตรฐาน ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล การสร้าง clinical pathways จะมีความสอดคล้องกับ DRG code ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน(Assessment), การสอน(Teaching), การปรึกษา(Consults), การตรวจทางห้องปฏิบัติการ(Lab test), การตรวจอื่นๆ (Other tests), การให้ยาตามแผนการรักษา

(Medication), การรักษา(Treatment), โภชนาการ (Nutrition),การดูแลสายสวนและท่อระบาย (tubes-monitors),การเคลื่อนไหวกิจกรรม(Activity),แผนการจำหน่าย (Discharge planning) Clinical pathway มีการกำหนดระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนของการดูแลรักษาหรือรูปแบบการดูแล (intervention)ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับในแต่ละหมวดหมู่อย่างครอบคลุม ประกอบด้วย ระยะก่อนเข้ารับการรักษา (preadmission phase) วันที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน (day of stay inpatient care) จำนวนวันที่เยี่ยมผู้ป่วยเพื่อส่งต่อหน่วยดูแลที่บ้าน (number of visit for home care) ซึ่งมีรูปแบบการดูแล(intervention)ที่ได้อ้างอิงมาจากสหสาขาวิชาชีพ (Poirrier,& Oberleitner, 1999)

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดที่งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมมะเร็งลพบุรี จ. ลพบุรี

เกณฑ์การประเมินผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องและมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่ได้รับการผ่าตัดที่งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมมะเร็งลพบุรี จ. ลพบุรี และได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด หลังผ่าตัดและได้รับการเคลื่อนย้ายกลับไปยังผู้ป่วยหรือหอผู้ป่วยหนัก สามารถพูดคุยสื่อสารได้ดี

การประเมินผล

ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับจากแผนการดูแล

- เป็นแนวทางดูแลและรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องและมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่หลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน
- พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- เพื่อเป็นสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการ

- ทำให้สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในคลินิกได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้เป็นข้อมูลที่สามารถบอกผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและเป็นไปในแนวเดียวกัน ลดความสับสนของข้อมูลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ

- เพื่อเพิ่มความพึงพอใจทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลและพยาบาล

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแผนการดูแล

1.1 เตรียมความพร้อมในการดูแลทางด้านร่างกาย เช่น การตรวจตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย ชนิดหัตถการ ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด เตรียมยา ก่อนผ่าตัด(pre-medication) ยาระงับ

ความรู้สึกรวมถึงยาระงับความปวด ตรวจสอบการงดอาหารและน้ำทางปาก (NPO) ความพร้อมจากการเตรียมลำไส้ ตามรายละเอียดในแผนการดูแลที่จัดทำขึ้น

1.2. เตรียมความพร้อมในการดูแลทางด้านจิตใจ ดื่มน้ำผู้ป่วยด้วยความอบอุ่น เคารพในความเป็นบุคคล เอกสิทธิ์เฉพาะบุคคล มีการประเมินระดับความวิตกกังวล ตอบข้อซักถามที่ผู้ป่วยและญาติมีข้อสงสัย (Bailey., & Pevreal, 2005; Melbert, et.al., 2002)

1.3. วางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด (Pearson, et al., 2001; Stephen, & Berger, 2003)

สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานจากข้อมูลเชิงประจักษ์ (ภาคผนวก 2) ได้ข้อสรุปของการแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลและ/หรือทีมสหสาขา ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิทยุณิแพทย์ อายุรแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบหัวใจและหลอดเลือด (ถ้ามี) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบต่อมไร้ท่อ (ถ้ามี) Enterostomal therapist หรือ E.T. nurse (ถ้ามี) นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด (ถ้ามี) และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องกระทำในแต่ละวันหรือแต่ละช่วงเวลากิจกรรมประกอบด้วย การประเมิน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การปรึกษา การสอน การดูแล ยึดตามแผนการรักษา โภชนาการ การดูแลสายสวนและท่อระบาย ระบบขับถ่าย/ระบาย กิจกรรมการดูแลตนเอง ไปจนถึงการวางแผนจำหน่าย และมีการบันทึกความแปรปรวนที่ทำให้แผนการดูแลไม่สามารถดำเนินไปตามเป้าหมายที่คาดหวัง ผลจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้นำมาสร้างแผนการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด รวมไปถึงการวางแผนการจำหน่าย โดยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลทั้งสิ้น ประมาณ 11 วัน ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด จำนวน 15 เรื่อง ได้แก่ แผนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การรักษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล สภาพหลังผ่าตัด รวมถึงสภาพแวดล้อมจริงของห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะต้องประสบ การปฏิบัติตัวก่อนไปห้องผ่าตัด ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา การดูแลแผลผ่าตัด การพักผ่อน การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายในเรื่องการหายใจแบบลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารแขน ขา การลุกเคลื่อนไหวโดยเร็วหลังผ่าตัด รวมถึงการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการผ่าตัด ได้แก่ อายุ สภาพของหัวใจ และหลอดเลือดสมรรถภาพของปอด ไต ตับ ภาวะโภชนาการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมผิวหนัง การเตรียมลำไส้ การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกัน

การติดเชื้อในผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งงานวิจัยมีทั้งเชิงทดลอง กึ่งทดลอง เชิงสำรวจ เชิงบรรยายรวมถึงการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ และแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา, 2544	Quasi experimental (Two group post test design) ระดับ 3	- การเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป หรือ สูตินรีเวช ที่ต้องได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย หรือได้รับยาทางช่องไขสันหลัง ก่อนการผ่าตัด ล้วงหน้าเพื่อรับการผ่าตัดที่หอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 วัน โดยพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งปฏิบัติตามคู่มือการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด และมีแฟ้มภาพประกอบการเยี่ยม แผ่นพับเกี่ยวกับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด สภาพแวดล้อมจริงของห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะต้องประสบ การปฏิบัติตัวก่อนไปห้องผ่าตัด ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สภาพหลังผ่าตัด อย่างถูกต้องเหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามพยาบาลในสิ่งที่ต้องการทราบ ได้มีโอกาสระบายความทุกข์หรือความกังวลให้พยาบาลฟัง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงได้
Xiuyue, Z.,1999	Quasi experimental ระดับ 3	- การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ และแผนการรักษา รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เก็บข้อมูลระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และการจัดการกับความวิตกกังวล ในตอนเย็นของวันก่อนผ่าตัด ใช้คำถามง่ายๆ เสียงดังชัดเจน ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องรับการผ่าตัดช่องท้อง โดยใช้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (GA) ร่วมกับการจัดทำคู่มือในการสอนและให้และให้คำแนะนำ

ตารางที่ 2 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด (ต่อ)

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
Xiuyue, Z., 1999 (ต่อ)	Quasi experimental ระดับ 3	ซึ่งประกอบด้วย รูปภาพและคำอธิบายง่ายๆ เกี่ยวกับการแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับห้องผ่าตัด การ เตรียมเพื่อการผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมผิวหนัง การ งดอาหารและน้ำ การให้สารน้ำ การให้ยาปฏิชีวนะ และการตรวจสอบการผ่าตัด การได้รับยาระงับ ความรู้สึก การออกกำลังกาย ได้แก่ การหายใจแบบ ลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารขา การ ลูกเลื่อนไหล่โดยเร็วหลังผ่าตัด การจัดการความ ปวด การดูแลแผลผ่าตัด ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับท่อ ระบายต่างๆ และบริเวณที่ให้สารน้ำ สารละลาย ใช้ เวลาไม่เกิน 50 นาที ช่วยให้ผู้ป่วยมี ระดับความวิตก กังวลก่อนผ่าตัดภายหลังการสอนลดลง
Lumdubwong, A., 2001	การวิจัยเชิงบรรยาย ระดับ 6	- การให้ความรู้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ในขณะที่เข้ารับการรักษาหรือการให้ความรู้อย่าง ต่อเนื่อง เน้นให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคมะเร็ง มี เทคนิคการสื่อสาร เพิ่มความตระหนักและเพิ่ม ศักยภาพในการให้ข้อมูลด้านการผ่าตัดกับผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรมีการปรึกษาหรือการอภิปรายเกี่ยวกับ ผู้ป่วยในรายที่สนใจ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่มากขึ้น - โรงพยาบาลปฏิบัติการต้องมีการเตรียมข้อมูลเพื่อสร้าง ความเข้าใจให้กับผู้ป่วยในเรื่องความเจ็บป่วยอย่าง น้อยร้อยละ 50 ของข้อมูล que ผู้ป่วยควรได้รับ ทันทีที่ ผู้ป่วยได้รับทราบจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัด - การเสนอการให้ข้อมูลรายกลุ่มในคืนก่อนวันผ่าตัด

ตารางที่ 2 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด (ต่อ)

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
Lumdubwong, A., 2001(ต่อ)	การวิจัยเชิงบรรยาย ระดับ 6	ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่เข้าใจหรือไม่กระจ่างในข้อมูลที่ได้รับ โดยเฉพาะการดูแลตนเองที่บ้าน การดูแลแผล การรับประทานอาหารและการสังเกตอาการที่อาจแสดงถึงภาวะผิดปกติต่างๆ - การมีคู่มือการดูแลตนเองที่บ้าน ล้วนเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายกลับบ้านได้ดี
สุรศักดิ์ พุฒินิชย์, 2545	Meta analysis ระดับ 1	- การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ โดยใช้สื่ออารมณ์ขัน ได้แก่ การฟังเพลงตลก หรือให้อ่านการ์ตูนตลก การสัมผัส การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ การสอนหรือการให้ข้อมูล และการใช้การดูแลแบบหลายวิธีร่วมกันแล้วแต่จะปรับตามความเหมาะสม ในแต่ละสถานการณ์ เป็นวิธีการที่มีผลในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรมได้
Chaudhri, S., & et al., 2005	วิจัยเชิงทดลอง (RCT) แบบสุ่มตัวอย่าง ระดับ 2	- ผลการให้ความรู้เกี่ยวกับทวารใหม่ (stoma) ที่มีประสิทธิภาพดี ต้องดำเนินการตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด โดยอาจไปเยี่ยมที่บ้านก่อนการผ่าตัด 2 วัน หรือ วันหลังจากรับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาล และให้ความรู้อีกครั้งหลังการผ่าตัด เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการสอนคือ CD, video รวมถึงมีหุ่นจำลองให้ลงมือฝึกปฏิบัติ - การให้ความรู้ก่อนและหลังผ่าตัดรวมถึงการดูแลด้านจิตใจอย่างใกล้ชิด สามารถบรรเทาอัตราการป่วยด้านจิตใจของผู้ป่วยจากการมี stoma ได้
Zolciak, A., & et al., 2006.	Study protocol ระดับ 7	- การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ตำแหน่งของก้อนเนื้ออกอยู่ต่ำ แพทย์ต้องเสนอข้อมูลทั้งด้านปัจจัยเสี่ยงและผลที่ได้รับทั้งการผ่าตัด AR/ APR และเปิดโอกาส

ตารางที่ 2 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด (ต่อ)

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
Zolciak, A., & et al., 2006. (ต่อ)	Study protocol ระดับ 7	ให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจ เลือกการรักษาอีกครั้ง เพื่อให้ได้สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย - การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพิจารณาการผ่าตัด APR ในด้านบวกอาจช่วยลดระดับความเครียดในผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหรือทันทีในช่วงหลังการผ่าตัด
Rickard M.J.F.X., & et.al., 2004.	Multiple least square regression ระดับ 4	- ควรมีการศึกษาทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ เช่น ผู้ป่วยในรายผ่าตัดด่วน กลุ่มที่จำนวนวันนอนก่อนผ่าตัด > 5 วัน การแพร่กระจายของก้อนเนื้องอกไปยังอวัยวะอื่น โรคของระบบหลอดเลือดส่วนปลาย ผู้ป่วยอายุ > 75 ปี การผ่าตัดที่ต้องมี stoma โรคของระบบทางเดินหายใจ และผู้ป่วยที่มีค่า ASA score >2 มีการเลาะส่วน Splenic flexure หรือได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่มีผลต่อจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้น เพื่อสร้างวิธีปฏิบัติหรือแผนการดูแล ในระยะก่อนผ่าตัดหรือระยะผ่าตัดที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเหล่านี้ ที่จะช่วยลดจำนวนวันนอนได้
Archer, S.B., & et al., 1997	งานวิจัยเชิงทดสอบ (prospectively) ระดับ 4	- ผลของการนำแผนการดูแล (clinical pathway) ไปใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด total colectomy and ileal pouch / anal anastomosis พบว่าสามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและอัตราค่าบริการรักษาพยาบาล รวมถึงอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้
Dithapan, W., 2006.	แนวปฏิบัติการพยาบาล - ไม่สามารถระบุระดับ	- แนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลใน กรณีที่ผู้ป่วยรับเข้านอนในโรงพยาบาล 1 วันก่อนผ่าตัด จะให้ความรู้ก่อนผ่าตัดโดยการบรรยายรายบุคคล ใช้ระยะเวลา

ตารางที่ 2 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด (ต่อ)

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
Dithapan, W., 2006 (ต่อ)	แนวปฏิบัติการ พยาบาล - ไม่สามารถระบุ ระดับ	~ 20-40 นาที ตามขั้นตอน คือ 1. ประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้ก่อนผ่าตัด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ประเมินความวิตกกังวล จากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม การแสดงออกและความพึงพอใจของผู้ป่วย 2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (preoperative education program) 3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เป็นสัดส่วน 4. ให้ความรู้ตามเนื้อหาที่ครอบคลุมในเรื่องข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับ ความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อได้รับการตรวจต่างๆ และกระบวนการผ่าตัด ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีระ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ ในเรื่องการพักผ่อน การหายใจ การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด การพักผ่อน การรับประทานอาหารและการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
Leino T.& Leino-Kilpi H., 1999	Systematic review ระดับ 5	- การประเมินที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลและจากตัวผู้ป่วยเอง โดยการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การนำแนวทางการรักษาเสริมต่างๆ เช่น คนตรีบำบัด การสัมผัส มาร่วมกับกระบวนการพยาบาล จะสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยจากความกลัว

ตารางที่ 2 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด (ต่อ)

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
Leino T.& Leino-Kilpi H., 1999(ต่อ)	Systematic review ระดับ 5	และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด มีสาเหตุจากความไม่รู้ในเหตุการณ์ข้างหน้า กลัวการดมยาสลบ กลัวเป็นมะเร็ง กลัวเจ็บ กลัวภาวะแทรกซ้อน
Platell, C., & et.al., 2006	Randomized clinical trial ระดับ 2	- การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด สำหรับผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรงรายที่มีการวางแผนล่วงหน้า (elective case) ประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวใสในช่วง 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด และการรับประทานยาระบาย polyethylene glycol (glycoprep 3 lits) ในวันก่อนผ่าตัด ซึ่งพบว่ามีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงจากการรั่วของรอยต่อลำไส้ น้อยกว่า การเลือกใช้การสวนด้วย single sodium phosphate (133 ml) 2-4 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด ทั้งนี้ควรต้องเลือกการพิจารณาวิธีการใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
Lewis, R.T., 2002	A double- blind, placebo- control, randomized clinical trial. ระดับ 2	- การให้ยาปฏิชีวนะ เพิ่มประสิทธิภาพ ในการลดการปนเปื้อนที่ลำไส้และแผลผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ในราย ที่มีการวางแผนล่วงหน้า (elective case) และวิธีการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำร่วมกับการให้ยาทางปาก ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพ ในการป้องกันการติดเชื้อได้ดีกว่า การให้ยาทางหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว ดังแสดงในแผนการดูแลตามภาคผนวก 2
Galalandiuk, S., & et al., 2004	งานวิจัยเชิงสำรวจ ระดับ 7	- ศัลยแพทย์ควรมีการเทียบเคียงการรักษาในเรื่องการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง กับรายงานที่มีผลการรักษาที่ดีกว่า และการกลั่นกรองคำสั่งการรักษา แผนการรักษา รวมถึงประสานงาน

ตารางที่ 2 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด (ต่อ)

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
Galalandiuk, S., & et al., 2004(ต่อ)	งานวิจัยเชิงสำรวจ ระดับ 7	ร่วมกันระหว่างหน่วยผ่าตัดและวิสัญญี - ให้อาาปฏิชีวนะเพื่อลดโอกาสเกิดการติดเชื้อ (prophylactic) ที่มีตัวเลือกยาไม่มาก และไม่ใช้ยาปฏิชีวนะในระยะยาว - มีแผนคำสั่งการรักษาที่เป็นมาตรฐานในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล1 ครั้ง เพื่อลดระยะเวลาในการรักษา - การร่วมมือในการพัฒนาเครือข่ายคุณภาพของ ศัลยแพทย์ เพื่อความปลอดภัยและลดการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบหัวใจและหลอดเลือด - มีการประเมินผู้ป่วยให้ครบถ้วน ทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นประโยชน์ในต่อศัลยแพทย์ และการเยี่ยมประเมินของวิสัญญีก่อนผ่าตัด
- Zolciak, A., & et al., 2006.	Study protocol ระดับ 7	- การมี Colostomy เป็นสิ่งที่ไม่คาดหวัง ควร ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้ได้สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย - ข้อเสนอแนะที่จะให้กับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ตำแหน่งของก้อนเนื้องอกอยู่ต่ำ แพทย์ต้องเสนอข้อมูลทั้งด้านปัจจัยเสี่ยงและผลที่ได้รับทั้งการผ่าตัด AR/ APRการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพิจารณาการผ่าตัด APR ในด้านบวกอาจช่วยลดระดับความเครียดในผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัดหรือทันทีในช่วงหลังการผ่าตัด

ตารางที่ 2 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด (ต่อ)

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
Lee, F.Y., Chu, R., Liu, K.H., Ng, S.M., et al., 2001	การวิจัยที่ศึกษา ติดตามไปข้างหน้า (cohort study) ระดับ 7	- ในการลดอุบัติการณ์การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือด ดำส่วนลึกบริเวณขาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ ต้องทำการประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิด อุบัติการณ์การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึก บริเวณขา ได้แก่ อายุ ประวัติการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อให้ การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและ เหมาะสม

2.การวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดค่อนข้างน้อย ทำการรวบรวมได้จำนวน 4 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ 3 เรื่อง การวิจัยเชิงทดลอง 1 เรื่อง เนื้อหาประกอบด้วย การประเมินความพร้อมของการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย การผ่าตัดและตำแหน่งผ่าตัด การจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นที่น่าพอใจ เช่น ไม้รูนวาย มีความเป็นส่วนตัว ขณะรอผ่าตัด มีการเสนอหนังสือ ฟังเพลงหรืออื่นๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย บุคลากรให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติ ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ในขณะที่เข้ารับการผ่าตัดโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเฉพาะบุคคล ดูแลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของอวัยวะต่างๆ จากการผ่าตัด ป้องกันอุบัติเหตุจากการจัดทำเพื่อทำผ่าตัด หรือการตกค้างของผ้าซับโลหิตและเครื่องมือผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด เช่น เลือดออก ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในขณะที่ผ่าตัดและหลังผ่าตัด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด รวมถึงแบบแผนการให้ยาระงับความรู้สึกที่นิยมใช้ในระยะผ่าตัดของวิสัญญีแพทย์ ดังปรากฏในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
Hannemann, P., & et al., 2006.	งานวิจัยเชิงสำรวจ ระดับงานวิจัย 7	- แบบแผนการให้ยาระงับความรู้สึกที่นิยมใช้ ในระยะผ่าตัดของวิสัญญีแพทย์ ดังนี้ - ไม่งดอาหารก่อนการดมยาสลบเพื่อทำผ่าตัดนานเกินไป โดยอนุญาตให้รับประทานอาหารเหลว (liquid diet) ได้ในช่วง 2-3 ชั่วโมงก่อนการดมยาและอาหารธรรมดา (solid food) 6-8 ชั่วโมง - นิยมใช้วิธี Epidural analgesic ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และควรมีการให้อย่างต่อเนื่อง 2 วันหลังผ่าตัด - การใช้ยาทาง epidural block ไม่นิยมใช้ยา pre medication ที่ออกฤทธิ์ในระยะเวลานาน (long acting) - ใช้ยาที่ออกฤทธิ์ในระยะเวลานสั้น (short acting anaesthetics) เป็นยาดมสลบ เพื่อระงับปัจจัยเสี่ยงจากการให้ยาดมสลบหรือสารน้ำและเกลือโซเดียมที่มากเกินไป ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการรักษาภายหลังผ่าตัดได้ - หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำและเกลือโซเดียมทางหลอดเลือดดำที่มากเกินไป
Bailey.J., & Pevreal, A., 2005	งานวิจัยเชิงสำรวจ - ระดับ 4	การพัฒนาคุณภาพการบริการให้สำเร็จร่วมกันของพยาบาลในหน่วยรับผู้ป่วยมี 3 ทิศทาง คือ - ให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ดีต่อการผ่าตัด - ไม่มีการเลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยเฉพาะบุคคล - จัดทำแบบประเมินความพึงพอใจ เพื่อเกิดการพัฒนาต่อเนื่องภายใต้เงื่อนไข คือ

ตารางที่ 3 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด (ต่อ)

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
Bailey.J., & Pevreal, A., 2005 (ต่อ)	งานวิจัยเชิงสำรวจ - ระดับ 4	ให้ผู้ป่วยได้รับมีประสบการณ์ที่ดีในการเข้ารับ การผ่าตัด
Galalandiuk, S., & et al., 2004	งานวิจัยเชิงสำรวจ ระดับ 7	- ยกระดับสมรรถนะของหน่วยผ่าตัดในการ ดำเนินงานร่วมกับวิสัญญี ให้บรรลุผลสำเร็จ รายงานการผ่าตัดและลดระยะเวลาในการ เหนี่ยวนำยาก่อนนำสลบและการดูแลในหน่วย พักฟื้น เพื่อลดปริมาณการใช้ยาแก้ปวด - บันทึกความผิดพลาดจากการใช้ยา การแพ้ยา ที่อาจส่งผลการลดมาตรฐานการบริการ
Roeder,R.A.,& et.al., 2005	Experimental design non randomized trial - ระดับ 3	เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่ในท่า lithotomy ควรทำการเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยบ่อยๆ เพื่อลดการ เกิดแผลกดทับ - จัดท่า lithotomy เมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น - การแขวนหรือยกปลายเท้าให้ต่ำที่สุด เท้าที่จะ ทำได้ เนื่องจากเมื่อต้องยกขาสูงจะเพิ่มแรงกด ต่อหลอดเลือดมากขึ้นขณะผ่าตัด - รองรับในส่วนที่มีพื้นผิวมากให้มากที่สุดเท่าที่จะทำ ได้ - ควรใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด เมื่อต้องจัดให้ผู้ป่วย อยู่ในท่า lithotomy - จัดขาทั้งสองให้อยู่ในระดับเดียวกันและยก พร้อมกันขณะทำการจัดท่า - เลี่ยงการขยับปุ่มกระดูกสะโพกออกด้านข้าง

3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด

มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด จำนวน 10 เรื่อง ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง การผ่าตัดช่องท้อง โดยการนำแผนการดูแลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระบบมีความครอบคลุมต่อเนื่อง โดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มีการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ ในช่วง 72 ชม.แรกหลังการผ่าตัด และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ภาวะความไม่สมดุลของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจ รวมถึงความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดและดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย โดยเฉพาะขณะเคลื่อนไหวแนะนำให้ใช้มือหรือจัดหาอุปกรณ์ช่วยพยุงแผล แนะนำให้ญาติมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยจนกระทั่งก่อนจำหน่าย มีการนำรูปแบบการสนับสนุนทางสังคม และคู่มือปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีลำไส้ใหญ่เปิดทางหน้าท้อง เพื่อช่วยส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ในผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงานให้ดียิ่งขึ้น พร้อมแจกเอกสารและคู่มือการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด รวมถึงการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลและการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ดังปรากฏในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
Prasungsit, C., 2001.	การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง - ระดับ 2	- นำรูปแบบการสนับสนุนทางสังคม(The social support program) และคู่มือปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีลำไส้ใหญ่เปิดทางหน้าท้อง เพื่อช่วยส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ในผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน ให้ดียิ่งขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอน 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือการเตรียมญาติ ส่วนที่ 2 คือ การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของ

ตารางที่ 4 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด (ต่อ)

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
Prasungsit, C., 2001.(ต่อ)	การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม สุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง - ระดับ 2	ระยะเวลาที่เหมาะสม ในการให้การสนับสนุนทาง สังคมเพื่อการส่งเสริม การรับรู้ภาพลักษณ์ คือ ใน วันที่ 6 หลังการผ่าตัด และ 2 สัปดาห์หลังกลับ บ้าน
Lee, F.Y., Chu, R., Liu, K.H., Ng, S.M., et al., 2001	การวิจัยที่ศึกษาติดตาม ไปข้างหน้า (cohort study) ระดับ 7	- ในการลดอุบัติการณ์การเกิดลิ้มเลือดในหลอด เลือดดำส่วนลึกบริเวณขาผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ต้องทำการประเมิน ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอุบัติการณ์การเกิดลิ้ม เลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกบริเวณขา ได้แก่ อายุ ประวัติการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อให้การ พยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและ เหมาะสม
นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2542.	การวิจัยเปรียบเทียบเชิง พรรณนา - ระดับ 6	- บุคลากรทางการพยาบาล ควรตระหนักถึง ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ใหญ่ในระยะ 72 ชม.แรกหลังการผ่าตัด โดยการ ประเมินพร้อมกับวางแผนการพยาบาลเพื่อ ป้องกันและลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ได้แก่ 4.1 ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผน การ รักษาอย่างต่อเนื่อง ประเมินความเจ็บปวดอย่าง ใกล้ชิด โดยเฉพาะ 24-48 ชม.แรกหลังผ่าตัด 4.2 ดูแลความสุขสบายด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะเคลื่อนไหวร่างกาย แนะนำให้ใช้ มือประคองแผลผ่าตัด จัดหาอุปกรณ์ช่วยพยุง แผล เช่น หมอน ดูแลท่อระบาย และแนะนำให้ ญาติมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเฉพาะช่วง 72 ชม.แรกหลังการผ่าตัด 4.3 ดูแลความสุขสบายด้านจิตใจ โดยการให้

ตารางที่ 4 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด (ต่อ)

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2542. (ต่อ)	การวิจัยเปรียบเทียบเชิงพรรณนา - ระดับ 6	กำลังใจ เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด จัดให้มีโปรแกรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพหลังผ่าตัดครบ 72 ชม. จนกระทั่งก่อนจำหน่าย พร้อมแจกเอกสารและคู่มือการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด
Davison R., & Mills. M.E., 2005.	งานวิจัยเชิงสำรวจ Cohort study - ระดับ 4	- การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ในระยะเวลาที่เหมาะสม มีความต่อเนื่องเป็นระยะๆ ในสถานที่ที่จัดไว้อย่างเหมาะสม โดยบุคลากรสุขภาพมืออาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญยิ่ง ในการเพิ่มความพึงพอใจและการตัดสินใจในระยะยาว
Rodporm, P., 2004.	การวิจัยเชิงบรรยาย ระดับ 6	- ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีการปรับตัวด้านสรีระโดยรวมดี ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน - ควรมีการส่งเสริมการปรับตัวด้านสรีระ ให้อยู่ในระดับปกติในทุกด้านโดยเร็วเท่าที่จะเป็น - ควรมีการจัดเตรียมแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อป้องกันและจัดการกับปัญหาหลังการผ่าตัด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ
นุชรี ไส้พันธ์ ,2542	งานวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มทดลอง วัดก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ ระดับ 2	- มีการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลช่องเปิดลำไส้ก่อนการสอน - เริ่มการสอนในวันที่ 4 หลังการผ่าตัดตามโปรแกรมการสอนสำหรับ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง โดยใช้สื่อวิดิทัศน์การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์

ตารางที่ 4 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด (ต่อ)

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
นุชร ไล่พันธ์ ,2542 (ต่อ)	งานวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มทดลอง วัดก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างมี ระบบ ระดับ 2	ประสบการณ์ในการดูแลช่องเปิดลำไส้ที่ เหมาะสม ได้แก่การทำความสะอาดช่องเปิด ลำไส้ การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่น และแก๊ส การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน - จัดหาเครื่องเล่นวิดีโอพร้อมโทรทัศน์สี สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการดูแลช่องเปิด ลำไส้ และให้ผู้ป่วยฝึกลงมือกระทำด้วยตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำชี้แนะและใช้คำพูดชักจูง
-Pearson,S.D., & et al., 2001.	Comparative study - ระดับ 6	- การพัฒนาแผนการดูแลจะต้องอาศัยความ ร่วมมือของทีมสหสาขา โดยคัดเลือกจากกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงและจำนวนมาก เปรียบเทียบข้อมูลจากหน่วยงานภายนอก ทบทวนแฟ้มประวัติและเอกสารการเงิน และ เมื่อนำแผนการดูแลไปทดลองใช้พบว่า ผู้ป่วย ที่ใช้แผนการดูแลมีค่าใช้จ่ายลดลง จำนวนวัน นอนโรงพยาบาลสั้นลงและอัตราการตายลดลง
Melbert,R.B.,& et.al., 2002.	วิจัยเชิงสำรวจ - ระดับ 4	- ผลการนำแผนการดูแลไปทดลองใช้ในผู้ป่วย ผ่าตัดลำไส้ พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้แผนการดูแล รับประทานอาหารแข็งได้เร็วกว่า จำนวนวัน นอนโรงพยาบาลสั้นกว่า สามารถจำหน่ายจาก โรงพยาบาลได้เร็วกว่า สามารถฟื้นฟูและทำ กิจกรรมได้มากกว่า อัตราความพึงพอใจ สูง กว่า ซึ่งการพัฒนาแผนการดูแลจะต้องอาศัย ความร่วมมือของทีมสหสาขา

ตารางที่ 4 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด (ต่อ)

ผู้แต่ง	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้
- Renbolm, M., & et al., 2002.	A systematic review - ระดับ 5	- ผลการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปใช้ ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค จะช่วยให้รูปแบบการให้สุศึกษาในผู้ป่วยดีขึ้น โดยมีการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยโดยทีมสหสาขา เกี่ยวกับแผนการรักษาและความคาดหวังจากการดูแล อีกทั้งช่วยให้ ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและมาติดตามการรักษา - จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (LOS) และค่าใช้จ่ายลดลงในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
Stephen, A.E., & Berger, D.L., 2003.	วิจัยเชิงทดลอง แบบไม่สุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการศึกษาเพิ่มประวัติด้อยหลัง - ระดับ 3	- ผลการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปใช้ กับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้และผู้ป่วยโรคของระบบลำไส้ จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพการดูแล เช่นลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (LOS) ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและจำนวนการกลับมารักษาซ้ำ

ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง มีจำนวนวันนอน โรงพยาบาลเฉลี่ย 11 วัน ดังแสดงรายละเอียดตามภาคผนวก 2

การตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาสร้างแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง และนำแผนการดูแลที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสม จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม วิสัญญีแพทย์ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาศัลยศาสตร์(ผู้เชี่ยวชาญระบบ

ทางเดินอาหาร)พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะผ่าตัดและโภชนาการ ได้รับข้อเสนอแนะ
ดังแสดงในตารางที่ 5 นำมาปรับปรุงแก้ไข เพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะดังกล่าว

ตารางที่ 5 แสดงข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา

ผู้เชี่ยวชาญ	ข้อเสนอแนะ
1. แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ ด้านศัลยกรรม	- การประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวังในเรื่องการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยต้องมีความตระหนักและมีความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสม - การประเมินในวันก่อนผ่าตัด ควรเพิ่มเติมในเรื่องประเมินการเตรียมลำไส้ และการเตรียมผิวหนังในบริเวณผ่าตัดด้วย - ปรับปริมาณของยา(dosage) ตามแผนการรักษาให้มีความเหมาะสม - การดูแลรักษา: การให้ยาทางช่องไขสันหลัง นิยมใช้ร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป - การปรึกษา ควรมีการส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดหรือผู้เกี่ยวข้องในเรื่อง การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (rehabilitation and breathing exercise) คู่มือการดูแลทวารเทียม ควรให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับถุงรองรับแต่ละประเภท เพื่อให้ทางเลือกที่เหมาะสม
2. วิสัญญีแพทย์	- ควรมีการปรึกษาอายุรแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบต่อมไร้ท่อ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือมีภาวะเสี่ยง - ในการให้ยาระงับความรู้สึกไม่ต้องระบุชนิดว่าเป็น short acting หรือ long acting ทั้งนี้ให้วิสัญญีแพทย์ เป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย - คำย่อต่างๆ ควรเขียนเป็นคำเต็ม เช่น ATB ควรใช้ว่า ยาปฏิชีวนะหรือ antibiotic , DBT ควรใช้คำว่า การฝึกการหายใจที่มีประสิทธิภาพ
3. อาจารย์ พยาบาล ประจำ ภาควิชาการ พยาบาล ศัลยศาสตร์	- ควรหาความหมายของคำว่า colostomy ที่นิยมใช้ทางการแพทย์ว่า ควรเป็นคำใดระหว่างทวารเทียมกับทวารใหม่ - ควรมีการปรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่คาดหวัง - การประเมินตำแหน่งของทวารเทียมเป็นเรื่องจำเป็น ต้องมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เช่น ET nurse หรือศัลยแพทย์ - การสอน ควรชี้แจงรายละเอียด เช่น มีการจัดทำภาพพลิกประกอบการให้ข้อมูลในการเยี่ยมประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด

ตารางที่ 5 แสดงข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	ข้อเสนอแนะ
3. อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ (ต่อ)	- ทบทวนเพิ่มเติมในเรื่องยาคลายกังวล (sedative drug) ก่อนนอนและเช้าวันผ่าตัด รวมถึงเทคนิค การเตรียมลำไส้ที่หน่วยงานถือปฏิบัติ - กิจกรรมการดูแลหลังผ่าตัด ควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม - ปรับรูปภาพ ของคู่มือการดูแลทวารเทียมให้มีความเหมาะสม ถ้าสามารถสื่อด้วยรูปภาพจะเพิ่มความเข้าใจให้กับผู้ป่วยได้มากขึ้น
4. พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขา ศัลยศาสตร์ (ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินอาหาร)	- เลือกใช้คำให้เหมาะสมเป็นคำเดียวกันทั้งหมด เช่น ทวารเทียมหรือทวารใหม่ - ควรมีการทบทวนจำนวนวันนอนที่แท้จริงของผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษา อาจยึดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่ได้ ควรปรับให้เหมาะสมกับการสถานการณ์จริง - การประเมินตำแหน่งของทวารเทียมเป็นเรื่องจำเป็น ต้องมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เช่น ET nurse หรือศัลยแพทย์ - การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ต้องมีทวารเทียมทางหน้าท้องต้องทำตั้งแต่ เมื่อรับทราบแผนการรักษา และนัดเข้ารับการผ่าตัด - ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ควรเพิ่มเติมในเรื่องการดูแล ผิวหนังรอบทวารเทียมรวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับทวารเทียม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงข้อแนะนำในการแก้ไข หรือการเสนอแหล่งสนับสนุน - การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด ควรปรับให้เหมาะสมกับหน่วยงาน - การวางแผนการจำหน่าย ควรมีรายละเอียดเพิ่มขึ้น และระบุให้ชัดเจนเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา - คำแนะนำและคู่มือ ถ้าจัดทำเป็นรูปภาพจะสื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น
5. พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะผ่าตัด	- เพิ่มเติมเรื่องผลลัพธ์ที่คาดหวัง ในช่วงระยะผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ในระยะผ่าตัด - การนำการรักษาทางเสริมมาใช้กับผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด สามารถทำได้จริงหรือไม่ - การดูแลในระยะผ่าตัดหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบของวิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล - ความเป็นไปได้ในการจัดทำบ่อยๆ สำหรับผ่าตัด เช่น ทำขึ้นขาหยั่ง สามารถทำได้ยาก คงทำได้เพียงขยับกันหรือหาเป็นครั้งๆเท่าที่สามารถกระทำได้

ตารางที่ 5 แสดงข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	ข้อเสนอแนะ
6. โภชนากร	- ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องของการจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยให้มีความเหมาะสม ทั้งประเภทของอาหารและปริมาณพลังงานที่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกายตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ในช่วงการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด ระยะพักฟื้นและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและสามารถเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสมและเพียงพอ

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปใช้

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของ Polit & Beck (2004) ดังนี้

1. ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance)

ปัจจุบันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงพบอุบัติการณ์เป็นอันดับ 3 ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลัก ยิ่งถ้าต้องมีการผ่าตัดทำทางเปิดเพื่อถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ยิ่งส่งผลกระทบต่ออย่างมาก ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลในฐานะบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงปัญหาดังกล่าว โดยการประสานความร่วมมือกับบุคลากรหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด และเครื่องมือหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ คือ แผนการผู้ป่วย (Clinical pathway) ที่พัฒนาขึ้นมาจากงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ต่างๆ ที่จะช่วยให้เกิดความสะดวกและสามารถใช้เป็นแนวทางในการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขา เพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุม ได้มาตรฐาน ให้ผลสูงสุดต่อผู้ป่วย มีความคุ้มค่าในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา และการใช้ทรัพยากร สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย ญาติและบุคลากรผู้ปฏิบัติ

2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์ (Scientific Merit)

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาพัฒนาแผนการดูแลนั้น ประกอบด้วยงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง งานวิจัยเชิงบรรยาย ซึ่งผู้ศึกษาวิจัย เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญทั้งแพทย์ วิชาชีพพยาบาล และนักวิชาการด้านสาธารณสุข ซึ่งศึกษาในประเด็นปัญหาที่พบจากกลุ่มประชากรที่ปฏิบัติงาน มีวิธีการวิจัยที่ถูกต้อง เหมาะสมกับประเด็นปัญหาและได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงและเป็นที่รู้จัก รวมไปถึงแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีความ

น่าเชื่อถือ นอกจากนี้แผนการดูแลที่พัฒนาขึ้น ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน ศัลยกรรม วิทยุแพทย์ อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาศัลยศาสตร์ (ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วย ระบบทางเดินอาหาร) พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะผ่าตัดและโภชนาการ ได้รับ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงแผนการดูแลให้มีความถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation Potential)

3.1 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Transferability of the finding)

สามารถนำแผนการดูแลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้องได้จริง

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Feasibility of implementation)

เนื่องจากศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ได้รับมอบหมายจากกรมการแพทย์ให้เป็นองค์กรชั้นนำในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แต่ยังไม่มีแผนการดูแลที่เป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว นับเป็นโอกาสที่ดีสำหรับนักศึกษาที่นำร่องการพัฒนาแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง เริ่มตั้งแต่การนำเสนอแผนการดูแลให้กับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของแผนการดูแลที่สร้างขึ้น รวมถึงบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคน ผลการประเมินบุคลากรให้ความสนใจรับฟังเป็นอย่างดี และให้เสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ศึกษาทำบทบาทผู้ประสานความร่วมมือ (Coordinator) ระหว่างทีมสหสาขาในการวางแผนและดำเนินการตามแผนอย่างรอบคอบ ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงวันจำหน่าย

3.3 ความคุ้มค่า (cost – benefit ratio) วิธีการนี้ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย

ประโยชน์ที่ได้รับคือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน ครอบคลุม เป็นระบบ โดยความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ที่อาจส่งผลกระทบต่อต้นทุนในการรักษา หรือจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้น คาดว่าค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเล็กน้อยจากการจัดทำแผ่นพับ ภาพพลิก คู่มือการดูแลตนเอง CD ประกอบการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด CD เพลงหรือเทปเพลง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลายในระหว่างรอผ่าตัด หรือเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด เมื่อมองถึงผลที่จะเกิดกับผู้ป่วย คาดว่าน่าจะคุ้มค่า นอกจากนี้ คาดว่าจะสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล รวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะเกิดความรู้สึกที่ดี เกิดความภาคภูมิใจ ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

บทที่ 4

แผนการดำเนินงาน

เป็นระยะของการวางแผนการดำเนินงาน ในการนำแผนการดูแลที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้องในหน่วยงาน โดยศึกษาความเป็นไปได้ ปัญหาอุปสรรคในการนำไปใช้ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (Evidence Observed phase) โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. นำแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่จัดทำขึ้นไปผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแผนการดูแล 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม วิทยุณิแพทย์ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการ พยาบาลศาสตร พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาศัลยศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร พยาบาลผู้ชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารในระยะผ่าตัด โภชนาการ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. เข้าพบกับหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้าหอผู้ป่วย บุคลากรห้องผ่าตัดและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำเสนอแนวความคิดและรับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ในหน่วยงาน

3. จัดประชุมเพื่อนำเสนอ ชี้แจง ให้ความรู้แลกเปลี่ยนสร้างความเข้าใจร่วมกัน ถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของแผนการดูแลซึ่งส่งผลดี ต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ปฏิบัติงานและ หน่วยงาน ขอความร่วมมือในการศึกษาจากหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าห้องผ่าตัดและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการใช้ แผนการดูแล (clinical pathway) ที่พัฒนาขึ้น

4. ศึกษานำร่องหรือศึกษาวิจัยโดยเลือกผู้ป่วยที่จะศึกษาตามลักษณะที่กำหนดและดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้ในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยวิกฤต 2 ซึ่งผู้ศึกษาได้นำแผนการดูแลไปทดลองใช้จริงในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ดังรายละเอียดตามภาคผนวก 3

5. จากนั้นจึงนำผลการศึกษานำร่องหรือศึกษาวิจัยที่ได้นี้มาแก้ไขและปรับปรุงแก้ไข ข้อบกพร่องของแผนการดูแล เพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติที่สามารถใช้ได้หน่วยงานต่อไป

6. บูรณาการแผนการดูแลที่จัดทำขึ้นให้เข้ากับการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) และพัฒนาสู่งานวิจัยเชิงผลลัพธ์ต่อไปในอนาคต

การวัดผลลัพธ์ของการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมหน้าท้อง

ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น จากการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมเทียมทางหน้าท้อง อาจแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

ผลลัพธ์ในระยะสั้น คือ อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ จากการได้รับการให้ดูแลที่ครบถ้วน (Patient and provider satisfaction) อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดลดลง ภาวะแทรกซ้อนลดลง จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดลดลง และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (LOS) เพิ่มคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่ได้รับ (quality of care) คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพครอบคลุม ได้มาตรฐาน มีความต่อเนื่อง ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา อัตราการลดลงของต้นทุนต่อหน่วยค่าใช้จ่าย ทั้งด้านผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง การลดขั้นตอนการให้บริการ การลดระยะเวลาการให้บริการ และระยะเวลาการรอคอย

ผลลัพธ์ในระยะยาว คือ ผลลัพธ์ที่วัดได้ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ด้านผู้ป่วย คือ อัตราการมารับการตรวจหรือมารับการรักษาเพิ่มเติมตามนัด คุณภาพชีวิต และการกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ภาวะสุขภาพดีขึ้น

ด้านบุคลากร คือ เกิดการสร้างงานจากฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ เกิดระบบการประสานงานระหว่าง สหสาขาในรูปแบบ Patient care team (PCT) เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืน ไม่เกิดความซ้ำซ้อนของการบริการ หรือข้อขัดแย้งในการปฏิบัติ เพิ่มอัตราการสร้างงานในหน่วยงาน

ด้านหน่วยงาน คือ บุคลากรในหน่วยงานเกิดความพึงพอใจ เป็นโอกาสในการสร้างงาน สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขา เพิ่มศักยภาพในการให้บริการในด้านความคุ้มค่า คุ่มทุน ด้านองค์กร คือ ลดค่าใช้จ่าย (Cost) เพิ่มศักยภาพ ในการระบบบริการให้เกิดความคุ้มค่า คุ่มทุน และระยะเวลาที่พักในโรงพยาบาล (LOS) ลดอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำก่อนวันนัด ยึดระยะเวลาการกลับมารับการรักษา ลดอัตราการครองเตียงขยายขอบเขตการบริการผู้ป่วยรายอื่น อัตราความน่าเชื่อถือขององค์กรรวมถึงระบบการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4. ขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence Based phase) นำเครื่องมือหรือแผนการดูแลที่ได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามภาคผนวก 2 จนได้รูปแบบการปฏิบัติที่มีความเหมาะสม ไปประกาศใช้ในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ

ในหน่วยงาน องค์กร เพื่อให้ได้รูปแบบของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด และพัฒนาให้เกิดความยั่งยืน โดยมีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1. นำเสนอแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง (ตามภาคผนวก 2) ที่พัฒนาสมบูรณ์แล้วต่อผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้าหอผู้ป่วย บุคลากรห้องผ่าตัดและทีมสหสาขากลุ่มงานศัลยกรรม (Patient care team: PCT)

2. การให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับแผนการดูแลที่พัฒนาขึ้น ทั้งในด้านการนำไปใช้ และผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ แก่บุคลากรด้านการพยาบาล โดยการจัดประชุมเชิงวิชาการเรื่อง “การจัดการทางการพยาบาล กับการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย”

3. นำเสนอแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ไปใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงานและองค์กร โดยนำเสนอผู้บริหารระดับสูงเพื่อขออนุมัติใช้ เผยแพร่และผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและประกาศใช้นอกจากนี้แนะนำให้แผนนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยรายอื่นๆ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเหมาะสมกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ของ ชูชีพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาจากสิ่งที่มากระตุ้นจากการปฏิบัติงานและการค้นคว้าจากแหล่งความรู้ พบว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของหน่วยงานยังไม่เป็นระบบเท่าที่ควร การทำงานของบุคลากรแต่ละหน่วยที่ให้บริการมีการทำงานที่มีความซ้ำซ้อนกัน เพิ่มภาระงานในส่วนที่ไม่จำเป็น อาจทำให้ ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมหรือไม่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออัตราความพึงพอใจที่ลดลงของผู้ป่วยและญาติ ขั้นตอนที่ 2 เป็นการพัฒนาแผนการดูแล จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 27 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิเคราะห์แบบเมตา (จากงานวิจัยเชิงทดลอง) 2 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลอง 2 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 5 เรื่อง งานวิจัยเชิงสำรวจ 6 เรื่อง Case control study 1 เรื่อง การวิจัยที่ศึกษาติดตามไปข้างหน้า 1 เรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ 1 เรื่อง การทบทวนวรรณกรรม 2 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย 2 เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบ 4 เรื่อง และแนวปฏิบัติการพยาบาล 1 เรื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การสืบค้นวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ การประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ผลการสังเคราะห์และสร้างแผนการดูแล ประกอบด้วย การกำหนดกิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลและ/หรือทีมสหสาขา ต้องกระทำในแต่ละวันหรือแต่ละช่วงเวลา ประกอบด้วย การประเมิน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การปรึกษา การสอน การดูแล ยาตามแผนการรักษา โภชนาการ การดูแลสายสวนและท่อระบาย ระบบขับถ่าย/ระบาย กิจกรรมการดูแลตนเอง ไปจนถึงการวางแผนจำหน่าย และมีการบันทึกความแปรปรวนที่ทำให้แผนการดูแลไม่สามารถดำเนินไปตามเป้าหมายที่คาดหวัง แผนการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด รวมไปถึงการวางแผนการจำหน่าย โดยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลประมาณ 11 วัน ผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิรวม 6 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม วิทยุวิทยุ แพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาศัลยศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดและโภชนาการ นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงแผนการดูแลให้มีถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น จากนั้นนำไปทดลอง

ปฏิบัติเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยการศึกษากรณี ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนปลายและมะเร็งลำไส้ตรง จำนวน 2 ราย ในระหว่างการศึกษา พยคร. 686 ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยวิกฤต 2 ณ ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเบี่ยงเบนที่ต่างไปจากแผนการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น (ตามภาคผนวก 3) ประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนและดำเนินการปรับปรุงแผนการดูแลให้มีความเหมาะสมที่สุดและวางแผนนำไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน โดยขั้นตอนที่ 4 ผู้ศึกษาไม่ได้ดำเนินการ แต่ได้มีการวางแผนที่จะดำเนินการในโอกาสต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาล ที่ยังขาดความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถใช้แผนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. นำเสนอแผนการดูแลต่อทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ วิทยุณิแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแผลและทวารเทียม (E.T. nurse) นักกายภาพบำบัด หรือพยาบาลหน่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมถึงโภชนาการ รับฟังข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น
3. แผนการดูแลควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับบริบทของการให้บริการและความก้าวหน้าทางวิชาการที่เกิดขึ้นใหม่
4. แผนการดูแลควรได้รับการเผยแพร่ไปยังหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็งส่วนภูมิภาคและโรงพยาบาลอื่นในสังกัดกรมการแพทย์ เป็นต้น
5. ควรมีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้แผนการดูแล เช่น การศึกษาเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเทียบกับกลุ่มที่ใช้แผนการดูแล
6. ขยายผลการใช้แผนการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยการบูรณาการให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งระบบทางเดินอาหาร หรือผ่าตัดมะเร็งของอวัยวะในช่องท้องอื่นๆ เป็นต้น

การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียม
ทางหน้าท้อง

เปรมฤดี บุญภัทรานนท์ 4836903 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: อุษาวดี อัครวิเศษ, Ph.D. (Nursing)
กัญญา ออประเสริฐ, วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรงที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการตายในอันดับชาติ
จากสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอุบัติการณ์
โรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ คิดเป็นร้อยละ 63.9 68.4 73.3 78.9 และ 81.3 ตามลำดับ
(สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข, 2543-2547) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
และลำไส้ตรง เป็นโรคที่พบบ่อยในโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร จากข้อมูลทะเบียนมะเร็ง
ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบอุบัติการณ์ 232 ราย นับเป็นอันดับ 3 ทั้งเพศชายและเพศหญิง
(Attasara, P., 2005) ช่วงอายุเฉลี่ยของทั้งสองเพศ 50 ปีขึ้นไป แต่ในปัจจุบันมีอุบัติการณ์ในช่วง
อายุ ก่อน 20 ปีบ้างเช่นกัน และ จากข้อมูล Hospital base ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ปี พ.ศ. 2548- 2549
พบอุบัติการณ์ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นอันดับที่ 4 ในทั้งสองเพศ ในจำนวนนี้เข้า
รักษาด้วยการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 11.30 และ 15.06 ของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดทั้งหมด
ตามลำดับ

การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยต้องพยายาม
ตัดส่วนที่เป็นมะเร็งออกให้หมด รวมถึงป้องกันการกระจายของมะเร็ง (ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์,
2547) การผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของ
โรค ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้อง

ได้รับการรักษาร่วม ได้แก่ การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด (ปริญา ทวีชัยการ, 2549) ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค คือ ระยะที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ แม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จะมาพบแพทย์ ในระยะที่มีการลุกลามของโรคแล้ว การผ่าตัดก็ยังมีบทบาทช่วยแก้ปัญหาในเรื่องการอุดตันหรือมีเลือดออก (ครินทร์ โล่สุวรรณ, 2545)

การผ่าตัดบริเวณลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก เนื่องจากเชื้อแบคทีเรียที่อยู่ในลำไส้ ที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายและลักษณะทางกายวิภาคที่มีเส้นเลือด เส้นประสาทมาเลี้ยงมาก รวมทั้งความแคบของช่องเชิงกราน ทำให้การผ่าตัดทำได้ยาก (ปริญา ทวีชัยการ และสมพล อนันต์น้ำเจริญ, 2546) สำหรับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงส่วนเรคตัม ที่ต้องมีการทำทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy) เพื่อเป็นทางระบายออกของอุจจาระแทนทวารหนัก การที่ผู้ป่วยจะสามารถยอมรับสภาพและมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ไม่ได้เกิดขึ้นเพราะโชคหรือความบังเอิญ แต่ต้องอาศัยการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพและสังคม ในการปรับประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี เป้าหมายหลักที่จะนำไปสู่การฟื้นฟูในผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือการลดภาวะเครียด ประคับประคองหน้าที่การทำงานของระบบพหิรฐีรวิทยา และลดความพิการภายหลังการผ่าตัด ดังนั้นการดูแลจะต้องเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อยอมรับสภาพของตนเองหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำและประคับประคอง ให้กำลังใจผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือที่ดี ในการรักษาพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดและลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาล (ประทีน ไชยศรี, 2545) การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงให้ได้ผลดี ต้องเป็นการรักษาร่วมจากสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย การผ่าตัด การรักษาพยาบาล การดูแลให้ยาเคมีบำบัดและการให้รังสีรักษา โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย (ปริญา ทวีชัยการ, 2549)

จากผลการศึกษาที่ Northwest hospital ใน Seattle โดยการใช้แผนการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขา ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ พบว่าในกลุ่มที่ใช้แผนการดูแลมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นกว่า กลุ่มที่ไม่ได้ใช้แผนการดูแล (5.5 ต่อ 8.2 วันรวมวันผ่าตัด) ค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่า (12,672 ต่อ 16,650 ดอลลาร์) เริ่มรับประทานอาหารได้เร็วกว่า (3.5 ต่อ 4.4 วัน) สามารถจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่า และอัตราความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้แผนการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ (Melbert., & et.al, 2002) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ Massachusetts General Hospital พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ที่เข้ารับการผ่าตัดและใช้แผนการดูแล มีจำนวนวันนอนและต้นทุนการรักษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้ใช้แผนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีจำนวนวันนอน 3.7 ± 1.5 วัน ต่อ 6.6 ± 3.3 วัน ต้นทุนในการรักษา

7,070 $\pm$ 3,670 ต่อ 9,310 $\pm$ 5,170 ดอลลาร์ อัตราการมารับการกลับมารับการรักษาซ้ำน้อยกว่า (Stephen., & Berger, 2003)

ดังนั้นการมีแผนการดูแลที่เกิดจากการจัดทำร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละคนในทีมสุขภาพ ค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกัน จากนั้นมีการบันทึกปัจจัยที่มีผลทำให้แผนการดูแลไม่สามารถดำเนินไปได้ เพื่อนำไปประกอบในการปรับปรุง แผนการดูแลให้มีความเหมาะสม และใช้เป็นข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายที่จำเป็น (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2545) จะส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่องครอบคลุมมีประสิทธิภาพเป็นไปในแนวทางเดียวกัน (รัชนี สุจินทรรัตน์, 2545) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดและครอบครัวย สามารถดูแลตนเองในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ (กันยา ออประเสริฐ, 2540)

แผนการดูแล (clinical pathway) ที่สร้างขึ้นจะมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆที่พยาบาลและ/หรือทีมสหสาขาต้องกระทำในแต่ละวันหรือแต่ละช่วงเวลา ผู้ใช้นำแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นำมาผสมผสานกับประสบการณ์ในการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับความเป็นปัจเจกบุคคล (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2545) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้โดยมีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานงานกำกับติดตามช่วยเหลือ ให้สมาชิกในทีมสหสาขาสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมที่เป็นบทบาทหน้าที่ของตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อจำนวนวันเวลาดนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายและค่าใช้จ่ายตลอดจนค่ารักษาพยาบาลที่ลดลงได้ (รัชนี สุจินทรรัตน์, 2545; Melbert, et al, 2002)

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้ศึกษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ศูนย์มะเร็งลพบุรี ซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพในระดับตติยภูมิ มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 12 จังหวัด พบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของหน่วยงานยังไม่เป็นระบบ การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการดูแลแบบแยกส่วน โดยแต่ละหน่วยจะมีการวางแผนการดูแลของตนเอง อาทิ พยาบาลวิสัญญี มีการเยี่ยมประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ในการให้ยาระงับความรู้สึก พยาบาลห้องผ่าตัดมีการเยี่ยมประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ สำหรับการผ่าตัด ซึ่งพบว่าข้อมูลบางส่วนอาจใช้ร่วมกันได้ อีกทั้งความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เช่น การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด การดำเนินชีวิตประจำวัน การเลือกรับประทานอาหาร รวมถึงหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตราย ความสำคัญของการรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ยังอาจได้รับไม่ครอบคลุม ส่งผลต่อความพึงพอใจที่ลดลงของผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้การ

ทำงานของบุคลากรแต่ละหน่วยที่ให้บริการมีการทำงานที่มีความซ้ำซ้อนกัน ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม เนื่องจากคาดการณ์ว่าหน่วยอื่นได้ให้ข้อมูลแล้ว ผู้ศึกษาจึงมีความเห็นว่า การใช้แผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยความร่วมมือของแพทย์ พยาบาลและ/หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้เกิดการดูแลที่ให้ผลสูงสุดต่อผู้ป่วย เป็นระบบ มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง ได้มาตรฐาน เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วย ญาติและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาครั้งนี้ จะทำการศึกษาข้อมูลจากหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ต่างๆ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นไปได้ เพื่อจัดทำแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

วิธีการดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาได้เลือกรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice model: Spiral model) ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนในการทำงาน เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการที่ชัดเจน ครอบคลุม มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ ให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เน้นการแก้ไขปัญหาทางคลินิกให้กับผู้ป่วย ขั้นตอนในการพัฒนาจะมีความสัมพันธ์กันทั้งในกระบวนการคิดและสังเคราะห์ รวมทั้งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนวิธีการปฏิบัติพยาบาลทุกขั้นตอนสามารถที่จะมีการพัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่สุดและต่อเนื่องสำหรับผู้ให้บริการซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. ขั้นตอนการค้นหาค้นหาปัญหา

1.1 จากการปฏิบัติงาน โดยการค้นหาค้นหาจากข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์การทำงาน และจากการขึ้นสังเกตการณ์ในหน่วยงาน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มารับบริการผ่าตัด มักพบปัญหา กลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยเฉพาะภาพลักษณ์ที่อาจเปลี่ยนไป จากการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง การถูกแยกจากบุคคลในครอบครัว การขาดการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจ การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นแบบแยกส่วน การทำงานของบุคลากรแต่ละหน่วยที่ให้บริการมีการทำงานที่มีความซ้ำซ้อนกัน เพิ่มภาระงานในส่วนที่ไม่จำเป็น การขาดระบบการส่งต่อที่สมบูรณ์จากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วย

อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม เนื่องจากคาดการณ์ว่าหน่วยอื่นได้ให้ข้อมูลแล้ว อาจส่งผลต่ออัตราความพึงพอใจที่ลดลงของผู้ป่วยและญาติ

1.2 จากแหล่งความรู้ โดยการศึกษาค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้แก่ งานวิจัย บทความและความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญต่างๆ

สรุปประเด็นจากการวิเคราะห์ปัญหา

สรุปการวิเคราะห์ปัญหาทั้งจากการปฏิบัติงานและแหล่งความรู้ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง มีปัญหา ดังนี้

1. ผู้ป่วยผ่าตัดมีโอกาสเกิดความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากระยะเวลาในการรอก่อนเข้ารับการผ่าตัด ขาดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรประจำห้องผ่าตัด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจในเหตุผลของความล่าช้าในการรักษา การเลื่อนผ่าตัด ตลอดจนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ไม่ถูกต้อง

2. ความเสี่ยงจากการพลัดตก จากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

3. ความเสี่ยงต่อการได้อุบัติเหตุจากการจัดทำเพื่อทำผ่าตัด เช่น การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เส้นประสาท การหลุดเลื่อนของปุ่มกระดูหรือการเกิดปลายเท้าตกภายหลังผ่าตัด

4. ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด จากอุณหภูมิร่างกายต่ำ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การตกค้างของผ้าซับโลหิตและเครื่องมือ การเกิดรอยไหม้ที่ผิวหนังจากการติดแผ่นสื่อน้ำยาหรือสารเคมีที่ใช้ในขณะผ่าตัด

5. ความเสี่ยงต่อการได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง ระหว่างห้องผ่าตัดสู่ห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วย

6. อาจมีการทำงานที่ซ้ำซ้อนหรือขาดความต่อเนื่องของบุคลากรแต่ละสาขา เช่น พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล

ภาวะเสี่ยงเหล่านี้ เป็นปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ซึ่งสาเหตุของปัญหาเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามระเบียบวิธีปฏิบัติ และขาดความตระหนักในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค การลุกลามของโรค การผ่าตัด การฟื้นฟู แผนการรักษาต่อเนื่อง ความล่าช้าในการรักษาและการปฏิเสธการรักษา การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด น่าจะเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าว และเป็นแนวทางในการดูแลที่เป็นระบบ ครอบคลุม และผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด โดยความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

เป็นการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการพัฒนาแผนการดูแล โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตและทิศทางความต้องการในการสืบค้นหาข้อมูล เพื่อให้ได้วรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และสร้างเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

โดยกำหนดขอบเขตและเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1. ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ/หรือลำไส้ตรงที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง ศึกษาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง ที่อยู่ในขอบเขตของบุคลากรในทีมสหสาขาสามารถทำได้

2. เป็นงานในรูปแบบ Research study, Systematic review, report of expert's opinion ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1995 – 2007 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ฐานข้อมูลและคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น

2.1 สืบค้นฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ฐานข้อมูล OVID, Blackwell, CINAHL และ Science direct

2.2 คำสำคัญ ในการสืบค้น Clinical pathways, Critical pathways, Colon surgery, Colon cancer, Rectal cancer, Rectal surgery, Colorectal cancer, Colostomy, A-P resection, Peri operative nursing, Nursing care, Length of stay (LOS) และ Cost

2.3 การสืบค้นด้วยมือจากวารสารในประเทศ วารสารต่างประเทศและวิทยานิพนธ์จากขั้นตอนการสืบค้นสามารถคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้การประเมินคุณภาพรายงานการวิจัย ตามแบบของ Melnyk & Fineout-Overholt., (2005)

3. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปใช้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) ประกอบด้วย ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) การมีความหมายในเชิงศาสตร์ (Scientific merit) และ แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation potential)

ผลการศึกษา

จากการสืบค้นพบงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจำนวน ทั้งหมด 27 เรื่อง ได้ข้อสรุปของการแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆที่พยาบาลและ/หรือทีมสหสาขา ซึ่งประกอบด้วย

ศัลยแพทย์ วิทยุณิแพทย์ อายุรแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบหัวใจและหลอดเลือด (ถ้ามี) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบต่อมไร้ท่อ (ถ้ามี) Enterostomal therapist หรือ E.T. nurse (ถ้ามี) นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด (ถ้ามี) และบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ต้องกระทำในแต่ละวันหรือแต่ละช่วงเวลา กิจกรรมประกอบด้วย การประเมิน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การปรึกษา การสอน การดูแล ยาตามแผนการรักษา โภชนาการ การดูแลสายสวนและท่อระบาย ระบบขับถ่าย/ระบาย กิจกรรมการดูแลตนเอง ไปจนถึงการวางแผนจำหน่าย และมีการบันทึกความแปรปรวนที่ทำให้แผนการดูแลไม่สามารถดำเนินไปตามเป้าหมายที่คาดหวัง ผลจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้นำมาสร้างแผนการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด รวมไปถึงการวางแผนการจำหน่าย โดยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลทั้งสิ้น ประมาณ 11 วัน ผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิรวม 6 ท่าน นำไปทดลองปฏิบัติเพื่อประเมินความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้ โดยการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง จำนวน 2 ราย ในระหว่างการศึกษาวิชา พยคร. 686 ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ใหญ่ ที่เจ็บป่วยวิกฤต 2 ณ. ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเบี่ยงเบนที่ต่างไปจากแผนการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ประเมินความคุ้มค่า คุ้มทุนและดำเนินการปรับปรุงแผนการดูแลให้มีความเหมาะสมที่สุด โดยได้ข้อสรุปของแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การดูแลในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด จำนวน 15 เรื่อง ได้แก่ แผนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูลอย่างถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับการผ่าตัด การรักษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล สภาพหลังผ่าตัด รวมถึงสภาพแวดล้อมจริงของห้องผ่าตัด ที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา การดูแลแผลผ่าตัด การพักผ่อน การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายในเรื่องการหายใจแบบลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารแขน ขา การลุกเคลื่อนไหวโดยเร็วหลังผ่าตัด รวมถึงการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการผ่าตัด ได้แก่ อายุ สภาพของหัวใจและหลอดเลือด สมรรถภาพของปอด ไต ตับ ภาวะโภชนาการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมผิวหนัง การเตรียมลำไส้ การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งงานวิจัยมีทั้งเชิงทดลอง กึ่งทดลอง เชิงสำรวจ เชิงบรรยายรวมถึงการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ และแนวปฏิบัติการพยาบาล

2. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดค่อนข้างน้อย ทำการรวบรวมได้จำนวน 4 เรื่อง

เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ 3 เรื่อง การวิจัยเชิงทดลอง 1 เรื่อง เนื้อหาประกอบด้วย การประเมินความพร้อมของการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย การผ่าตัดและตำแหน่งผ่าตัด การจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นที่น่าพอใจ เช่น ไม่วุ่นวาย มีความเป็นส่วนตัว ขณะรอผ่าตัด มีการเสนอหนังสือฟังเพลงหรืออื่นๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย บุคลากรให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติ ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมในขณะที่เข้ารับการผ่าตัด โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเฉพาะบุคคลดูแลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของอวัยวะต่างๆ จากการผ่าตัด ป้องกันอุบัติเหตุจากการจัดทำเพื่อทำผ่าตัด หรือการตกค้างของผ้าซับโลหิตและเครื่องมือผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด เช่น เลือดออก ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด รวมถึงแบบแผนการให้ยาระงับความรู้สึกที่นิยมใช้ในระยะเวลาผ่าตัดของวิสัญญีแพทย์

3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด จำนวน 10 เรื่อง ประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง การผ่าตัดช่องท้อง การนำแผนการดูแลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระบบมีความครอบคลุมต่อเนื่องและใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มีการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ ในช่วง 72 ชม. แรกหลังการผ่าตัด และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ภาวะความไม่สมดุลของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจ รวมถึงความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดและดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย โดยเฉพาะขณะเคลื่อนไหวแนะนำให้ใช้มือหรือจัดหาอุปกรณ์ช่วยพยุงแผล แนะนำให้ญาติมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยจนกระทั่งก่อนจำหน่าย มีการนำรูปแบบการสนับสนุนทางสังคม และคู่มือปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีลำไส้ใหญ่เปิดทางหน้าท้อง เพื่อช่วยส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ในผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงานให้ดียิ่งขึ้น พร้อมแจกเอกสารและคู่มือการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด รวมถึงการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลและการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานจากข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังกล่าวได้ข้อสรุปของแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ดังแสดงในภาคผนวก ข

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้

โดยนำแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่พัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม วิสัญญีแพทย์ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ พยาบาลผู้

ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาศัลยศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารในระยะผ่าตัด โภชนาการ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะวางแผนนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมาไปทดลองใช้ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน ปรับปรุงแก้ไขจนได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน

โดยการวางแผนนำแผนการดูแลที่ได้มีการปรับปรุงแก้ไข จนได้รูปแบบการปฏิบัติที่มีความเหมาะสม ไปประกาศใช้ในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในหน่วยงาน องค์กร เพื่อให้ได้รูปแบบของแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมที่สุด และพัฒนาให้เกิดความยั่งยืน

ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดที่กำหนดจนถึงขั้นตอนที่ 3 โดยได้ทดลองนำแผนการดูแลที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย จำนวน 2 ราย เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ในระหว่างการศึกษาวิชา พยคร. 686 ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยวิกฤต2 ระยะเวลาในการศึกษาประมาณ 16 สัปดาห์ และขั้นตอนที่ 4 ผู้ศึกษาไม่ได้ดำเนินการ แต่ได้มีการวางแผนที่จะดำเนินการในโอกาสต่อไป

สรุป

อุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยการผ่าตัด ต้องพยายามตัดส่วนที่เป็นมะเร็งออกให้หมด รวมถึงป้องกันการกระจายของมะเร็ง (ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์, 2547) การผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค รวมถึงพิจารณาความจำเป็นของการให้การรักษาร่วม ได้แก่ การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัดและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ได้อย่างปกติสุขภายในระยะเวลาที่เหมาะสม การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องประสบและสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามหรือระบายความทุกข์หรือกังวลใจ เป็นโอกาสขยายบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในรูปแบบเชิงรุก พยาบาลมีสิทธิโดยชอบธรรมในการปฏิบัติโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย จากหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ อาจรวกวนการปฏิบัติเดิม แต่วิธีการไม่ยุ่งยาก สามารถนำไปใช้เพื่อสร้างความตระหนักในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยล่วงหน้า ที่วางไว้ตลอดการดูแล ตั้งแต่การประเมินที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม และเพียงพอกับสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ จัดให้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่มารับการผ่าตัด การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ ดนตรีบำบัด การสัมผัส การใช้กระบวนการกลุ่ม

สัมพันธ์ และการใช้การดูแลแบบหลายวิธีร่วมกัน แล้วแต่จะปรับตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ การให้การดูแลรักษาอย่างเต็มศักยภาพของบุคลากรแต่ละสาขา รวมถึงการวางแผนเพื่อการจำหน่าย ร่วมกับผู้ป่วยและญาติและแหล่งสนับสนุนอื่นๆ มีการประเมินผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจและคุณภาพการดูแล เช่น ควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและจำนวนวันนอนให้เป็นไปตามเกณฑ์สากลหรือที่ควรจะเป็นทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วยและผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน เป็นระบบ มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ข้อเสนอแนะ

การนำแผนการดูแลผู้ป่วยระยะเร่งด่วนสำคัญและสำคัญตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้องไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดนั้น ควรนำเสนอแผนการดูแลต่อทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รับฟังข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม นอกจากนี้ ควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับบริบทของการให้บริการและความก้าวหน้าทางวิชาการที่เกิดขึ้นใหม่ มีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์ เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้แผนการดูแล เช่น การศึกษาเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเทียบกับกลุ่มที่ใช้แผนการดูแล ขยายผลการใช้แผนการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยการบูรณาการให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งระบบทางเดินอาหาร หรือผ่าตัดมะเร็งของอวัยวะในช่องท้องอื่นๆ เป็นต้น

THE DEVELOPMENT OF CLINICAL PATHWAY FOR COLORECTAL
CANCER PATIENTS WHO RECEIVED ABDOMINAL SURGERY WITH
COLOSTOMY

PREMRUEDEE BOONPHATTRANON 4836903 NSAN/ M

M.N.S (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISOR: USAVADEE ASDORNWISED, Ph.D.

(Nursing) MS., KUNYA AUPRASERT, M.S. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Cancer is a major cause of death and health care problem as proposed by The ministry of public health, Thailand. The incident rate tends to increase each year, average 63.9, 68.4, 73.3, 78.9 and 81.3, respectively.(Ministry of public health, 2004) Colorectal cancer is the most common cancer disease of the digestive system. From National Cancer Institute, data there are 232 cases of colorectal cancer which is the 3rd cause of cancer for both male and female (Attasara, P., 2005) with average age over 50 years old. At present, colorectal cancer also occur with persons less than 20 years old. From Hospital base Lopburi Cancer Center, between 2005 to 2006 findings indicated that incident rate of Colorectal Cancer is the 4th both male and female cause 11.30% and 15.06% of Colorectal Cancer patients received the surgery. Lopburi Cancer Center between 2005 to 2006 findings indicated that 11.30% and 15.06% of colorectal cancer patients received the surgery (Lopburi Cancer Center, 2007).

The principle treatment to diagnose and treat for cancer is remove all tumor mass in order to prevent cancer spreading (Jivapaisarnpong, 2004). The efficient surgical treatment will reduce complication and disease recurrence. The cancer patients can return to their life- style and social activities. Some case need to receive the chemotherapy and radiation therapy. The prognosis of cancer patients with depend on the time of treatment. However, the surgery in cancer patients with metastasis will

solve the problems such as bowel obstruction or bleeding per rectum (Losuwan, 2545). Even colorectal cancer patient in advance stage of disease visit to the doctor, surgery is still helping to release obstruction or bleeding.

Colorectal surgery can cause more complication because of bacteria lodging in the intestine easily susceptible to infectious together with blood vessels and nerve fibers. Also, narrow pelvis made it rather difficult to operate (Taweechaikarn and Anannumcharoen, 2003). As for colorectal surgery with colostomy to dispel excrete instead of through rectum. When the patient accepts his condition to go on living happily, it is not by luck or chance, but rather the caring between patients, families, health care team and society. Therefore, factors to support the patient to alive with quality of life as promoting post operative recovery , maintain physiological system and reduce post operative co- morbidity. Therefore, caring must be done from starting of hospital admission to prepare patient in physical and psychological to accept own post operative condition. By providing patients with educate and support, the patient is willing to cooperate with the treatment. It should help to reduce complication after the surgery and length of hospital staying (Chaisri, 2002). Curing colorectal cancer treatment collaborative from multidisciplinary team consisted of surgery, caring, radiation therapy and chemotherapy designed on patient condition (Taweechaikarn ,2006).

Findings from the study at Northwest hospital in Seattle, the clinical pathway uses for patients undergoing elective abdominal colon or rectum surgery by multidisplinary team had hospital length of stay shorter than usual care (5.5 vs. 8.2 days, including the day of surgery). The average hospital charge were less (\$ 12,672 vs. \$ 16,650) (Melbert., & et.al, 2002) which is similar to the study of Stephen and team who found that mean total length of stay, cost and rehospitalization were less in the colorectal cancer patients receiving surgery with clinical pathway use (3.7 ± 1.5 days) when comparing to the group without pathway use (6.6 ± 3.3 days). The averaged cost per patient with readmission cost added, was \$ $9,310 \pm 5,170$ in the usual care group and \$ $7,070 \pm 3,670$ in the clinical pathway group ($P = .002$) (Stephen & Berger, 2003).

Therefore, clinical pathway require a coordinated effort from physicians, nurses, and ancillary hospital staffs who participated in caring for colorectal cancer surgery patients. It also cooperate multidisciplinary team in problems searching and plan problems-solving for an individual patient. In addition, factors affecting

variances need to be recorded and used to improve the suitable clinical pathway and cost (Asdornwised, 2002). Clinical pathway also promotes continuous nursing care which is efficient (Sujijantararat, 2002). The promotion of self-care for patients and families during pre, peri and post surgery will help them to get wellness including physiological, psychological, and spiritual ghosts.

Clinical pathways includes various activities that nurses and/or multidiscipline team must follow daily or each time span. These multidisciplinary team apply holistic care concept through patient-center care integrating their experiences in clinical decision making to develop clinical pathway appropriated with individual identity (Pinyopasakul, 2002). The purpose of clinical pathway is to receive good expected outcomes for patients as required by coordinating and helping each health professional perform their roles effectively and reduce hospital length of stay as well as the better insurance company payment and reducing organizations hospital charges (Sujijantararat, 2002; Melbert, et al., 2002).

From work experiences, as an operating room nurse at the operating theater, Lopburi Cancer Center, the tertiary health care service which is responsible for cancer treatment for 12 provinces, indicating that colorectal cancer patients do not receive the complete care. Most patients receive care partly and each unit created their own plan. For example, anesthetist visits a patient to assess the readiness for anesthesia. Peri operative nurse assesses and prepares patients, equipment and coordinating with the team for surgery. Some information can be shared. In addition, patients should be reviewed discharge plan such as, pre and post operative self care, education for surgical wound, care daily living activities, food, medication, appointment, public health service center care and self-practice in emergency. The information which may reduce satisfaction among patients and their families. Furthermore, each working unit providing services may overlap work while some patients may not receive proper care from assuming that other unit had already provided data. Then clinical pathway should be planned for colorectal cancer patient who received abdominal surgery with colostomy with doctors' coordination, nurses and ancillary hospital staffs related to system caring for patients, with extensive standard coverage to coverage satisfaction among patients, relatives and associate personnel.

In this study, evidence based was searched for the study with expert advice including evaluation of quality, syntheses for feasibility and health professional valid for its content to develop clinical pathway for colorectal cancer patients who received abdominal surgery with colostomy.

Purpose of the study

To develop a clinical pathway for colorectal cancer patients who received abdominal surgery with colostomy.

Research Methodology

The development of a clinical pathway for colorectal cancer patients with colostomy is based on evidence-based practices model proposed by Soukup (2000) as a conceptual framework for this study. This model is utilized because this model describes clearly patterns and process which guides efficient practice and continuity of development which emphasized on clinical problem-solving for patients. Steps for development are interrelated in the analysis and syntheses processes, including the use of evidence based practice to support every steps of nursing care that lead to further improvement for the best practice and continuous care for clients. The four steps include as follow:

Step 1. Evidence triggered phase includes to phases : practice triggered and knowledge triggered

1.1 Practice triggered : It is the step to identified clinical problem from derived data, work experiences and clinical observation. Findings indicated that colorectal cancer patients who received abdominal surgery usually fear or anxiety with surgery and result of surgery especially body image change from having colostomy, separation from family members, no relationships between patients and operating room nurses/staffs during the waiting time period, fall and missing data patients from history assessment such as, laboratory testing, underlying diseases and psychological assessment for surgery readiness, lacking of patient's transferring system from operating room to recovery room, or in ward. In addition, work overlap among staffs may increase unnecessary burden or some patients may not receive completed care from multidisciplinary team.

1.2 Knowledge triggered: this phase include a review of literature from researches, articles and expert's opinion and other related areas.

Conclusions from problem analysis

Knowledge triggered and practiced triggered problems suggested on the development of clinical pathways for colorectal cancer patients who received abdominal surgery with colostomy as follows:

1. Surgery patients : patients can feel anxious and fear while waiting for surgery resulted from long waiting period before surgery, lacking good relationship between patients and health care provider at operating room.
2. Risk of patient's falling while transfer stretcher.
3. Accidental risk from positional for surgery such as muscle and nerve injuries, dislocated hip joint or foot drop after surgery.
4. Complication during and after the operation from lower body temperature (hypothermia) and infection at the surgical wound, remaining instruments or swab packing, skin burning from cautery, allergic to antiseptic or medicine during the operation.
5. Lack of continuously caring.
6. There are repented works in each unit such as, ward nurses, peri operative nurses and anesthetic nurses.

According to above problem, there are not complying with the regulations and procedures and lacking awareness in such problems, including education to patients and family members about operation, recovery, continuous treatment planning. Problem list from peri operative period have potential to developing clinical pathway for colorectal cancer patients who received abdominal surgery to response to the patient's demand and maximum benefit with complete caring system through the coordination of multidisciplinary team.

Step 2: Evidence supported phase

It is the step to find existing evidences or information related to problem in order to support in developing clinical pathway by defining objective, scope and direction needed to search for data to derive at literature or related researches to analyze syntheses and develop clinical pathway for caring patient.

Defining scope and measure in selecting evidence supported as follows:

1. Studying colorectal cancer patients who received abdominal surgery and use of a clinical pathway for elective colon or rectum resections and then determine whether this led to improvement in measurement outcome by multidisciplinary team.
2. It is designed as research study, systematic review, report of expert's opinion published between 1995-2007 in both local and international journals.

The databases and key words used in the search

- 2.1. Searching through Electronic data: application of OVID, Blackwell, CINAHL and Science direct, etc.
- 2.2. Key words in the search consisted of clinical pathways, critical pathways, colon surgery, colon cancer, rectal cancer, rectal surgery, colorectal cancer, colostomy, A-P resection, peri operative nursing, nursing care, length of stay (LOS) and cost
- 2.3. Information was search manually from local and international journals and thesis which resulted in the selection of evidence based according to the set standard based on quality assessment of Melnyk & Fineout- Overholt., (2005).
3. Assessing the feasibility of research result application based on the concept of Polit & Beck (2004) consisted of clinical relevance, scientific merit and tendency for implementation potential.

Research Findings

In the search for research and evidence based practice, twenty-seven references were summarized as: the clinical pathway for colorectal cancer patients who received abdominal surgery with colostomy. The clinical pathway includes various activities that nurses and/or multidiscipline team such as surgeon, anesthetist, physicians, cardiologist, enterostomal therapist or enterostomal nurses, dietician, physical therapist and ancillary hospital staffs must follow daily or each time span. Clinical pathway supports the sequential care process which includes assessment, laboratory testing, treatment, consult, teaching, caring, medication, nutrition, tube/drain monitoring, elimination, self caring and discharge planning. If an expected outcome has not been met, variance data are reviewed. After the evidence was critically appraised and analyzed, the clinical pathway for colorectal cancer surgery patients during peri operative period and discharge planning were formulated with the average length of stay being eleven days. Six health care professionals evaluated for

feasibility in implementation by studying 2 cases studies of colorectal cancer patients during the study of NSID 686, Advance Adult Nursing Practicum in Critical illness II, at Lopburi Cancer Center. Derived data would be analyzed for deviation different from developed clinical pathway, evaluation of cost benefit ratio and making improvement for the most appropriate clinical pathway from the summary of clinical pathway for colorectal cancer patients who received abdominal surgery with colostomy which divided into 3 phases: pre operative phase, peri operative phase and post operative phase as follows:

1. Pre operative phase

There are fifteen research studies ; one meta analysis, three experimental research studies, two quasi- experimental research studies, two studies protocol, one systematic review, two prospective studies, one cohort study, one descriptive study, one survey and one evidence based practice guideline. During pre operative phase, the studies are pre visit before surgery providing knowledge during operation, related to treatment, operating room environment, activities during pre operation, peri operation and post operation and home care, post surgery condition, pain management, surgical wound care, rest and complication monitoring. In addition the patient needs to practice deep breathing exercise, effective cough and early ambulation. Moreover, the risk during peri operative period for example, age, homodynamic system, capacity of lung, liver and kidney, nutrition, laboratory test, skin and bowel preparation and antibiotic prophylaxis need to be assessed.

2. Peri operative phase

From evidence based practice, findings indicated that there are the research studies during peri operative care for patients under going surgery, but only a few studies in the operating room setting. There are four studies such as, three survey studies and one experimental study. Physical and psychocological preparation, identification of patients, surgical environment preparation. The complementaries' uses such as music, book and others will help to deviate the attention of patients. Health care personals give full confidence about quality of care and perioperative risk prevention for patients and their families.

3. Postoperative phase

There are ten research studies, the details include the assessment of clinical pathway for elective colorectal surgery and abdomen surgery. Clinical pathway is applied

to improve health education and continuous care for surgical patient by multidisciplinary team regarding treatment and expected outcome. Planning for reduce suffering of patients after major surgeries within 72 hours after operation and post operative complication for example, bleeding, unstable of hemodynamic system and lung compliance, electrolyte imbalance, pain evaluation and medication. The patients was monitored treatment and applied social support program and two booklets, one for patients and one for relatives to promote better perception in body image with permanent colostomy among working adult group.

From analysis and syntheses evidence-based data, summarized clinical pathways were developed for colorectal cancer patient who received abdominal surgery with colostomy as being shown in appendix 2.

Step 3: Evidence observed phase

This phase focused on the testing for effectiveness and feasibility of clinical pathway. Six health care professionals are composed of and expert surgeon, nurse instructor, anesthesiologist, advance practice nurse (a specialist for gastrointestinal system, clinical nurse (an expertise in abdominal and gastrointestinal surgery) and nutritionist. The clinical pathway was evaluated for feasibility in implementation and later revised for appropriated use.

Step 4: Evidence Based phase

It is the step to evaluate problem and impact from evidence - support phase and study findings from evidence-observe phase. The outcome is to determine the effectiveness of clinical pathway which derived from the existing supported evidences. The change in practice and the achievement of best practice are also evaluated.

In this study, operational steps were practiced to step 3 by testing developed clinical pathway with 2 patients to find effectiveness and feasibility of implementation during the 16 weeks of the study NSID 686 which dealt with Advance Adult Nursing Practicum in Critical illness and the 4th step, it has not been prepared but plan to implement in the near future.

Summary

The incident rate of colorectal cancer surgery patients is increasing each year. Surgery is a main treatment for this patient group. The main objective is to diagnose and give treatment by removing masses to prevent cancer metastasis. The efficient treatment of surgery will reduce the rates of complication and cancer recurrence. These patients can return to their life style and social activities. Some cases need to receive other treatments such as chemotherapy and/or radiation. During pre-visit period, operating room nurses have their roles to give the patients information related to surgery such as pre-post surgical education. It also includes a chance for patients to ask questions regarding surgery or express their concern. This role will develop quality of nursing care as an extended role of operating room nurses in the service. Nurses have the right to implement clinical pathway for colorectal cancer surgery patients base on evidence based practice via multidisciplinary care team. The use of clinical pathway is different from the usual care in promoting quality of advanced care. A clinical pathway will help to assess patient data correctly and appropriately. The proper information and plan will be provided patients and families. In addition, nursing interventions such as distraction, music therapy, healing touch or social support program to release anxiety during waiting time for surgery for patients and families will be provided. The use of this pathway is ensured that the patients and families receive the completeness of care which promote continuity of care and patient-centered care.

Recommendations

The clinical pathways for colorectal cancer surgery patients should be presented to multidisciplinary team and receive responses in order to develop and update the pathway for clinical uses properly. Moreover, development and continuous improvement should be done to coincide with context of services and advanced knowledge. The outcome research studies need to be implemented to test effectiveness such as length of stay, hospital charge and rate of complications. The clinical pathway should be implemented in other groups of patients after revising or adapting to better suit of contexts of other patient groups such as gastrointestinal cancer surgery and abdominal cancer surgery.

รายการอ้างอิง

- กันยา ออประเสริฐ. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด. ในเรณู อาจาสาลี. (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางห้องผ่าตัด*. (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 14- 40). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กันยา ออประเสริฐ. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึก. ใน เบญจมาศ ปรีชากุลและเบญจวรรณ ชีระเทิดตระกูล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องผ่าตัด*. (หน้า 86-125). กรุงเทพฯ: เอ พี ลิฟวิ่ง จำกัด.
- ครินทร์ โล่ห์สุวรรณ. (2547). Cancer of colon and rectum. ในสุมิตร วงศ์เกียรติจิร วิชัย วาสนศิริ จรัสพงศ์ เกษมมงคลและสุรพงษ์ สุภารักษ์. (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์ทummy* (หน้า 475- 482). กรุงเทพฯ: โฉมิตการพิมพ์.
- ครินทร์ โล่ห์สุวรรณ. (2549). Antibiotic in colorectal surgery. ในประยุทธ์ ศิริวงษ์ สมบุญ เจริญเศรษฐมและปริญญา ทวีชัยการ. (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์* 32. (หน้า 294-301). กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- ดาร์สนี โพธารส. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด*. กรุงเทพฯ: บริษัท พี เพรส จำกัด.
- ชนิด วัชรพุกก์. (2546). Colon and rectum. ในชาญวิทย์ ตันดีพัฒน์และชนิด วัชรพุกก์. (บรรณาธิการ), *ตำราศัลยศาสตร์*. (หน้า 659-680). กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์. (2549). Recurrent colorectal cancer, How to detect and treatment. ในประยุทธ์ ศิริวงษ์ สมบุญ เจริญเศรษฐมและปริญญา ทวีชัยการ. (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์* 32. (หน้า 345-362). กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2540). *การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์.
- นันทา เล็กสวัสดิ์ นฤมล วงศ์ฉวีโรจน์ สุทธิดา พงษ์พันธุ์งามและพิชาณี แสนมโนวงศ์. (2542). *ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่*. งานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และคณะ.
- นุชรี ไล่พันธ์. (2542). *ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ใหญ่ผ่านทางหน้าท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เบญจมาศ ปรีชาคุณและเบญจวรรณ ชีระเทิดตระกูล. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. กรุงเทพฯ: เอ พี ลิฟวิ่ง จำกัด.

ประทีน ไชยศรี. (2544). คู่มือการพยาบาลเรื่อง การเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดเปิดช่องทวารใหม่. กรุงเทพฯ: ดาราวรรณการพิมพ์.

ปริญญา ทวีชัยการ.(2549). แนวเวชปฏิบัติสำหรับ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และเรคตัม. กรุงเทพฯ: เพนทาگون แอดเวอร์ไทซิ่ง จำกัด.

ปริญญา ทวีชัยการและสมพล อนันต์นำเจริญ. (2546). Complication of colon, rectum and anus surgery. ในสุรพงษ์ สุภาพร สมิต วงศ์เกียรติขจร วิชัย วาสนศิริและจรัสพงศ์ เกษมมงคล. *Surgical complications*. (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 204-216). กรุงเทพฯ: โฉมิตการพิมพ์ จำกัด.

ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์. (2547). Lateral node dissection for rectal cancer. ใน จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์ วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา อรุณ โรจนสกุล., *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์* 26 (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 355-381) กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

ศิริอร สีนุ. (2545). การออกแบบระบบการดูแลต่อเนื่อง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เนื่องในโอกาส 60 ปี การศึกษาวิชาการผดุงครรภ์และการพยาบาลหัตถ์ เวช เรื่อง กระบวนทัศน์ใหม่ ในการบริการพยาบาล เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

ศุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย. (2544). *เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ*. พิษณุโลก : หจก. สุรสิทธิ์ กราฟิค.

สุพล จินดาทรัพย์. (2544). *ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา. (2544). การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ณ.ห้องผ่าตัด โครงการจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ. วิทยานิพนธ์โดยทุนอุดหนุนรายได้ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุรศักดิ์ พุฒินิชย์.(2545). การวิเคราะห์เหตุน่าเกี่ยวกับวิธีการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมจิตร หนูเจริญกุล. (2546). แนวคิดปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่.

สมจิตร หนูเจริญกุล. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทย*. เอกสาประชุมเชิงปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. สภาการพยาบาล

สมพร ชินโนรส. (2546). *การพยาบาลทางศัลยศาสตร์* เล่มที่ 3. กรุงเทพฯ: ธนรัชการพิมพ์. ขวดี เกตสัมพันธ์, สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, อัญชญา ท่วมเพิ่มผลและนภาพร อภิรติวจิเสรษฐ์.

(2545). *บูรณาการ การดูแลแผลและออสโตมี*. (ครั้งที่3). กรุงเทพฯ. พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด. รัชณี สุจินทรรัตน์. (2545). ผู้จัดการการดูแล: บทบาทขยายของพยาบาล. ในวันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. *การจัดการทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 19-38). กรุงเทพฯ: นิยมวิทยา.

วงเดือน เอี่ยมสกุล เสาวนิตย์ สมรรคบุตร, อัญชลี บุคตานนท์, กุลนภา บุญมากุล. (2548). *แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.)

วันเพ็ญ พิชิตพรชัยและอุษาวดี อัครวิเศษ. (2545). *การจัดการทางการพยาบาล*. (ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นิยมวิทยา.

วันเพ็ญ พิชิตพรชัยและอุษาวดี อัครวิเศษ. (2546). *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. (ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรุตม์ โล่ห์สุวรรณ. (2549). Complication of ostomy and its management. ในประยุทธ์ ศิริวงษ์ เพชรเกษมสุวรรณและชาญชัย นิมิตรวานิช. (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์* 34. (หน้า 490- 499). กรุงเทพฯ: โฉมิตการพิมพ์ จำกัด.

อุษาวดี อัครวิเศษ. (2547). *ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด* 2. กรุงเทพฯ: นิยมพานิช. อรพรรณ โตสิงห์. (2545). *การจัดการทางการพยาบาล: รูปแบบและวิธีดำเนินการในโรงพยาบาล*. ในวันเพ็ญ พิชิตพรชัยและอุษาวดี อัครวิเศษ. *การจัดการทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2), หน้า 45-68. กรุงเทพฯ: นิยมวิทยา.

อรพรรณ โตสิงห์. (2546). *การดูแลอย่างต่อเนื่องและระบบของพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ*. ในวันเพ็ญ พิชิตพรชัยและอุษาวดี อัครวิเศษ. *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. (ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- Archer, S.B., Burnett, R.J., Flesch, L.V., Hobler, S.C., Bower, R.H., Nussbaum, M.S. (1997). Implementation of clinical pathway decreases length of stay and hospital charges for patients undergoing total colectomy and ileal pouch/ anal anastomosis. *Surgery*, 122(4), 69-705
- Bailey, J., Pevreal, A., Mcvey, L. (2005). Surveying patients as a start to quality improvement in the Surgical suites holding area. *Journal of Nursing care Quality*, 20 (4), 319-326.
- Bradshaw, B.GG., Lui, S.S., Thirlby, R.C. (1998). Standardized perioperative care protocols and reduced length of stay after colon surgery. *Journal : American College Surgeons*. 186(5). 501-506.
- Brunges M.& Evigyn G. (2003). Clinical innovation : Music therapy for reducing surgical anxiety. *AORN journal*, 78(5).
- Chaudhri, S., Brown, L., Hasson, I., & Horgan, A. J. (2005). Preoperative intensive, community based VS traditional stoma education: A Randomized, controlled trial. *Disease of colon and rectum*, The American Society of Colon and Rectal Surgery.
- Craig, J.V., & Smyth, R.L. (2002). *The Eevidence- based practical manual for nurse. Edinburgh*; Churchill Livingstone.
- Danino,A.M., Chahraoui, K., Frachebois, L., Jebrane, A., Moutel, G., Herve, C. (2005). Effect of an information CD ROM on anxiety and knowledge before aesthetic surgery. *British Journal of Plastic Surgery*, 58(3), 379-383.
- Davison R., & Mills. M.E. (2005). Cancer Patient's satisfaction with communication, information and quality of care. *European Journal of Cancer care Quality*, 14, 83- 90.
- Dithapan, W. (2006). *The development of clinical nursing practice guideline for preoperative education to decrease anxiety*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Galalandiuk, S., Rao, M.K., Heino, M.F., Scherm, M.J., & Polk, Jr, H.C. (2004). Mutual reporting of process and outcomes enhances quality outcomes for colon and rectal resections. *Surgery*, 136(4), 833-841.

- Greene, F. L., Bage, D.L., Fleming, I.D. Fritz,A.G., Balch, C.M., Haller, D.G., et.al. (2002). *AJCC staging manual*. (6th ed.) New York: American joint committee on cancer.
- Hannemann, P., Lassen, K., Hausel, J., Nimmo, S., Ljungqvist, O., Nygren, J. (2006). Pattern in current anaesthesiological peri- operative practice for colonic resections: a survey in five northern – European countries. *Acta Anaesthesiol Scand*, 50, 1152-1160
- Hamric A.B., Spross J.A., & Hanson. C.M. (2000). *Advance nursing practice*. (2 nd. ed.) United State of America: W.B. Saunders Company.
- Hooper, V. (2001). Clinical Guideline for the Prevention of Unplanned Perioperative Hypothermia. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 16(5), 305-314.
- Ignatavicius, D.D., & Hausman, K.A. (1995). *Clinical pathways for collaborative practice*. United State of America: W.B. Saunders Company.
- Lee, F.Y., Chu, R., Liu, K.H., Ng, S.M. (2001) Incident of deep vein thrombosis after colorectal surgery in Chinese population. *ANZ Journal of surgery*, 71(11), 637-640
- Leinonen, T., & Leino-Kilpi M. (1999). Reseach in peri-operative care. *Journal of Clinical Nursing*, 8(2), 123-138.
- Lemone, P. & Burke, K.M., (2004). *Clinical handbook for medical- surgical nursing critical thinking in client care*. 3rd. USA: Pearson education.
- Lewis, R.T., (2002). Oral versus systemic antibiotic prophylaxis in elective colon surgery: a randomized study and meta analysis send a message from the 1990s. *Can J. surgery*, 45(3), 173-180.
- Lovejoy, L., Bussey, C., & Sherer A.P.,(1997). The path to a Clinical pathway: Collaborative care for the the patient with an ostomy. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nurses Society*, 24 (4). 200-218.
- Lumdubwong, (2001). *The relationship between the characteristics of information and uncertainty in illness in post- operative colorectal cancer patients during hospitalization*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Melbert, R.B., Kimmin, M.H., Isler, J.T., Billingham, R.P., Lowtan, D., Salvadelano, G., et.al. (2002). Use of a critical pathway for colon resections. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 6(5), 745-752.
- Melynk, B.M., Fineout- Overholt, E. (2005). *Evidence- based practice in Nursing & Healthcare A guide to best practice*. Philadelphia; Lippincott Williams& Wilkins.
- Pearson, S.D., Kleefield, S.F., Soukup, J.K., Cook, E.F., & Lee, T.H. (2001). Critical pathways intervention to reduce length of hospital stay. *The American Journal of Medicine*, 110 (15), 175-180.
- Platell, C., Barwood, N., & Makin, G. (2006). Randomized clinical trial of bowel preparation with a single phosphate enema or polyethylene glycol before elective colorectal surgery. *British journal of surgery*, 93, 427-433.
- Polit, D.F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principle and method*. (7thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prasangsit, C. (2544). *Effect of social support program on improvement of body image perception in adult rectal cancer patients with permanent colostomy*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Renholm, M., Leino-Kilpi, M., Suominen, T. (2002) Critical pathway: A systematic review. *Journal of Nursing Administration*, 32 (4), 196-202.
- Rickard M.J.F.X., Dent, O. F., Sinclair, G., Chapuis, P.H., & Bokey, E.L. (2004). Background and perioperative risk factors for prolonged hospital stay after resection of colorectal cancer. *ANZ J. Surg.* 74, 4-9.
- Rodporm, P. (2004). *Physiological adaptation in patient with colon cancer undergoing surgery*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Roeder, R.A., Geddes, L.A., Corson, N., Pell, C., Otlewski, M. (2005). Heel and calf capillary support pressure in lithotomy positions. *AORN journal* ,81 (4), 821-830.
- Soukup, M., S. (2000). The Center for advanced nursing practice evidence- based practice model: Promotion the scholarship of practice. *Nursing clinics of North America*, 35(2), 301-309.

- Steele, R.J.C. (2005). Colonic cancer. In Phillips, R.K.S (Eds), *Colorectal surgery*. Third edition. (pp. 42-66). Netherlands: Elsevier Limited.
- Stephen, A.E., & Berger, D.L. (2003). Shortened length of stay and hospital cost reduction with implementation of an accelerated clinical care pathway after elective colon resection. *Surgery*, 133(3), 277-282.
- WHO. (2006). *The impact of cancer*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/en/index.html>.
- Xiuyue, Z., (1999). *Effect of instruction on preoperative anxiety among abdominal surgical patient*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Zolciak, A., Bujko, K., Kepka, L., Oledzki, J., Rutkowski, A., & Nowacki, M.P. (2006). Abdominoperineal resection or anterior resection for rectal cancer: patient preference before and after treatment. *Colorectal Disease* 8, 575-580.



ภาคผนวก ก

ตารางสรุปงานวิจัย

ตารางที่ 1 เรื่อง **Preoperative intensive, community based VS traditional stoma education:**

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Chaudhri, S., Brown, L., Hasson, I.,& Horgan, A. J./ (2005) Disease of colon and rectum, The American Society of Colon and Rectal Surgery. การออกแบบวิจัย/ วิจัยเชิงทดลอง (Randomized control trial) แบบสุ่มตัวอย่าง ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 2 เพื่อเปรียบเทียบการดูแลก่อน ผ่าตัดที่เพิ่มเติมจากวิธีปฏิบัติเดิม ด้วยการเชื่อมผู้ป่วยที่บ้าน 2 ครั้ง โดย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านลำไส้ ใหญ่และทวารหนัก(CNS) และมีการ เชื่อมและให้ความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลทวารเทียมหลังผ่าตัด ด้วยการ ดูแลรูปแบบเดิมที่มีการเชื่อมและให้ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม หลังผ่าตัดอย่างเดียว	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับการ ผ่าตัดลำไส้ใหญ่และเรกตัม และมี ทวารเทียมทางหน้าท้องลำไส้ราย elective จำนวน 42 ราย ที่ colorectal Unit Freeman hospital, Newcastle Upon Tyne hospital วิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่างจะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 21 คน โดย กลุ่มทดลอง ได้รับการเชื่อมก่อน ผ่าตัด 2 ครั้ง ที่บ้าน โดยพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านลำไส้ใหญ่และทวาร หนัก(CNS) และได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับถุงรองรับอุจจาระแบบขึ้น เดียว สอนวิธีการจัดเตรียม การเท ถุงอุจจาระ การเปลี่ยนถุง โดยใช้ หุ่นจำลอง ระยะเวลาในการเชื่อม ครั้งละ 45 นาที และได้รับการ ประเมินศักยภาพในการเปลี่ยนถุง รองรับในการเชื่อมครั้งที่สอง กลุ่มควบคุม ได้รับการสอนหลัง การผ่าตัดอย่างเดียว กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จะได้พบ	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2.รูปแบบงานวิจัยเป็นงานวิจัยเชิง ทดลอง (RCT) มีความน่าเชื่อถือ มาก 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะ นำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation) 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะ กลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความ คล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility พยาบาลมีสิทธิ โดยชอบในการปฏิบัติ วิธีอาจ ยุ่งยากในช่วงแรก เนื่องจากต้องมีการ เตรียมและจัดหาอุปกรณ์ เพิ่มเติม รวมถึงจัดทำ CD, Video 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มี โอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่ารูปแบบ เดิม ค่าใช้จ่ายอาจเพิ่มขึ้นในช่วง แรกเนื่องจากการเตรียมและ จัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติม รวมถึงจัดทำ CD, Video แต่เมื่อเทียบตลอดการ รักษาอาจจะลดค่าใช้จ่ายลงกว่าเดิม

ตารางที่ 1 เรื่อง **Preoperative intensive,community based VS traditional stoma education:**
(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์/ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัย/ CNS ~ 1 ชั่วโมง โดยได้รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับทวารเทียมประมาณตำแหน่งของทวารเทียมในวันที่เข้ารับการรักษา (admit) จากนั้นจะได้รับการเยี่ยมและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมหลังผ่าตัดอีกครั้ง ที่หอผู้ป่วยตามรูปแบบปฏิบัติเดิมภายใน 6 สัปดาห์ก่อนการจำหน่าย โดยผู้สอนคือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโดยใช้สไลด์ทบทวนอุปกรณ์ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนถุงรองรับและการดูแลทวารเทียม (stoma) ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายโดยทีมผ่าตัด เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีการฟื้นฟูที่ดี รับประทานอาหารธรรมดาได้ ทวารเทียมทำงานได้ดี และผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง จากนั้นจะได้รับการเยี่ยมต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 3, 4 และ 6 โดย CNS ผลการวิจัย/ การทำงานของ stoma ในกลุ่มทดลองเทียบกับกลุ่มควบคุมเท่ากับ 5.5: 9 วัน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 8: 10 วัน และสามารถจำหน่ายออกจาก	สรุปเพื่อนำไปใช้ การให้ความรู้เกี่ยวกับ stoma ที่มีประสิทธิภาพดี ต้องดำเนินการตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด และให้ความรู้อีกครั้งในช่วงหลังผ่าตัด เป็นระยะๆ ซึ่งการให้ความรู้ต้องมีการฝึกปฏิบัติด้วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และสามารถดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ควรมีการจัดทำสื่อการสอนเพื่อช่วยสร้างความเข้าใจให้มากขึ้น เช่น CD Video รวมถึงการเตรียมอุปกรณ์เพื่อการสาธิตและการฝึกปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย การมี stoma มีผลต่ออัตราการป่วยด้านจิตใจ ซึ่งสามารถบรรเทาได้ โดยการให้ความรู้ก่อนและหลังผ่าตัดรวมถึงการดูแลด้านจิตใจอย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 1 เรื่อง **Preoperative intensive,community based VS traditional stoma education:**
(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์/ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
---	--	--

ผลการวิจัย/

โรงพยาบาลและสามารถฟื้น หาย
ได้เร็วกว่า

- เปรียบเทียบความเครียดและความ
เศร้าซึมในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม
จากแบบสอบถาม HADS ทั้งใน
ระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด
พบว่ากลุ่มทดลองมีความเครียดและ
ความเศร้าซึมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด
และหลังผ่าตัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
ผลคะแนนแบบสอบถามความพึง
พอใจในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม
อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 2 เรื่อง Abdominoperineal resection or anterior resection for rectal cancer: patient preference before and after treatment.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ - Zolciak, A., Bujko, K., Kepka, L., Oledzki, J., Rutkowski, A., & Nowacki, M.P. (2006). - Blackwell 2006, Colorectal Disease 8, 575-580 การออกแบบวิจัย/ Study protocol ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 7 - เพื่อประเมินการยอมรับการรักษา ของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดใน ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนักที่ได้รับการผ่าตัด Abdominoperineal resection (APR) หรือ anterior resection (AR)	กลุ่มตัวอย่าง/ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มก่อนผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนัก ไม่เคยได้รับ การรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีใดๆ มา ก่อน และแพทย์ ตัดสินใจ รักษา ด้วยการผ่าตัด radical surgery 2. กลุ่มหลังผ่าตัด คือผู้ป่วยผู้ป่วยที่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนักและได้รับการ ผ่าตัด APR หรือ AR หายจากโรค ภายหลังการติดตามการรักษาอย่าง น้อย 6 เดือน วิธีวิจัย/ ผู้ป่วยที่เข้ารับการบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอก จะได้ออบแบบสอบถาม ด้วยตนเอง เพื่อรวบรวมข้อมูล พื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ การงาน ชนิดหัตถการ ระยะเวลาผ่าตัด ระยะห่างจาก anal verge ระยะห่างจาก anal verge ถึงบริเวณที่มีการตัดต่อลำไส้จาก การตรวจทางทวารหนัก(DRE) การรักษาที่ได้รับ เช่น การรักษาด้วยเคมีบำบัดและ รังสีรักษา หรือเคมีบำบัดอย่างเดียว	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การศึกษามีความน่าเชื่อถือ เป็น การศึกษาเปรียบเทียบที่กำหนดกลุ่ม ตัวอย่างชัดเจน ตีพิมพ์ในวารสารที่ มีความน่าเชื่อถือ 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation) 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะ กลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความ คล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility พยาบาลมีสิทธิ โดยชอบในการปฏิบัติ โดยมีส่วน ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีม ในการ ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง และมี โอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่ารูป แบบเดิม อาจมีค่าใช้จ่ายอาจเพิ่มขึ้น ในช่วงแรก เนื่องจากการเตรียมและ จัดหาสื่อหรืออุปกรณ์เพิ่มเติม เพื่อให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ กับผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น

ตารางที่ 2 เรื่อง Abdominoperineal resection or anterior resection for rectal cancer: patient preference before and after treatment. (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัย/ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ตำแหน่งของ ก้อนมะเร็งอยู่ต่ำจะได้รับแบบ สอบถาม ผลการวิจัย/ ระยะแรกของการศึกษา : กลุ่มผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีคะแนนการ ยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด AR ร้อยละ 30, APR ร้อยละ 5 และ ตามดุลยพินิจของแพทย์ร้อยละ 65 -ในกลุ่มหลังผ่าตัด APR มี คะแนนการยอมรับการรักษาโดย การผ่าตัด AR ร้อยละ 22, APR ร้อยละ 46 และตามดุลยพินิจของ แพทย์ร้อยละ 32 -ในกลุ่มหลังผ่าตัด AR มีคะแนน การยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด AR ร้อยละ 69 , APR ร้อยละ 4 และตามดุลยพินิจของแพทย์ร้อยละ 28 ผู้ป่วยหลังผ่าตัด AR เลือกประเภท การผ่าตัดที่ตนเองได้รับมากกว่า กลุ่มหลังผ่าตัดAPR ร้อยละ 69:46 ในระยะที่สองของการศึกษา คิด ตามหลังการรักษา 4 ปีจากผู้ป่วย ร้อยละ 60พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัด AR เลือกผ่าตัด AR ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วย	สรุปเพื่อนำไปใช้/ - ผู้ป่วยทุกคนมีความเห็นว่าการมี Colostomy เป็นสิ่งที่ไม่คาดหวัง แต่การศึกษารุ่นนี้ช่วยให้สามารถ เลือกข้อเสนอแนะที่จะให้กับผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ เป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะ ในกลุ่มที่ตำแหน่งของก้อนเนื้องอก อยู่ต่ำ แพทย์ต้องเสนอข้อมูลทั้งด้าน ปัจจัยเสี่ยงและผลที่ได้รับทั้งการ ผ่าตัด AR/ APR และเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจเลือกการ รักษาอีกครั้ง เพื่อให้ได้สิ่งที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพิจารณา การผ่าตัด APR ในด้านบวกอาจ ช่วยลดระดับความเครียดในผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัดหรือทันทีในช่วงหลัง การผ่าตัด

ตารางที่ 2 เรื่อง Abdominoperineal resection or anterior resection for rectal cancer: patient preference before and after treatment. (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
--	--	--

ผลการวิจัย/

ในขณะที่กลุ่มหลังผ่าตัด APR
เลือก APR ร้อยละ 10 ของจำนวน
ผู้ป่วย
ผลที่ได้ชี้ให้เห็นว่าการยอมรับกับ
อาการที่ตามมาหลังการผ่าตัด AR
มากกว่าการยอมรับการผ่าตัด APR
แต่อย่างไรก็ตามครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย
หลังผ่าตัด APR เสนอแนวคิดว่า
ให้พิจารณา ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับ
ใหม่ในด้านบวกว่า เป็น
ประสบการณ์ครั้งหนึ่งในชีวิต

ตารางที่ 3 เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการส่งเสริม การรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มี
 โคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน (Effect of social support program on improvement of body
 image perception in adult rectal cancer patients with permanent colostomy)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Chulaporn prasungsit (2001) - วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล การออกแบบวิจัย/ - การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม คู่ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 2 เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมเพื่อการ ส่งเสริม การรับรู้ภาพลักษณ์ของ ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรใน วัยทำงาน	กลุ่มตัวอย่าง/ คือ ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด abdomino perineal resection (APR) มี โคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาล ราชวิถีโรงพยาบาลวชิระ จำนวน 30 ราย - เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง (rectal cancer) ที่ทำผ่าตัด APR มี โคลอสโตมีย์ชนิดถาวร อายุ ระหว่าง 18-60 ปี มีคะแนน แบบทดสอบการรับรู้ภาพลักษณ์ น้อยกว่า 3 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ รุนแรง เช่น การรั่วทะลุ การอุดตัน ที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไข และมีสมาชิกในครอบครัวให้การ ดูแลใกล้ชิด วิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง ถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย โดย กลุ่มทดลองได้รับการ สนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้าง ขึ้น เป็นการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วย ที่มีลำไส้ใหญ่เปิดทาง	ผลการวิจัย ภายหลังการผ่าตัดวันที่ 1 การรับรู้ ภาพลักษณ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง กลุ่มอยู่ในระดับต่ำ - ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทาง สังคมและการพยาบาลตามปกติมี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาพลักษณ์ สูงขึ้นในวันที่ 6 หลังการผ่าตัดและ 2 สัปดาห์หลังจากกลับบ้าน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ - ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทาง สังคม มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์ สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ ในวันที่ 6 หลังการผ่าตัด และ 2 สัปดาห์หลังจากกลับบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การวิจัยมีความน่าเชื่อถือมาก เพราะรูปแบบงานวิจัยเป็นงานวิจัย กึ่งทดลอง 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะ

ตารางที่ 3 เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการส่งเสริม การรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มี
โคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน (Effect of social support program on improvement of body
image perception in adult rectal cancer patients with permanent colostomy) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์/ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัย/ (ต่อ) หน้าท้องชนิดถาวร มีการรับรู้ ภาพลักษณ์ได้ดีขึ้น โดยมีขั้นตอน คือ ส่วนที่ 1 การเตรียมญาติ ส่วนที่ 2 คือ การสนับสนุนทางสังคม แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การ สนับสนุนด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ ผู้วิจัยติดตาม ประเมินผู้ป่วยถึงความพร้อมทางด้าน ร่างกายและจิตใจทุกวัน จนผู้ป่วย บอกว่า พร้อมที่จะรับการสนับสนุน ด้านต่างๆต่อไป ผู้วิจัยจึงเริ่มให้การ สนับสนุนทางสังคม โดยเมื่อครบ กำหนด (หลังผ่าตัดวันที่ 6) ผู้ป่วยทุก รายได้รับการสนับสนุนทางสังคม ครบถ้วน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล ตามปกติ - ทั้งสองกลุ่ม ได้รับการประเมินการ รับรู้ภาพลักษณ์ในวันที่ 1 วันที่ 6 หลังการผ่าตัด และหลังกลับบ้าน 2 สัปดาห์ - วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ไคว์สแควร์ ค่าเฉลี่ย ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ ความแปรปรวนวัดซ้ำแบบสองทาง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ กลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความ คล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility พยาบาลมีสิทธิโดย ชอบในการปฏิบัติ โดยอาศัยความ ร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาการไม่ ยุ่งยากซับซ้อน 3.3 Cost benefit ratio การนำไปใช้ ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มีโอกาสดีก ประโยชน์ได้มากกว่ารูปแบบเดิม ค่าใช้จ่ายอาจเพิ่มขึ้นในเรื่องการจัดทำ คู่มือปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยที่มีลำไส้ใหญ่เปิดทางหน้าท้อง สรุปเพื่อนำไปใช้/ - นำรูปแบบการสนับสนุนทางสังคม (The social support program) และคู่มือปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและ ญาติผู้ป่วยที่มีลำไส้ใหญ่เปิดทางหน้า ท้อง ไปใช้ในการพัฒนาระบบการ บริการทางการแพทย์ เพื่อช่วย ส่งเสริมการรับรู้ ภาพลักษณ์ในผู้ป่วย ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัย ทำงาน ให้ดียิ่งขึ้นอย่างมี ประสิทธิภาพ

ตารางที่ 4 เรื่อง การปรับตัวด้านสรีรวิทยาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
(Physiological adaptation in patient with colon cancer undergoing surgery)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Phensri Rodporm (2004) - วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล การออกแบบวิจัย/ - การวิจัยเชิงบรรยาย ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 6 เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษา ด้วยการผ่าตัด - เปรียบเทียบการปรับตัวด้าน สรีระของผู้ป่วย ในวันที่ 3 หลัง ผ่าตัดและวันที่จำหน่ายกลับบ้าน - เปรียบเทียบการปรับตัวในผู้ป่วย ที่มีความแตกต่างของ อายุ เพศ รายได้ครอบครัว การศึกษา จำนวนวันนอนภายหลังการ ผ่าตัด ระยะของโรคและ โรคประจำตัว	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 36 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัดเป็นครั้งแรก ณ. โรงพยาบาล ในสังกัดวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติและ โรงพยาบาลศิริราช เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับ การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นครั้งแรก มีอายุ 20 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดีและ สามารถพูดคุยสื่อสารได้ดี จำหน่ายโรงพยาบาลโดยแพทย์ อนุญาต เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่ได้รับ การส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น วิธีวิจัย/ ผู้ป่วยจะได้รับการเก็บข้อมูลจาก แฟ้มประวัติและสัมภาษณ์ข้อมูล ทั่วไป การปรับตัวด้านสรีระ ถูก ประเมิน โดยผู้วิจัยในวันที่ 3 หลัง ผ่าตัดและวันที่จำหน่ายกลับบ้าน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย : 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. การปรับตัวด้านสรีระสร้างโดย ผู้วิจัยภายใต้ Roy adaptation model	ผลการวิจัย/ ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดมี การปรับตัวด้านสรีระโดยรวมดี ใน วันที่ 3 หลังผ่าตัด ซึ่งจะเพิ่มขึ้น เรื่อยๆในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การวิจัยมีความน่าเชื่อถือมาก เพราะรูปแบบงานวิจัยเป็นงานวิจัย เชิงบรรยาย มีเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างชัดเจน 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation) 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะ กลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความ คล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility พยาบาลมีสิทธิ โดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการไม่ ยุ่งยากซับซ้อน สามารถปฏิบัติ ผสมผสานร่วมกับงานประจำได้ เป็นประโยชน์และมีความท้าทายใน การที่จะพัฒนารูปแบบ เพื่อส่งเสริม การปรับตัวด้านสรีระให้กับผู้ป่วย

ตารางที่ 4 เรื่อง การปรับตัวด้านสรีรวิทยาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
(Physiological adaptation in patient with colon cancer undergoing surgery) (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัย/ 5 ด้าน ได้แก่ ออกซิเจน โภชนาการ การจับถ่าย กิจกรรม และการพักผ่อน ข้อคำถามมี 4 ระดับ ผลการวิจัย/ ค่าเฉลี่ยการปรับตัวทางด้านสรีระ สูงสุด คือ ออกซิเจน ต่ำสุด คือ กิจกรรมและการพักผ่อน - เปรียบเทียบการปรับตัวด้านสรีระ ของผู้ป่วยระหว่างวันที่ 3 หลังผ่าตัด และวันที่จำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับตัวแตกต่างกัน ใน เรื่อง ออกซิเจน โภชนาการ การ จับถ่าย กิจกรรมและการพักผ่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$ - วันที่ 3 หลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างที่มี ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ) แตกต่างกัน มีการปรับตัวด้านสรีรวิทยาโดยรวม ไม่แตกต่างกัน มีเพียงรายด้าน คือ ออกซิเจน กิจกรรมและการพักผ่อนที่ แตกต่างกัน - ในวันที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้ กลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะของ โรคแตกต่างกัน มีการปรับตัวด้าน สรีระ โดยรวมแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มี โอกาสเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการรักษา ด้วยการผ่าตัดเป็นครั้งแรก ได้ มากกว่ารูปแบบเดิม สรุปเพื่อนำไปใช้ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการ รักษาด้วยการผ่าตัดเป็นครั้งแรก ซึ่งมี ปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน เช่น อายุ เพศ การศึกษา ส่งผลให้มีความ แตกต่างด้านการปรับตัวด้านสรีระ พบว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านสรีระ โดยรวมดี ในวันที่ 3 หลังผ่าตัดและ จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆในวันที่จำหน่ายกลับ บ้าน ดังนั้นพยาบาลในหน่วย ศัลยกรรม ควรมีการจัดเตรียม แนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อ ป้องกันและจัดการกับปัญหาหลังการ ผ่าตัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการ ปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ และพ้นหาย จากอาการได้เร็วขึ้น ส่งผลต่อ ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลที่ ลดลง และต้นทุนการรักษาที่ลดลง ด้วย หลังผ่าตัดของผู้ป่วย

ตารางที่ 5 เรื่อง The relationship between the characteristics of information and uncertainty in illness in post- operative colorectal cancer patients during hospitalization

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Aporacha Lumdubwong (อภรชา ลำดับวงศ์),(2001) - วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล การออกแบบวิจัย/ - การวิจัยเชิงบรรยาย ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 6 เพื่อศึกษาข้อมูลที่ได้รับ ความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและ ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะ ข้อมูลที่ได้รับและความรู้สึกไม่ แน่นอน ในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ ได้รับการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล การอภิปราย มี 3 ส่วน คือ - ลักษณะของข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง หลัง ผ่าตัดในขณะที่อยู่โรงพยาบาล - ภาวะความไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง ในระหว่างรับการ รักษาในโรงพยาบาล	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ ตรง ที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 77 ราย จากหอผู้ป่วยศัลยกรรม 14 หอ ผู้ป่วย ของโรงพยาบาล 5 แห่งใน กทม. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีคะแนนทดสอบ สถานะทางจิตใจ > 25 คะแนน ได้รับการผ่าตัดครั้งแรก สำหรับ ผู้ป่วยผ่าตัดที่ไม่มี colostomy ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่อง กล้อง colonoscopy sigmoidscope หรือ Barium enema ภายใน 6 เดือน สามารถพูดจา สื่อสารด้วย ภาษาไทยเก็บข้อมูล ตั้งแต่ มี.ค. – ก.ย. 2543 วิธีวิจัย/ ผู้วิจัยทบทวนแบบบันทึกทางการ รักษา (medication record) เพื่อ คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ เหมาะสม สัมภาษณ์ เกี่ยวกับ ลักษณะของข้อมูลที่ได้รับ ซึ่ง ประกอบด้วย การวินิจฉัยขั้นต้น การผ่าตัดและวัตถุประสงค์ของการ ผ่าตัด เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในช่วง ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1.ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การวิจัยมีความน่าเชื่อถือ เป็น รูปแบบงานวิจัยเชิงบรรยาย มีเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะ กลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความ คล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility พยาบาลมีสิทธิ โดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการไม่ ยุ่งยากซับซ้อน มีการจัดหาเอกสาร หรืออุปกรณ์ต่างๆเพื่อประกอบใน การให้ข้อมูล 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง มีโอกาส เกิดประโยชน์ได้มากกว่ารูป แบบเดิม การวางแผนการรักษา ด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาและ การติดตามการรักษาต่อเนื่อง หลัง จำหน่ายจากโรงพยาบาล - การดูแลตนเองที่บ้าน ค่าใช้จ่ายอาจเพิ่มขึ้นในเรื่องการ จัดทำคู่มือ เอกสารหรืออุปกรณ์ ต่างๆ ในการให้ความรู้

ตารางที่ 5 เรื่อง The relationship between the characteristics of information and uncertainty in illness in post- operative colorectal cancer patients during hospitalization (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ระดับ/ วัตถุประสงค์ - ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะ ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับกับความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	วิธีวิจัย/ - อาการข้างเคียง ของการตรวจต่างๆ การวางแผนการรักษา ด้วยเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา การติดตามการรักษา ต่อเนื่องและ การดูแลตนเองที่บ้าน บุคลากรสุขภาพในหน่วยนั้นๆ ให้ ข้อมูลกับผู้ป่วยด้วยวาจาเป็นรายบุคคล ก่อนผ่าตัด ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนลักษณะข้อมูลที่ได้รับ ความรู้สึกละ 44.4 ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้าง ต่ำ ร้อยละ 44.4 ของข้อมูลจำเป็นที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ ทั้งหมด - ข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับ คือ ความผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์ และการคายสาขสวณปัสสาวะ - ข้อมูลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับแต่ไม่มี เหตุการณ์เกิดขึ้น คือ ภาวะแทรกซ้อน จากการสวนแป้งหรือส่องกล้อง - ข้อมูลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับ แต่ มีเหตุการณ์เกิดขึ้น คือ สภาวะหลัง ผ่าตัด เช่น การคายสาขสวณปัสสาวะ การคายสาขระบายน้ำย่อยจากกระเพาะ อาหารและการมีแผลผ่าตัด	สรุปเพื่อนำไปใช้/ การให้ความรู้กับผู้ป่วย ในขณะที่เข้า รับการรักษาหรือการให้ความรู้ อย่างต่อเนื่อง เน้นให้ความสำคัญ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับโรคมะเร็ง มีเทคนิคการ สื่อสาร เพิ่มความตระหนักและเพิ่ม ศักยภาพในการให้ข้อมูลด้านการ ผ่าตัดกับผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรมี การปรึกษาหรือการอภิปราย เกี่ยวกับผู้ป่วยในรายที่สนใจ เพื่อ เป็นประโยชน์ต่อการสร้างความ เข้าใจเกี่ยวกับโรค และแผนการ รักษาที่มากขึ้น พยาบาลในหน่วยผู้ป่วยนอก ต้องมี การเตรียมข้อมูลเพื่อสร้างความ เข้าใจให้กับผู้ป่วยในเรื่องความ เจ็บป่วย ข้อมูลมีความจำเป็นอย่าง น้อยร้อยละ 50 ของข้อมูลที่ได้รับ ทันทีที่ผู้ป่วยได้รับทราบจาก แพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัด เพื่อ เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด - การเสนอการให้ข้อมูลรายกลุ่มใน คืนก่อนวันผ่าตัด ถือว่าเป็น สิ่งจำเป็นเนื่องจากผู้ป่วยมักไม่ เข้าใจ หรือไม่กระจ่าง

ตารางที่ 5 เรื่อง The relationship between the characteristics of information and uncertainty in illness in post- operative colorectal cancer patients during hospitalization (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	ผลการวิจัย - ข้อมูลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจไม่ชัดเจน คือ ข้อมูลเกี่ยวกับ การดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ลักษณะข้อมูลที่ได้รับและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด พบว่ามีความสัมพันธ์ผกผันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.69, p < .001$)	สรุปเพื่อนำไปใช้/ ในข้อมูลที่ได้รับ โดยเฉพาะการดูแลตนเองที่บ้าน การมีคู่มือการดูแลตนเองที่บ้าน การดูแลแผล การรับประทานอาหารและการสังเกตอาการที่อาจแสดงถึงความผิดปกติต่างๆ ล้วนเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้านได้ดี

ตารางที่ 6 เรื่อง Background and perioperative risk factors for prolonged hospital stay after resection or colorectal cancer.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ - Rickard M.J.F.X., Dent, O. F., Sinclair, G., Chapuis, P.H., & Bokey, E.L. (2004) -ANZ J. Surg. 2004; 74: 4-9 การออกแบบวิจัย/ Multiple least square regression ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 4 เพื่อศึกษาปัจจัยอิสระพื้นฐาน และปัจจัยเสี่ยงในระยะผ่าตัดที่ ส่งผลต่อจำนวนวันอยู่ โรงพยาบาลที่นานขึ้นในกลุ่ม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	กลุ่มตัวอย่าง/ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างเดือนมกราคม 2542- กันยายน 2543 จำนวน 1095 ราย ซึ่งการผ่าตัดทั้งหมดทำโดยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรมมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ณ. โรงพยาบาล Concord วิธีวิจัย/ - ทดสอบข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อจำนวน วันนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้นใน กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ ตรงที่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้ Multiple least square regression - ประเมินปัจจัยพื้นฐานก่อนรับเข้า รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่สภาพ ร่างกายของผู้ป่วย อายุ เพศ ประเภท หอยผู้ป่วย พิเศษ/ สามัญ วันในสัปดาห์ ที่รับวันนอนโรงพยาบาล ประวัติการ ผ่าตัดครั้งที่ผ่านมา (ราย elective/ ฉุกเฉิน) ประวัติการสูบบุหรี่ ขนาด ของก้อนเนื้องอกและภาวะโรคร่วม เช่น โรคหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ปอด ไต เบาหวานหรือความดันโลหิต สูงที่แสดงอาการหนึ่งหรือมากกว่า สองอาการ	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1.ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การวิจัยมีความน่าเชื่อถือ 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะ กลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความ คล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility เป็นการศึกษาที่ ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนวัน นอนโรงพยาบาล เพื่อนำมาพัฒนา คุณภาพการให้บริการผู้ป่วย 3.3 Cost benefit ratio มีโอกาส เกิดประโยชน์ได้มากกว่ารูปแบบเดิม ในการสร้างแนวทางใน การวิจัยปฏิบัติหรือแผนการดูแล ใน ระยะก่อนผ่าตัดหรือระยะผ่าตัดที่มี ความสัมพันธ์กับปัจจัยเหล่านี้ ที่จะ ช่วยลดจำนวนวันนอนได้จำหน่าย จากโรงพยาบาล สรุปเพื่อนำไปใช้ ปัจจัยที่อาจ มีผลต่อจำนวนวันนอน ที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยในรายผ่าตัด ด่วนหรือกลุ่มที่จำนวนวันนอนก่อน ผ่าตัด > 5 วัน

ตารางที่ 6 เรื่อง Background and perioperative risk factors for prolonged hospital stay after resection or colorectal cancer.(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัย/ - ประเมินปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด จากความยากง่ายในการหาตำแหน่งของก้อนเนื้องอก เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะผ่าตัด ผลทางพยาธิวิทยา - ปัจจัยในระยะผ่าตัด ได้แก่ จำนวนวันนอนรอเพื่อทำผ่าตัด (เฉพาะรายที่วางแผนไว้ล่วงหน้าเท่านั้น) วันที่ทำผ่าตัดในสัปดาห์นั้นๆ และประสบการณ์ด้านการผ่าตัดของ ศัลยแพทย์ ความแข็งแรงของร่างกายผู้ป่วยโดยประเมินตาม ASA score การเสียเลือด การให้สารน้ำหรือเลือดทดแทน อุบัติเหตุจากการผ่าตัด การเลาะ splenic flexure การมีหรือไม่มี stoma การตัดอวัยวะหรือเนื้อเยื่อออกทั้งหมด ศัลยแพทย์จะเป็นผู้ประเมินตำแหน่งของก้อนเนื้องอก ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะของโรค และการตรวจค้นหาก้อนเนื้องอกที่หลงเหลืออยู่ (residual tumor) หลังผ่าตัด ผลการวิจัย/ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดและไม่มีปัจจัยเสี่ยงมีจำนวนวันนอนหลังผ่าตัด 7.3 วัน ในรายผ่าตัดด่วนหรือ	สรุปเพื่อนำไปใช้/ การให้สารน้ำขณะผ่าตัด การแพร่กระจายของก้อนเนื้องอกไปยังอวัยวะอื่น โรคของระบบหลอดเลือดส่วนปลายหรืออายุ > 75 ปี การผ่าตัดที่ต้องมี stoma โรคของระบบทางเดินหายใจ และมีค่า ASA score >2 มีการเลาะส่วน Splenic flexureหรือได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ปัจจัยเหล่านี้มักมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แต่ปัจจุบันพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมีอุบัติการณ์น้อยลง และไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ และการให้ intervention โดยปกติ ก็ไม่สามารถลดระยะเวลาหลังผ่าตัดได้ ดังนั้น ควรมีการศึกษาทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ เพื่อสร้างวิธีปฏิบัติหรือแผนการดูแล ในระยะก่อนผ่าตัดหรือระยะผ่าตัดที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเหล่านี้ ที่จะช่วยลดจำนวนวันนอนได้

ตารางที่ 6 เรื่อง Background and perioperative risk factors for prolonged hospital stay after resection or colorectal cancer.(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์/ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
---	--	--

ผลการวิจัย/

กลุ่มที่จำนวนวันนอน > 5 วัน จะมีจำนวนวันนอนยาวขึ้น 4 วัน การให้สารน้ำในขณะผ่าตัดหรือการแพร่กระจายของก้อนเนื้องอกไปยังอวัยวะอื่นทำให้จำนวนวันนอนเพิ่มขึ้น 3 วัน โรคของระบบหลอดเลือดส่วนปลายหรืออายุ > 75 ปี หรือต้องมี stoma เพิ่มจำนวนวันนอนอย่างน้อย > 2 วันขึ้นไป และโรคของระบบทางเดินหายใจและมีค่า ASA score > 2 มีการเลาะส่วน Splenic flexure หรือได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน จะยืดระยะเวลาในโรงพยาบาล ~ 1-2 วัน ปัจจัยเหล่านี้มักมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และไม่ไวต่อการ intervention โดยปกติที่จะลดระยะเวลาล้างผ่าตัด

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าตั้งแต่ปี 1995 จำนวนวันนอนวันนอนหลังผ่าตัดในผู้ป่วย 1,095 รายที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ระหว่าง 0-58 วัน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 10 วัน และผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 92 มีจำนวนวันนอนน้อยกว่า 21 วัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อัตราป่วยมีผลต่อจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 7 เรื่อง Pattern in current anaesthesiological peri- operative practice for colonic resections: a survey in five northern – European countries.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ - Hannemann, P., Lassen, K., Hausel, J., Nimmo, S., Ljungqvist, O., Nygren, J., et al. (2006). - Acta Anaesthesiol Scand 2006; 50: 1152-1160 การออกแบบวิจัย/ - งานวิจัยเชิงสำรวจ ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 7 เพื่อสำรวจแบบแผนการให้ยาระงับความรู้สึกที่นิยมใช้ ในระยะผ่าตัด ในการผ่าตัดลำไส้ จากโรงพยาบาล 5 แห่งใน five northern – European countries	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางหน้าท้องรายที่มีการวางแผนล่วงหน้า มีร่างกายแข็งแรง การประเมิน ASA score =1 วิธีวิจัย/ ERAS group ซึ่งก่อตั้งจากศูนย์ฝึกแพทย์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 4 แห่ง ส่งแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนการดมยาสลบในระยะผ่าตัด ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดลำไส้ทางหน้าท้องในรายที่มีการวางแผนล่วงหน้า ไปยังหัวหน้าแผนกวิสัญญี ณ.ศูนย์ ศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร 258 แห่ง ในประเทศ สกอตแลนด์ เนเธอร์แลนด์ เดนมาร์ก สวีเดนและ นอร์เวย์ ได้รับแบบสอบถามตอบกลับ 191 ชุด คิดเป็นร้อยละ 74 ผลการวิจัย/ พบว่าทุกประเทศ ขอมรับปฏิบัติตาม guideline ในเรื่องการงดอาหาร และอนุญาตให้รับประทาน liquid diet ได้ในช่วง 2-3 ชั่วโมง ก่อนการดมยา และ solid food	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. Clinical relevance ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. scientific merit การวิจัยมีความน่าเชื่อถือ เป็นรูปแบบงานวิจัยเชิงสำรวจ มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะกลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความคล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility เป็นวิธีการการปฏิบัติของวิสัญญี โดยพยาบาลมีส่วนร่วมในการให้การดูแล ผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ วิธีการไม่ยุ่งยากซับซ้อน 3.3 Cost benefit ratio การนำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่คาดว่าจะมีโอกาสเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยได้มากกว่ารูปแบบเดิม

ตารางที่ 7 เรื่อง Pattern in current anaesthesiological peri- operative practice for colonic resections: a survey in five northern – European countries.(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	ผลการวิจัย/ 6-8 ชั่วโมง ก่อนการดมยา มี รายงานการอดอาหารอย่างน้อย 48 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด ในสกอตแลนด์ ร้อยละ 85 ของประเทศที่สำรวจมี การ ให้ยา pre medication ยกเว้น เดนมาร์ก พบมีการใช้ยา pre medication ร้อยละ 65 ร้อยละ 85 ของประเทศที่สำรวจใช้ วิธี epidural block ในการระงับ ความรู้สึก ยกเว้นเดนมาร์ก มีการใช้ long acting drugs (Benzodiazepine) อย่าง กว้างขวาง - ทุกประเทศใช้ short acting anaesthetics ยกเว้น สกอตแลนด์ ซึ่งเลือกใช้ isoflurane เป็นยาดม สลบ สำหรับยาที่ให้ทางepidural ที่พบบ่อยในทุกประเทศคือ bupivacaineและ ropivacaine ตามลำดับ ซึ่งการให้จะให้ แบบต่อเนื่องและให้แบบต่อเนื่อง ร่วมกับให้เพิ่มเติมเป็นครั้งๆ นอกจากนี้ยังพบมีการเพิ่มยา opioid เข้าไปทางepidural ด้วย ทุกประเทศไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ใน เรื่องการจำกัดการให้สารน้ำและ เกลือโซเดียม ยกเว้นเดนมาร์ก	สรุปเพื่อนำไปใช้/ - การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ลำไส้ตรงนั้น มีหลักฐานเชิง ประจักษ์ที่กล่าวถึงแบบแผนการให้ ยาระงับความรู้สึกที่นิยมใช้ ใน ระยะผ่าตัดของวิสัญญีแพทย์ ดังนี้ - ไม่งดอาหารก่อนการดมยาสลบ เพื่อทำผ่าตัดนานเกินไป โดย อนุญาตให้รับประทานliquid diet ได้ในช่วง2-3 ชั่วโมงก่อนการดมยา และ solid food 6-8 ชั่วโมง - ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ลำไส้ ใหญ่และลำไส้ตรง นิยมใช้วิธี Epidural analgesic ควรมีการให้ อย่างต่อเนื่อง 2 วันหลังผ่าตัด - การใช้ยา epidural block ไม่ นิยมใช้ยา pre medication ที่เป็น long acting หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำและเกลือ โซเดียม ทางหลอดเลือดที่มาก เกินไป - ใช้ short acting anaesthetics เป็นยาดมสลบ เพื่อระงับปัจจัยเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้น กับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จากการ ให้ยาดมสลบหรือสารน้ำและเกลือ โซเดียมที่มากเกินไป ซึ่งอาจส่งผล ต่อผลลัพธ์ทางการรักษาภายหลัง ผ่าตัดได้

ตารางที่ 8 เรื่อง Implementation of clinical pathway decreases length of stay and hospital charges for patients undergoing total colectomy and ileal pouch/ anal anastomosis.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Archer, S.B., Burnett, R.J., Flesch, L.V., Hobler, S.C., Bower, R.H., Nussbaum, M.S., et al. (1997). - Surgery, 1997; 122(4): 69-705 การออกแบบวิจัย/ - งานวิจัยเชิงทดสอบ ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 5 ศึกษาเปรียบเทียบการใช้ แผนการ ดูแล (clinical pathway) ใน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด total colectomy and ileal pouch/ anal anastomosis. กับ การลด จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและ อัตราค่าบริการรักษาพยาบาล	กลุ่มตัวอย่าง/ - ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด total colectomy and ileal pouch/ anal anastomosis. กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษานำร่องจำนวน 10 คน และกลุ่มศึกษาที่ใช้ clinical pathway จำนวน 14 คน และ ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งจาก องค์กรภายนอก วิธีวิจัย/ จัดให้มีกลุ่มศึกษานำร่องไป ข้างหน้า (prospectively) เพื่อ ศึกษาเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาล ที่มี ความถูกต้องจากกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติ ผู้ป่วยภายหลังการศึกษานำร่อง แผนการดูแล (clinical pathway) ได้นำไปใช้เป็นรูปแบบการอบรม การให้บริการอย่างเป็นทางการ ให้กับแพทย์ พยาบาลและบุคลากร อื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทราบหลักการ และเป้าหมายของแผนการดูแลใน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด total colectomy and ileal pouch/ anal anastomosis ซึ่งพัฒนาขึ้น โดยทีมสหสาขา โดยอาศัยศัลยแพทย์ ที่มีประสบการณ์ในการทำผ่าตัด	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. Clinical relevance ตรงกับ ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข 2. scientific merit การทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีความ น่าเชื่อถือ มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างที่ชัดเจน 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation) มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา แผนการดูแลผู้ป่วย พยาบาล มีเอก สิทธิ์ในการจัดรูปแบบการดูแล ผู้ป่วย โดยอาศัยความร่วมมือจาก ทีมสหสาขา

ตารางที่ 8 เรื่อง Implementation of clinical pathway decreases length of stay and hospital charges for patients undergoing total colectomy and ileal pouch/ anal anastomosis.(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	ผลการวิจัย/ กลุ่มศึกษานำร่อง พบว่ามี Major complication 1 ราย คือมีภาวะกดการหายใจ ต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก อีก 1 รายลำไส้ไม่ทำงาน พบ Minor complication 9 ราย คือ ปอดแฟบ แผลฝี ผิวหนังอักเสบ ข กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ คออักเสบและพบเชื้อราในปัสสาวะ กลุ่มที่ใช้แผนการดูแล พบเพียง Minor complication 2 ราย อีก 1 รายกลับมานอนโรงพยาบาลภายหลังการจำหน่าย 5 วัน ด้วยภาวะเลือดคั่งน้อย - จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยในกลุ่มศึกษาที่ใช้แผนการดูแล เทียบกับกลุ่มศึกษานำร่อง คิดเป็น 7.5 วัน ต่อ 10.3 วัน - ค่าเฉลี่ยค่ารักษา กลุ่มที่ใช้แผนการดูแล= \$ 17,958 ต่อราย กลุ่มควบคุม= \$ 21,650 ต่อราย ซึ่งแตกต่างกันมีนัยสำคัญที่ $P= 0.005$ - ศัลยแพทย์เห็นพ้องกันในเรื่องการเตรียมลำไส้ การให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลที่ต่างไป	สรุปเพื่อนำไปใช้/ เมื่อนำแผนการดูแล (clinical pathway) ไปใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด total colectomy and ileal pouch/ anal anastomosis. พบว่าสามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและอัตราค่าบริการรักษาพยาบาล รวมถึงอัตราการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดน้อยกว่า ดังนั้น มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการให้บริการ ซึ่งพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำ โดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขา

ตารางที่ 9 เรื่อง The development of clinical nursing practice guideline for preoperative education to decrease anxiety.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Wantanee Dithapan (วันทนีย์ ดิษฐพาน) (2006) วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล. การออกแบบวิจัย/ แนวปฏิบัติการพยาบาล ระดับ/ วัตถุประสงค์ ไม่สามารถระบุระดับ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดย ประยุกต์การดำเนินการตาม กระบวนการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck (2004)	กลุ่มตัวอย่าง/ หลักฐานเชิงประจักษ์ 7 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัย meta analysis 1 เรื่อง experimental study 2 เรื่อง Quasi- experimental study 3 เรื่อง โปรแกรม evaluation 3 เรื่อง วิธีวิจัย/ - ผู้ศึกษากำหนดขอบเขตในการ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ - กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น - ประเมินระดับคุณภาพของ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ - วิเคราะห์งานวิจัย สกัดเนื้อหา ตาราง แล้วนำข้อมูลที่ได้ จาก งานวิจัยมาสังเคราะห์ สรุปเป็น ประเด็นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและ อาจารย์ร่วมปรึกษา ขึ้นชั้นความถูก ต้อง แล้วนำไปสร้างเป็นแนวปฏิบัติ - นำแนวปฏิบัติไปตรวจสอบความ ถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการวิจัย/ - การให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมี 2 กรณี	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การทบทวนวรรณกรรมอย่าง เป็นระบบ มีความน่าเชื่อถือ เกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัด 3.2 Feasibility มีความเหมาะสม ในการนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางใน การให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พยาบาลมี เอกสิทธิ์ในการจัดรูปแบบการดูแล ผู้ป่วย 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มี โอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่ารูปแบบเดิม

ตารางที่ 9 เรื่อง The development of clinical nursing practice guideline for preoperative education to decrease anxiety.(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์/ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย/	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	ผลการวิจัย/ (ต่อ) 1. กรณีที่ยังไม่ได้เข้านอนพักในโรงพยาบาล นัดผู้ป่วยที่วางแผนเพื่อทำการผ่าตัดประเภทเดียวกันและมีกำหนดผ่าตัดภายใน 2 สัปดาห์ มายังหอผู้ป่วยเพื่อให้ preoperative education program เป็นรายกลุ่มๆ ละ ไม่เกิน 12 คน ใช้เวลา ~ 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความพร้อม จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเป็นสัดส่วน ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามโปรแกรมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2. กรณีที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาล 1 วันก่อนผ่าตัด จะให้ความรู้ก่อนผ่าตัดรายบุคคล ใช้เวลา ~ 20-40 นาที ประเมินข้อมูลทั่วไป ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความวิตกกังวลและจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ - ประเมินความวิตกกังวลหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในเช้าวันผ่าตัด โดยใช้เครื่องมือวัด VASA และสังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรมการแสดงออก ถ้าระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง อาจต้องเพิ่มการให้การปรึกษา หรือแนะนำเทคนิคผ่อนคลายต่อไป	สรุปเพื่อนำไปใช้/ การให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีประเด็นสำคัญ คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คุ้นเคย กับสิ่งที่ไม่เคยรู้มาก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัว เตรียมใจ ในการเผชิญกับการผ่าตัดที่จัดว่าเป็นสิ่งคุกคามความเป็นอยู่ปกติ พยาบาลนักปฏิบัติที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ ต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อตัดสินใจว่าควรให้ข้อมูลเมื่อใด ให้ข้อมูลอะไรบ้าง และควรใช้เวลาในการให้ข้อมูลเท่าใด ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

ตารางที่ 10 เรื่อง Mutual reporting of process and outcomes enhances quality outcomes for colon and rectal resections.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Galalandiuk, S., Rao, M.K., Heino, M.F., Scherm, M.J., & Polk, Jr, H.C. (2004) Surgery 2004; 833-841 การออกแบบวิจัย/ การวิจัยเชิงสำรวจ ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 7 ศึกษาผลของการรายงานผลลัพธ์ จากการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ ตรง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การดูแล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ ตรงที่ได้รับการผ่าตัด	กลุ่มตัวอย่าง/ รายงานจากจำนวนผู้ป่วย 309 ราย ที่ได้รับการผ่าตัด ลำไส้ใหญ่และ ลำไส้ตรง และแบบสำรวจความพึง พอใจ โดยแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป (general surgeon) และแพทย์ ศัลยกรรมระบบลำไส้ใหญ่และ ลำไส้ตรง (colorectal surgeons) จำนวน 23 ท่าน ซึ่งร้อยละ 80 ของการผ่าตัดกระทำโดยศัลยแพทย์ 4 ท่าน วิธีวิจัย/ Quality surgical solution รวบรวมและตรวจสอบข้อเท็จจริง จากรายงานของศัลยแพทย์ 66 คน จาก 9 เมืองในรัฐ Kentucky เป็น รายงานการผ่าตัด ลำไส้ใหญ่และ ลำไส้ตรงในผู้ป่วย 309 ราย ซึ่งทำ ผ่าตัดโดยแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป และแพทย์ศัลยกรรมระบบลำไส้ ใหญ่และลำไส้ตรง จำนวน 23 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้าน ประชากร ระยะเวลาอน โรงพยาบาล การใช้ยาปฏิชีวนะทั้ง ในระยะก่อนและหลังผ่าตัด การ ดูแลที่หอผู้ป่วยหนัก ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การประเมิน ก่อนผ่าตัดและแผนการดูแล	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1.ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การวิจัยมีความน่าเชื่อถือ เป็น รูปแบบงานวิจัยเชิงสำรวจ มีเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะ กลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความ คล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility วิธีการไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน เป็นการยกระดับ สมรรถนะของหน่วยผ่าตัด ในการ ดำเนินงานร่วมกับศัลยแพทย์และ วิสัญญี 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่คาดว่า มีโอกาสดึงประโยชน์กับผู้ป่วยได้ มากกว่ารูปแบบเดิม สรุปเพื่อนำไปใช้ ในการปฏิบัติงานของศัลยแพทย์ พบว่า ควรมีการเทียบเคียงการ รักษากับรายงานที่มีผลการรักษาที่ เหนือกว่า ในเรื่องการผ่าตัดมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และการ กลั่นกรองคำสั่งการรักษา

ตารางที่ 10 เรื่อง Mutual reporting of process and outcomes enhances quality outcomes for colon and rectal resections.(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	ผลการวิจัย/ ร้อยละ 84 ของการผ่าตัดทำโดยแพทย์ ศัลยกรรมทั่วไป ร้อยละ 77 ของการผ่าตัดลำไส้ตรงทำ โดยแพทย์ศัลยกรรมระบบลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง - พบว่า มีการรู้/ทะลุ 6 ราย กลับมา รักษาซ้ำ 16 ราย ลำไส้ติ่งอักเสบ 11 ราย เสียชีวิต 2 ราย เครือข่ายศัลยแพทย์ได้มีข้อตกลงร่วมกัน คือ - อนุญาตให้ใช้ยาปฏิชีวนะ ที่มีตัวเลือก ยาไม่มาก และไม่ใช้ยาในระยะยาวเพื่อ prophylactic - มีแผนคำสั่งการรักษาที่เป็นมาตรฐาน - การร่วมมือพัฒนาเครือข่ายคุณภาพของ ศัลยแพทย์ เพื่อความปลอดภัยและลด การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในระบบ หัวใจและหลอดเลือดก่อนผ่าตัด - ผู้ป่วยได้รับการประเมินครบถ้วน เป็น ประโยชน์ต่อการเชื่อมประเมินของ วิสัญญีก่อนผ่าตัด ทั้งปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน - บันทึกความผิดพลาดจากการใช้ยา การ แพ้ยา ที่อาจส่งผลต่อการลดมาตรฐาน การบริการ	สรุปเพื่อนำไปใช้ แผนการรักษา รวมถึงการประสานงาน ร่วมกันระหว่างหน่วยผ่าตัดและวิสัญญี เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ที่จะเป็นมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วย โดยเครือข่ายศัลยแพทย์ ได้มีข้อตกลงร่วมกัน คือ - ใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อ prophylactic ที่มีตัวเลือกยาไม่มาก และไม่ใช้ยาใน ระยะยาว - มีแผนคำสั่งการรักษาที่เป็นมาตรฐาน ในการเข้ารับการรักษาเพื่อลดระยะเวลา ในการรักษา - การร่วมมือในการพัฒนาเครือข่าย คุณภาพของศัลยแพทย์ เพื่อความ ปลอดภัยและลดการปรึกษาแพทย์ผู้ เชี่ยวชาญในระบบหัวใจและหลอดเลือด ก่อนผ่าตัด - ประเมินผู้ป่วยให้ครบถ้วน ทั้งปัจจัย เสี่ยงด้านต่างๆ การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน - รายงานการผ่าตัดและลดระยะเวลาใน การเหนี่ยวนำยาก่อนนำสลบและใน หน่วยพักฟื้น เพื่อลดปริมาณการใช้ยา แก้ปวด - บันทึกความผิดพลาดจากการใช้ยา การแพ้ยา ที่อาจส่งผลต่อการลดมาตรฐาน การบริการ

ตารางที่ 11 เรื่อง Research in peri-operative care.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Leino T.& Leino-Kilpi H. (1999) Journal of clinical nursing, 8 การออกแบบวิจัย/ - Systematic review ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 5 เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนา โครงการวัดคุณภาพของการ พยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด	กลุ่มตัวอย่าง/ งานวิจัย 97 เรื่อง ที่เกี่ยวกับการ พยาบาลในระยะผ่าตัด วิธีวิจัย/ วิเคราะห์ งานวิจัย 97 เรื่อง ที่ เกี่ยวกับการพยาบาลในระยะผ่าตัด เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนา โครงการวัดคุณภาพของการ พยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด ซึ่ง ประกอบด้วย การพยาบาลก่อน ผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด รวมถึงข้อจำกัดในการศึกษาและ สรุปรายงาน ผลการวิจัย/ ในระยะก่อนผ่าตัดมีงานวิจัย ได้แก่ การสอนและการให้ข้อมูล 7 เรื่อง ความวิตกกังวลและความเครียด 3 เรื่อง Self efficacy 2 เรื่อง ข้อมูล พื้นฐานทางประชากร 1 เรื่อง ในขณะผ่าตัด มีงานวิจัย ได้แก่ กิจกรรมทางการพยาบาล และ ตัวชี้วัดทางกายภาพ 7 เรื่อง อุณหภูมิกาย 3 เรื่อง คุณภาพการ พยาบาล 2 เรื่อง Control of life, Day surgery และดนตรีต่อความ วิตกกังวล 1 เรื่อง ระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ การฟื้นฟู และการปรับตัว 17 เรื่อง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. Clinical relevance ตรงกับ ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข 2. scientific merit การทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีความ น่าเชื่อถือ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างที่ชัดเจน 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation) มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา แผนการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่พยาบาลมีเอก สิทธิ์โดยชอบธรรมในการ จัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง และมี โอกาสเกิดประโยชน์

ตารางที่ 11 เรื่อง Research in peri-operative care. (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	ผลการวิจัย/ ความปวด 16 เรื่อง อุณหภูมิกาย 5 เรื่อง กิจกรรมการพยาบาล 4 เรื่อง สำหรับในระยะก่อนการผ่าตัด เป้าหมายมุ่งไปที่การสอนและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งในการศึกษาเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลและความเครียดขึ้นกับความสามารถในการประเมินของ พยาบาลและการประเมินตนเองของผู้ป่วย (Biley,1989) ภาวะอารมณ์ (Gaberson,1995) ผลของคนตรีต่อความวิตกกังวล (Augustine & Nain,1996) ประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัด สามารถลดลงได้ด้วยการปรับอารมณ์ (Gaberson ,1995)	สรุปเพื่อนำไปใช้ ความกลัวและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด มีสาเหตุจากความไม่รู้ในเหตุการณ์ข้างหน้า กลัวการดมยาสลบ กลัวเป็นมะเร็ง กลัวเจ็บ กลัวภาวะแทรกซ้อนความ ไม่เพียงพอในการให้ข้อมูลหรือการให้ข้อมูลที่ ไม่กระจ่าง รวมถึงระยะเวลาในการรอคอย ดังนั้นแนวทางในการจัดการ คือ การประเมินที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพโดยพยาบาลและจากตัวผู้ป่วยเอง การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมและเพียงพอกับสิ่งผู้ป่วย และครอบครัวต้องการ รวมถึงการนำแนวทางการรักษาเสริมต่างๆ เช่น การใช้ดนตรีบำบัด การสัมผัส มาร่วมกับกระบวนการพยาบาลจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้

ตารางที่ 12 เรื่อง การเชื่อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัดโครงการจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา (2544) รายงานการวิจัยโดยทุนอุดหนุนวิจัย จากเงินรายได้มหาวิทยาลัยบูรพา การออกแบบวิจัย/ Quasi experimental แบบ 2 กลุ่มวัดครั้งเดียว (Two group post test design) ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 3 เพื่อศึกษา ผลของการเชื่อมผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รอ รับการผ่าตัดและความพึงพอใจต่อ การเชื่อม-	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการ วินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องเข้ารับการ ผ่าตัดทางด้านศัลยกรรมทั่วไป สูดิ นรีเวชหรือออร์โธปิดิกส์ โดยได้รับ การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) หรือได้รับ ยาชาทางช่องไขสันหลัง (Spinal block) ตั้งแต่ ม.ค. 44- ก.ค. 44 จำนวน 40 ราย โดยผู้ป่วยต้อง สามารถมองเห็นและได้ยินปกติ สามารถสื่อสารอ่านออกเขียนได้ ไม่มีอาการทางจิต ประสาท วิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย โดยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียง กันในเรื่องอายุ ประสบการณ์การ ผ่าตัด(แตกต่างกันไม่เกิน 1 ครั้ง) คะแนนความวิตกกังวลแฝง (อยู่ใน ระดับเดียวกันต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน) กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาล ตามปกติจากบุคลากรประจำหอ ผู้ป่วย กลุ่มทดลอง จะได้รับการเชื่อมก่อน การผ่าตัดโดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่ เป็นพยาบาลห้องผ่าตัด	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. มีความสอดคล้องกับการ แก้ปัญหาทางคลินิก 2. scientific merit : well design Quasi-experimental แบบ 2 กลุ่มวัดครั้งเดียว ตีพิมพ์ เป็นรายงานการวิจัยโดยสถาบันที่ เชื่อถือได้ 3. แนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings: หน่วยงานสามารถ นำ วิธีการนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งมี ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและแนวทาง การดูแลที่คล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility of implementation: พยาบาล สามารถที่จะใช้วิธีการนี้ได้ เป็น วิธีการที่ไม่ยุ่งยาก สามารถปฏิบัติ ผสมผสานร่วมกับงานประจำได้ 3.3 Cost benefit ratio: - วิธีการนี้ไม่เกิดความเสียต่อ ผู้ป่วย ประโยชน์ที่ได้รับ คือผู้ป่วยที่ ได้รับการเชื่อมก่อนการผ่าตัดจะมี ระดับความวิตกกังวลลดลงและเกิด ความพึงพอใจ คาดว่ามีค่าใช้จ่ายใน รูปแบบใหม่เกิดขึ้น ในการลงทุน ครั้งแรก ในการผลิตสื่อ แผ่นพับ

ตารางที่ 12 เรื่อง การเชื่อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัดโครงการจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัย/ ตามคู่มือการเชื่อม หลังการเชื่อมให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ความพึงพอใจการเชื่อมก่อนผ่าตัด ในวันผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยไปถึงห้องผ่าตัด ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย จะเข้าไปทักทาย พูดคุยและให้ผู้ป่วยตอบแบบวัด STAI form Y-1 ก่อนเข้ารับการผ่าตัด กลุ่มควบคุม ได้รับเพียงการทำแบบประเมิน STAI form Y-1 ในวันผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดเท่านั้น ผลการวิจัย/ - กลุ่มทดลองที่ได้รับการเชื่อมก่อนผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะอยู่ที่ห้องผ่าตัด น้อยกว่าและกลุ่มควบคุม $X = 41.8$ และ $X = 46.55$ ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ - กลุ่มที่ได้รับการเชื่อมก่อนการผ่าตัดมีความพึงพอใจต่อการเชื่อมของพยาบาลห้องผ่าตัดในระดับพอใจมาก $X = 2.98$ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเกือบร้อยละ 90 ได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ได้รับการวินิจฉัยและแพทย์หลายท่านนัดผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในวันผ่าตัด โดยไม่ได้นอนรอเพื่อเตรียมร่างกายและจิตใจที่หอผู้ป่วยล่วงหน้า	การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงวิชาการ/ ประกอบการเชื่อมก่อนผ่าตัด และชุดแฟ้มภาพประกอบการเชื่อมก่อนผ่าตัด ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นน่าจะเกิดผลในด้านบวก สรุปเพื่อนำไปใช้ การเชื่อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด พัฒนาคุณภาพการพยาบาลในรูปแบบเชิงรุก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง โดยการปฏิบัติตามคู่มือการเชื่อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด แฟ้มภาพ ประกอบการเชื่อมและแผ่นพับเกี่ยวกับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยควรนอนพักในโรงพยาบาลเพื่อรอรับการผ่าตัดที่หอผู้ป่วย อย่างน้อย 1 วัน - ควรจัดให้มีการร่วมมือระหว่างบุคลากรของห้องผ่าตัดเพื่อหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โดยจัดทำในรูปโครงการอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมที่จะทำบทบาทการเชื่อมและมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ - ควรจัดให้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มารอรับการผ่าตัดเพื่อคลายความวิตกกังวล

ตารางที่ 13 เรื่อง Critical pathways intervention to reduce length of hospital stay.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Pearson, S.D., Kleefield, S.F., Soukup, J.K., Cook, E.F., & Lee, T.H. (2001) The American Journal of Medicine, 110 (15), 175-180. การออกแบบวิจัย/ Comparative study ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 6 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแผนการดูแลผู้ป่วยในการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดหัวใจ ผ่าตัดช่องอก เปลี่ยนข้อเข่า ผ่าตัดมดลูก ผ่าตัดลำไส้ จำนวน 440,134,199,473 และ 68 รายตามลำดับ อายุ 49-67 ปี วิธีวิจัย/ ตั้งกลุ่มที่ปรึกษา ประกอบด้วยแพทย์ประจำบ้าน ผู้อำนวยการสถาบันผู้บริหารอาวุโส สมาชิกทีมสหสาขา 7-10 คน ได้แก่แพทย์อาวุโส แพทย์ประจำบ้านฝ่ายการเงิน พยาบาล - คัดเลือกผู้ป่วยจากกลุ่มค่าใช้จ่ายสูงและจำนวนมาก เปรียบเทียบข้อมูลจากหน่วยงานภายนอก ทบทวนแฟ้มประวัติ จัดประชุมทีมเดือนละครั้ง นาน 6 เดือน- 12 เดือน เพื่อ ออกแบบแผนการดูแลใส่แผนการดูแลในแฟ้มประวัติ และปรับแผนการดูแลทุก 3 เดือน ประเมินโรคร่วมทางคลินิกโดยใช้ Charlson index ทำนายจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (LOS)	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การวิจัยมีความน่าเชื่อถือ มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะกลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความคล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการไม่ยุ่งยากซับซ้อน แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขา 3.3 Cost benefit ratio การนำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่า อาจรบกวนการปฏิบัติเดิม แต่วิธีการไม่ยุ่งยาก สามารถนำไปใช้เพื่อสร้างความตระหนักในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และเพื่อเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 13 เรื่อง Critical pathways intervention to reduce length of hospital stay. (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์	กลุ่มตัวอย่าง/	การวิเคราะห์และสังเคราะห์
การออกแบบวิจัย/	วิธีวิจัย/	หลักฐานเชิงวิชาการ/
ระดับ/ วัตถุประสงค์	ผลการวิจัย	สรุปเพื่อนำไปใช้

ผลการวิจัย/

ผู้ป่วยทั้งหมดที่ใช้แผนการดูแล
LOS ลดลง มีค่าใช้จ่ายลดลง
อัตราตายลดลงจากร้อยละ 3.4
เหลือ 2.7
อัตราการกลับเข้ารับการรักษารื้อ
ภายใน 30 วันไม่แตกต่างกัน
ในกลุ่มที่ใช้แผนการดูแลและไม่ใช้
แผนการดูแล

สรุปเพื่อนำไปใช้

การพัฒนาแผนการดูแลจะต้อง
อาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขา
โดยคัดเลือกจากกลุ่มผู้ป่วยที่มี
ค่าใช้จ่ายสูงและจำนวนมาก
เปรียบเทียบข้อมูลจากหน่วยงาน
ภายนอก ทบทวนแฟ้มประวัติและ
เอกสารการเงิน และเมื่อนำแผนการ
ดูแลไปทดลองใช้พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้
แผนการดูแลมีค่าใช้จ่ายลดลง
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลสั้นลง
และอัตราการตายลดลงด้วย

ตารางที่ 14 เรื่อง Critical pathway: A systematic review

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์	กลุ่มตัวอย่าง/	การวิเคราะห์และสังเคราะห์
การออกแบบวิจัย/	วิธีวิจัย/	หลักฐานเชิงวิชาการ/
ระดับ/ วัตถุประสงค์	ผลการวิจัย/	สรุปเพื่อนำไปใช้/
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Rembolm, M., Leino-Kilpi, H., Ouominen, T.(2002) Journal of Nursing Administration,32(4), 196-202 การออกแบบวิจัย/ Systematic review ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 5 เพื่อศึกษาผลการใช้แผนการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ - เพื่อกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ที่นำมาวิจัยในแผนการดูแลผู้ป่วย - วิธีการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยใน งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/ เอกสารที่เกี่ยวข้อง จากฐานข้อมูล CD –ROM : MEDLINE ปี 1966-2000 CINHALL ปี 1982-2000 วิธีวิจัย/ - ผู้ศึกษากำหนดขอบเขตในการ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ - กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น - ประเมินระดับคุณภาพของ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ - วิเคราะห์งานวิจัย สกัดเนื้อหา ตาราง แล้วนำข้อมูลที่ได้ มา สังเคราะห์ สรุปเป็นประเด็น ผลการวิจัย/ การใช้แผนการดูแลผู้ป่วยเป็น เครื่องมือในการเพิ่มผลลัพธ์การ ดูแล ช่วยให้รูปแบบการให้สุข ศึกษาในผู้ป่วยกลั่นเนื้อหัวใจขาด เลือดดีขึ้น - ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้รับการให้ ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสห สาขาเกี่ยวกับแผนการรักษาและ ความคาดหวังจากการดูแล - ผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกมดลูกได้รับยา ปฏิชีวนะที่เหมาะสมมาติดตามการ รักษา - จำนวนวันนอนลดลงในกลุ่ม วินิจฉัยโรคร่วมและค่าใช้จ่ายลดลง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1.ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การทบทวนวรรณกรรมมีความ น่าเชื่อถือ 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการ ศึกษาผลลัพธ์ ของการใช้ แผนการดูแล พยาบาลมีเอกสิทธิ์ใน การทำโดยอาศัยความร่วมมือจาก ทีมสหสาขา สรุปเพื่อนำไปใช้/ การนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปใช้ในการ การดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค จะ ช่วยให้รูปแบบการให้สุขศึกษาใน ผู้ป่วยดีขึ้น มีการให้ข้อมูลอย่าง ต่อเนื่องในผู้ป่วยโดยทีมสหสาขา เกี่ยวกับแผนการรักษาและความ คาดหวังจากการดูแล อีกทั้งช่วยให้ ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม และมาติดตามการรักษา - จำนวนวันนอนลดลง ในกลุ่ม วินิจฉัยโรคร่วมและค่าใช้จ่ายลดลง

ตารางที่ 15 เรื่อง Heel and calf capillary support pressure in lithotomy positions.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Roeder,R.A.,& et.al., (2005) AORN journal ,81(4), 821-830 การออกแบบวิจัย/ Three part analysis ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 4 วิเคราะห์ข้อมูล 3 ประเด็น เพื่อ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอุบัติการณ์ การเกิดแผลกดทับจากการจัดท่า โดยใช้ การวัดความดันหลอดเลือดฝอย (capillary pressure) บริเวณข้อเท้า, บริเวณ น่องและสันเท้า, บริเวณสันเท้า โดยทำที่จัดมี 4 ระดับ คือ ต่ำ มาตรฐาน สูงและ สูงเกินปกติ นำค่าที่ได้มาเปรียบเทียบกัน	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ที่ต้องจัดทำ lithotomy ทั้งชายและหญิง อายุ 20-82 ปี วิธีวิจัย/ ผู้ป่วย11คนในกลุ่มที่วัดบริเวณข้อ เท้า หลังจากการจัดท่าจะวัดความ ดัน โดยพันCuff รอบข้อเท้า - วัดบริเวณน่องและสันเท้า จาก ผู้ป่วย15 คน ยกสูง 125 Ibs- 200 Ibs และนอนบนเตียงซึ่งมี ความหนา 1.5 นิ้ว ยกสูงและน่อง ในระดับต่ำ และวัดความดันบริเวณ น่องและข้อเท้า - วัดบริเวณสันเท้าจากผู้ป่วย16 คน ยกสันเท้าสูง 6,12, 18 และ 24 นิ้วจากระนาบตั้งฉาก วัดความดัน ส่วนต่อของสันเท้ากับอุปกรณ์ที่ชิด หรือแขวนสันเท้าไว้ ผลการวิจัย/ กลุ่มที่วัดบริเวณข้อเท้า พบว่าเมื่อ ยกสูงขึ้น ความดันจะเพิ่มขึ้น20 mmHg -วัดบริเวณน่องและสันเท้าพบว่า อัตราการไหลเวียนที่น้อยกว่า บริเวณสันเท้า -กลุ่มที่วัดวัดบริเวณสันเท้า ความ สูงที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ความดันสูงขึ้น	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การทบทวนวรรณกรรมมีความ น่าเชื่อถือ 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ - อาจรบกวนการปฏิบัติเดิมแต่ วิธีการไม่ยุ่งยาก สามารถนำไปใช้ เพื่อสร้างความตระหนักในการ พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดย ประสานความร่วมมือ กับทีมสห สาขาวิชาชีพ และเพื่อเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วย สรุปเพื่อนำไปใช้ เมื่อต้องจัดทำ lithotomy ควรมีการขยับ หรือเปลี่ยนท่าให้ ผู้ป่วยเท่าที่สามารถกระทำได้ -จัดทำ lithotomy เมื่อมีความ จำเป็นเท่านั้น - การแขวนหรือยกสันเท้าในขณะที่ ผ่าตัดควรให้สันเท้าอยู่ในระดับต่ำ ที่สุด - รองรับในส่วนที่มีพื้นผิวมากให้ มากเท่าที่จะทำได้ -เมื่อต้องจัดให้อยู่ในท่า lithotomy ควรใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด

ตารางที่ 15 เรื่อง Heel and calf capillary support pressure in lithotomy positions. (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์	กลุ่มตัวอย่าง/	การวิเคราะห์และสังเคราะห์
การออกแบบวิจัย/	วิธีวิจัย/	หลักฐานเชิงวิชาการ/
ระดับ/ วัตถุประสงค์	ผลการวิจัย	สรุปเพื่อนำไปใช้

ผลการวิจัย/

และอาจเกิดแผลกดทับในส่วนสันเท้าจากการแขวนในระดับสูงหรือสูงเกินปกติ การจัดทำ lithotomy ในท่าที่ยกสันเท้าสูงหรือสูงมาก พบว่ามีความดันในหลอดเลือดต่ำกว่าความดันที่ aortic อาจเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ หรือการไหลเวียนของเลือดเป็นไปได้ยาก

สรุปเพื่อนำไปใช้

- จัดขาทั้งสองข้าง ให้อยู่ในระดับเดียวกันและยกพร้อมกันขณะทำการจัดทำเตียงการขยับปุ่มกระดูกสะโพกออกด้านข้าง

ตารางที่ 16 เรื่อง Use of a critical pathway for colon resections.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Melbert,R.B.,& et.al., (2002) - Journal of Gastrointestinal Surgery,6(5), 745-752 การออกแบบวิจัย/ - วิจัยเชิงสำรวจ ระดับ/ วัตถุประสงค์ - ระดับ 4 - เพื่อวิเคราะห์ผลการใช้แผนการ ดูแลในผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ จาก 1 หน่วยงาน - เพื่อประเมินผลลัพธ์จากการใช้ แผนการดูแล	กลุ่มตัวอย่าง/ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดลำไส้ จำนวน 385 ราย ตั้งแต่ เดือน ม.ค. 2538- ต.ค.2541 ที่ Northwest hospital ใน Seattle วิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง 263 คน เลือกใช้ แผนการดูแล กลุ่มควบคุม 122 คน ไม่ใช้ แผนการดูแล กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตาม แผนการดูแลตามข้อตกลง 10 ข้อ โดยในรายผู้ป่วยนอกจะรับนอน รพ. ภายหลังการเตรียมลำไส้แล้ว ตรวจสอบคำสั่งการรักษาก่อนและ หลังผ่าตัด ตรวจสอบผล Lab, CXR ผลตรวจอื่นๆ - วิสัญญี ประเมิน ASA score - ประสานร่วมกับพยาบาลห้อง ผ่าตัดเพื่อเตรียมเครื่องมือต่างๆ ให้ เหมาะสม มีความคุ้นเคย ระบุ พยาบาลหรือผู้ช่วยที่ร่วมใช้ แผนการดูแล - ประสานแผนการดมยาสลบทีม วิสัญญี เฝ้าระวัง การควบคุมความ ปวด - ให้เอกสารแนะนำกับผู้ป่วยและ	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การวิจัยมีความน่าเชื่อถือ เป็น รูปแบบงานวิจัยเชิงบรรยาย มีเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะ กลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความ คล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility พยาบาลมีสิทธิ โดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการไม่ ยุ่งยากซับซ้อน มีการจัดหาเอกสาร หรืออุปกรณ์ต่างๆ เพื่อประกอบใน การให้ข้อมูล 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มี โอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่ารูปแบบเดิม

ตารางที่ 16 เรื่อง Use of a critical pathway for colon resections.(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	ผลการวิจัย/ ญาติสอบถามความคาดหวัง - ติดตามความก้าวหน้าและจดบันทึก การวางแผนการจำหน่าย ไม่มีความแตกต่างในเรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อัตราตายและอัตรา re-admit ภายใน 30 วันในกลุ่มที่ใช้แผนการดูแล รับประทานอาหารแข็งได้เร็วกว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลสั้นกว่า สามารถจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่า สามารถฟื้นหายและทำกิจกรรมได้มากกว่า - อัตราความพึงพอใจ สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.05$	สรุปเพื่อนำไปใช้ เมื่อนำแผนการดูแลไปทดลองใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้แผนการดูแลรับประทานอาหารแข็งได้เร็วกว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลสั้นกว่า สามารถจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่า สามารถฟื้นหายและทำกิจกรรมได้มากกว่า อัตราความพึงพอใจ สูงกว่า แต่การพัฒนาแผนการดูแลจะต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขา

ตารางที่ 17 เรื่อง Surveying patients as a start to quality improvement in the Surgical suites holding area.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Bailey.J., & Pevreal, A., (2005) Journal of Nursing care Quality,20(4), 319-326 การออกแบบวิจัย/ - การวิจัยเชิงสำรวจ ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 4 เพื่อหาข้อสรุปที่บ่งถึงการพัฒนา ศักยภาพของหน่วยรับผู้ป่วยผ่าตัด (holding area)	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยผ่าตัด 100 คน ที่เข้ารับ บริการจากหน่วยรับผู้ป่วย โดย 43 คน ได้รับการดูแลตามปกติ 57 คน ได้รับการดูแล โดย CNS 1 คน - คัดออก 6 คน (1 คนมีปัญหาการ สื่อสาร 3 คน ไม่สามารถกลับมา ติดต่อได้ 2 คน ไม่สามารถอ่าน ภาษาอังกฤษและฝรั่งเศสได้) วิธีวิจัย/ CNS จะไป morning round ทุกๆหน่วยผ่าตัดในทุก 2 สัปดาห์ เพื่อประเมินผลการศึกษา ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลโดย CNS จากนั้นจะได้รับ แบบสอบถาม 12 ข้อตาม Androfact เพื่อประเมินการ บริการของหน่วยรับผู้ป่วย โดยจัด ให้ทำแบบสอบถามโดยลำพังและ นำกลับมารับคืนในช่วงบ่าย ผลการวิจัย/ - พบว่ามีเกณฑ์ 5 ข้อ ที่คะแนน ความพึงพอใจต่ำกว่า 80%ได้แก่ บุคลากรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ สนทนา ขณะรอคอย ควรมีการ เสนอหนังสือ ฟังเพลงหรืออื่นๆ	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1.ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การวิจัยมีความน่าเชื่อถือ เป็น รูปแบบงานวิจัยเชิงสำรวจ มีเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะ กลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความ คล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility พยาบาลมีสิทธิ โดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการไม่ ยุ่งยาก สามารถนำไปใช้เพื่อสร้าง ความตระหนักในการพัฒนา คุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดย ประสานความร่วมมือกับทีมสห สาขาเพื่อเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติใน การให้การดูแลผู้ป่วย 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยงมีโอกา สเกิดประโยชน์มากกว่ารูปแบบเดิม สรุปเพื่อนำไปใช้/ การพัฒนาคุณภาพการบริการให้ สำเร็จร่วมกันของพยาบาลในหน่วย รับผู้ป่วยมี 3 ทิศทาง คือ

ตารางที่ 17 เรื่อง Surveying patients as a start to quality improvement in the Surgical suites holding area.(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์/ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	ผลการวิจัย/ เพื่อเปรียบเทียบความสนใจ พบว่า สิ่งแวดล้อมเป็นที่พอใจ เช่น ไม่ วุ่นวาย มีความเป็นส่วนตัวน่าสนใจ -บุคลากรพยาบาลให้ความมั่นใจว่า ญาติจะได้รับการดูแลอย่างดี ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด รู้สึกสุขสบายเพียงพอกับการที่จะ พูดคุยซักถามมั่นใจว่าทุกคนยินดี รับฟัง	สรุปเพื่อนำไปใช้/ - ให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมี ประสบการณ์ที่ดีต่อการผ่าตัด - ไม่มีการเลือกปฏิบัติกับผู้ป่วย เฉพาะบุคคล - นำแบบประเมินไปปรับใช้เพื่อวัด ความพึงพอใจ เพื่อเกิดการพัฒนา ต่อเนื่องภายใต้เงื่อนไข คือ ให้ผู้ป่วย ได้รับมีประสบการณ์ที่ดีในการเข้า รับการผ่าตัด

ตารางที่ 18 เรื่อง Shortened length of stay and hospital cost reduction with implementation of an accelerated clinical care pathway after elective colon resection.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Stephen, A.E., & Berger, D.L., (2003) Surgery, 133(3), 277-282 การออกแบบวิจัย/ วิจัยเชิงทดลอง แบบไม่สุ่มกลุ่ม ตัวอย่าง โดยทำการศึกษาเพิ่ม ประวัตีย้อนหลัง ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 3 - เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ก่อนและหลัง การใช้แผนการดูแล ได้แก่ จำนวน วันนอน (LOS) ภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัด อัตราการกลับมา รับการรักษาซ้ำ ต้นทุนในการรักษา และบอกรายละเอียดของแผนการ ดูแล	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้และผู้ป่วย โรคของระบบลำไส้ ช่วงอายุ 62- 69 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 138 คน ตั้งแต่ศ.ศ. 2543 - ศ.ศ. 2543 ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการผ่าตัด โดยศัลยแพทย์ 1 คน ซึ่งมีการ admit ก่อนวันผ่าตัด แบ่งเป็นกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง โดย กลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้ใช้แผนการ ดูแลจำนวน 52 คน และกลุ่มทดลองซึ่งใช้แผนการดูแล 86 คน วิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการคัดเลือกเข้า รับการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ 1 คน ซึ่งมีการ admit ก่อนวันผ่าตัด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง โดย กลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้ใช้แผนการ ดูแลจำนวน 52 คน และกลุ่มทดลองซึ่งใช้แผนการดูแล 86 คน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจง ข้อมูลเพื่อรับทราบแผนการดูแล และยินยอมรับดูแลตามแผนการ ดูแลตามแบบบันทึกที่ได้พัฒนาขึ้น	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การวิจัยมีความน่าเชื่อถือ เป็น รูปแบบงานวิจัยเชิงทดลอง มีเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะ กลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความ คล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility พยาบาลมีสิทธิ โดยชอบในการปฏิบัติ แต่ต้อง อาศัยความร่วมมือจากประชาคม วิธีการไม่ยุ่งยาก สามารถนำไปใช้ เพื่อสร้างความตระหนักในการ พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดย ประสานความร่วมมือ กับทีมสห สาขาวิชาชีพและเพื่อเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วย 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มี โอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่ารูปแบบเดิม

ตารางที่ 18 เรื่อง Shortened length of stay and hospital cost reduction with implementation of an accelerated clinical care pathway after elective colon resection.(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย/	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้/
	วิธีวิจัย/ จากนั้นผู้ศึกษาจะประเมินผลลัพธ์ จากจำนวนวันนอน(LOS) ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ ต้นทุนในการรักษา ผลการวิจัย/ - จำนวนวันนอน (LOS) ในกลุ่มที่ใช้แผนการดูแล น้อยกว่ากลุ่มควบคุม - จำนวนการกลับมารักษาซ้ำ กลุ่มที่ใช้แผนการดูแล เทียบกับกลุ่มควบคุม เท่ากับ 1: 8 - ต้นทุนในการรักษา ในกลุ่มที่ใช้แผนการดูแลต่ำกว่าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	สรุปเพื่อนำไปใช้ นำแผนการดูแลผู้ป่วยไปใช้ กับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้และผู้ป่วยโรคของระบบลำไส้จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพการดูแล เช่น ลดจำนวนวันนอน (LOS) ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและจำนวนการกลับมารักษาซ้ำลดลง

ตารางที่ 19 เรื่อง Cancer Patient's satisfaction with communication, information and quality of care.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Davison R., & Mills. M.E., (2005) European Journal of Cancer care Quality,14, 83- 90 การออกแบบวิจัย/ - งานวิจัยเชิงสำรวจ ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 4 - แสดงสำรวจความพึงพอใจของ ผู้ป่วยมะเร็งกับความสัมพันธ์ของ การสื่อสาร และการรับรู้ในคุณภาพ ของการดูแล	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยมะเร็งในสถาบันมะเร็ง และ ผู้ป่วยนอกที่คลินิกศัลยกรรม คลินิก มะเร็ง จำนวนทั้งหมด 435 คน จาก 90 คลินิก 13 โรงพยาบาล ใน ระยะเวลา 3 เดือน โดย ต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีการวินิจฉัย ขั้นต้นว่าเป็น มะเร็งลำไส้ ปอด เต้านม ต่อมลูกหมาก นรีเวช กระเพาะ อาหาร ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการ วินิจฉัย ถึงปัจจุบัน ไม่เกิน 3 เดือน วิธีวิจัย/ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดย กลุ่ม ตัวอย่างจะได้รับการอธิบายถึงวิธี ตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่ม ตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามด้วย ตนเอง ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการ ตรวจสอบความเชื่อมั่นเรียบร้อยแล้ว และถูกนำไปใช้กับผู้ป่วยโดย ตลอดของขั้นตอนตั้งแต่ เริ่มวินิจฉัย ดำเนินการรักษา ทำผ่าตัด ให้เคมี รังสี ผลการวิจัย/ - ผู้ป่วย 341 คน ส่วนใหญ่มีความ พึงพอใจ แสดงความคิดเห็นในแง่ บวก ต่อคุณภาพการให้บริการ การ ให้ข้อมูล การติดต่อสื่อสาร	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1.ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การวิจัยมีความน่าเชื่อถือ เป็น รูปแบบงานวิจัยสำรวจ มีเกณฑ์การ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะ กลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความ คล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility พยาบาลมีสิทธิ โดยชอบในการปฏิบัติ แต่ต้อง อาศัยความร่วมมือจากประชาคม วิธีการไม่ยุ่งยาก สามารถนำไปใช้ เพื่อสร้างความตระหนักในการ พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดย ประสานความร่วมมือ กับทีมสห สาขาวิชาชีพและเพื่อเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วย 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มี โอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่ารูปแบบเดิม

ตารางที่ 19 เรื่อง Cancer Patient's satisfaction with communication, information and quality of care. (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์/ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย/	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	ผลการวิจัย ร้อยละ 70 พึงพอใจ ในการดูแล เป็นระยะๆ ในกระบวนการตรวจ วินิจฉัย ผู้ป่วยทั้งหมดต้องการ ได้รับเวลาเพื่อการพูดคุย ได้ตอบ กับ แพทย์หรือพยาบาล ในช่วงเวลาของการวินิจฉัยโดยความกระจำ ด้วย ถ้อยคำที่นุ่มนวลเหมาะสม และ หลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะ การจัด สถานที่ ที่เหมาะสมสำหรับการให้ ข้อมูลด้านการวินิจฉัย มีเอกสารที่ดี เป็นปัจจัยสำคัญ ในการบอกข่าวร้าย การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ระบุ สภาพที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัย จากรายงานของผู้ป่วยส่วนใหญ่ พบว่าผู้ป่วยต้องการได้รับการบอกเล่าการวินิจฉัยในสถานที่ที่เป็น สดส่วน (เพศ ไม่มีผลต่อความ พึงพอใจ แต่อายุมีผลต่อการได้รับ การดูแล)	สรุปเพื่อนำไปใช้ การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การ ติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ใน ระยะเวลาที่เหมาะสม มีความ ต่อเนื่องเป็นระยะๆ ในสถานที่ที่จัดไว้ อย่างเหมาะสม โดยบุคลากร สุขภาพมืออาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญ ยิ่ง ในการเพิ่มความพึงพอใจและ การตัดสินใจในระยะยาว

ตารางที่ 20 เรื่อง ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่ (Patient's distress after major surgery)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ นันทา เล็กสวัสดิ์ นฤมล วงศ์มณี วิโรจน์ สุทธิศา พงษ์พันธุ์งาม พิชาณี แสนมโนวงศ์,(2542) งานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยทุน สนับสนุนจาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ การออกแบบวิจัย/ - การวิจัยเปรียบเทียบเชิงพรรณนา (Descriptive comparative research) ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 6 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความ ทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วยหลัง การ ผ่าตัดใหญ่ ครอบคลุม 24 ชม. 48 ชม. และ 72 ชม.	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ และ หลังผ่าตัดนอนพักรักษาตัวในหอ ผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1,2,4,5 และ ศัลยกรรมหญิง 1,2,4 ณ. โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 100 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (purposive sampling) ตาม เกณฑ์ คือ อายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศ ชาย และหญิง เป็นผู้ป่วยผ่าตัดที่มี การวางแผนล่วงหน้า (elective case) พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทย ได้ดี ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น และการได้ยินและยินยอมเข้าร่วม ในการทำวิจัย เก็บข้อมูลระหว่าง เดือน ม.ค.2542- มี.ค. 2543 วิธีวิจัย/ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย จะไปพบกลุ่ม ตัวอย่างในเย็นวันก่อนผ่าตัด เพื่อ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล พร้อมกับขอความ ร่วมมือในการทำวิจัย โดยอธิบาย ให้ทราบว่า จะเก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือ หลัง การผ่าตัดใหญ่ ครอบคลุม 24 ชม. 48 ชม. และ 72 ชม. และ สัมภาษณ์เพิ่มเติม	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1.ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. มี scientific merit : การวิจัยมี ความน่าเชื่อถือ เป็นงานวิจัย เปรียบเทียบเชิงพรรณนา (Descriptive comparative research) ของ คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 3.แนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings: หน่วยงานสามารถนำวิธี การนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งมี ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและแนวทาง การดูแลที่คล้ายคลึงกันและมีผู้ป่วย จำนวนมากที่จะได้รับประโยชน์ จากวิธีนี้ 3.2 Feasibility of implementation: พยาบาล สามารถที่จะใช้วิธีการนี้ได้ เป็น วิธีการที่ไม่ยุ่งยาก บุคลากรใน หน่วยงานอื่นๆในโรงพยาบาล สามารถนำวิธีการนี้ไปประยุกต์ใน การปฏิบัติได้ใช้ และสามารถปฏิบัติ ผสมผสานร่วมกับงานประจำได้ เป็นประโยชน์และมีความท้าทายใน การที่จะพัฒนาแนวทางปฏิบัติการ พยาบาลขึ้น

ตารางที่ 20 เรื่อง ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่ (Patient's distress after major surgery)
(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์	กลุ่มตัวอย่าง/	การวิเคราะห์และสังเคราะห์
การออกแบบวิจัย/	วิธีวิจัย/	หลักฐานเชิงวิชาการ/
ระดับ/ วัตถุประสงค์	ผลการวิจัย/	สรุปเพื่อนำไปใช้/
	วิธีวิจัย/ 2. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างหลัง การผ่าตัดใหญ่ ครบ 24 ชม. 48 ชม. และ 72 ชม.และ สัมภาษณ์ความทุกข์ทรมานหลัง การผ่าตัด โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ความทุกข์ทรมาน 3. นำข้อมูลไปตรวจสอบความ สมบูรณ์และความถูกต้อง ก่อน นำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความ ทุกข์ทรมาน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ เครื่องมือ ประกอบด้วย - แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป - แบบบันทึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล ได้แก่ การวินิจฉัย ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด ยาระงับปวดที่ ได้รับหลังการผ่าตัด - แบบสัมภาษณ์ความทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้าง ขึ้น จำนวน 28 ข้อ มีลักษณะเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ผลการวิจัย/ - ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 24 ชม. แรกหลังการผ่าตัดในระดับ ปานกลาง และความทุกข์ทรมาน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มี โอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่ารูปแบบเดิม ค่าใช้จ่ายอาจเพิ่มมากกว่าเดิม เพื่อจัดทำเอกสารและคู่มือ การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด แต่เมื่อ เทียบตลอดการรักษาอาจจะลด ค่าใช้จ่ายลงกว่าเดิม สรุปเพื่อนำไปใช้ บุคลากรทางการพยาบาลควร ตระหนักถึงความทุกข์ทรมานที่ เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ใน ระยะเวลา 72 ชม.แรกหลังการผ่าตัด โดยการประเมินพร้อมทั้งวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันและ ลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ได้แก่ 1.1 ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวด ตามแผน การรักษาอย่างต่อเนื่อง ประเมินความเจ็บปวดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะ 24-48 ชม.แรกหลัง ผ่าตัด 1.2 ดูแลความสบายด้านร่างกาย ของผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะ เคลื่อนไหวร่างกาย แนะนำให้ใช้มือ ประคองแผลผ่าตัด จัดหาอุปกรณ์

ตารางที่ 20 เรื่อง ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่ (Patient's distress after major surgery)
(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย/	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้/
	ผลการวิจัย/ ค่อยๆลดลงในระยะหลัง การผ่าตัด ครบ 48 และ 72 ชม.โดยมีความ ทุกข์ทรมานในระดับน้อยตามลำดับ - ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเมื่อ ครบ 24 ชม. แรกหลังการผ่าตัด 5 อันดับแรก คือ ความทุกข์ทรมาน จากการเคลื่อนไหวร่างกาย อาการ ปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ความรุนแรงของอาการปวด การ นอนในท่าที่ไม่เหมาะสม และ ความสะดวกในการทำกิจกรรม - ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเมื่อ ครบ 48 ชม. แรกหลังการผ่าตัด คือ ความทุกข์ทรมานจากการ เคลื่อนไหว อาการปวดแผลผ่าตัด ความรุนแรงของอาการปวด การ นอนในท่าที่ไม่เหมาะสม และการ มีต่อระบายคาอยู่ ตามลำดับ - เมื่อครบ 72 ชม. คือการ เคลื่อนไหว ความวิตกกังวลต่อ สภาพความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาล อาการปวดแผล ผ่าตัดที่เกิดขึ้นบ่อย และ ความ รุนแรงของอาการปวดตามลำดับ - ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชม. 48 ชม. และ 72 ชม. แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ $P = 0.01$	สรุปเพื่อนำไปใช้ ช่วยพยายงแผล เช่นหมอน ดูแลท่อ ระบาย และแนะนำให้ผู้ญาติมีส่วน ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเฉพาะช่วง 72 ชม. แรกหลังการผ่าตัด 1.3 ดูแลความสบายด้านจิตใจ โดยการให้กำลังใจ เอาใจใส่อย่าง ใกล้ชิด จัดให้มีโปรแกรมเกี่ยวกับ การให้ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพหลังผ่าตัดครบ 72 ชม. จนกระทั่งก่อนจำหน่าย พร้อมแจก เอกสารและคู่มือการปฏิบัติตัวหลัง การผ่าตัดผู้บริหารควรมีการนิเทศ บุคลากรทางการพยาบาลให้การ ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยเน้นการ ดูแลช่วยเหลือเพื่อช่วยลดความทุกข์ ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น โดยจัดอบรมเชิงวิชาการ เพื่อฟื้นฟู ความรู้แก่บุคลากรในเรื่องดังกล่าว

ตารางที่ 21 เรื่อง ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ นุชรี ไล่พันธ์. (2542) งานวิจัยการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และ ศัลยศาสตร์ การออกแบบวิจัย/ - งานวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม ทดลอง วัดก่อนและหลังการ ทดลอง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างมี ระบบ ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 3 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการ สอนต่อการรับรู้ความสามารถของ ตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่อง เปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ ใหญ่ออกทางหน้าท้อง	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งลำไส้ใหญ่ และได้รับการ รักษาด้วยการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ ออกทางหน้าท้องชนิดถาวร ระหว่างเดือน เม.ย. – ส.ค. 2542 ที่รับไว้ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ไม่จำกัดเพศ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส โดยเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 14 ราย ตามเกณฑ์ คือ 20 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะ-สมบูรณ์ สื่อสาร ด้วยภาษาไทยได้ มองเห็นภาพ ต่างๆชัดเจนด้วยสายตาตนเองหรือ สวมแว่น สามารถดูหนังได้ ไม่เป็น ผู้พิการของแขน ขา มือข้างที่ถนัด และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย วิธีวิจัย กลุ่มตัวอย่าง: จะได้รับการประเมิน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลช่องเปิดลำไส้ก่อนการ ทดลอง จากนั้นเริ่มการสอนในกลุ่ม ทดลองในวันที่ 4 หลังการผ่าตัด ตามโปรแกรมการสอน โดยใช้สื่อ วิดิทัศน์ กลุ่มควบคุม: จะได้เข้าร่วมการสอน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1.มีความสอดคล้องกับการ แก้ปัญหาทางคลินิก 2. มี scientific merit : เป็น งานวิจัยงานวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังการ ทดลอง โดยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ มีความน่าเชื่อถือในระดับต้นๆ 3.แนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings: หน่วยงานสามารถนำ วิธีการนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งมี ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและแนวทาง การดูแลที่คล้ายคลึงกันและมีผู้ป่วย จำนวนมากที่จะได้รับประโยชน์ จากวิธีนี้ 3.2 Feasibility of implementation: พยาบาล สามารถที่จะใช้วิธีการนี้ได้ เป็น วิธีการที่อาจยุ่งยากในช่วงแรก สามารถปฏิบัติผสมผสานร่วมกับ งานประจำได้เป็นประโยชน์และมี ความท้าทาย 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มี โอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่ารูปแบบเดิม

ตารางที่ 21 เรื่อง ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัย/ (ต่อ) และได้รับคำแนะนำในการดูแลช่องเปิดลำไส้ การทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ การควบคุมกลิ่น การรับประทานอาหารและ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในวันที่ 7 หลังการผ่าตัดผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้และประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ในวันที่ 10 หลังการผ่าตัดผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้ และได้รับการแจ้งกำหนดนัด 28 วันหลังออกจากโรงพยาบาลเพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้และพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้อีกครั้ง เครื่องมือ ประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงวิชาการ/ ค่าใช้จ่ายอาจเพิ่มมากกว่าเดิม เพื่อจัดทำสื่อการสอนตามโปรแกรม แต่เมื่อเทียบตลอดการรักษาอาจจะลดค่าใช้จ่ายลงกว่าเดิม สรุปเพื่อนำไปใช้/ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล : พยาบาลควรมีการใช้โปรแกรมการสอนกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง ด้วยการจัดเครื่องเล่นวิดีโอทัศน์ พร้อมโทรทัศน์ สี สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการดูแลช่องเปิดลำไส้ ให้พร้อมสำหรับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ด้วยการสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์และฝึกกระทำด้วยตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำชี้แนะและใช้คำพูดชักจูง ด้านการศึกษาพยาบาล: ควรจัดเนื้อหาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองทั้งภาคทฤษฎีและทางคลินิกในระดับบัณฑิตศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้และโรคอื่นๆ ได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และควรจัดการสอนด้านการผลิตสื่อการสอนสำหรับผู้ป่วย

ตารางที่ 21 เรื่อง ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัย/ (ต่อ) - สื่อวิดีโอ เรื่องประสบการณ์ ในการดูแลช่องเปิดลำไส้ที่เหมาะสม ได้แก่ การทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นและแก๊ส การป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อน - เครื่องเล่นวิดีโอทัศน์และโทรทัศน์ - อุปกรณ์สำหรับการทำความสะอาด ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องที่ได้รับการสอนตามโปรแกรม มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ หลังการสอนและหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ที่ $P < 0.05$ และมีคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทันที 3 วันหลังการสอน และหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนที่ $P < 0.001$	สรุปเพื่อนำไปใช้/ (ต่อ) ด้านการศึกษาวิจัย: เป็นแนวทางในการ ศึกษาวิจัยในเรื่องการใช้โปรแกรมการสอนโดยใช้กรอบแนวคิด การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของเบนคูรา เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกลุ่มโรคอื่น ต่อไป

ตารางที่ 22 เรื่อง Oral versus systemic antibiotic prophylaxis in elective colon surgery: a randomized study and meta analysis send a message from the 1990s.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย/	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้/
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Lewis, R.T., (2002) Can J. Surg. Vol.45(3) การออกแบบวิจัย/ A double- blind, placebo- control, randomized study and meta analysis. ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 1 เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้ยา ปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับการ การให้ยาทางปาก เทียบกับการให้ ยาทางหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว เพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ในรายที่ มีการวางแผนล่วงหน้า (elective case) และทำการวิเคราะห์แบบเม ตา จากงานวิจัยเชิงทดลอง ที่ทำการเปรียบเทียบ ผลการให้ยา ปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำร่วมกับ การให้ยาทางปาก เทียบกับการให้ ยาทางหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ ใหญ่ ที่มีการวางแผนล่วงหน้า (elective case)	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้รัยที่มี การวางแผนล่วงหน้า จำนวน 215 รายจากโรงพยาบาล Queen Elizabeth, Montreal ในเครือ มหาวิทยาลัย เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่แพ้ยาปฏิชีวนะ ได้รับยา ปฏิชีวนะภายใน 2 สัปดาห์ก่อน ผ่าตัด ผู้ป่วยตั้งครรภ์ หรือผู้ป่วยที่ ปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษา วิธีวิจัย/ 1 วันก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการ ตรวจเลือดก่อนเข้าผ่าตัด และเชิญ เข้าร่วมในการศึกษาและได้รับการ สุ่มแยกเป็นสองกลุ่มโดยเภสัชกร ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการ เตรียมลำไส้ โดยให้รับประทาน sodium phosphate จนกว่า อุจจาระจะใส ถ้าลำไส้ยังไม่สะอาด จะทำการสวนล้างด้วยน้ำเกลืออนอร์ มัล ในเวลา 18.00 น. 19.00 น. และ 23.00 น. จากนั้น ผู้ป่วยกลุ่มแรกที่ให้ยาปฏิชีวนะทาง หลอดเลือดดำร่วมกับการให้ยาทาง ปาก 109 ราย จะได้รับยา Neomycin 2 gms + Metronidazole 2 gms. ทาง ปาก	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1.ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. มี scientific merit : เป็น งานวิจัยงานวิจัยแบบทดลองแบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่ม placebo โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างมี ระบบ มีความน่าเชื่อถือในระดับ ต้นๆ 3.แนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings: หน่วยงานสามารถนำ วิธีการนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งมี ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและแนวทาง การดูแลที่คล้ายคลึงกัน และผู้ป่วย จะได้รับประโยชน์จากวิธีนี้ 3.2 Feasibility of implementation: เป็นแนวทาง การรักษาของแพทย์ โดยพยาบาลมี ส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วย ตามแผนการรักษา และสังเกต ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะมีความเกี่ยวข้องกับ อุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง และมี โอกาสเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย

ตารางที่ 22 เรื่อง Oral versus systemic antibiotic prophylaxis in elective colon surgery: a randomized study and meta analysis send a message from the 1990s.(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัย/ ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 จำนวน 106 ราย ได้รับยาทางหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว เป็นกลุ่ม placebo - ในวันผ่าตัดผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับยา Amikin 1 gms + Metronodazole 1 gms ทางหลอดเลือดดำ ก่อนนำส่งผู้ป่วยไปยังห้องผ่าตัด ขณะผ่าตัดจะมีการเก็บชิ้นเนื้อจากลำไส้และไขมันใต้ชั้นผิวหนังที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดเพื่อนำส่งเพาะเชื้อ (culture) ก่อนเย็บปิดแผล และเมื่อย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น จะทำการเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อส่งตรวจ Amikin level ผลการตรวจทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ จนกว่าการศึกษาจะเสร็จสิ้น ในช่วงหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมประเมินโดยพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) ในวันที่ 3, 5, 7, 10, 14 และ 1 เดือน หลังผ่าตัด เพื่อตรวจวินิจฉัยภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ตามเกณฑ์ CDC บันทึก การเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัด อาการท้องเสีย หรือถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 ครั้ง/ วัน นาน 48 ชม. -วิเคราะห์แบบเมตาจาก งานวิจัยเชิงทดลอง (RCT) จำนวน 13 งาน ที่ศึกษา	สรุปเพื่อนำไปใช้/ การให้ยาปฏิชีวนะ เพิ่มประสิทธิภาพ ในการลดการปนเปื้อนที่ลำไส้และแผลผ่าตัด มีความเกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ในรายที่มีการวางแผนล่วงหน้า (elective case) และวิธีการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำร่วมกับการให้ยาทางปาก เพิ่มประสิทธิภาพ ในการป้องกันการติดเชื้อได้ดีกว่า การให้ยาทางหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 22 เรื่อง Oral versus systemic antibiotic prophylaxis in elective colon surgery: a randomized study and meta analysis send a message from the 1990s.(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์/ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
---	--	--

วิธีวิจัย/ ต่อ

เปรียบเทียบการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อ ในผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่รายที่วางแผนล่วงหน้า วัดผลลัพธ์จากอัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เชื้อแบคทีเรียที่ตรวจพบในลำไส้และไขมันใต้ชั้นผิวหนังที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด

ผลการวิจัย/

ผู้ป่วยกลุ่มที่ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำร่วมกับให้ยาทางปาก พบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 5 ราย ในขณะที่กลุ่มที่ให้ยาทางหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียวพบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 17 ราย เชื้อแบคทีเรียที่ตรวจพบที่แผลผ่าตัด ไขมันใต้ชั้นผิวหนังที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด มีความคล้ายคลึงกับที่พบในลำไส้ ซึ่งพบได้ใน

- กลุ่มที่ให้ยาทางหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว พบว่ามีโอกาสติดเชื้อที่ไขมันใต้ชั้นผิวหนังที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดมากกว่าในกลุ่มที่ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำร่วมกับการให้ยาทางปาก 2 เท่า (ต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.001$) ดังนั้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ในรายที่มีการวางแผนล่วงหน้า การให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำร่วมกับการให้ยาทางปากดีกว่า การให้ยาทางหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 23 เรื่อง Randomized clinical trial of bowel preparation with a single phosphate enema or polyethylene glycol before elective colorectal surgery.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Platell, C., Barwood, N., & Makin, G. (2006) British journal of surgery, 93 p. 427-433 การออกแบบวิจัย/ - Randomized clinical trial ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 2 - เพื่อประเมินว่า การสวนด้วย single sodium phosphate กับ การรับประทานยาระบาย polyethylene glycol วิธีการใดมีประสิทธิภาพในการลดการรั่วของรอยต่อลำไส้มากกว่ากัน	กลุ่มตัวอย่าง/ - ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรง ในรายที่มีการวางแผนล่วงหน้า - มีการตัดต่อลำไส้และมีหรือไม่มี การเปิดทางระบายอุจจาระใหม่ - ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่เป็นที่ตาม แนวทางการรักษาที่วางไว้ วิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่างถูกจัดสรร เป็น 2 กลุ่มๆละ 147 คน โดย กลุ่มที่ 1 enema group: ได้รับการสวนด้วย single sodium phosphate (133 ml) 2-4 ชม. ก่อนผ่าตัด กลุ่มที่ 2 PEG group : ให้ รับประทาน glycoprep 3 lits ใน วันก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับ อาหาร เหลวใสในช่วง 24 ชั่วโมงก่อน ผ่าตัด หักตกการกระทำโดย ศัลยแพทย์ 1 หรือ 3 ท่าน ผู้ป่วยจะได้รับข้อคำถามระดับ ระดับความอึดอัดไม่สุขสบาย อาการคลื่นไส้อาเจียนและความ ทุกข์ทรมานจากการกลืนอุจจาระ ไม่ได้	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1.ตรงกับปัญหาทางคลินิก 2. การวิจัยมีความน่าเชื่อถือ เป็น งานวิจัยแบบทดลองแบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบกัน โดยใช้วิธีการสุ่ม อย่างมีระบบ มีความน่าเชื่อถือใน ระดับต้นๆ 3.แนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings: หน่วยงานสามารถนำ วิธีการนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งมี ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและแนวทาง การดูแลที่คล้ายคลึงกัน และผู้ป่วย จะได้รับประโยชน์จากวิธีนี้ 3.2 Feasibility of implementation: เป็นแนวทาง การรักษาของแพทย์ โดยพยาบาลมี ส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วย ตามแผนการรักษา และสังเกต ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะมีความเกี่ยวข้องกับ อุบัติการณ์การรั่วของรอยต่อลำไส้ ซึ่งส่งผลต่ออัตราติดเชื้อในช่องท้อง 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มี โอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่ารูปแบบเดิม

ตารางที่ 23 เรื่อง Randomized clinical trial of bowel preparation with a single phosphate enema or polyethylene glycol before elective colorectal surgery. (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัย/ ศัลยแพทย์จะได้รับการสอบถามเกี่ยวกับปริมาณการค้างคั่งของอุจจาระอัตราการปนเปื้อนของในอุ้งเชิงกราน ขณะทำผ่าตัด รวมถึงข้อชี้แนะเกี่ยวกับความพึงพอใจจากการเตรียมลำไส้ จากนั้นจะมีการติดตามผู้ป่วย 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อภายหลังผ่าตัด ผลการวิจัย/ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องระยะเวลาอนโรโรงพยาบาล (mean PEG group: enema group = 9.0: 9.4) แต่พบว่ามีความแตกต่างในเรื่องความรุนแรงของการรั่ว พบว่าใน enema group มีการรั่วที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ 6 ราย ในขณะที่ไม่พบอุบัติการณ์ใน PEG อัตราการตาย : พบว่ากลุ่มที่รับประทาน PEG มีอัตราการตายสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการสวน คิดเป็นร้อยละ 2.7: 0.7 อัตราการติดเชื้อ : พบว่าไม่มีความแตกต่าง โดยกลุ่มที่รับประทาน PEG มีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 12.9	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ ค่าใช้จ่ายอาจเพิ่มมากกว่าเดิม เพื่อจัดทำสื่อการสอนตามโปรแกรม แต่เมื่อเปรียบเทียบตลอดการรักษา อาจจะลดค่าใช้จ่ายลงกว่าเดิม สรุปเพื่อนำไปใช้ การเลือกใช้การสวนด้วย single sodium phosphate มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงจากการรั่วของรอยต่อลำไส้มากกว่าการรับประทานยาระบาย polyethylene glycol รวมถึงส่งผลต่อประสิทธิภาพของความไม่สุขสบาย อาการคลื่นไส้ อาเจียนรวมถึงประสิทธิภาพที่ไม่ดีต่อการเตรียมลำไส้ที่ดียิ่งกว่า แต่ผลการศึกษานี้ไม่ได้สนับสนุนให้ใช้วิธีการสวนเป็นมาตรฐานปฏิบัติในผู้ป่วยทุกราย ทั้งนี้ควรต้องเลือกการพิจารณาวิธีการใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ตารางที่ 23 เรื่อง Randomized clinical trial of bowel preparation with a single phosphate enema or polyethylene glycol before elective colorectal surgery. (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์/ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	ผลการวิจัย/ (ต่อ) enema group มีอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 14.3 ศัลยแพทย์ประเมินว่า การเตรียม ลำไส้ด้วยวิธีการสวนให้ผลที่ด้อยกว่าการรับประทาน PEG จาก รายงานผู้ป่วย 6 รายที่มีการรั่ว ที่ ต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ 4 รายเกิดจากการเตรียมลำไส้ไม่ดี จากข้อมูล ทั้งหมดพบว่ามีบันทึกการเตรียม ลำไส้ที่ไม่ดีพอ ร้อยละ 6.5 ใน PEG group และร้อยละ 30.1 ใน enema group จากการประเมินแบบสอบถามจาก ผู้ป่วย 31 ราย ที่ได้รับการส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะความไม่สุขสบาย 15 ราย มีความรู้สึกรู้สึกอึดอัด 5 ราย คลื่นไส้ 5 ราย มีอาการอาเจียน 1 ราย เมื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพ ของความไม่สุขสบาย อาการ คลื่นไส้ อาเจียนรวมถึงประสิทธิภาพ ที่ไม่ดีต่อการเตรียมลำไส้ ในกลุ่มที่ รับประทาน PEG ทับกับการสวน อูจาระ พบว่า กลุ่มที่รับประทาน PEG ดีกว่าอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$	

ตารางที่ 24 เรื่อง Standardized Peri operative care Protocols and reduced length of stay after colon surgery.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Bradshaw B.GG., Liu, S.S., & Thirlby, R.C. (1998). Journal : American College Surgeons. 186(5). การออกแบบวิจัย/ Case control study. ระดับ 4 ระดับ/ วัตถุประสงค์ ทดสอบสมมติฐานที่ว่า การใช้ แบบจำลองการดูแล ตามมาตรฐาน ในระยะผ่าตัด (Standardized Peri operative care Protocols) ส่งเสริมการกลับมาทำงานของ ลำไส้ ได้เร็วกว่า และผู้ป่วยสามารถ จำหน่ายจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ หรือลำไส้ตรง รายที่มีการวางแผน ล่วงหน้า ที่ได้รับการผ่าตัดแบบตัด ต่อลำไส้เป็นครั้งแรก เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนน ASA score IV หรือ V มีประวัติมีอาการปวดเรื้อรังต้องพึ่ง ยาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มี ประวัติการแพ้ยาเฉพาะที่ หรือ morphine มีข้อห้ามในการใช้ยา Ketorolac (Cr>2 mg/dl) มี ประวัติเลือดออกในกระเพาะอาหาร ไวต่อยา aspirin ใช้ยา corticosteroid มี colostomy มีการอักเสบของลำไส้ มีประวัติการ ฉายแสงในช่องท้อง มีอาการของ โรคไต โรคตับและโรคหัวใจ วิธีวิจัย/ สุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 36 ราย โดยกลุ่มทดลอง ใช้ แบบจำลองการดูแลตามมาตรฐาน ในระยะผ่าตัดและกลุ่มควบคุมที่ ได้รับการดูแลตามปกติ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการผ่าตัด โดยศัลยแพทย์ทีมเดียวกันจำนวน 7 ท่าน ได้รับการผ่าตัดประเภท เดียวกันและเทคนิคในการให้ยา	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. มีความสอดคล้องกับการ แก้ปัญหาทางคลินิก 2. มี scientific merit : เป็น งานวิจัยแบบทดลองแบบ 2 กลุ่ม ทดลอง คือ กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างมี ระบบ มีความน่าเชื่อถือ 3.แนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings: หน่วยงานสามารถนำ วิธีการนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งมี ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและแนวทาง การดูแลที่คล้ายคลึงกัน และผู้ป่วย จะได้รับประโยชน์จากวิธีนี้ 3.2 Feasibility of implementation: เป็นแนวทาง การรักษา โดยศัลยแพทย์ และ วิสัญญี โดยพยาบาลมีส่วนร่วมใน การให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการ รักษา และสังเกตภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มี โอกาสเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยได้ มากกว่า

ตารางที่ 24 เรื่อง Standardized Peri operative care Protocols and reduced length of stay after colon surgery.(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัย/ ระดับความรู้สึกมีความคล้ายคลึงกัน กลุ่มทดลอง จะได้รับการสุ่ม ตัวอย่างอีกครั้ง เป็น 4 กลุ่ม เพื่อให้ ยาระงับความรู้สึกในขณะผ่าตัด กลุ่มที่ 1 : MB(morphine and bupivacaine): ให้ 3 ml. ของ 0.75 % bupivacaine ประกอบด้วย epinephrine(15 µg) ผ่านทาง epidural catheter ตามด้วย 0.75 % bupivacaine 7 ml พร้อมกับ epinephrine และ 2 mgs morphine กลุ่มที่ 2 : M (morphine อย่าง เดียว) 3 mgs test dose ของ 1.5% lidocaine ประกอบด้วย epinephrine(15 µg) ตามด้วย morphine 2 mg epidural dose และให้ morphine 0.05 mg/mL epidural dose ต่อเนื่องในอัตรา 10 mL/hr หลังผ่าตัด กลุ่มที่ 3 : B (bupivacaine only) ให้ 3 ml ของ 0.75 % bupivacaine ประกอบด้วย epinephrine(15 µg) ตามด้วย 0.75 % bupivacaine 7 ml พร้อมกับ epinephrineและ 0.15% bupivacaine ในอัตรา 10 mL/hr หลังผ่าตัด	สรุปเพื่อนำไปใช้ การใช้แบบจำลองการดูแลตาม มาตรฐานในระยะผ่าตัด (Standardized Peri operative care Protocols) สามารถส่งเสริม การกลับมาทำงานของลำไส้ ได้เร็ว กว่า และผู้ป่วยสามารถจำหน่ายจาก โรงพยาบาลได้เร็วกว่าในผู้ป่วยที่ ได้รับการดูแลตามปกติ โดยสามารถ ให้ยาระงับความรู้สึก ในขณะผ่าตัด อาจใช้ วิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 : MB(morphine and bupivacaine กลุ่มที่ 2 : M (morphine อย่าง เดียว) กลุ่มที่ 3 : B (bupivacaine อย่าง เดียว) กลุ่มที่ 4 : P(intravenous PCA) และให้ผู้ป่วย ได้รับ ketolorac หลังสิ้นสุดการผ่าตัด ต่อเนื่องทุก 6 ชั่วโมง นาน 72 ชั่วโมง และ ibuprofen 400 mg ทางปาก 4 เวลา จนกว่าผู้ป่วยสามารถ รับประทานอาหารทางปากได้ดี ไม่ มีอาการท้องอืดหรือภาวะไม่สุข สบาย เริ่มมีแกสในลำไส้ ระบบ ทางเดินอาหารกลับมาทำงานได้ ตามปกติ อุณหภูมิกายปกติ

ตารางที่ 24 เรื่อง Standardized Peri operative care Protocols and reduced length of stay after colon surgery.(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัย/ (ต่อ) กลุ่มที่ 4 : P(intravenous PCA): ให้ 5 mg morphine ทางหลอดเลือด ดำหลังให้ยานาสลบ ตามด้วย morphine PCA ผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มได้รับ ketolorac ต่อเนื่องทุก 6 ชั่วโมง นาน 72 ชั่วโมง และ ibuprofen 400 mg ทางปาก 4 เวลา จนกว่าจะจำหน่าย ผู้ป่วยจะได้รับการนำสาย NG tube ออกในช่วงเช้าของวันแรกหลังผ่าตัด และเริ่มอาหารเหลวไขมันต่ำ และเริ่ม เคลื่อนไหว(ambulated) หลังผ่าตัด กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลเรื่องการ บรรเทาความปวดหลังผ่าตัด โดย ศัลยแพทย์ ตามความเห็นชอบของ วิสัญญี ประจำหน่วยระงับปวด ผลการวิจัย/ - กลุ่มควบคุม สามารถนำสาย NG tube ออก จนกว่า 2.2± 0.9 วันหลัง ผ่าตัด กลุ่มทดลองสามารถ นำสาย ออกได้ ในวันที่ 1.0 ± 0.0 วัน - กลุ่มควบคุม เริ่มรับประทานอาหาร เหลวใส ทางปาก ~ 2.9 ± 1.1 วัน หลังผ่าตัด ในขณะที่กลุ่มทดลอง เริ่ม รับประทานอาหารเหลวใส ทางปาก ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด	สรุปเพื่อนำไปใช้/ (ต่อ) และไม่มีอาการแสดงของภาวะ แทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด จึง จำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการนำสาย NG tube ออกในช่วงเช้าของวันแรก หลังผ่าตัดและเริ่มอาหารเหลว ไขมันต่ำ และเริ่มเคลื่อนไหว ทำ กิจกรรมหลังผ่าตัด(ambulated) แต่ทั้งนี้ควรพิจารณาตามความ เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

ตารางที่ 24 เรื่อง Standardized Peri operative care Protocols and reduced length of stay after colon surgery.(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์/ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
---	--	--

ผลการวิจัย/ (ต่อ)

ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่
 $P < 0.001$ นอกจากนี้ในกลุ่ม
 ทดลอง มีลำไส้ทำงานได้เร็วกว่าที่
 $P < 0.05$ และสามารถจำหน่ายได้
 เร็วกว่า 1 วัน (4.9:6.0)

ตารางที่ 25 เรื่อง Effect of instruction on preoperative anxiety among Abdominal surgical patient

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Xiuyae, Z., / 1999 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล อาชีวศาสตร์และสัตวศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประจำปี 1999 การออกแบบวิจัย/ Quasi experimental (One group pre - post test design) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 3 เพื่อศึกษาผลการสอนต่อความวิตก กังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย ศัลยกรรมช่องท้อง	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคือผ่าตัด ช่องท้อง ในโรงพยาบาลการสอน แห่งที่สอง ของมหาวิทยาลัย การแพทย์จีน เมืองเสินหยาง จำนวน 20 ราย เกณฑ์คัดเลือก เป็นผู้ป่วยที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าต้องรับการผ่าตัดช่อง ท้อง โดยใช้ระดับความรู้สึกทั่ว ร่างกาย (GA) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป สามารถอ่านเขียน และ สื่อสารได้ดีด้วยภาษาจีน ยินดีที่จะ เข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ไม่มี ประสบการณ์ในการทำผ่าตัด ช่องท้อง วิธีวิจัย/ วัดระดับความวิตกกังวล โดยใช้ แบบฟอร์ม STAI form Y-I พัฒนาโดย Spielberger (1983) แปลเป็นภาษาจีนโดย Shu (1988 cite in Zheng et.al. 1993) จะ ให้น้ำหนัก 1-4 (จากไม่มีเลย = 1 มี มาก = 4) ผู้วิจัยทำการสอนผู้ป่วยตาม คู่มือใน การสอนและให้คำแนะนำ ประกอบด้วย การแนะนำทั่วไป เกี่ยวกับห้องผ่าตัด สถานที่พักรอ สำหรับครอบครัว	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. มีความสอดคล้องกับการ แก้ปัญหาดังกล่าวทางคลินิก 2. มี scientific merit : well design pre-post test quasi-experimental โดยไม่ได้ สุ่ม ตีพิมพ์ในวารสารที่เชื่อถือได้ ทีมผู้วิจัยประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ ด้านการวิจัย 3.แนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ 3.1 Transferability of the findings: หน่วยงานสามารถนำ วิธีการนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งมี ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและแนวทาง การดูแลที่คล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility of implementation: พยาบาล สามารถที่จะใช้วิธีการนี้ได้ เป็น วิธีการที่ไม่ยุ่งยาก บุคลากรใน หน่วยงานอื่นๆในโรงพยาบาล สามารถนำวิธีการนี้ไปประยุกต์ใน การปฏิบัติได้ใช้ และสามารถ ปฏิบัติผสมผสานร่วมกับงานประจำ ได้ 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มี โอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่ารูปแบบเดิม ค่าใช้จ่ายอาจเพิ่มมาก

ตารางที่ 25 เรื่อง Effect of instruction on preoperative anxiety among Abdominal surgical patient (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์/ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัย/ ขณะผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด - การเตรียมเพื่อการผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมผิวหนัง การงดอาหารและน้ำ การให้สารน้ำ การให้ยาปฏิชีวนะ การได้รับยาระงับความรู้สึก - การออกกำลังกาย ได้แก่ การหายใจแบบลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารขา การลุกเคลื่อนไหวโดยเร็วหลังผ่าตัด - การจัดการความปวด การดูแลแผลผ่าตัด ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ต่างๆ และบริเวณที่ให้สารน้ำสารละลาย ผู้วิจัยจะประยุกต์ใช้ กลยุทธ์ในการจัดการความวิตกกังวลในผู้ป่วยไปด้วย ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมดไม่เกิน 50 นาที ผลการวิจัย/ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยประมาณ 52.15 ปี (ช่วงอายุ 30-74 ปี) เป็นวัยทำงาน การเข้ารับการรักษาครั้งนี้เป็นประสบการณ์ครั้งแรก ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ในช่วงก่อนการสอนมีมากกว่าหลังการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$	การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงวิชาการ/ กว่าเดิมในการจัดทำคู่มือการสอนแต่เมื่อเทียบในระยะเวลาคิดว่าคุ้ม เนื่องจากการลงทุนเพียงครั้งแรกครั้งเดียว สรุปเพื่อนำไปใช้/ - ควรประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเพิ่มประวัติรวมถึงคำสัมภาษณ์ผู้ป่วย ในตอนเย็นของวันก่อนผ่าตัด - ควรมีการจัดทำคู่มือในการสอนและให้คำแนะนำ ประกอบด้วยรูปภาพและคำอธิบายง่ายๆ เนื้อหาประกอบด้วย การแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับห้องผ่าตัด การเตรียมเพื่อการผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมผิวหนัง การงดอาหารและน้ำ การให้สารน้ำ การให้ยาปฏิชีวนะ และการตรวจสอบการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึกการออกกำลังกาย ได้แก่ การหายใจแบบลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารขา การลุกเคลื่อนไหวโดยเร็วหลังผ่าตัด การจัดการความปวด การดูแลแผลผ่าตัด ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ต่างๆ และบริเวณที่ให้สารน้ำ สารละลาย

ตารางที่ 26 เรื่อง การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสัลยกรรม

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ สุรศักดิ์ พุฒินิชย์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2545) การออกแบบวิจัย/ Meta analysis (Quasi experimental) ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 1 เพื่อประเมินงานวิจัยเชิงทดลองที่ ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาล เพื่อ ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย สัลยกรรม 1 เพื่ออธิบายคุณลักษณะของ งานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล 2 เพื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของ วิธีการพยาบาล เพื่อลดความวิตก กังวลในผู้ป่วยสัลยกรรม 3 เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะงานวิจัย ที่มีผลต่อความแปรปรวนของขนาด อิทธิพลของวิธีการพยาบาล ต่อการ ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย สัลยกรรม	กลุ่มตัวอย่าง/ งานวิจัยเชิงทดลอง ที่ได้รับการ พิมพ์ และไม่ได้รับการพิมพ์ทั้งหมด 36 เรื่อง เป็นงานวิจัยของบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยงาน วิทยานิพนธ์ และปริญญานิพนธ์ ระหว่างปี 2522 – 2544 การสืบค้นอยู่ในช่วงเดือน มีนาคม – พฤษภาคม 2545 และจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ เช่น http://www.lib.cmu.ac.th, http://www.li.mahidol.ac.th http://library.kku.ac.th , http://library.lib.ru.ac.th http://www.lib.buu.ac.th , http://library.chula.ac.th http://library.msu.ac.th วิธีวิจัย/ วิเคราะห์ประสิทธิภาพของวิธีการ พยาบาลในรูปแบบต่างๆที่ใช้เพื่อ ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย สัลยกรรม ประเมินคุณภาพของงานโดยผู้ Review 1 คน โดยทำแบบสรุป รายงานวิจัยที่คัดแปลแล้ว จากแบบ สรุปงานวิจัยของอาภรณ์ คำก้อน (2545) ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้าน วิเคราะห์เมตา 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญ ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลอง 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้าน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. ตรงกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) 2. การวิจัยมีความน่าเชื่อถือมาก เพราะรูปแบบงานวิจัยเป็น Meta analysis 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำ ผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation) 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะ กลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความ คล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility พยาบาลมีสิทธิ โดยชอบในการปฏิบัติ วิธีการไม่ ยุ่งยากซับซ้อน มีการจัดหาอุปกรณ์ เพิ่มเติมไม่มาก 3.3 Cost benefit ratio การ นำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มี โอกาสเกิดประโยชน์ได้ มากกว่ารูปแบบเดิม ค่าใช้จ่ายต่อ จำนวนครั้งในการทำแผลอาจเพิ่ม มากกว่าเดิม แต่เมื่อเทียบตลอดการ รักษาอาจจะลดค่าใช้จ่ายลงกว่าเดิม

ตารางที่ 26 เรื่อง การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม(ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย/	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัย/ (ต่อ) การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม 3 ท่าน ผลการวิจัย/ งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้วิธีการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย ศัลยกรรม โดยการสอนหรือการให้ ข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 41.03 รองลงมาคือ การใช้การดูแลแบบหลายวิธีร่วมกัน ร้อยละ 33.33 ใช้เทคนิคบำบัดต่างๆ ร้อย ละ 23.08 และใช้กระบวนการกลุ่ม สัมพันธ์ ร้อยละ 2.56 ช่วงเวลาที่ให้การ พยาบาลส่วนใหญ่เป็นช่วงเวลาก่อนการ ผ่าตัด ร้อยละ 69.44 และส่วนใหญ่ใช้ เวลาใน การพยาบาลน้อยกว่า 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 75 - พบว่าค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลของการใช้ เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้ สื่ออารมณ์ขัน ด้วยการฟังเพลงตลก หรือให้อ่านการ์ตูนตลก มีค่าอิทธิพลมาก ที่สุด (-2.95) รองลงมาคือ การใช้การ ดูแลแบบหลายวิธีร่วมกัน (-1.43) การใช้ เทคนิคการสัมผัส (-1.34) การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ (-1.15) การสอนหรือการให้ข้อมูล (-1.04) การใช้ดนตรีบำบัด (-0.99) การ ฝึกการผ่อนคลาย (-0.58) และการ พยาบาลแบบประคับประคองจิตใจ (-0.52)	สรุปเพื่อนำไปใช้/ ในการลดความวิตกกังวลใน ผู้ป่วยศัลยกรรมผู้ใหญ่ สามารถ สนับสนุนการปฏิบัติบนพื้น ฐานข้อมูล เชิงประจักษ์ สามารถใช้เทคนิค เบี่ยงเบนความสนใจ การสัมผัส การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ การสอนหรือการให้ข้อมูล และ การใช้การดูแลแบบหลายวิธี ร่วมกันแล้วแต่จะปรับตามความ เหมาะสม ในแต่ละสถานการณ์

ตารางที่ 27 เรื่อง Incident of deep vein thrombosis after colorectal surgery in Chinese population.

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์ Lee, F.Y., Chu, R., Liu, K.H., Ng, S.M., et al. (2001) ANZ Journal of surgery, 71(11), 637-640 การออกแบบวิจัย/ การวิจัยที่ศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort study) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ T การทดสอบ Mann-Witney U test) และไคสแควร์ ระดับ/ วัตถุประสงค์ ระดับ 4 เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึก บริเวณขาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ของประเทศจีน	กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วน sigmoid และลำไส้ตรง (rectum) เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึก วิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง เข้านอนโรงพยาบาลก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ได้รับการประเมินภาวะ การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึก บริเวณขาทั้งสองข้างของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยการทำ serial duplex ultrasound มีการเตรียมลำไส้ใหญ่โดยให้รับประทานอาหารเหลวและ phosphate soda - ให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด (ampicillin, cefuroxime, metronidazole) - ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายและเดินโดยเร็ว จากพยาบาลและนักกายภาพบำบัด - หลังผ่าตัดวันที่ 3 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมิน ด้วยการตรวจ	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ 1. ตรงกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) 2. การวิจัยมีความน่าเชื่อถือ เป็น การวิจัยที่ศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort study) ซึ่งเป็นงานวิจัยในระดับ 4 3. การพิจารณาแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation) 3.1 Transferability of the findings มีความเหมาะสม เพราะกลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความคล้ายคลึงกัน 3.2 Feasibility พยาบาลมีสิทธิ โดยชอบในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริม การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกบริเวณขา วิธีการไม่ยุ่งยากซับซ้อน โดยซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อวางแผนทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป 3.3 Cost benefit ratio การนำไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยง แต่มีโอกาสดึงประโยชน์ได้มากกว่ารูปแบบเดิม

ตารางที่ 27 เรื่อง Incident of deep vein thrombosis after colorectal surgery in Chinese population. (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ แหล่งตีพิมพ์/ การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงวิชาการ/ สรุปเพื่อนำไปใช้/
	วิธีวิจัย/(ต่อ) อัลตราซาวนด์ ถ้าผลปกติจะได้รับ การประเมินซ้ำก่อนกลับบ้านหลัง ผ่าตัดวันที่ 7 ถ้าพบว่าผู้ป่วยกลุ่ม ตัวอย่าง เกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือด ดำส่วนลึกบริเวณเหนือเข่า จะ เริ่มให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ถ้าเกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือด ดำส่วนลึกบริเวณต่ำกว่าเข่า จะ ติดตามโดยการทำอัลตราซาวนด์ ใน 2 สัปดาห์ถัดไปและสิ้นสุดการ รักษาเมื่อไม่พบภาวะแทรกซ้อน แล้ว ผลการวิจัย/ การศึกษาพบว่า ผู้มีอายุมากและการ สูบบุหรี่จัด เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ เกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ ส่วนลึกบริเวณขา อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ประเภทการผ่าตัด การดูแลของ โรค ระยะเวลาในการผ่าตัดและ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่มีผล ต่อการเกิดความเสี่ยงต่อภาวะ ดังกล่าว	สรุปเพื่อนำไปใช้/ ในการลดอุบัติการณ์การเกิดลิ่ม เลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึก บริเวณขาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มะเร็งลำไส้ใหญ่ ต้องทำการ ประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิด อุบัติการณ์การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือด ดำส่วนลึกบริเวณขา ได้แก่ อายุ ประวัติการสูบบุหรี่ ทั้งนี้ เพื่อให้การพยาบาลก่อนและหลัง ผ่าตัดที่ถูกต้องและเหมาะสม

ภาคผนวก ข

แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง
(จำนวน ~ 11 วัน)

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ ปี การผ่าตัด

วันที่ทำผ่าตัด.....วันที่จำหน่าย.....รวมวันนอนโรงพยาบาล วัน

หอผู้ป่วย.....HN.....AN..... แพทย์.....

วินิจฉัยทางการแพทย์	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	บรรลุนิติประสงค์ (ใช่/ไม่ใช่)
* ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัด * * ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด * การบำบัดรักษาที่ไม่ครอบคลุม..... * ภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม	* ผู้ป่วย และญาติเข้าใจขั้นตอนการรักษา * ผู้ป่วยเข้าใจสิทธิ และหน้าที่ของผู้ป่วย * ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวก่อน * ผู้ป่วยพร้อมรับการผ่าตัด * ผู้ป่วย..... * ผู้ป่วย..... * * ผู้ป่วย..... * ผู้ป่วย..... * ได้รับการบำบัดรักษาที่ครอบคลุม * สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้เพียงพอ..... * รู้และสามารถเลือกรับประทานอาหาร.....	

* แผนการดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางการดูแลที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ แต่ในขณะเดียวกันการดูแลผู้ป่วยที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายต้องได้รับการดูแล

วันนอน รพ./ กิจกรรม การดูแล	วันก่อนผ่าตัด	วันผ่าตัด			หมายเหตุ
	วันที่.....	วันที่.....			
สถานที่	หอผู้ป่วย	ห้องพักรอผ่าตัด Pre operative	ห้องผ่าตัด Peri operative	ห้องพักฟื้น Post operative	
ผลลัพธ์ที่ คาดหวัง	- ผู้ป่วย และญาติ เข้าใจ..... - ผู้ป่วยเข้าใจสิทธิ - ผู้ป่วยพร้อมรับ การผ่าตัด	- ผู้ป่วย และญาติ เข้าใจการรักษา - ผู้ป่วยเข้าใจสิทธิ และ..... - ผู้ป่วยพร้อมรับการ ผ่าตัด	- ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษา พยาบาลตามมาตรฐาน การดูแล ในระยะผ่าตัด * ผู้ป่วย..... * ผู้ป่วย.....	- ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาพยาบาลตาม มาตรฐาน การพยาบาล ผู้ป่วยในระยะหลัง ผ่าตัด * ผู้ป่วย.....	

วันนอน รพ./ กิจกรรม การดูแล	วันก่อนผ่าตัด	วันผ่าตัด		
	วันที่.....	วันที่.....		
สถานที่	หอผู้ป่วย	ห้องพักรอผ่าตัด Pre operative	ห้องผ่าตัด Peri operative	ห้องพักฟื้น Post operative
การประเมิน	- ประเมินร่างกายตามระบบ..... - ประเมินระดับสัญญาณชีพ - ประเมิน..... - การพักผ่อน/ การออกกำลังกาย - pre-op check list -	- ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย, ใบยินยอมรับการรักษา - ยา pre-medication - ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย..... - ประวัติการผ่าตัด การแพ้ยา - ตรวจสอบการ NPO - ประเมินความปวด	- รับผู้ป่วยจาก ห้องรอผ่าตัด - สอบถาม ชื่อ-สกุล ลงที่ก time in - ประเมินความพร้อม..... . - ตรวจวัดสัญญาณชีพ	- ประเมินร่างกายตามระบบ ได้แก่ - ประเมินระดับความรู้สึกตัว ชีพจร
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	☐ CBC PT,PTT, Blood type ☐ Blood chemistry ☐ Serology - จอเลือด	- ติดตามค่า CBC, FBS, ABGs, ... - Blood type - HbsAg	- ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเลือดที่จอง - CBC - จอเลือดเพิ่มเติม	- ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเลือดที่จอง - CBC - จอเลือดเพิ่มเติม
-การตรวจอื่นๆ	☐ Chest X- ray ☐ ECG ☐ CEA ☐ BE ☐ Colonoscopy/sigmoidoscopy ☐	ติดตามค่า ☐ Chest X- ray ☐ ECG ☐ CEA ☐ BE ☐ Colonoscopy/sigmoidoscopy ☐		
การสอน	- การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล..... -การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด -	- ทบทวนการดูแลตนเอง - ทบทวนการปฏิบัติตัว ☐ จัดการรักษาเสริม	-	- ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อรู้สึกตัว - ทบทวนการปฏิบัติหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ -
การปรึกษา	☐ อายุรแพทย์ ☐ วิสัญญีแพทย์ ☐ ET nurse/..... ☐ อื่นๆ	-	☐ ศัลยแพทย์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง / วิสัญญีแพทย์ ☐ อื่นๆ.....	☐ ศัลยแพทย์ ☐ วิสัญญีแพทย์ ☐ อื่นๆ.....

วันนอน รพ./ กิจกรรม การดูแล	วันก่อนผ่าตัด	วันผ่าตัด		
	วันที่.....	วันที่.....		
สถานที่	หอผู้ป่วย	ห้องพักรอผ่าตัด Pre operative	ห้องผ่าตัด Peri operative	ห้องพักฟื้น Post operative
ยาตาม แผนการรักษา	- เตรียมลำไส้ก่อน ผ่าตัด โดยให้ รับประทานยาระบาย เช่น ☐ ☐ ให้ยาปฏิชีวนะ ☐		- ให้การระงับความรู้สึก ตามความเหมาะสม ☐ สารน้ำทางหลอดเลือด โดยสมดุลกับปริมาณที่ สูญเสียไประหว่างผ่าตัด ☐ ให้เลือดทดแทน	☐ ให้ยาระงับความปวด เช่น กลุ่ม narcotic, NSAID ☐ สารน้ำทางหลอดเลือด ดำอื่นๆ.....
-โภชนาการ	- อาหารเหลวใส - NPO หลังเที่ยงคืน	- NPO	-NPO	- NPO
-การดูแลสาย สวนและท่อ ระบาย	N/A		☐ การดูแลสายสวนและ ท่อระบายต่างๆ ☐	☐ การดูแลสายสวนและ ท่อระบายต่างๆ ☐
-การดูแลรักษา	- ตรวจสัญญาณชีพ - การเตรียมผิวหนัง - การเตรียมลำไส้ - - ประคับประคอง จิตใจ.....	- ตรวจวัดสัญญาณชีพ - เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง ของ ร่างกาย - ดูแลปรับอุณหภูมิห้อง	- จัดทำให้เหมาะสม - ป้องกันภาวะ แทรกซ้อน - เตรียมความพร้อม เครื่องมืออุปกรณ์	- การดูแลทางเดินหายใจ - ประเมินภาวะ ผิดปกติ..... -
- ระบบการ ขับถ่าย/ ระบาย	- ประเมินสี จำนวน จำนวนครั้งที่ถ่าย ลักษณะของอุจจาระ และปัสสาวะ	- สอบถามและประเมินสี จำนวนครั้งที่ถ่าย ลักษณะ ของอุจจาระ และปัสสาวะ	- ประเมินสี จำนวน ลักษณะ ของปัสสาวะ - ประเมินลักษณะ ของทวารเทียม	- ประเมินสี จำนวน ลักษณะ ของปัสสาวะ - ประเมินทวารเทียม
-การวางแผน จำหน่าย	- แนะนำแนวทางใน การรักษาแก่ผู้ป่วยและ ญาติ - ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วย	- ให้ข้อมูลแนวทางในการ รักษาแก่ญาติผู้ป่วย - สร้างความมั่นใจกับ ผู้ป่วยและญาติ	- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ ผ่าตัด ภาวะเสี่ยงที่เกิด ขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อร่วม ตัดสินใจในการรักษา	- ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

วันนอน รพ./ กิจกรรมการดูแล	วันที่ 1 (วันผ่าตัด และรับไว้ในหอผู้ป่วย)	วันที่ 2 (หลังผ่าตัดวันที่ 1)	วันที่ 3 (หลังผ่าตัดวันที่ 2)
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	- ผู้ป่วย.....	- ผู้ป่วย.....	- ผู้ป่วย.....
- การประเมิน	- ประเมินสภาพทั่วไป ตาม ABC - ประเมิน สัญญาณชีพ - ประเมิน - ประเมิน	ประเมินสภาพทั่วไป ตาม ABC - ประเมิน สัญญาณชีพ - ประเมินช่องเปิดลำไส้	- ประเมินสภาพทั่วไป - ประเมิน สัญญาณชีพ - ประเมินช่องเปิดลำไส้ - ประเมิน
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ติดตามค่า ☐ CBC ☐ FBS, ABGs	N/A	N/A
- การตรวจอื่นๆ	N/A	N/A	N/A
- การปรึกษา	☐ E.T.nurse ☐ นักกายภาพบำบัด ☐ นักโภชนาการ ☐ อื่นๆ.....	☐ เหมือนวันที่ 1	☐ E.T.nurse
- การสอน	- สอน..... - ทบทวนการปฏิบัติ ตัว.....	- ทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดกับผู้ป่วยและครอบครัว	- การให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การดูแลทวารเทียม สาริต และอธิบาย
- ยึดตามแผนการรักษา	- ให้สำรน้ำทางหลอดเลือด ดำ - ให้ยาระงับความปวด - ให้ยาปฏิชีวนะ	- เหมือนวันที่ 1	- เหมือนวันที่ 1
โภชนาการ	- NPO	- NPO	- เริ่มจิบน้ำ(กรณีลำไส้เริ่ม ทำงาน)
การดูแลสายสวนและท่อ ระบายต่างๆ	- ดูแลสายสวนและท่อระบาย ที่ติดมากับตัวผู้ป่วยหลัง ผ่าตัด	- เหมือนวันที่ 1	- เหมือนวันที่ 1 (*)
การดูแลรักษา	- เฝ้าระวังสัญญาณชีพ - เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ภายหลัง - บันทึก I/O - ดูแลความสุขสบาย - ดูแลจิตใจ	- เฝ้าระวังภาวะแทรก ซ้อนภายหลังผ่าตัด - ชักถามการทำงานของทวาร เทียม - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบทางเดิน อาหารและ ทวารเทียม	- เหมือนวันที่ 1 - กระตุ้นการหายใจ, การ เคลื่อนไหว - ดูแลด้านจิตใจ - ดูแลความสุขสบาย - สาริต ให้กำลังใจเกี่ยวกับ การดูแลทวารเทียม

วันนอน รพ./ กิจกรรมการดูแล	วันที่ 1 (วันผ่าตัดและรับไว้ในหอผู้ป่วย)	วันที่ 2 (หลังผ่าตัดวันที่ 1)	วันที่ 3 (หลังผ่าตัดวันที่ 2)
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
- ระบบการขับถ่าย/ ระบาย	- ประเมินปัสสาวะ - ปริมาณเสมหะและ น้ำย่อยทาง NG tube - ประเมินสิ่งขับหลังจาก ทวารเทียม(ถ้ามี)	- เหมือนวันที่ 1	- เหมือนวันที่ 1 (*)
กิจกรรมการดูแลตนเอง	- นอนพักที่เตียง - ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง อย่างมีประสิทธิภาพ - การบริหารเมื่อรู้สึกตัว เช่น มือ เท้า	- นอนพักที่เตียง (bed rest) ทำกิจกรรมได้ บางส่วน - ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ เองอย่างมีประสิทธิภาพ	- ลูกนั่งที่บนเก้าอี้ และทำ กิจกรรมข้างเตียง ในระยะ 50-100 ฟุต
การวางแผนจำหน่าย	ประเมินระบบสนับสนุนของ ผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	ปฏิบัติต่อเนื่องจากวันที่ 1	การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตนหลังผ่าตัด สาธิต และอธิบายการทำควม สะอาดทวารเทียมให้ข้อมูล เกี่ยวกับถุงรองรับ (Prasangsit,2001 ; นุชรี ไฉ่พันธ์, 2542)

วันนอน รพ./ กิจกรรมการดูแล	วันที่ 4 (หลังผ่าตัดวันที่ 3)	วันที่ 5 (หลังผ่าตัดวันที่ 4)	วันที่ 6 (หลังผ่าตัดวันที่ 5)	วันที่ 7 (หลังผ่าตัดวันที่ 6)
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
- ผลลัพธ์ที่ คาดหวัง	-	-	-	-
- การประเมิน	- เหมือนวันที่ 3	- ประเมิน สัญญาณชีพ ทุก 12 ชม. - ประเมิน.....	ประเมิน สัญญาณชีพ - ประเมิน..... - ประเมิน	ประเมิน สัญญาณชีพ – ประเมิน..... - ประเมิน
- การตรวจทาง ห้องปฏิบัติ การ	N/A	N/A	N/A	N/A
- การตรวจอื่นๆ	N/A	N/A	N/A	N/A
- การปรึกษา	N/A	N/A	N/A	N/A

วันนอน รพ./ กิจกรรมการ ดูแล	วันที่ 4 (หลังผ่าตัดวันที่ 3)	วันที่ 5 (หลังผ่าตัดวันที่ 4)	วันที่ 6 (หลังผ่าตัดวันที่ 5)	วันที่ 7 (หลังผ่าตัดวันที่ 6)
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
- การสอน	-เหมือนวันที่ 3 สาธิต และให้ทดลองฝึก -ให้ข้อมูลเกี่ยวกับถุง รองรับ	-เหมือนวันที่ 3 สาธิต และให้ทดลองฝึก -ให้ข้อมูลเกี่ยวกับถุง รองรับ	- ติดตามประเมินผล - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ	- ติดตามประเมินผล - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ
ยาตามแผนการ รักษา	- หยุดให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำ - ให้ยาตามแผนการ รักษา	- ให้ยาตามแผนการ รักษา	- ให้ยาตามแผนการรักษา	- ให้ยาตามแผนการรักษา
การดูแลสาย สวนและท่อ ระบายต่างๆ	-การดูแล penrose drain/ redivac drain	- เหมือนวันที่ 4	- เหมือนวันที่ 4	- off drain
- โภชนาการ	- จิบน้ำ และเริ่มอาหาร เหลวใส (**)	เริ่มอาหารเหลวใส ให้ รับประทาน 3 มื้อ จึง ปรับเป็นอาหารอ่อน	อาหารชนิดอ่อน (***)	อาหารธรรมดา ถ้าทำได้ ทำงานได้ดี
- การดูแลรักษา	- กระตุ้นการหายใจ - ดูแลด้านจิตใจ - การให้คำแนะนำ	- เหมือนวันที่ 4 - ดูแลด้านจิตใจ	-เหมือนวันที่ 5 ให้ผู้ป่วย ฝึก - ทบทวนข้อมูล	- ตัดไหม - ดูแลแผลผ่าตัด - เหมือนวันที่ 6
- ระบบการ ขับถ่าย/ ระบาย	-ประเมินสิ่งขับหลัง สี จำนวนจากทวารเทียม	-ประเมินสิ่งขับหลัง สี จำนวนจากทวารเทียม	- ประเมินสิ่งขับหลัง สี จำนวนจากทวารเทียม	-ประเมินสิ่งขับหลัง สี จำนวนจากทวารเทียม
- กิจกรรมการ ดูแลตนเอง	- ทำกิจกรรมข้างเตียง ในระยะ 100 -200 ฟุต	- ปฏิบัติกิจกรรมตาม ต้องการ	- ปฏิบัติกิจกรรมตาม ต้องการ	- ปฏิบัติกิจกรรมตาม ต้องการ
- การวางแผน จำหน่าย	การให้คำแนะนำและ คู่มือประกอบ - ช่วยส่งเสริมการรับรู้ ภาพลักษณ์	เหมือนวันที่ 4 สาธิต และให้ทดลองฝึก - ติดตามประเมินผล	- ติดตามประเมินผล ทบทวนการดูแลทวารเทียม	- เหมือนวันที่ 6

วันนอน รพ./ กิจกรรมการดูแล	วันที่ 8 (หลังผ่าตัดวันที่ 7)	วันที่ 9 (หลังผ่าตัดวันที่ 8)	วันที่ 10 (หลังผ่าตัดวันที่ 9)	วันที่ 11 วันจำหน่าย
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	- ได้รับการบำบัดรักษาที่ ครอบคลุม - สามารถขับถ่ายได้ก่อน การจำหน่าย - ตระหนักถึงอาการ อาการแสดง/ ภาวะแทรกซ้อนหลังการ ผ่าตัด	เหมือนวันที่ 8	เหมือนวันที่ 8	เหมือนวันที่ 8
- การดูแลรักษา	- ดูแลแผลผ่าตัด ตัดไหม ถ้าแผลแห้ง ดีดี - ผู้ป่วยสามารถ รับประทานอาหาร ธรรมดาได้ครบ 3 มื้อ - สามารถควบคุมความ ปวดได้ - เหมือนวันที่ 6 ให้ผู้ป่วย และญาติฝึกปฏิบัติ - ดูแลด้านจิตใจ - สังเกตพฤติกรรม การดูแลช่องทวารเทียม	- เหมือนวันที่ 8 - สังเกตพฤติกรรม การดูแลช่องทวารเทียม - ดูแลด้านจิตใจ และให้กำลังใจ	- เหมือนวันที่ 8 - สังเกตพฤติกรรม การดูแลช่องทวารเทียม - ดูแลด้านจิตใจ และให้กำลังใจ - นัดเพื่อติดตาม ผลการรักษา หรือ รับการรักษาต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่าย ~ 2 อาทิตย์	- ให้ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกันทบทวนการดูแล ทวารเทียมและทบทวน การดูแลตนเองเมื่อ จำหน่ายกลับบ้าน
- การวางแผน จำหน่าย	ทบทวนแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ตามรูปแบบ METHOD M: ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับอย่าง ละเอียด E : ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องได้รับการประเมินเกี่ยวกับ สิ่งแวดล้อม เสริมกิจ T: ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการ รักษา H: ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของ ตนเอง สามารถปรับวิธีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับ ข้อจำกัดด้านสุขภาพ O: ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญ ของการมา ตรวจตามนัด D: ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจและสามารถเลือก รับประทานอาหารได้ถูกต้อง		- เหมือนวันที่ 8-9 และเน้นย้ำข้อมูล ที่เป็น	- ให้ข้อมูลที่จำเป็น เช่น การรับประทานยา การ ปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน นัดหมายต่อเนื่อง

* การพิจารณาออกสายสวนปัสสาวะหรือท่อระบายให้พิจารณาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย โดย urine output ต้อง ≥ 250 cc/ 8 hrs สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน และภายหลังกนำสาย urinary catheter ออกแล้ว ให้รายงานแพทย์กรณี urine output < 250 cc/ 8 hrs.

* การพิจารณาเพื่อ นำสาย NG tube ออก เริ่มจิบน้ำและเริ่มอาหารเหลวใสพลังงานวันละ 400-600 กิโลแคลอรี โดยประเมินการทำงานของลำไส้ จากการผายลมและฟัง bowel sound

(**) เริ่มอาหารเหลวใสพลังงานวันละ 400-600 กิโลแคลอรี คาร์เริ่ม ~ 3 มื้อ จึงปรับเป็นอาหารชนิดข้น พลังงานวันละ 800-1,000 กิโลแคลอรี ให้รับประทาน 3 มื้อ จึงปรับเป็นอาหารชนิดอ่อน

แบบบันทึกความเบี่ยงเบนที่มีผลต่อแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
ที่ได้รับการผ่าตัด

date	Type of variance									
	patient						family	Hospital system		
	Bleeding	Hyper tension	Wound infection	Pulmonary complication	fever	Prolong illius	Un readiness	Bed unavallable	Consult	Delay D/S

ภาคผนวก 2 (ต่อ) (***)

อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด

ตัวอย่าง อาหารสำหรับผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด วันที่ 3

1. อาหารเหลวใส พลังงานวันละ 400-600 กิโลแคลอรี ได้แก่
 - น้ำหวาน 1 แก้ว.....
2. อาหารเหลวข้น พลังงานวันละ 800-1,000 กิโลแคลอรี ได้แก่
 - นมสด 1 แก้ว
3. อาหารอ่อน พลังงานวันละ 1,500 กิโลแคลอรี
 - ช้วงเช้า.....
 - อาหารกลางวัน
 - อาหารเย็น.....

รายการอาหารปรับเปลี่ยนได้ ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

อาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เช่น.....

หลีกเลี่ยงอาหารที่มีมันมาก เช่น

หลีกเลี่ยงอาหารที่มีแก๊สมาก อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น เช่น.....

ภาคผนวก ก

แผนการดูแลที่พัฒนาขึ้นได้ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่านได้รับคำแนะนำและข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้ศึกษาได้นำร่องการพัฒนาแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด รายกรณีจำนวน 2 ราย ในระหว่างการศึกษาวิชา พยคร. 686 ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยวิกฤต2

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 50 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ตรง (CA. rectum) ได้รับการผ่าตัด APR (Abdomino-perineal resection) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 14 วัน

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 78 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (CA. recto sigmoid colon) ได้รับการผ่าตัด LAR (Low anterior resection) มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเส้นเลือด จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 11 วัน

หลังจากใช้แผนการดูแลที่พัฒนาขึ้นพบความเบี่ยงเบนที่ต่างไปจากแผนการดูแล คือ

1. ความเบี่ยงเบนที่เกิดจากผู้ป่วย มีสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ระยะผ่าตัดในห้องผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วย ดังนี้

1.1. ความเบี่ยงเบนที่พบในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ได้แก่

ผู้ป่วยรายที่1 มีความไม่แน่ใจในภาพลักษณ์ที่อาจเปลี่ยนไป จากการมีทวารเทียมทางหน้าท้องภายหลังการผ่าตัด และกลัวการไม่หายขาดจากโรค มีอาการอ่อนเพลีย ไม่สบาย มีอาการปวดท้องเป็นพักๆ จากการเตรียมลำไส้เพื่อทำผ่าตัด

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีอาการอ่อนเพลียและปวดท้องเป็นพักๆ จากการเตรียมลำไส้ กลัว วิตกกังวลต่อการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

1.2. ความเบี่ยงเบนที่พบในขณะอยู่ในระยะผ่าตัด ได้แก่

ผู้ป่วยรายที่ 1 ใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก เนื่องจากมีเสมหะมากในปอดและทางเดินหายใจ ต้องใช้ระยะเวลาในการให้ยานาสูด ประมาณ 25 นาที

การจัดท่าขึ้นขาหยั่ง เพื่อทำผ่าตัด ทำได้ลำบาก ใช้เวลานานเนื่องจากผู้ป่วยรูปร่างค่อนข้างพอม น้ำหนัก 44 กก. สูง 158 ซม. BMI = 17.76 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเส้นประสาท การเกิด DVT หรือการเคลื่อนของปุ่มกระดูก

ผู้ป่วยรายที่ 2 ความดันโลหิตสูงเป็นช่วงๆในขณะที่ทำผ่าตัด และเสียเลือดค่อนข้างมาก ประมาณ 900 ซีซี.

1.3.ความเบี่ยงเบนที่พบขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ได้แก่

ผู้ป่วยรายที่ 1 ภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 89-98 % พบว่า ขณะหายใจมีเสียงเสมหะในปอดค่อนข้างมากและบ่นปวดแผล ต้องให้ยาระงับปวด Morphine 4 mg dilute IV 3 doses (ห่างกันทุก 10 นาที) ความปวดอยู่ในระดับ 6-8 ใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการหนาวสั่น อุณหภูมิร่างกาย 36.0°C ภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 88-96 % พยาบาลวิสัญญีประจำหน่วยผ่าตัดให้ warm blanket และให้ยา ทำให้ต้องนอนพักฟื้นนานประมาณ 2 ชม. ก่อนย้ายไปยังหอผู้ป่วยหนัก

1.4 ความเบี่ยงเบนที่พบขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยในช่วง 24-48 ชม. หลังผ่าตัด ได้แก่

ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการปวดแผลหลังผ่าตัดค่อนข้างมาก เจ็บคอ มีเสมหะในคอไม่สามารถไอเอาเสมหะออกเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความวิตกกังวลต่อการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง แผลที่ก้น on penrose มีเลือดซึมสีแดงจางๆ

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.5- 39°C มีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด แผลแดง มีเลือดซึมเล็กน้อย เคลื่อนไหวทำกิจกรรมได้ช้า เนื่องจากมีอาการปวดแผล off NG tube วันที่ 3 แต่เมื่อเริ่มรับประทานอาหารแล้วมีอาการท้องอืด ปวดท้อง แพทย์ให้เริ่มจิบน้ำในวันที่ 4 รับประทานอาหารในวันที่ 5 ซึ่งช้ากว่าแผนที่วางไว้เล็กน้อย

2. ความเบี่ยงเบนที่เกิดจากครอบครัวผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 1 ญาติไม่พร้อมรับกับ เนื่องจากญาติที่ไม่ได้รับทราบข้อมูลการรักษา ไม่พร้อมยอมรับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปจากการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ดังนั้นจึงเห็นความจำเป็นในการให้ข้อมูลเพิ่มเติมกับญาติที่มีส่วนดูแลผู้ป่วยด้วย ส่งผลต่อจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยเกี่ยวข้องได้แก่ ระบบควบคุมค่าใช้จ่าย เนื่องจากผู้ป่วยใช้สิทธิ 30 บาทแบบไม่ต้องชำระค่ารักษาพยาบาล แต่เนื่องจากต้องใช้ถุงรองรับอุจจาระ ซึ่งสามารถเบิกได้เพียงครั้งละ 1 ชุด อาจส่งผลต่อสถานะด้านการเงินของผู้ป่วยได้

3. ความเบี่ยงเบนที่เกิดจากโรงพยาบาล หลังจากให้การดูแลและให้คำปรึกษารวมถึงการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ทำหน้าที่ให้คำแนะนำเป็นพยาบาลผู้ประสานงานในการใช้แผนการดูแล ที่ผ่านการอบรมในระยะสั้นๆ ซึ่งอาจมี

ความรู้ความชำนาญไม่เพียงพอ ควรได้มีการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง อีกทั้งหน่วยงานไม่มีแพทย์วิสัญญี การให้ยาระงับความรู้สึกอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลวิสัญญี ซึ่งอาจส่งผลให้การประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุม และมีข้อจำกัดในการให้ยาเพื่อการรักษา

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วย จากการให้ผู้ป่วยและญาติทำแบบประเมินความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจในระดับดีและดีมาก เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลที่ได้รับ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานการดูแล การสอนให้คำแนะนำ นอกจากนี้ผู้ป่วยได้มีการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายและพึงพอใจในการได้รับการสอบถามเกี่ยวกับลักษณะแผลติดเชื้อ การใช้ยา ปฏิชีวนะ การกลับเข้าทำงาน ข้อห้ามในการดำรงชีวิตประจำวันและการให้การปรึกษาในด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว

จะเห็นได้ว่าภาวะโรคร่วมที่เกิดขึ้นก่อนการผ่าตัด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จะได้รับการให้คำแนะนำตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ทำให้คาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองในปัญหาดังกล่าว นอกจากการได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง จากสภาพร่างกาย เช่น ภาวะขาดสารอาหาร รูปร่างผอมหรือประวัติการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจส่งผลต่อการหายของแผลหรือจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้นประวัติการสูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน ทำให้การทำงานของปอดไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ซึ่งอาจส่งผลต่อจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้นได้

ภาคผนวก ง

แผ่นพับคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
แบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง



เมื่อท่านต้องการรักษาด้วยการผ่าตัด



สิ่งที่ท่านควรทราบเกี่ยวกับเตรียมตัวเพื่อเข้ารับ

การผ่าตัด มีดังนี้ คือ

- * การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม.....
-
- * การตรวจคลื่นหัวใจ

แพทย์จะนัดให้ท่านมานอน

โรงพยาบาล.....

คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

2. การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ

3. งดสูบบุหรี่

4. การฝึกหายใจอย่างถูกวิธี

5. การฝึกหัดการไออย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีที่แพทย์นัดท่านมารับการผ่าตัด

ที่โรงพยาบาลก่อนวันผ่าตัด

1. ท่านอาจได้รับการเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำ

ผ่าตัด ควรรอาน้ำ สระผม ดูแลความสะอาด

ร่างกาย.....

.....

.....

2. ท่านจะได้รับการเตรียมตัวไว้ก่อนการผ่าตัดให้สะอาด

ไม่มีตุ่มจะคันเป็นจุดแบบที่เรียกในภาษาอังกฤษว่า

ปฏิกิริยาการติดเชื้อ การเตรียมตัวไว้โดยวิธี

ในวันแรก

ในวันที่ 2

ในวันที่ 3

3. ต้องงดน้ำและอาหารหลังเวลา 24.00 น.(เที่ยงคืน)

ก่อนวันผ่าตัด

4.

5. ก่อนไปห้องผ่าตัด

.....

6. ปีสสาวะให้เรียบร้อยก่อน ไปห้องผ่าตัด

การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ห้องผ่าตัด

1. เมื่อมาถึงห้องผ่าตัด เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดจะเปลี่ยน

เสื้อผ้าและนำท่านมายังห้องรอผ่าตัด

2. ท่านจะได้รับการตรวจสอบความพร้อมก่อนผ่าตัด

เช่น

3. เมื่อทีมพร้อม ท่านจะได้รับการเคลื่อนย้ายไปสู่ห้อง

ผ่าตัด.....

4. ขณะรอการผ่าตัด

.....

5. การปฏิบัติตัวขณะได้รับการระงับความรู้สึก

* กรณีที่ได้รับการดมยา

.....

* กรณีได้รับยาทางช่องไขสันหลังร่วมด้วย ท่าน

ต้อง.....

การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด

1. หลังผ่าตัด ท่านจะได้รับการดูแลที่ห้องพักฟื้น

ประมาณ 1-2 ชั่วโมง

.....

2. ท่านจะได้รับการจัดให้นอนราบ ไม่หนุนหมอน

3. เมื่อเริ่มตื่นได้แล้ว จะต้องบริหารปอด

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง



4. ถ้ามีเสมหะในลำคอให้ออกด้วยวิธีการไอที่มี

ประสิทธิภาพ

5. ท่านจะมีสายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ สายทางงู

6. ท่านจะได้รับการประเมินระดับความเจ็บปวดโดย
พยาบาล และจะได้รับยาแก้ปวด

7. ควรมีการพลิกตะแคงตัวซ้ายขวาทุก 1-2 ชั่วโมง

8. ในระยะแรกต้องงดน้ำและอาหารทางปากต่อไป

9. ท่านจะมีช่องทวารเทียมเป็นรูเปิดของลำไส้ใหญ่
ออกมาภายนอกร่างกาย

งานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ศูนย์มะเร็งลพบุรี
โทร (036) 621800 ต่อ 139-143

ภาคผนวก จ

**คู่มือการดูแลช่องทวารเทียมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
แบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง**



คู่มือการดูแลทวารเทียม สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง แบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง



ช่องทวารเทียม (Colostomy) หมายถึง

.....

ขั้นตอนการดูแลทวารเทียมด้วยตัวเอง

4-5 วันแรกหลังผ่าตัด

จากนั้นประมาณ 7-10 วัน แผลรอบทวารเทียมจะเริ่มหายสนิทได้ให้

.....

การดูแลทวารเทียมด้วยตัวเอง ควรปฏิบัติดังนี้

1. การถ่ายของเสียออกจากถุง
 - 2.1 มีขั้นตอนดังต่อไปนี้
 - 2.2
 - 2.3

.....

.....

งานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ศูนย์มะเร็งลำไส้ใหญ่
โทร (036) 621800 ต่อ 139-143

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1. การรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ควรรับประทานอาหาร
แต่เพียงพอกับ เคี้ยวอาหารให้ละเอียด

2. การดูแลความสะอาดร่างกาย

3. การเตรียมพร้อมเมื่อเริ่มทำงาน

4. การพักผ่อนและออกกำลังกาย

5. การมีเพศสัมพันธ์ เมื่อร่างกายฟื้นฟูสภาพปกติ

ความรู้ในระยะก่อนกลับบ้าน

หลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ออกแล้วยังมีโอกาสเกิดกลับเป็นซ้ำภายใน 3 ปี
จึงต้องมีการติดตามการรักษาต่อเนื่อง ดังนี้

1. การมาตรวจตามแพทย์นัด โดย

2. การสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่

2.1 ภาวะขาดเลือดมาเลี้ยง

2.2 ภาวะบวม

2.3 ภาวะเลือดออก

2.4 ภาวะอุจจาระ

2.5 ภาวะช่องเปิดลำไส้ตี

2.6 ภาวะลำไส้ชนิดปกติ

2.7 ภาวะช่องเปิดลำไส้ถูกดึงเข้าไปในช่อง

3. แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาเสริมหลังจากการผ่าตัดแล้ว ได้แก่ การให้ยาเคมี
บำบัด หรือ การฉายรังสีรักษา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพความพร้อมของผู้ป่วยและดุลพินิจ
ของแพทย์

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแผนการดูแล

1. แพทย์หญิงอรชร เอี่ยมอารีรัตน์
นายแพทย์ 9 กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
2. แพทย์หญิงเสาวลักษณ์ ตันติเจริญสิน
นายแพทย์ 8 กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มภารกิจวิชาการ ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี
3. ผศ. ดร. ทิพา ต่อสกุลแก้ว
4. นางสาวเบญจวรรณ วีระทอดตระกูล
พยาบาลผู้ชำนาญการระดับ 8 หน่วยผ่าตัดช่องท้องและหลอดเลือด โรงพยาบาลศิริราช
5. นางสาวจุฬาร ประสงค์
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาศัลยศาสตร์ ตึก 72 ปี ชั้น 7 หุ่นนิ่งเนื้อ โรงพยาบาลศิริราช
6. คุณทยา สีทอง
โภชนาการระดับ 6 หัวหน้างานโภชนบำบัด กลุ่มงานโภชนวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์
วัน เดือน ปีเกิด	25 มีนาคม 2514
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 2536: ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ Diploma in Nursing Science (Equivalent to Bachelor of Science in Nursing) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) Master of Nursing Science (Adult Nursing)
ตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน	ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี อ. เมือง จ. ลพบุรี 15000 ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพ 7 โทรศัพท์: 0-3662-1800 ต่อ 139 E-mail: premruedee_a@hotmail.com
ที่อยู่	751/1 แขวงคูหาสวรรค์ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ 10160 โทรศัพท์: 08-6619-5500