

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ คิดเป็นร้อยละ 84.9, 87.6 และ 88.34 ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ถือเป็นโรคที่พบบ่อยในโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร จากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital – Based Cancer Registry) ฉบับที่ 24 พ.ศ.2552 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคมะเร็งอันดับที่ 1 ของโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับในเพศชาย ช่วงอายุที่พบบ่อยมากที่สุด คือ 60-64 ปี และ 65-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.5 ทั้งสองช่วง และในเพศหญิงพบเป็นโรคมะเร็งอันดับที่ 3 ช่วงอายุที่พบบ่อยมากที่สุด คือ 55-59 ปี และ 50-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.6 และ 15.3 ทั้งนี้ เนื่องจากคนไทยมีการรับประทานอาหารเป็นแบบตะวันตกมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปีอย่างรวดเร็ว (วิภาวดี หิตนาแค, 2550) การรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ การผ่าตัด โดยต้องพยายามตัดส่วนที่เป็นมะเร็งออกให้หมด รวมถึงการป้องกันการกระจายของมะเร็ง (ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์, 2549) วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ ต้องมีการทำทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy) เพื่อเป็นทางระบายของอุจจาระแทนทางทวารหนัก (เปรมฤดี บุญภัทรานนท์, 2550) การผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษา ร่วม ได้แก่ การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด (ปริญญา ทวีชัยการ, 2549)

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมไม่ว่าจะเป็นชนิดชั่วคราวหรือชนิดถาวร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระ การที่ต้องเผชิญกับการมีช่องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องหรือทวารเทียมเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางการขับถ่ายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทันที รวมทั้งมีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต (Bratha, et al., 1995) ผลกระทบทางด้านร่างกายที่สามารถมองเห็นได้ชัด คือ การที่ต้องถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ซึ่งไม่สามารถควบคุมการไหล

ของอุจจาระได้และจำเป็นต้องมีถุงรองรับอุจจาระติดไว้ที่หน้าท้องตลอดเวลา และผู้ป่วยที่มีทวารเทียมยังจะต้องเผชิญกับถุงที่ภายในมีอุจจาระซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่น่าดู ทั้งลักษณะ สี กลิ่น และก๊าซที่ออกมาบรรจบสร้างความน่ารังเกียจแก่ผู้ที่มีทวารเทียมเองและผู้ที่อยู่ใกล้เคียง (นวพร ชิตมน, 2549) โดยหลังผ่าตัดระยะแรกผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาสลบจากการผ่าตัด เมื่ออาการโดยทั่วไปดีขึ้นผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยมักจะอายุรู้สึกว่ตนเองแตกต่างไปจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเองไม่กล้าเข้าสังคม (สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์ และคณะ, 2547)

จากการศึกษาของบราธาและคณะ (Bratha, et al., 1995) พบว่า การรับรู้ที่จะต้องทำผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินอุจจาระมีผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรงก่อนผ่าตัด ร้อยละ 80 สมาชิกในครอบครัวแสดงความเห็นอกเห็นใจ ร้อยละ 8 ถูกครอบครัวรังเกียจ ร้อยละ 10 เกิดความเครียดทันทีหลังผ่าตัด ร้อยละ 35 เปิดเผยมว่ามีปัญหาเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 40 กลุ้มใจมากกังวลเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของสังคม ร้อยละ 60 ต้องกลับเข้าโรงพยาบาลใหม่ด้วยสาเหตุคิดฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง และร้อยละ 65 ลดการออกสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Bekkers, et al., 1997) ที่การมีทวารเทียมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด กลัวผู้อื่นจะรังเกียจ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวตาย และจะแสดงอาการโกรธ ซึมเศร้า หดห้วงในชีวิต คิดว่าการมีทวารเทียมเป็นสิ่งสกปรก น่ารังเกียจ และไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า การมีทวารเทียมชนิดถาวรทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตในด้านหน้าที่การงาน เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายต่อการทำงานและเกี่ยวข้องกับการกลับเข้าไปทำงานในหน้าที่เดิมหรือการหางานใหม่ ซึ่งมีผลกระทบถึงรายได้จากการทำงานและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้องนั้น ส่งผลกระทบด้านลบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

นั่นคือ การมีทวารเทียมซึ่งเกิดจากการผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทางกาย รูปแบบการขับถ่าย ความไม่สุขสบายและวิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Audisio, 1997 อ้างใน จุฬาร พรประสิทธิ์, 2544) และส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวล (Wade, 1990) ซึ่งเกิดจากสาเหตุที่สำคัญ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จากการมีทวารเทียมบริเวณหน้าท้องเพื่อเป็นทางออกของอุจจาระและมีถุงอุจจาระห้อยติดอยู่ที่บริเวณหน้าท้อง 2) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ ซึ่งเป็นผลมาจากลำไส้ใหญ่ถูกตัดออกไปเป็นส่วนมากทำให้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ลดลงกว่าปกติ และจากการที่ช่องเปิดของทวารเทียมไม่มีกล้ามเนื้อหูรูดจึงไม่

สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ รวมทั้งการเกิดกลิ่น แก๊สที่ไม่พึงประสงค์ 3) รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการทำงาน การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การพักผ่อน การเดินทาง การเข้าสังคม ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส และ 4) การขาดความรู้ในการดูแลทวารเทียม เช่น การทำความสะอาดและการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ รวมทั้งการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียม เช่น การระคายเคืองของผิวหนังบริเวณรอบๆ ทวารเทียม การบวมของทวารเทียม การอุดตันของลำไส้ และการเกิดภาวะไส้เลื่อน เป็นต้น (จรินทร์ สมภู, 2539; อพัชชา ผ่องญาติ, 2543; วงเดือน เขี่ยมสกุลและคณะ, 2548; นวพร ชิตมน, 2549; ประทิน ไชยศรี, 2550: 169, 173; Krouse, et al., 2007; Mahjoubi, et al., 2009; Moriya, 2006; Lindsetmo et al. 2008 cited in O'Connor et al., 2010)

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่มีความไม่สบายใจ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกด้านลบ เช่น ความรู้สึกกลัว หงุดหงิด กระวนกระวายใจ ความเศร้าโศก หรือรบกวนจิตใจ เป็นภาวะที่คุกคามทั้งด้านภายในและภายนอกตัวบุคคล ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าและไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้น (Montgomery & Morris, 1992) ดังนั้น ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องมีความวิตกกังวล จากการที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าอุจจาระจะออกมาเมื่อไหร่ เนื่องจากลำไส้ไม่มีหูรูดทำให้ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จากการศึกษาการปรับตัวทางด้านจิตสังคมของผู้ที่มีทวารเทียม จำนวน 215 ราย พบว่า หลังการผ่าตัด 10 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลร้อยละ 25 (Wade, 1990) และจากการศึกษาของสุวรรณและคณะ (Kittinouvarat, et al., 2002) ที่ทำการศึกษาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจำนวน 9 คน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 9 คน มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมากเกี่ยวกับการมีทวารเทียม และ 3 ใน 9 คน มีความคิดว่าอยากตาย ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตลดลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การกลับไปทำงานช้า รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการตัดสินใจ (Maguire, 1997 cited in Cheung et al, 2003) ความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมก่อให้เกิดประโยชน์ คือ เป็นตัวกระตุ้นที่ดี (Stuart and Sundeen, 1983 อ้างใน ซอลดา พันธุเสนา, 2536: 58) แต่ถ้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับสูงจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า และต่อมหมวกไต ทำให้มีการหลั่งฮอโมน และเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง เกิดความไม่สุขสบายในทางเดินอาหาร เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน (ประทุมสร้อยวงศ์และคณะ, 2539: 15 อ้างในอพัชชา ผ่องญาติ, 2543) และทำให้การเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้นด้วย เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นแล้ว บุคคลจะพยายามหาวิธีการต่างๆ เพื่อลด

ความวิตกกังวลนั้นลง ซึ่งถ้าไม่ประสบผลสำเร็จจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่สบาย ทุกข์ทรมาน ทำให้เกิดความขัดแย้ง สับสน การทำงานต่างๆ หยุดชะงักลง (Green & McCreaner, 1996 อ้างในนิตยา คชศิลา, 2548) ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

จากการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรมของสุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์ (2545) พบว่า วิธีการพยาบาลที่ช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยมีหลายวิธีได้แก่ การสอนหรือการให้ข้อมูล การใช้เทคนิคบำบัด (การสัมผัส, การใช้ดนตรีบำบัด, การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ, การฝึกการผ่อนคลาย, การพยาบาลแบบประคับประคองด้านจิตใจ) การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ และการใช้การดูแลแบบหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งจากวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลดังกล่าว การที่จะเลือกใช้วิธีการใดนั้นจะต้องให้มีความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละประเภท สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม เมื่อพิจารณาจากสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลดังกล่าวข้างต้นนั้น ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเป็นความวิตกกังวลขณะเฉยใจ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่โดยพยาบาล จะช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้ ดังนั้น จึงควรเน้นการให้ข้อมูลที่ช่วยในการสร้างความมั่นใจในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ (Spielberger & Sydeman, 1994 อ้างในสุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์, 2545) เนื่องจาก ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลตนเองและการเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต

การให้ข้อมูลมักจะใช้สื่อและวิธีการที่แตกต่างกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลนั้นช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ได้ดีขึ้น คาดคะเนในเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ มีการเตรียมจิตใจเพื่อที่จะเผชิญกับปัญหา สามารถควบคุมตนเองได้ (อรัญญา สอนใจยุทธ, 2539) แต่จากการศึกษาของ Montazeri et al. (2001) พบว่า การได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากกลุ่มถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้สภาพทางด้านจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น และการได้รับข้อมูลจากการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งจะส่งผลให้ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง ในการจัดกลุ่มเพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทำทนายสำหรับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการทราบข้อมูลการดูแลตนเองในระยะยาวในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม ปัญหาที่สำคัญ เช่น การควบคุมการขับถ่ายของลำไส้ การมีเพศสัมพันธ์ แผลผ่าตัดติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทวารเทียม เช่น ภาวะไส้เลื่อน ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Moriya, 2006; Lindsetmo et al. 2008 cited in O'Connor et al., 2010) การให้ข้อมูลแบบกลุ่มนั้นนอกจากผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลแล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะ พูดคุยกับ

ผู้ป่วยที่เคยมีปัญหาหรือประสบการณ์เดียวกันมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่แตกต่างจากคนอื่น รู้สึกไม่โดดเดี่ยวหรือสิ้นหวัง (ดรุณี ชุนหวัด, 2539) นอกจากนี้ สาเหตุหลักของความวิตกกังวล เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ จากการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ ของจรีรัตน์ นวมะชิตี (2547) ยังพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่จะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ คือ การใช้กระบวนการกลุ่ม นั่นคือการได้รับข้อมูลนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษาแล้วยังช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย (Robb et al., 2006) ฉะนั้น การให้ข้อมูลโดยการใชรูปแบบกระบวนการกลุ่มจึงน่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสมในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา รวมทั้งคอยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและสรุปสาระสำคัญที่ได้จากผู้เข้าร่วมกลุ่ม ซึ่งคาดหวังว่าการที่ได้รับความรู้แบบกลุ่มโดยการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม น่าจะมีผลทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลรายบุคคล

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง หลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มหรือไม่ อย่างไร
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องก่อนและหลังการได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง อายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ตัวแปรต้น คือ การให้ข้อมูลแบบกลุ่ม และการพยาบาลตามปกติ
2. ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวล

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่มีความไม่สบายใจ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกด้านลบ เช่น ความรู้สึกกลัว หงุดหงิด กระวนกระวายใจ ความเศร้าโศก หรือรบกวนจิตใจ เป็นภาวะที่คุกคามทั้งด้านภายในและภายนอกตัวบุคคล ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าและไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้น (Montgomery & Morris, 1992) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในขณะที่เจ็บป่วยมีความวิตกกังวลในด้านต่างๆ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการรักษาและการรอดชีวิต ครอบครัวญาติพี่น้อง อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด วิธีการตรวจรักษา สภาพความเป็นอยู่ในโรงพยาบาล การงาน การเงิน ภาพลักษณ์ สุขภาพ และการดูแลตนเอง การเป็นภาระต่อผู้อื่น และเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส (แมนมนา จิระจรัส, 2539; อพัชชา ผ่องญาติ, 2543) เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความจำ และการรับรู้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลให้การรักษาที่ให้กับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องที่มีความวิตกกังวลนั้น การทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและมีทัศนคติที่ดีกับทวารเทียม รวมทั้งการสอนแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแล และการทำความสะอาดทวารเทียม ตลอดจนการดำรงชีวิตที่ต้องมีทวารเทียม จะช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้ (ประทีน ไชยศรี, 2550: 93-94)

การให้ข้อมูลแบบกลุ่มเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการให้ข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพอนามัย ด้านการเจ็บป่วย และเพื่อป้องกันและลดปัญหาทางด้านจิตใจ

รวมทั้งความแปรปรวนทางอารมณ์อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางกาย การให้ความรู้วิธีนี้ไม่ใช่เป็นการรักษาโดยตรง แต่เป็นการป้องกันและเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายของตนเองไปได้ด้วยดี (Marram, 1978) การให้ข้อมูลแบบกลุ่ม ผู้ที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มนอกจากจะได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองจากพยาบาลแล้ว การที่ได้เข้ากลุ่มยังจะได้พบผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยและประสบปัญหาเหมือนกันซึ่งสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตนั้นมาได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น เนื่องจากในรูปแบบของกระบวนการกลุ่มนั้นเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยมีพยาบาลที่มีทักษะ และมีความเชี่ยวชาญเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นการรวมตัวกันของผู้ป่วยที่มีปัญหาล้ายๆ กัน มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ความรู้สึกต่างๆ และช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัดดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง (พรสิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการใช้กระบวนการกลุ่มในการลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การศึกษาของสายปัญญา คงพันธุ์ (2535) ที่ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คนและกลุ่มควบคุม 40 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และจากการศึกษาของ Montazeri และคณะ (2001) โดยทำการศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.03$) และภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.008$) จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กระบวนการกลุ่มสามารถนำมาใช้ในการให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ซึ่งประกอบด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้ง 4-5 คน ในกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (The Introductory Phase or Initiating Phase) เป็นระยะที่ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ป่วยกับผู้ป่วย ผู้วิจัยชี้แจง

วัตถุประสงค์ รายละเอียด ระยะเวลา สถานที่ ภาวะเจ็บปวดตึงและบทบาทในการเข้าร่วมกลุ่มของสมาชิกเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนแสดงความรู้สึกและปัญหาจากการมีทวารเทียมทางหน้าท้องของตนเองรวมทั้งวิธีการในการแก้ปัญหาของแต่ละคน สรุปประเด็นที่ได้จากการเข้ากลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (The Working Phase or Continuing Phase) ในระยะนี้เป็นการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ซึ่งเนื้อหาของข้อมูลในแต่ละครั้งที่ให้กับผู้ป่วยจะแตกต่างกันโดย ครั้งที่ 1 เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้สึกต่อการมีทวารเทียม ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การผ่าตัดทำทวารเทียมและลักษณะปกติของทวารเทียม ครั้งที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตร่วมกับการมีทวารเทียม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สาธิตการดูแลทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และให้ผู้ป่วยทำการสาธิตย้อนกลับ ครั้งที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายที่ถูกต้อง อาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์และแหล่งที่ให้บริการเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับทวารเทียม และครั้งที่ 4 ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกในกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้วิจัยขอบคุณสมาชิกกลุ่มและปิดการทำกลุ่ม และระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Terminating Phase) เป็นระยะสิ้นสุดกระบวนการกลุ่ม พยาบาลและสมาชิกกลุ่มทุกคนช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปิดการทำกลุ่ม

เมื่อได้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มครบทั้ง 4 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยได้มีการพูดคุยระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม ได้มีเพื่อนที่มีการเจ็บป่วยเหมือนกันทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยว รู้สึกสบายใจขึ้นส่งผลให้มีความวิตกกังวลลดลง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับการมีทวารเทียมได้อย่างเหมาะสม

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องหลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับฯ
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องของกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ กระวนกระวายใจ หวาดกลัว ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง หรือกลัวว่าเหตุการณ์ที่จะ

เกิดขึ้นในอนาคตนั่นเป็นอันตรายต่อตนเอง เป็นสิ่งที่ไม่ดี ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งวัดได้โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ The State-Trait Inventory Y-1 (STAI form Y-1) ของ Spielberg et al. (1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เขี่ยมสุภาชิต และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง (ileostomy, colostomy) ทั้งชนิดชั่วคราวและชนิดถาวร

การให้ข้อมูลแบบกลุ่ม หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลจัดให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Marram (1978) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้งจำนวน 4-5 คน และในกระบวนการกลุ่มประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

เป็นระยะที่ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ป่วยกับผู้ป่วย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ระยะเวลา สถานที่ กฎระเบียบข้อตกลงและบทบาทในการเข้าร่วมกลุ่มของสมาชิกเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนแสดงความรู้สึกและปัญหาจากการมีทวารเทียมทางหน้าท้องของตนเองรวมทั้งวิธีการในการแก้ปัญหาของแต่ละคน สรุปประเด็นที่ได้จากการเข้ากลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ในระยะนี้เนื้อหาของข้อมูลในแต่ละครั้งที่ให้กับผู้ป่วยจะแตกต่างกันโดย ครั้งที่ 1 เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้สึกต่อการมีทวารเทียม ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การผ่าตัดทำทวารเทียมและลักษณะปกติของทวารเทียม ครั้งที่ 2 การดำเนินชีวิตร่วมกับการมีทวารเทียม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สาธิตการดูแลทำความสะอาดทวารเทียมการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และให้ผู้ป่วยทำการสาธิตย้อนกลับ ครั้งที่ 3 การเลือกใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายที่ถูกต้อง อาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์และแหล่งที่ให้บริการเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับทวารเทียม และครั้งที่ 4 ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกในกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้วิจัยขอบคุณสมาชิกกลุ่มและปิดการทำกลุ่ม

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

เป็นระยะที่ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปประสบการณ์ทั้งหมดที่ได้จากการทำกลุ่ม สมาชิกกลุ่มร่วมกันประเมินผล ความก้าวหน้า ความสำเร็จของกลุ่ม ความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเองของสมาชิก

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การดูแลให้การพยาบาลและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้อง ของพยาบาลประจำการ เป็นรายบุคคล ประกอบด้วย การดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ตลอดจนการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด การดูแลทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นต้น

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องมีความสามารถ ดำรงชีวิตขณะมีทวารเทียมทางหน้าท้องได้อย่างปกติสุขตามสภาวะ โดยสามารถดูแลทำความสะอาดทวารเทียมได้ด้วยตนเอง และกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้เหมือนเดิม

2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และพัฒนามาบทพยาบาลผู้ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารเทียมอย่างมี ประสิทธิภาพต่อไป