

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง
2. การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม
3. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
4. การบำบัดทางการพยาบาลในการลดความวิตกกังวล
5. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล
6. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม
7. การให้ข้อมูลแบบกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อุบัติการณ์ของโรค เป็นมะเร็งที่พบได้มากในระบบทางเดินอาหาร และเป็นโรคมะเร็งอันดับที่ 1 ในเพศชาย อันดับที่ 3 ในเพศหญิง ของโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2552)

1.1 กายวิภาคศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ลำไส้ใหญ่รวมทวารหนักยาวประมาณ 5 ฟุต (150 ซม.) กล้ามเนื้อชั้นนอกของลำไส้ใหญ่แยกเป็น 3 แนวตามยาวเรียกว่า tenia coli ลำไส้ใหญ่เป็นกระพุ้งเรียกว่า haustration ผิวนอกของลำไส้ใหญ่ (ยกเว้นที่ ซีกัม และ ลำตรง) มีถุงไขมันเล็กๆ ติดอยู่ทั่วไปเรียกว่า appendices epiploicae และมีมากที่สุดที่ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง ลำไส้ใหญ่ทุกส่วนยกเว้น ซีกัม ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น และ ลำไส้ใหญ่ส่วนล่างมี mesentery ทำให้อยู่เข้ามาในช่องท้อง

ลำตรงมีความยาวประมาณ 6 นิ้ว (15 ซม.) เริ่มที่ด้านหน้ากระดูก sacrum ข้อที่ 3 และโค้งตามแนวกระดูกไปเข้าทวารหนัก ที่ระดับยอดของต่อมลูกหมาก หรือระดับปลายล่างของช่องคลอด ลำตรงมีกล้ามเนื้อที่ทอดตามยาวหุ้มโดยรอบและไม่มีรอยย่นให้เห็นภายนอก แต่

ภายในมีรอยย่น 3 แนวตามขวางเรียกว่า valve of Houston อยู่ทางด้านซ้าย ขวาและซ้าย ตามลำดับจากบนลงมาล่าง ส่วนบนของไส้ตรงมีเยื่อช่องท้องหุ้มทางด้านหน้าและด้านข้าง ส่วนกลางมีเยื่อช่องท้องหุ้มเฉพาะด้านหน้าและส่วนล่างสุดไม่มีเยื่อช่องท้องหุ้มเลย เยื่อช่องท้องย่อยปิดด้านหน้าของไส้ตรงก่อนจะวกขึ้นไปหุ้มกระเพาะปัสสาวะในชายหรือมดลูกในหญิง ส่วนที่ย่อยนี้เรียกว่า cul de sac หรือ pouch of Douglas อวัยวะที่อยู่ทางด้านหน้าของไส้ตรง ได้แก่ ต่อมลูกหมาก, bladder base และ seminal vesicle ในชายหรือช่องคลอดในหญิงโดยมีพังผืด (of Denonvillier) คั่นขวางหน้าคั่นไว้ ด้านหลังของไส้ตรงมีกระดูก กระเบนเหน็บ และกระดูกก้นกบ บริเวณนี้มีท่อน้ำเหลืองมากมายและมีเส้นประสาท (sacral nerve) ซึ่งออกมาจาก anterior sacral foramina ด้านข้างของทวารหนักมีกล้ามเนื้อ levator ani ผนังของเชิงกรานและทอไต

ลำไส้ใหญ่ได้รับเลือดจากแขนงของ superior mesenteric artery (SMA) และ inferior mesenteric artery (IMA) เส้นเลือดเหล่านี้ต่อกันเป็น arcade ใกล้เคียงลำไส้ตลอดความยาว เส้นเลือดดำอยู่คู่กับเส้นเลือดแดงแต่ inferior mesenteric vein เลย์ขึ้นไปเข้า splenic vein หลังดับอ่อน นอกจากนี้ไส้ตรงยังได้รับเลือดจาก middle rectal artery ซึ่งเป็นแขนงของ internal iliac artery และจาก inferior rectal artery ซึ่งเป็นแขนงของ internal pudendal artery เส้นเลือดดำของไส้ตรงยังสามารถต่อกับ internal iliac vein ได้เช่นเดียวกัน

ท่อน้ำเหลืองอยู่ขนานไปกับเส้นเลือดแดง และมีต่อมน้ำเหลืองใน mesentery เป็นระยะตั้งแต่บริเวณ arcade ไปจนถึงด้านหน้าของ aorta ในตำแหน่งที่เส้นเลือด SMA และ IMA ออกมาจากนั้นก็เข้าสู่ cysterna cheli

ประสาท sympathetic ของลำไส้ใหญ่มาจากระดับ T7-12 ซึ่งผ่าน splanchnic nerve มาที่ celiac plexus และเข้าสู่ลำไส้ตามแขนงเส้นเลือดแดง SMA ประสาท parasympathetic สำหรับลำไส้ใหญ่ด้านขวามาจาก vagus nerve (ขวา) ซึ่งผ่าน celiac plexus และเข้าสู่ลำไส้ตามแขนงเส้นเลือดแดง SMA สำหรับ ลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายมาจากระดับ L1-3 ผ่าน lumbar sympathetic chain มาที่ preaortic plexus และเข้าสู่ลำไส้ตามแขนงของ IMA (ชาญวิทย์ ตันต์พิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์, 2549)

1.2 สรีรวิทยาของลำไส้ใหญ่

Motility แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

ก. การบีบตัวเพื่อไล่อากอาหาร เกิดจาก haustral segment บีบตัวไล่กันไปเป็นช่วงสั้นๆ (haustral propulsion) หรือเป็นช่วงยาว (mass propulsion) บางครั้งมีการบีบตัวของทางเดินอาหารแต่ไม่บ่อย การบีบตัวเพื่อไล่อากอาหารเกิดขึ้นหลังกินอาหาร



ข. การบีบตัวเพื่อผสมกากอาหาร เกิดจาก haustral segment บีบตัวเป็นช่วงสั้นๆ สลับกันไปมา การบีบตัวชนิดนี้พบได้บ่อยกว่าการบีบตัวเพื่อไล่กากอาหาร และยังส่งผลให้ลำไส้ใหญ่ดูดซึมน้ำและเกลือแร่ได้เพิ่มขึ้น

ปกติกากอาหารจะลงมาถึงลำไส้ส่วนซีคัมภายใน 4 ชั่วโมงและมาถึงลำไส้ส่วนซิกมอยภายใน 24 ชั่วโมง แต่กากอาหารบางส่วนยังคงค้างอยู่ได้ถึง 3-4 วันก่อนจะออกมาเป็นอุจจาระ อาหารที่มีกากมากผ่านลำไส้ใหญ่ได้เร็วกว่าอาหารที่มีกากน้อย ความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระเกิดขึ้นเมื่อกากอาหารเข้ามาในไส้ตรงและกระตุ้น stretch receptor ในผนังของไส้ตรงความรู้สึกอยากถ่ายนี้จะถูกระงับได้ชั่วคราวโดยการเกร็งบีบกล้ามเนื้อหูรูด (sphincter) ของไส้ตรงและกล้ามเนื้อ pelvic diaphragm แต่ในที่สุดเมื่อกล้ามเนื้อไม่ได้ยึดต่อไป กล้ามเนื้อหูรูดภายใน กล้ามเนื้อหูรูดภายนอก และ pelvic floor จะผ่อนคลายและมีการเบ่งอุจจาระโดยเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องร่วมกับ Valsalva maneuver

การดูดซึมและการขับถ่ายออก ลำไส้ใหญ่ได้รับกากอาหารที่เป็นน้ำจากลำไส้เล็กวันละ 500-1,000 มล. ซึ่งลำไส้ใหญ่ดูดซึมไปอีกจนเหลือออกมาเป็นอุจจาระวันละ 100-200 มล. โดยมีเกลือแร่ปนอยู่เพียงเล็กน้อย (Na^+ 30 mEq/L, K^+ 60 mEq/L, Cl^- 20 mEq/L, HCO_3^- 90 mEq/L) การดูดซึมมีมากที่สุดที่ลำไส้ใหญ่ด้านขวา การดูดซึมโซเดียมเป็นแบบ active ส่วนการดูดซึมคลอไรด์และน้ำเป็นแบบ passive ตาม electrical และ osmotic gradient ลำไส้ใหญ่ขับ HCO_3^- ออกมาเพื่อแลกกับคลอไรด์ ส่วนโพแทสเซียมออกมาแบบ passive และออกมาในเยื่ออุ้งด้วย ลำไส้ใหญ่สามารถดูดซึมน้ำได้ถึงวันละ 2,000 มล. และโซเดียมได้ถึงวันละ 460 mEq

ลำไส้ใหญ่มีก๊าซอยู่ประมาณ 100-150 มล. ส่วนใหญ่เป็นลมที่กลืนลงไป ที่เหลือเกิดจากปฏิกิริยา (fermentation) ของแบคทีเรียกับคาร์โบไฮเดรตที่ตกค้าง ก๊าซ H_2 และคาร์บอนไดออกไซด์ ที่เกิดขึ้นถูกดูดซึมและขับออกมาทางลมหายใจ ส่วนผลของก๊าซส่วนใหญ่จึงเป็น N_2 (70%) และส่วนที่เหลือเป็น H_2 และ คาร์บอนไดออกไซด์ บางครั้งเกิดก๊าซมีเทน (CH_4) ซึ่งทำให้ระเบิดได้เมื่อถูกกระแสไฟฟ้า (electric cautery) ในการผ่าตัดในลำไส้ใหญ่ (ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์, 2549)

1.3 พยาธิวิทยา

มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมากเป็น Adenocarcinoma เป็นชนิดอื่นน้อยกว่าร้อยละ 5 เช่น Squamous cell carcinoma, Cloacogenic or transitional cell carcinoma หรือ Melanocarcinoma ซึ่งพบบริเวณใกล้ทวารหนัก บริเวณอื่นอาจเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองระยะเริ่มต้น และ Carcinoid



ลักษณะที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่าของมะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างกันตามตำแหน่ง ถ้าเป็นที่ซี่คมหรือลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น มักมีลักษณะเป็นก้อนขนาดใหญ่ จนเลือดมาเลี้ยงไม่พอ เกิดการตายเฉพาะส่วน (Necrosis) ได้ง่าย ทำให้มีเลือดออก ลักษณะเป็นก้อนนี้พบในตำแหน่งอื่นได้เหมือนกันแม้แต่ในไส้ตรง อย่างไรก็ตาม ที่ลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายและลำไส้ตรง มะเร็งจะขยายตัวตามแนวขวางเป็นวงรอบหรือเกือบรอบทำให้ท่อลำไส้บริเวณนั้นแคบลงและที่ผิวอาจเป็นแผลด้วย ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ได้ง่าย

การศึกษาทางพยาธิวิทยาพบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่เริ่มจาก Intramucosal epithelial lesions ของ Adenomatous polyps หรือที่ Glands ของเยื่อบุลำไส้ เมื่อขยายตัวใหญ่ขึ้นจึงลุกลามผ่าน Muscularis mucosae หลังจากนั้นจึงลุกลามเข้าสู่หลอดเลือดหรือทางเดินน้ำเหลืองไปสู่ต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณ (Regional lymphnodes) อวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ติดกับลำไส้ และอวัยวะที่อยู่ห่างออกไปตามลำดับ มีน้อยรายที่มีการแพร่กระจายโดยไม่ผ่าน Muscularis mucosae ตำแหน่งของมะเร็งมีความสำคัญต่อการแพร่กระจาย เช่น บริเวณไส้ตรง เป็นอวัยวะที่ถูกตรึงอยู่กับที่และไม่มี Serosa มะเร็งจึงลุกลามผ่านผนังออกมาสู่เนื้อเยื่อรอบๆ ได้ง่าย ไปสู่กระเพาะปัสสาวะ ช่องคลอด หรือเส้นประสาทในอุ้งเชิงกราน ถ้ามะเร็งอยู่ที่บริเวณหนึ่งในสามส่วนล่างของไส้ตรง ซึ่งหล่อเลี้ยงด้วยระบบเลือด 2 ชุด การลุกลามอาจผ่านไปได้ 2 ทาง คือ ผ่าน Superior hemorrhoidal vein เข้าสู่หลอดเลือดดำปอร์ทัลไปตับ หรือผ่าน Middle hemorrhoidal vein เข้า Inferior vena cava ไปปอด ถ้ามะเร็งอยู่ที่บริเวณสองในสามส่วนบนของไส้ตรง หลอดเลือดดำกลับสู่ระบบเลือดดำปอร์ทัลทั้งหมด แต่เนื่องจากการเชื่อมโยงโดยตรงระหว่างหลอดเลือดดำปอร์ทัล และ Vertebral veins (Batson's vertebral venous plexus) จึงอาจมีการลุกลามไปที่กระดูกสันหลังส่วนเอวและอกได้ สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่เหนือไส้ตรง มะเร็งจะลุกลามผ่านผนังออกมาไปยังต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณ แล้วแพร่กระจายต่อไปตามทางเดินน้ำเหลือง และแพร่กระจายตามหลอดเลือดดำไปสู่ตับ ส่วนการแพร่กระจายไปปอดนั้นเป็นการแพร่กระจายไปจากตับอีกทอดหนึ่ง (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

1.4 ลักษณะทางคลินิก

มะเร็งลำไส้ใหญ่โตช้า อาจอยู่ยาวนานถึง 5 ปีโดยไม่มีการแสดงทางคลินิก อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่มีอาการก็อาจมีเลือดออกจากก้อนมะเร็งแต่ไม่มากพอที่จะสังเกตเห็น ซึ่งในบางกรณีอาจตรวจพบได้โดยวิธีทางเคมี (Occult blood) หากตรวจในระยะที่มีเลือดออกพอดี

การแสดงทางคลินิกของมะเร็งลำไส้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ดังนี้

1.4.1 ลำไส้ใหญ่ซีกขวา เป็นท่อนที่มีขนาดค่อนข้างกว้าง และอุจจาระที่ผ่านเข้ามาก็มีลักษณะเหลว เมื่อเกิดมะเร็งในบริเวณนี้ จึงไม่ทำให้ท่อลำไส้แคบลง จนกระทั่งมีขนาดก่อน

ใหญ่มากแล้ว ส่วนใหญ่จึงไม่ก่อให้เกิดการอุดตัน หรือกีดขวางต่อการผ่านของอุจจาระ อาการปวดท้องหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการถ่ายอุจจาระจึงไม่เกิด หรือเกิดในระยะหลังแล้ว แต่อาการหลักนั้นเกิดจากการที่ก้อนเกิดเป็นแผลมีเลือดออกซ้ำๆ โดยมิได้เปลี่ยนสีหรือลักษณะของการถ่ายอุจจาระ แต่ก่อให้เกิดภาวะเลือดจางเรื้อรัง อาจมีอาการแสดงของโรคด้วยอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นอาการของภาวะเลือดจาง การตรวจอุจจาระอาจไม่พบเลือดเนื่องจากเลือดมิได้ออกตลอดเวลาดังกล่าวกว่าไว้ข้างต้น ในบางกรณีอาจเกิดเลือดออกมากในระยะเวลาอันสั้น ทำให้มีเลือดปนมาในอุจจาระมากจนสังเกตเห็น เรียกว่ามีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด โดยเลือดจะปนเป็นเนื้อเดียวกับอุจจาระเป็นสีน้ำตาลแดงมากหรือน้อยแล้วแต่ความเข้มข้นของเลือด

1.4.2 ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ท่อลำไส้แคบกว่าซีกขวา และอุจจาระเริ่มมีลักษณะเป็นก้อนแล้ว ทั้งมะเร็งในบริเวณนี้มักลุกลามเป็นวงรอบผนังลำไส้ จึงทำให้เกิดการอุดตันได้ง่าย และอุจจาระผ่านลำบาก จึงแสดงออกด้วยอาการปวดท้องรุนแรง และมีการแปรปรวนของการถ่ายอุจจาระ กล่าวคือ ระยะที่อุจจาระผ่านจุดอุดตันไม่ได้มีอาการท้องผูก หลังจากลำไส้บีบตัวรุนแรงจนอุจจาระส่วนที่เหลือผ่านไปได้จะเกิดอาการท้องเดิน อาการท้องผูกอาจสลับกับอาการท้องเดินอยู่ระยะหนึ่ง จนกระทั่งเกิดการอุดตันทั้งหมด ในกรณีที่มีเลือดออกจะถ่ายเป็นเลือดสีแดง และอาจเห็นได้ว่าแตกต่างหากจากก้อนอุจจาระ

1.4.3 ลำไส้ตรง เป็นตำแหน่งที่อุจจาระมารวมตัวเป็นก้อนแล้ว การมีก้อนมะเร็งก็คล้ายการมีก้อนอุจจาระ ผู้ป่วยจึงมักมีอาการถ่ายอุจจาระบ่อย แม้ไม่มีอุจจาระออกอีกแล้ว ผู้ป่วยจึงอาจมีอาการปวดเบ่งเนื่องจากมีความรู้สึกเหมือนมีก้อนอุจจาระค้างอยู่ตลอดเวลา และถ้ามีเลือดออก เลือดมักจะอยู่ที่ผิวของก้อนอุจจาระ หรือตามอุจจาระมาคล้ายกรณีที่ออกจากริดสีดวงทวาร

อาการอาจเกิดจากการลุกลามของโรคเข้าไปสู่อวัยวะรอบๆ ทำให้เกิดอาการจากอวัยวะเหล่านั้น เช่น เมื่อลามเข้ากระเพาะปัสสาวะ ช่องคลอด กระดูกก้นกบ มีอาการถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด เลือดออกทางช่องคลอด หรือปวดบริเวณก้นกบ ตามลำดับ (อานาจ ศิริรัตนบัลล์, 2543)

1.5 สาเหตุและการเกิดโรค

พบว่าสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่ทราบแน่ชัดเหมือนมะเร็งชนิดอื่นๆ แต่มีสาเหตุต่างๆ ที่ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนี้ (สุพล จินดาทรัพย์, 2544; 299-301)

1.5.1 Polyp-cancer sequence เชื่อว่าสาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนมากจะเริ่มต้นจากการเป็น polyp ของลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

1.5.2 Inflammatory bowel disease พบว่าโรค ulcerative colitis ที่เป็นมานานกว่า 10 ปี หรือที่เริ่มเป็นในเด็กมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าบุคคลทั่วไปประมาณ 11 เท่า

1.5.3 เกี่ยวกับการกำเนิด (Genetics) มีการศึกษาพบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็น inherited autosomal-dominant gene มากกว่าเป็น inherited recessive gene โดยพบว่าถ้าเกิดจาก genetics อายุเฉลี่ยที่จะกลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจะอยู่ประมาณ 44.6 ปี

1.5.4 อาหารที่มีกากน้อย โดยเชื่อว่าอาหารที่มีกากน้อยจะมีการขับถ่ายอุจจาระน้อยครั้งกว่า ทำให้ carcinogen สัมผัสกับเยื่อบุภายในของลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนานกว่าจึงเกิดมะเร็งได้มากกว่า

1.5.5 ไขมันในอาหาร พบว่าอาหารจำพวก high unsaturated fat และ protein ทำให้มีโอกาสเป็นมะเร็งสูง ซึ่งความสำคัญมีทั้งจำนวนและชนิดของไขมัน โดยไขมันที่ได้จากพืชและปลาจะทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงน้อยเมื่อเทียบกับไขมันในสัตว์ ไขมันใน linolenic acid, palmitic acid, stearic acid จะทำให้มีการสร้าง bile acid จำนวนมากทำให้โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่สูง

1.5.6 สารอื่นๆ ที่ทำให้เกิดมะเร็ง เช่น Iron, Sodium และ Dimethylhydrazine

1.5.7 สารที่เป็นตัวยับยั้งการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่

1.5.7.1 วิตามินเอ (beta carotene)

1.5.7.2 วิตามินซี

1.5.7.3 วิตามินอี (alpha tocopherol)

1.5.7.4 Prostaglandin inhibitor

1.5.7.5 Selenium พบว่าบริเวณที่มี selenium น้อยจะมีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมาก บริเวณที่มี selenium มากจะมีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงน้อย โดยเชื่อว่าจะมีกลไกเป็นตัว inhibitor

1.5.7.6 Calcium แคลเซียมจะสามารถรวมตัวกับกรดน้ำดีและกรดไขมันในลำไส้ทำให้ลดจำนวนที่จะกระตุ้นให้เกิดมะเร็งได้

1.5.7.7 Plant phenol

1.5.7.8 Indoles

1.5.7.9 Plant steroids

1.5.7.10 Dithiothiones

1.5.7.11 Flavones

1.5.7.12 Thioethers

1.5.7.13 Carotenoids ซึ่งสารเหล่านี้จะพบในผลไม้เป็นส่วนใหญ่

1.5.8 การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันจะทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงได้มากกว่าคนปกติ 2 เท่า โดยเฉพาะการดื่มเบียร์จะทำให้เกิดมะเร็งได้ตรงได้สูง

1.5.9 การศึกษาเกี่ยวกับอาหาร พบว่าอาหารจำพวก high unsaturated fat มีผลในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากที่สุด โปรตีนในอาหารมีผลในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่า 2-3 เท่า พบว่าในรายน้ำหนักมากกว่าปกติ 125% จะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าปกติ

1.5.10 การฉายรังสี มะเร็งในอุ้งเชิงกรานหลังจากการฉายรังสีแล้วจะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในระยะเวลาประมาณ 15 ปี

1.5.11 Ureteric implantation พบว่าในรายที่ทำ ureterosigmoidostomy มีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าปกติ 500 เท่า โดยพบได้ในระยะ 5-41 ปี และร้อยละ 5-10 เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายหลังผ่าตัด 15-30 ปีในบริเวณที่อยู่ต่ำกว่ารอยเชื่อม (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2543; 196)

1.5.12 การผ่าตัดถุงน้ำดี โดยยึดหลักว่าหลังการทำการผ่าตัดถุงน้ำดีแล้ว จะมีกรดน้ำดีไปสัมผัสกับเยื่อภายในของลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าปกติ ทำให้โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าปกติ

1.5.13 Diverticular disease พบว่าใน diverticular disease จะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าปกติ ถ้าพบ adenoma ใน diverticular disease จะพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าปกติประมาณ 3 เท่า

1.5.14 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งน้อยกว่าปกติ

1.5.15 เชื้อชาติ

1.5.16 การสูบบุหรี่ ถ้าสูบนานกว่า 35 ปี โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2543; 196)

1.6 อาการและอาการแสดง

อาการที่จะนำมาพบแพทย์มากที่สุดคือ การมีเลือดออกที่ทวารหนัก การเปลี่ยนแปลงระบบการขับถ่าย และปวดท้อง อย่างไรก็ตามอาการจะขึ้นกับตำแหน่ง ขนาด ขอบเขตของก้อน อาการน้ำหนักลดมักแสดงถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

ลำไส้ใหญ่ด้านขวา มักจะไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงระบบการขับถ่ายหรือการอุดตัน เนื่องจากลำไส้ใหญ่ส่วนซีคัมและส่วน ascending colon ใหญ่กว่าลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายและลักษณะของอุจจาระยังเหลวอยู่ มักมีอาการของ dull, persistent pain ที่ท้องด้านขวาส่วนล่าง ภาวะโลหิตจาง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อาจถ่ายมีดำหรือ ถ่ายลำบากอาจมาด้วยคลำก้อนได้ 10%

ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย มักมีรอยโรคเป็นเนื้อแข็ง หรือ annular type จึงมักมาด้วยอาการของการอุดตัน การเปลี่ยนแปลงระบบการขับถ่าย (ถ่ายลำบากขึ้น) อุจจาระลำเล็กลงเรื่อยๆ มักมีเลือดออกมากับอุจจาระ

ลำไส้ใหญ่และ mucous-secreting tumor อาจทำให้เกิดท้องเสีย อาจตรวจพบได้โดย occult bleeding ซึ่งผู้ป่วยไม่รู้ตัวการมีเลือดออกเรื้อรังอาจทำให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พร้อมกับมีอาการเหนื่อยล้า หน้ามืดวิงเวียนศีรษะ และอาการอื่น ดังนั้น ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในผู้สูงอายุควรสงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านขวา negative occult blood test อาจไม่สงสัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ได้ เนื่องจากอาจเป็นการมีเลือดออกเพียงชั่วคราว การเกิดเลือดออกจำนวนมากจากมะเร็งพบได้น้อย

อาการปวดท้องส่วนล่าง อาจเกิดจากก้อนเนื้องอกที่ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย ซึ่งเป็นส่วนที่เล็กที่สุดของลำไส้ใหญ่ อาจปวดแบบทันทีทันใดและหายไปหลังถ่าย ผู้ป่วยมักมีการเปลี่ยนแปลงระบบการขับถ่ายและถ่ายเป็นเลือดสด (bright red blood)

อาการที่พบน้อยคือ น้ำหนักลดและมีไข้ ประมาณ 50% ของผู้ป่วยจะมีประวัติน้ำหนักลดอยู่แล้วแต่ไม่ใช่อาการสำคัญ (ไม่เด่น) อาการไข้พบน้อย และน้อยมากที่จะมีการติดเชื้อในกระแสโลหิตซึ่งการติดเชื้อในกระแสโลหิตสามารถพบได้ในทุกระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่ มักเพาะได้เชื้อ *Streptococcus bovis*

พบน้อยมากที่จะมาด้วยอาการของ intussusception จากมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น leading point ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุมาด้วยการอุดตันของลำไส้จาก intussusception ควรทำ colonoscopy หรือ air-contrast barium enema ด้วย

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นสาเหตุสำคัญของการอุดตันของลำไส้ใหญ่ ถ้าเป็นลำไส้ใหญ่อุดตันมักนึกถึงมะเร็งโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ 15% ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และ

ทวารหนักจะมามีลำไส้ใหญ่อุดตัน การอุดตันมักเกิดในลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากอุจจาระที่แข็งและรอยโรค มักเป็น annular type ส่วน ลำไส้ใหญ่ด้านขวามักไม่มีการอุดตันเนื่องจาก lesion มักเป็น polypoid type และอุจจาระมีลักษณะเหลว ยกเว้นในกรณีที่ย่อยโรคอยู่ที่ ileocecal valve จะเกิดการอุดตันได้ง่าย การอุดตันแบบสมบูรณ์พบน้อยกว่า 10% ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะมีอาการ ไม่ตด ไม่ถ่าย ปวดท้องแบบบีบและคลาย ตรวจร่างกายอาจพบก้อนได้ ถ้าปล่อยไว้จะทำให้ลำไส้ใหญ่มีแรงดันมากขึ้นมากขึ้น ทำให้แรงดันในช่องท้องสูงกว่าแรงดันของหลอดเลือดทำให้เลือดไม่สามารถมาเลี้ยงผนังลำไส้ เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยง และเกิดการเน่าตาย ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง rebound tenderness และมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรือไม่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ ถ้าปล่อยไว้ก็จะเกิดการเน่าตาย แล้วเกิดการทะลุของลำไส้ ทำให้เกิดการอักเสบและการติดเชื้อภายในช่องท้อง

การทะลุของลำไส้ส่วนใหญ่จะเกิดที่ตัวมะเร็งเอง ส่วนน้อยจะเกิดที่ซีกคัมจากการอุดตันของลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย เมื่อแตกแล้วอาจกลายเป็นการอักเสบของช่องท้องทั้งหมด หรือการอักเสบเฉพาะที่ก็ได้ อาจทำให้มาด้วยอาการคล้ายไส้ติ่งอักเสบ

การทะลุของลำไส้ อาจเกิดที่ก้อนของเนื้องอกจากการเน่าตายของเนื้องอก ซึ่งเกิดจากบริเวณที่เลือดไปเลี้ยงไม่ถึง ซึ่งอาจเป็นหนองเฉพาะที่ตรงตำแหน่งที่เกิดการทะลุ ทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นการอักเสบแบบเฉียบพลันของลำไส้ แต่ในบางรายอาจเป็นเยื่อช่องท้องอักเสบได้ หรืออาจกลายมาเป็นรูทะลุติดกับอวัยวะข้างเคียง เช่น กระเพาะปัสสาวะหรือช่องคลอด จะมาด้วย pneumaturia มีอุจจาระปนออกมากับปัสสาวะ การมีสารคัดหลั่งออกมาทางช่องคลอด

น้อยรายที่จะมาด้วยอาการของการแพร่กระจาย เช่น อาการคันและอาการตัวตาเหลืองจากการแพร่กระจายไปที่ตับ ภาวะท้องมาน รังไข่โตผิดปกติ และกระจายทั่วไปในปอด

อาจมาด้วยอาการของการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยเชื้อ Streptococcus bovis เช่น เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ กระดูกสันหลังอักเสบ และการอักเสบของทรวงอก ซึ่งมีรายงานว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับรอยโรคของลำไส้ เช่น โรคลำไส้อักเสบ และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งสามารถพบได้ก่อนที่จะมีอาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจจากเชื้อ streptococcus bovis ต้องตรวจหา colonic pathology ด้วย (บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545: 213-214)

1.7 การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่อายุเกิน 40 ปี ควรสงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ให้ดำเนินการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคต่อไป ด้วยการตรวจทางทวารหนัก การตรวจทางรังสีวิทยา หรือการตรวจโดยการส่องกล้อง



Colonoscopy เป็นการตรวจที่มีความแน่นอนมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับมะเร็งขนาดเล็กและสำหรับการตรวจหา Adenoma

ในกรณีที่ทำ Colonoscopy ไม่ได้ด้วยสาเหตุที่ไม่มีเครื่องมือ ทำลำบาก หรือผู้ป่วยปฏิเสธ อาจทดแทนได้ด้วย Sigmoidoscopy ร่วมกับ Air-contrast barium enema อาจเห็น Adenoma ขนาดเล็กได้แม้จะไม่ดีเท่า Colonoscopy ก็ตาม

เมื่อพบมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้ว การตรวจลำไส้ใหญ่ให้ทั่วถือว่ามีความสำคัญ เพราะเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีพยาธิสภาพอยู่ที่อื่นด้วย (Synchronous lesions) เช่น มีมะเร็งอีกแห่งหนึ่ง หรือมี Adenoma พยาธิสภาพเหล่านี้มีผลต่อแผนการผ่าตัด

1.8 การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรค ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.8.1 ปัจจัยทางระยะของโรค (Staging)

มักมีการแบ่งระยะของโรคที่ใช้กันแพร่หลาย 2 ระบบ ซึ่งอาศัยหลักการที่คล้ายกัน ได้แก่ Duke's classification และ TNM classification โดยอาศัยข้อมูลที่มีผลสำคัญต่อการพยากรณ์โรค 3 ประการ ได้แก่

1.8.1.1 มะเร็งผ่านผนังลำไส้เข้าไปลึกมากน้อยเพียงใด (T = tumor penetration)

1.8.1.2 มะเร็งลุกลามไปถึงต่อมน้ำเหลืองเฉพาะถิ่นหรือยัง มากเพียงใด (N = presence of lymph node involvement)

1.8.1.3 มีการแพร่กระจายของมะเร็งแล้วหรือยัง (M = distant metastasis)
การกำเริบของมะเร็งลำไส้ใหญ่มักเกิดภายใน 4 ปี หลังผ่าตัด เพราะฉะนั้น หากโรคไม่กำเริบภายใน 5 ปี อาจถือได้ว่าผู้ป่วยหายจากโรคแล้ว

1.8.2 ลักษณะทางพยาธิวิทยา

ลักษณะที่สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ได้แก่

- Poorly differentiated
- Mucinous, scirrhous, signet-ring
- Lymphatic, venous and perineural invasion

ลักษณะที่สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ดี ได้แก่

- Well differentiated
- Inflammatory response and lymphocytic infiltration

1.8.3 ปัจจัยทางคลินิก

อายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งที่อายุน้อยกว่า 30 ปี ลักษณะของโรคมะเร็งมีความรุนแรง

ตำแหน่งของโรคมะเร็ง มะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย (Transverse colon, Descending colon and Sigmoid colon) การพยากรณ์โรคดีกว่าที่ลำไส้ใหญ่ซีกขวา (Cecum and Ascending colon) ดีกว่าที่บริเวณไส้ตรงต่อกับลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง และบริเวณไส้ตรง ตามลำดับ

ระดับของ Serum carcino-embryonic antigen (CEA) ก่อนผ่าตัด เฉพาะผู้ป่วยใน Dukes' class A และ B ถ้าระดับ CEA สูงการพยากรณ์โรคจะไม่ดีเท่าที่ควร

1.9 การรักษาโรค

1.9.1 การรักษาโดยการผ่าตัด

การรักษาโดยการผ่าตัดเอาออก (Resection) เป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป้าหมายของการผ่าตัดคือ การตัดลำไส้ช่วงที่เป็นมะเร็งออกให้มากที่สุดอย่างน้อยให้เหลือส่วนที่มองเห็นว่าเป็นมะเร็งข้างละ 5 เซนติเมตร รวมทั้งตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นออกให้หมด สำหรับมะเร็งบริเวณไส้ตรง ถ้าเป็นส่วนล่าง หากเหลือลำไส้ไม่พอที่จะนำมาต่อกลับ อาจต้องทำ Abdominoperineal resection และ Permanent colostomy ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ตับแล้ว การพยากรณ์โรคจะเลวมาก ฉะนั้น หากสภาพอื่นๆ ของผู้ป่วยยังดีอยู่ ควรพิจารณาทำ Hepatic resection ด้วย แม้ผู้ป่วยจะมีโรคที่ลุกลามแล้วก็ตาม การตัดลำไส้ส่วนที่มีก้อนมะเร็งออก ถ้าทำได้จะมีประโยชน์ในการป้องกันลำไส้อุดตันหรือเลือดออกได้ อย่างน้อยก็ชั่วคราวระยะหนึ่ง

1.9.2 การรักษาด้วยเคมีบำบัด

มีการใช้เคมีบำบัดใน 2 รูปแบบคือ รูปแบบที่ใช้เสริมการรักษาโดยการผ่าตัด และรูปแบบที่ใช้เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยที่มีโรคลุกลามเกินกว่าที่จะรักษาด้วยการผ่าตัดได้

แนวคิดในการใช้เคมีบำบัดเสริมการรักษาโดยการผ่าตัด เกิดขึ้นจากการที่ปรากฏว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาออก มีอัตราการเกิดโรคซ้ำสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการลุกลามของโรคถึงชั้น Serosa หรือต่อมน้ำเหลืองเฉพาะถิ่น รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำ Hepatic resection มีการทดลองให้ยาเคมีบำบัด เช่น Fluorouracil ทั้งชนิดเดี่ยวและร่วมกับยาชนิดอื่น แต่จากรายงานที่มีถึงปัจจุบัน พบว่า การได้ยาไม่ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น หรือบางรายที่พบว่าผลดีขึ้นก็ไม่ดีขึ้นมากนัก ขณะนี้ยังมีความพยายามที่จะหายาใหม่ หรือปรับเปลี่ยนวิธีให้ยาใหม่เพื่อให้ผลดียิ่งขึ้น

การใช้ยาเคมีบำบัดตามลำพัง เพื่อรักษาผู้ป่วยที่ไม่อาจได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเอาออกได้นั้น มีทั้งยาที่ให้ทางปากและยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำ หรือให้ทางหลอดเลือดแดงของตับโดยตรง ในกรณีที่โรคมีการแพร่กระจายไปถึงตับ ผลการรักษาที่มีการรายงานว่าขนาดของก้อนมะเร็งเล็กลง หรือผู้ป่วยบางรายมีอาการดีขึ้นบ้าง แต่ในแง่ความยืนยาวของชีวิต แม้จะดีขึ้นบ้างแต่ก็ไม่มากนัก และผลข้างเคียงของยาที่มีมากพอสมควร จึงเป็นการรักษาที่ยังไม่สมหวังอยู่

1.9.3 การรักษาด้วยรังสี

ใช้ในกรณีคล้ายกับเคมีบำบัดคือ อาจใช้เสริมการรักษาโดยการผ่าตัดหรือใช้โดยลำพัง การเสริมการผ่าตัดก็ด้วยเหตุผลที่จะลดอัตราการเกิดโรคซ้ำ มีการให้รังสีในตำแหน่งที่มีก้อนมะเร็งหรือต่อมน้ำเหลือง วิธีให้มีทั้งการให้ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด หรือทั้งก่อนและหลังด้วยขนาดรังสีต่างๆ กัน รายงานผลมีแนวโน้มว่า อัตราการเกิดโรคซ้ำในกลุ่มที่ได้รับรังสีน้อยลง ผลต่อความยืนยาวของชีวิตมีบ้างแต่ไม่มากนัก และการให้รังสีก็มีผลข้างเคียงด้วย เช่น Radiation enteritis เป็นต้น การรักษาด้วยรังสีตามลำพังในผู้ป่วยที่มีโรคในระยะลุกลาม อาจช่วยยับยั้งกรณีที่มีเลือดออกหรือกรณีที่มีอาการปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งที่ได้ตรง

1.9.4 การรักษาด้วย Immunotargeted Therapy

โดยการใช้ Monoclonal antibody เชื่อมกับ Cytotoxic agent ทำให้สามารถกำหนดให้ยาวิ่งตัวเฉพาะตำแหน่งที่มีเซลล์มะเร็ง ขณะนี้ยังเป็นเพียงความหวังสำหรับอนาคตเท่านั้น

1.10 ภาวะแทรกซ้อน

เนื่องจากมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่มีการลุกลาม จึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย บางครั้งอาการจากภาวะแทรกซ้อน เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มีดังต่อไปนี้

1.10.1 การทะลุของลำไส้

การทะลุอย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดโรคเยื่อช่องท้องอักเสบเฉียบพลัน การทะลุเกิดขึ้นช้าๆ บริเวณที่ทะลุจะถูกหุ้มไว้ เป็นการอักเสบที่มีลักษณะเป็นก้อนเฉพาะที่

1.10.2 การมีเลือดออก

ถ้ามะเร็งลุกลามถึงหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่ผนังลำไส้ จะทำให้มีเลือดออกอย่างรวดเร็ว

1.10.3 การอุดตันของลำไส้

ปกติมะเร็งลำไส้ใหญ่ทำให้เกิดการอุดตันบางส่วนได้อยู่แล้ว แต่อาจเกิดลำไส้อุดตันกะทันหันได้ด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น มีก้อนอุจจาระแข็งไปอุด ก้อนมะเร็งเป็นตัวนำทำให้เกิดลำไส้กลืนกัน หรือลำไส้บิดเป็นเกลียว เป็นต้น

1.10.4 การกดอวัยวะใกล้เคียง

ก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่อาจกดมดลูก กระเพาะปัสสาวะ หรือท่อน้ำปัสสาวะ เป็นต้น ทำให้เกิดอาการจากการถูกกด เช่น การกดปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น

1.10.5 การเกิดแผลซอทะเล

การลุกลามเข้าอวัยวะอื่น ทำให้เกิดแผลซอทะเล เช่น ระหว่างไส้ตรงกับช่องคลอด หรือระหว่างลำไส้ใหญ่กับกระเพาะอาหาร เป็นต้น

1.11 การผ่าตัดทวารเทียม (COLOSTOMY)

Colostomy หมายถึง ลำไส้ใหญ่ที่นำออกมาเปิดไว้หน้าท้องให้อุจจาระออก อาจทำไว้ชั่วคราวหรือตลอดไปก็ได้ การเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้เช่นนี้ทำได้หลายลักษณะ เช่น ดึงออกมาเป็น loop (เรียกว่า loop colostomy) หรือนำปลายบนมาเปิดไว้ (end หรือ terminal colostomy) หลังจากตัดปลายล่างออกทั้งหมดหรือเย็บปิดปลายล่างออกทั้งหมดหรือเย็บปิดปลายล่างหรือนำทั้งสองปลายมาเปิดออกไว้ด้วยกัน (double barreled colostomy) (ธนิต วัชรพุกก์, 2549: 662)

การทำผ่าตัดทวารเทียมมีประวัติมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1710 ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจเป็นอย่างมาก เป็นที่รังเกียจของสังคม ต่อมาปี ค.ศ. 1776 M. Pillory แห่งฝรั่งเศส ได้ทำผ่าตัดเปิดลำไส้เป็นครั้งแรก โดยเปิดที่ส่วนของ cecum (cecostomy) ที่บริเวณขาหนีบข้างขวา ในสมัยก่อนที่ไม่มียาปฏิชีวนะและ antiseptic ศัลยแพทย์กลัวการติดเชื้อในช่องท้องมาก จึงทำให้มีการพยายามทำ colostomy ที่ทำให้มีการแปดเปื้อนเชื้อต่อช่องท้องน้อยที่สุด โดยมีการทำ lumbar colostomy จนถึง ค.ศ. 1887 H.W. Allingham ได้เสนอวิธีทำ loop colostomy โดยใช้ glass rod รองรับ loop แล้วหลังผ่าตัดหลายวันจึงทำการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ต่อมาได้มีวิวัฒนาการของการผ่าตัดเป็นวิธี exteriorized ออกแล้วก็กลายเป็น double-barrel colostomy ซึ่งต่อมา Devine ได้ดัดแปลงเป็น divided colostomy มาเป็นแบบที่รูปเปิดแยกห่างออกจากกันมากกว่าแบบของ Paul-Mickulicz ตามที่รู้จักกันในสมัยนี้ ซึ่งบางคนยังคงเรียกกันผิดๆ ว่า double-barrel colostomy ในปี ค.ศ. 1951 Patey DH ได้นำเสนอการทำ intermediate mucocutaneous suturing (maturation) ในการผ่าตัด colostomy ซึ่งเป็นวิธีที่แนะนำใช้กันทั่วไปในปัจจุบัน (นริศ เจนวิริยะ, 2538 อ้างใน ประทีน ไชยศรี, 2550: 60)

1.11.1 ข้อบ่งชี้ในการทำทวารเทียม

- 1) เพื่อลดแรงดันในลำไส้และระบายอุจจาระเหนือบริเวณที่ colon อุดตัน
- 2) เพื่อมิให้อุจจาระผ่านรอยต่อลำไส้ซึ่งอาจรั่วหรือมิให้ผ่านบริเวณที่เป็น รุทะลุ เช่น การทะลุระหว่างลำไส้และช่องคลอด
- 3) เพื่อทำหน้าที่แทน anus ในผู้ที่ทำ abdominoperineal (AP) resection หรือในกรณีที่ยังไม่สามารถต่อลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดได้ (ธนิต วัชรพุกก์, 2549: 662)
- 4) ลำไส้มีความผิดปกติแต่กำเนิด (congenital anomalies) เช่น ไม่มีรูทวารหนัก (imperforated anus) หรือมีการตีบแคบของรูทวารหนัก (constrictive anus)
- 5) ลำไส้ใหญ่มีการทะลุ หรือมีการติดเชื้อ เช่น ulcerative colitis, crohn's disease หรือ diverticulitis
- 6) มะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักบริเวณไส้ตรง ca rectum หรือ ca sigmoid colon มักจะทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน
- 7) ลำไส้ใหญ่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เช่น ถูกยิง ถูกแทง หรือรูทวารหนักได้รับบาดเจ็บมีแผลทะลุ (ประทีน ไชยศรี, 2550: 60)

1.11.2 ชนิดของทวารเทียม

การแบ่งชนิดของทวารเทียมสามารถแบ่งได้หลายลักษณะ ดังต่อไปนี้

- 1) แบ่งตามส่วนของลำไส้ใหญ่ที่นำมาทำทวารเทียม เช่น transverse colostomy, sigmoid colostomy เป็นต้น
- 2) แบ่งตามลักษณะทางกายภาพ เช่น end colostomy, loop colostomy เป็นต้น
- 3) แบ่งตามชนิดของการผ่าตัด ได้แก่

3.1) ทวารเทียมชนิดถาวร (permanent colostomy) หมายถึง การทำทวารเทียมที่ไม่มีโอกาสจะต่อลำไส้ได้หรือแก้ไขให้กลับมีการขับถ่ายตามปกติเหมือนเดิมได้ ผู้ป่วยต้องมี ออสโตมี (ostomy) ติดตัวตลอดไป เช่น ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งทวารหนักส่วนปลาย จำเป็นต้องตัดทวารหนักออกหมด ไม่มีส่วนของทวารหนักเหลืออยู่เลย ผู้ป่วยจะต้องมี end sigmoid colostomy ตลอดชีวิต

3.2) ทวารเทียมชนิดชั่วคราว (temporary colostomy) หมายถึง การทำทางเปิดหรือทางเบี่ยงชั่วคราว เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในผู้ป่วยที่จำเป็น การให้การรักษา ผ่าตัดเต็มรูปแบบยังไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยในขณะนั้น จะด้วยสภาพร่างกายหรือโรคก็ตาม เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงทำการปิดออสโตมี (ostomy) ภายหลัง

3.3) ตามสรีรวิทยาแบ่งทวารเทียมเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1) decompressing colostomy เป็นการผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการอุดตันที่เกิดจากโรคต่างๆ ของลำไส้ใหญ่ชั่วคราว เช่น blow – hole tube cecostomy ใช้ในรายผู้ป่วยที่มี colon obstruction ที่มีการโป่งพองของลำไส้ใหญ่มากๆ หรือในผู้ป่วยที่เป็น toxic megacolon นอกจากนี้ยังมี loop colostomy ที่สามารถใช้บรรเทาอาการอุดตันชั่วคราว

2) diverting colostomy เป็นการผ่าตัดเพื่อเบี่ยงเบนทางเดินอุจจาระไม่ให้ผ่านบริเวณที่มีการอุดตันหรือบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีปัญหาการทำเบี่ยงเบนอุจจาระให้สมบูรณ์ diverting colostomy ที่ทำกันทั่วไป จะพบได้เป็น 5 แบบ ดังนี้

3) Loop transverse colostomy ส่วนมากจะเป็นการทำแบบชั่วคราว ตำแหน่งที่นิยมทำกันมากที่สุดได้แก่ right hepatic transverse colostomy เพราะทำง่ายที่สุดโดยการยก transverse colon ขึ้นมาเหนือหน้าท้องแล้วใช้แท่งแก้วสอดผ่าน mesocolon

4) Hartmann's colostomy เป็น colostomy ที่อาจจะทำเป็นแบบชั่วคราวหรือแบบถาวรก็ได้ นิยมทำที่ตำแหน่ง terminal iliac colostomy โดยการนำเอาลำไส้ใหญ่ส่วนบน (proximal) มาเปิดบริเวณเหนือหน้าท้องเป็นแบบ end sigmoid colostomy และส่วนปลาย (distal) ซึ่งส่วนมากจะเป็นไส้ตรงจะทำการเย็บปิดและทิ้งไว้ในช่องท้อง

5) End sigmoid colostomy in abdomino-perineal resection and incontinent patient เป็นการทำ colostomy แบบถาวรโดยการนำเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดเหนือบริเวณหน้าท้องเป็นแบบ end sigmoid colostomy

6) Double – barrelled colostomy ส่วนมากจะเป็นการทำทวารเทียมแบบชั่วคราว โดยการผ่าตัดนำเอาลำไส้ใหญ่ทั้งสองด้านมาเปิดบริเวณเหนือหน้าท้องและเย็บลำไส้ใหญ่ทั้งสองด้านมาติดกันโดยไม่มี skin bridge มาขวางกัน

7) Proximal colostomy with distal mucous fistula (Devine's colostomy) ส่วนมากจะเป็นการทำทวารเทียมแบบชั่วคราวนิยมทำกันที่ตำแหน่ง transverse colon โดยลำไส้ใหญ่ทั้งสองด้านจะเปิดสู่บริเวณเหนือหน้าท้องโดยมี skin bridge อยู่ระหว่างลำไส้ทั้งสอง

1.11.3 ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดทวารเทียมของผู้ป่วย

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง สังเกต ให้ความช่วยเหลือ และรายงานแพทย์ เพื่อบำบัดแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของช่องเปิดลำไส้ ซึ่งเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันแรกของการผ่าตัดเป็นต้นไป การดูแลเอาใจใส่กับความผิดปกติแม้เพียงเล็กน้อยรวมทั้งรับฟังคำ

บอกเล่าของผู้ป่วย แล้วรีบให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม จะเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนของช่องเปิดลำไส้ได้อย่างรุนแรงลงได้ (วงเดือน เขี่ยมสกุลและคณะ, 2548: 46)

1) ภาวะขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis) ระยะหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง การสังเกตและลงบันทึกลักษณะและสีของช่องเปิดลำไส้เป็นเรื่องสำคัญมาก ปกติจะมีสีแดง (ลำไส้ใหญ่) และสีชมพู (ลำไส้เล็ก) ถ้าสีคล้ำลงเป็นสีม่วง สีน้ำตาล หมายถึง ช่องเปิดลำไส้มี mesenteric circulation ไม่ดี ซึ่งจะพบได้บ่อยใน 5-7 วัน หลังผ่าตัด ควรรีบรายงานแพทย์เพื่อผ่าตัดแก้ไข

2) ภาวะบวม (Stomal edema) อาการบวมของช่องเปิดลำไส้ เป็นภาวะปกติหลังผ่าตัด อาการบวมจะค่อยๆ ลดน้อยลงจนช่องเปิดของลำไส้มีขนาดคงที่ ภายหลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ หรืออาจเกิดขึ้นได้เมื่อเกิดอาการท้องเสีย เยื่อลำไส้อักเสบ หรือได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น ได้รับยาเคมีบำบัด

3) ภาวะเลือดออก (Stomal bleeding) ภาวะเลือดออกของช่องเปิดลำไส้ เป็นเรื่องปกติหากออกเล็กน้อยและหยุดได้เอง แต่ในระยะหลังผ่าตัดใหม่มีเลือดออกนั้นหมายถึง อาจมีปมใหม่เย็บหลุด ทำให้มีเลือดออกทางช่องเปิด ควรรีบรายงานแพทย์ทราบ สาเหตุอื่น เกิดจากภาวะ portal hypertension ถูกกระแทกบริเวณช่องเปิด ช่องเปิดของถุงเล็กกว่าขนาดของลำไส้ มีภาวะลำไส้อักเสบ มะเร็งกลับซ้ำ จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา เป็นต้น

4) ภาวะอุดตัน (Stomal obstruction) พบได้ภายหลังการผ่าตัด 30 วัน เนื่องจากการอุดตันบริเวณรอยต่อระหว่างลำไส้ พบในผู้ป่วยที่ฉายแสงบริเวณนี้ก่อนทำการผ่าตัด และผู้ป่วยเบาหวาน ในกรณีภาวะอุดตันของช่องเปิดลำไส้ ระบบปัสสาวะจะมีน้ำปัสสาวะรั่วซึมออกบริเวณรอยต่อระหว่างลำไส้ ทำให้มีน้ำปัสสาวะออกน้อย ผู้ป่วยจะปวดท้อง และมีไข้ นอกจากนี้ มักเกิดจากการมีอุจจาระแข็งไม่สามารถถ่ายอุจจาระออกมาได้ตามปกติทำให้มีการอักเสบของลำไส้ เมื่อเกิดการอุดตันจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียนหรือมีอาการปวดท้องร่วมด้วย การแก้ไขทำได้โดยการสวนล้าง การใช้ยาระบายอ่อนๆ หรือการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง

5) ภาวะช่องเปิดลำไส้ตีบ (Stomal stenosis) เกิดจากการตีบแคบของ fibrous ring รอบช่องเปิด หรือมี mucosal-cutaneous scar เมื่อสังเกตว่าช่องเปิดลำไส้หดตีบแคบลง อาจช่วยได้ด้วยวิธีการฉีกขาดของ fibrous ring เพราะจะมีผลให้ช่องเปิดของลำไส้ตีบแคบมากขึ้น และเมื่อสิ่งขับถ่ายไม่สามารถระบายออกมาได้ก็จะเกิดภาวะอุดตันต่อไป แก้ไขได้โดยการผ่าตัด



6) ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal prolapse) การที่ลำไส้ยื่นออกมายาวผิดปกติ มีสาเหตุจากไม่ได้เย็บลำไส้ติดกับผนังหน้าท้อง พบใน loop colostomy หรือการรัดเข็มขัดแน่นเกินไปเป็นเวลานาน ทำให้แป้นกดหน้าท้องเป็นแผลเป็นผลให้ลำไส้ปลิ้นออกมา ยื่นยาวเกินไป หรือทำผ่าตัดควั่นช่องเปิดใหญ่เกินไป หรือมีแรงดันในช่องท้องจากการไอหรือร้องไห้ ในทารก แก้ไขได้โดยการผ่าตัด

7) ภาวะช่องเปิดลำไส้ถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง (Stomal retraction) เป็นผลของการเกิดริ้วรอยแผลเป็น เช่น จากการแยกของรอยเย็บชั้น mucocutaneous จากการติดเชื้อบริเวณรอบช่องเปิดลำไส้เรื้อรังจาก necrotic stoma จากเทคนิคการผ่าตัด จากการถอดห่วงจากช่องเปิดของลำไส้เร็วเกินไปกำหนด จากโรคอ้วน จากผลข้างเคียงของรังสีรักษา และจากการเป็นมะเร็งกลับซ้ำ แก้ไขได้โดยการผ่าตัด หรือการเลือกสรรอุปกรณ์ออสโตมีย์แบบ convex พร้อมเข็มขัดเพื่อเพิ่มแรงกดบนผิวหนังหน้าท้อง ให้ลำไส้ปลิ้นออกมา สิ่งซับซ้อนจะได้ไม่รั่วซึมได้เป็นอย่างดี

8) ภาวะไส้เลื่อน (Peristomal hernia) เกิดจากการมีกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรง หรือเกิดจากเทคนิคการผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ โดยไม่ผ่านชั้นกล้ามเนื้อ rectus จึงไม่มีกล้ามเนื้อพุงช่องเปิดลำไส้ไว้ทำให้ ileum หรือ colon ไหลมากองที่ชั้น subcutaneous ช่วยได้ด้วยการใช้ผ้าหรือยางยึดรัดหน้าท้อง (เว้นช่องไว้เพื่อให้สอดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้) พุงหน้าท้องกับลำไส้เลื่อนออกมาได้ระดับหนึ่ง การรัดหน้าท้องควรรัดอย่าให้แน่นเกินไป ภาวะไส้เลื่อนนี้อาจทำให้ปวดท้อง เกิดการอุดตันและขาดเลือดมาเลี้ยงได้ การแก้ไขที่ดีที่สุดคือ การผ่าตัด

9) การเกิดแผลเปื่อยที่บริเวณรอบๆ โคโลสโตมีย์ (Skin excoriation) เกิดการระคายเคืองจากการรั่วซึมของอุจจาระที่ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ หรือเกิดการระคายเคืองจากการเปิดถุงรองรับอุจจาระไม่ถูกต้อง อีกทั้งอาจเกิดการระคายเคืองจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ แแถบกาที่ติดถุงรองรับอุจจาระ ทำให้ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้มีอาการผิวดำแดงมีน้ำเหลืองซึม เปื่อย มีอาการแสบร้อนทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก การแก้ไขทำได้โดย การรักษาความสะอาดของผิวหนังให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ และในกรณีที่แพ้แถบกาให้เปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระเป็นชนิดที่ไม่เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง ตามความเหมาะสมเฉพาะบุคคล

10) ท้องเสีย (Diarrhea) สาเหตุส่วนใหญ่มาจากอาหาร การรับประทานอาหารและชนิดของอาหารที่รับประทาน การรับประทานอาหารที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยควรเริ่มรับประทานแต่เพียงเล็กน้อยก่อน เมื่อไม่มีอาการผิดปกติจึงรับประทานอาหารได้ตามความเหมาะสม

11) ความผิดปกติของผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ (peristomal skin disorders)

11.1) การเปื่อยยุ่ยของผิวหนัง (maceration) เกิดขึ้นบ่อยรอบๆ ผิวหนังในผู้ป่วยที่ทำ urostomies และ ileostomies เนื่องจากการระคายเคืองจากสารคัดหลั่งและเอนไซม์ต่อผิวหนัง ถ้าไม่สามารถดูแลควบคุมผิวหนังให้สะอาดและแห้งผิวหนังจะถลอกและมีปัญหา ทำให้เกิดแผลได้ ผิวหนังรอบช่องเปิดเปื่อยขึ้นเนื่องจากการกดของเปิดของ appliance ใหญ่เกินไป แป้นรองอาจเคลื่อนไปจากตำแหน่งเดิมเพราะว่าไม่มีการเปลี่ยนถุง หรือการถูกดของแป้นรองจากการขยี้รังสีหรือมีรอยเว้าระหว่างผิวหนังกับ appliance

การให้การพยาบาล

- ตรวจสอบแป้นรองถ้ามีการเปื่อยขึ้นจะมีลักษณะซีด ควรเปลี่ยนให้ใหม่
- หมั่นตรวจสอบอุปกรณ์ทุกชนิด และใช้แป้นรองชนิด convex
- ใช้ protective paste วางรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการรั่วซึมของสิ่งคัดหลั่งสู่ผิวหนังรอบลำไส้

11.2) แผลถลอกที่ไม่มีผิวหนังปกคลุม (denudement and ulceration) มีสาเหตุจากการไหลซึมของ content จากช่องเปิดลำไส้สัมผัสกับผิวหนังตลอดเวลาเป็นเวลานาน หรือมีการถลอกของผิวหนังจากการเปลี่ยนอุปกรณ์หรือดึงถุงออกไม่ถูกต้อง

การพยาบาล

- ทำความสะอาดผิวหนังใช้ gelatin/ pectin protective powder บนบริเวณแผลเกลี่ยให้ทั่วก่อนติดแป้นรอง
- เลือกใช้อุปกรณ์รองรับที่เหมาะสม สามารถติดได้อย่างน้อย 3-4 วัน เพื่อป้องกันผิวหนังถูกทำลาย

11.3) อาการแพ้ (allergy) การแพ้ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากส่วนประกอบของอุปกรณ์ออสโตมีหรือเกิดจากผลิตภัณฑ์ดูแลช่องเปิดลำไส้ ปฏิกิริยาที่พบจะแสดงให้เห็นคือ เป็นผื่นแดงรอบๆ บริเวณที่ถูกกับสารที่ทำให้เกิดอาการแพ้อย่างรวดเร็ว ในรายที่เกิดอาการแพ้อย่างรุนแรงจะเกิดผื่นมากและลมพิษ หน้าตาบวม เยื่อจมูกอักเสบ และหายใจขัดมีเสียง (wheezing)

การพยาบาล

- เมื่อเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ควรมีการทดสอบก่อนทุกครั้งว่าเกิดอาการแพ้หรือไม่
- พยายามขจัดปัญหาของสิ่งที่ทำให้เกิดการระคายเคือง เช่น น้ำยาที่เช็ดกาวพลาสติก หรือกาวเคลือบผิวหนัง ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการแพ้ได้

11.4) การอักเสบของผิวหนัง (contact dermatitis) พบการเกิดประมาณร้อยละ 55 ของผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากสารเคมีจาก skin protective film, adhesive remover หรือจาก adhesive retention tapes อาจจะทำให้เกิดผิวหนังอักเสบได้ ผิวหนังจะเกิดผื่นแดงเมื่อผิวหนัง

สัมผัสกับสารดังกล่าว ขนาดและรูปร่างของผื่นบางครั้งจะช่วยให้ทราบถึงสารที่ทำให้เกิดการระคายเคือง

การพยาบาล

- ทดสอบตัวอย่างผลิตภัณฑ์หลายๆ ชนิดก่อนผ่าตัดว่าทำให้เกิดอาการแพ้ ระคายเคืองผิวหนังหรือไม่

- แนะนำว่าไม่ควรใช้ skin protective film และ adhesive remover

- ถ้าจำเป็นต้องใช้พลาสติกให้ติดแผ่น hydrocolloid ระหว่าง tape และผิวหนังเพื่อป้องกันการระคายเคือง

- ถ้ามีอาการแพ้ ทำความสะอาดบริเวณที่แพ้ให้แห้ง เปิดบริเวณให้ถูกกับอากาศและใช้ skin barrier powder โรยบางๆ อาการผื่นคันจะทุเลาภายใน 24-48 ชั่วโมง

11.5) การอักเสบของรูขุมขน (folliculitis) การอักเสบของรูขุมขนในบริเวณผิวหนังรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ มีสาเหตุจากแบคทีเรียเข้าไปเมื่อผิวหนังได้รับอันตราย โดยเฉพาะในผู้ป่วยจากการโกนขนบริเวณตำแหน่งรอบช่องเปิดลำไส้ หรือรูขุมขนได้รับการบาดเจ็บจากการดัดถุง อุปกรณ์ไม่ถูกต้อง มีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดี และการดัดถุงออกด้วยทำด้วยความรุนแรง การโกนขนโดยใช้ใบมีดเป็นสาเหตุหนึ่งของ folliculitis ควรใช้กรรไกรขลิบตัดขน หรือเครื่องโกนขนไฟฟ้า

การพยาบาล

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองใส่ใจกับอนามัยส่วนบุคคล

- สาธิตการโกนขนอย่างระมัดระวัง

- หลังการโกนขนผิวหนังรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ให้ใช้ยา providone iodine solution ทาบริเวณผิวหนัง และทิ้งไว้ให้แห้งก่อนที่จะติดแป้นรอง เพื่อป้องกันการเกิดต่อมขนอักเสบในผู้ป่วย

11.6) การติดเชื้อ (bacteria infection) การติดเชื้อของผิวหนังอาจเป็นอาจเป็นสาเหตุจากเชื้อ staphylococcus aureus ซึ่งเป็นเชื้อปกติที่อยู่ที่ผิวหนัง เมื่อผิวหนังฉีกขาดหรือได้รับอันตรายจะเกิดรอยแดงเป็นตุ่มเล็กๆ หรือเป็นตุ่มน้ำใส ในการจัดการถ้าผิวหนังถูกทำลายให้ใช้ providone iodine ป้ายแผลและปิดด้วย occlusive ที่เป็น hydrocolloid ทันที

2. การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทวารเทียมก่อให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจาก การมีทวารเทียมทางหน้าท้องทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตจากการที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย

ได้ การมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ ความลำบากในการกลับไปทำงานตามปกติ การมีเพศสัมพันธ์ลดลง และการต้องเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการเดินทางและการพักผ่อน (Krouse et al, 2007) จำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแล สนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (วงเดือน เอี่ยมสกุลและคณะ, 2548) พยาบาลในฐานะที่เป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่ดีอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีโอกาสนในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับการมีทวารเทียมได้อย่างเหมาะสมกับสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลจะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวต้องการอะไร และสามารถสนองตอบได้ดี ชี้แนะแนวทางให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้ การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีวัตถุประสงค์ คือ ป้องกันความเจ็บปวดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดภายหลังผ่าตัด รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจเพื่อปรับสภาพให้เข้าสู่สภาพปกติ (ประทีน ไชยศรี, 2550) ดังนั้น การให้การพยาบาลควรครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีกิจกรรมพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทวารเทียม ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative nursing care) คือช่วงเวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาลเข้าสู่หอผู้ป่วยจนกระทั่งส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เป็นช่วงเวลาของการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการอนุญาตผ่าตัด (วรนุช เกียรติพงษ์ถาวร, 2545) ผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดมีการรับรู้ต่อการผ่าตัดแตกต่างกัน ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลแต่ละรายจึงแตกต่างกัน พยาบาลต้องสามารถประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด รวมถึงการพยาบาลที่จำเป็นภายหลังการผ่าตัดให้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตสังคม ทั้งผู้ป่วยและญาติ (เรณู อาจสาละ, 2550) การสอนหรือให้ความรู้ก่อนผ่าตัด เป็นบทบาทอิสระที่สำคัญในการให้ข้อมูลผู้ป่วย เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การรับรู้ความรู้สึก การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด สิ่ง que ผู้ป่วยต้องประสบในระยะหลังผ่าตัด วิธีปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (กันยา ออประเสริฐ, 2545)

ทั้งนี้การประเมินก่อนการผ่าตัด มีจุดประสงค์เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล โดยประเมินให้ครอบคลุมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ ภูมิภาวะของผู้ป่วยให้ได้ข้อมูลมากที่สุด รวมถึงประเมินประวัติการใช้ยา และความรู้ต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งบทบาทพยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คือการให้ข้อมูลผู้ป่วย

2. การพยาบาลระยะระหว่างผ่าตัด (Intraoperative nursing care) เป็นขั้นตอนที่ 2 ของการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วย ก่อนเข้ารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด มีการประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลและตรวจสอบความเรียบร้อยทุกอย่างของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ในระยะนี้ต้องดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีเครื่องมือตรวจเฝ้าระวังและควบคุมให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่นโดยพิจารณาให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

3. การพยาบาลหลังการผ่าตัด (Postoperative nursing care) เป็นระยะสุดท้ายของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การดูแลกระทำต่อเนื่องจากภาวะวิกฤติจนเข้าสู่ภาวะปกติ เป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และสามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพร่างกาย กิจกรรมการพยาบาลในระยะนี้เป็นการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผล การประเมินสภาพผู้ป่วยได้แก่ การประเมินการหายใจ การทำงานของหัวใจและหลอดเลือด การทำหน้าที่ของระบบประสาท สภาพแผลผ่าตัด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ท่อระบายจากแผลผ่าตัด การบรรเทาความปวดและความไม่สุขสบายของผู้ป่วย การติดตามผลการรักษา และรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ (สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์, 2545)

นอกจากนี้ ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทวารเทียมยังแบ่งเป็นการพยาบาลด้านร่างกายและการพยาบาลด้านจิตใจ โดย การพยาบาลด้านร่างกายหลังผ่าตัดทวารเทียมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง (immediate period)

นอกจากการให้การพยาบาลทั่วไปแล้วจะต้องประเมินเกี่ยวกับ stoma

1. การดูแล stoma หลังผ่าตัด มีดังนี้

1.1 stoma type ส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดเป็น stoma (segment of bowel) ซึ่งดูจากรายงานการผ่าตัด

1.2 stoma viability ความสมบูรณ์ของ stoma สังเกตจากลักษณะสีและความยืดหยุ่นของ stoma ซึ่งลักษณะปกติของ stoma จะมีสีแดงหรือชมพูมีความชุ่มชื้น ผิวเป็นมันเรียบ นุ่ม ซึ่งเป็นสีปกติของผิวหนังลำไส้

1.3 stoma height การยื่นออกมาของ stoma จากผิวหนังหน้าท้อง stoma ที่ดีควรยื่นออกมาประมาณ 1"-1.5" และมีช่องเปิดอยู่ตรงกลางยอด stoma เพื่อสะดวกในการปิดถุงและดูแลรักษาผิวหนังรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ และเพื่อให้ของเสียหรืออุจจาระที่ออกมาตกลงสู่ถุงที่

ปิดได้พอดี ถ้าปลาย stoma อยู่ระดับเดียวกับผิวหนังหรืออยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง จะทำให้การดูแลรักษาผิวหนังรอบๆ ยาก เนื่องจากของเสียจะซึมเข้าได้ง่าย และทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคือง (skin irritation) ทำให้เกิดการอักเสบได้ง่าย ถ้าปลาย stoma ยื่นออกมาจากหน้าท้องยาวเกินไปอาจจะเกิดการกระแทกกระแทก ช้ำ และเสียดสีกับอุปกรณ์ เสื้อผ้า เกิดเป็นแผลเป็นบน stoma ได้ง่าย

1.4 abdominal location (site) บริเวณหน้าท้องที่เปิด stoma ควรบันทึกรายละเอียดว่า อยู่บริเวณหน้าท้องด้านซ้ายหรือด้านขวา ด้านบนหรือด้านล่าง ตำแหน่งของ stoma ที่ดีควรอยู่ในบริเวณที่ไม่ทำให้เกิดปัญหาในการปิดถุงรองรับของเสีย เช่น ใกล้แผลผ่าตัด, บริเวณรอบสะดือ, รอยย่นของผิวหนัง, หรือปุ่มกระดูก

1.5 stoma construction รายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อใช้ในการประเมินปัญหา และความต้องการด้านการพยาบาลผู้ป่วย รูปแบบของการผ่าตัด เช่น double barrel ostomy จะเห็นช่องเปิด 2 แห่ง คือ ส่วน proximal loop จะเป็นทางออกของอุจจาระ และส่วน distal loop จะเป็นทางออกของ mucous

- loop ostomy จะมี rod หรือ bridge คาไว้

- end ostomy จะมี stoma อันเดียวบนหน้าท้องจะเป็นส่วน proximal ที่เป็นทางออกของของเสีย ส่วนปลาย distal จะถูกตัดออกไป หรือถ้าเย็บปิดไว้อยู่ช่องท้อง เรียกการผ่าตัดนี้ว่า hartmann's operation

- ถ้าเป็น urinary stoma หลังผ่าตัดจะมี catheters หรือ ureteral stents

1.6 peristomal skin ผิวหนังรอบ stoma ประกติจะเป็นผิวที่สมบูรณ์แข็งแรง ลักษณะสีไม่แตกต่างกับบริเวณใกล้เคียง ปราศจากการระคายเคืองของผิวหนัง ไม่ปรากฏอาการเป็นผื่นแดง ผิวหนังเปื่อย เป็นตุ่มหนอง หรือลอกเป็นแผลมีน้ำเหลือง

1.7 size and shape รูปร่างและขนาดของ stoma อาจจะกลมหรือรี ขนาดของ stoma ที่ดีควรมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 1" – 1.5" พยาบาลควรวัดขนาดและบันทึกไว้ หลังผ่าตัดจะเกิดการบวมเล็กน้อย และจะลดขนาดลงเป็นปกติภายใน 6-8 สัปดาห์

1.8 mucocutaneous suture line รอยเย็บและรอยต่อระหว่างผิวหนังกับ stoma สังเกตว่ามีรอยแยกปริของแผล มีอาการแพ้ของผิวหนังหรือติดเชื้อบริเวณรอยเย็บหรือไม่ เพื่อนำมาวางแผนป้องกันการเกิด mucocutaneous separation

1.9 effluent สิ่งที่ขับออกมาจาก stoma ลักษณะสีเป็นอย่างไร สิ่งที่ขับออกมาจาก stoma ประกติใน 24-72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดจะมีลักษณะเป็นของเหลว หลังจากนั้นจะมีลักษณะของเสียและการทำงานจะแตกต่างกันไปตามประเภทของ stoma ได้แก่

1.9.1 gastrointestinal stoma ของเสียหรืออุจจาระจะประกอบด้วย แบคทีเรีย น้ำ กากอาหาร น้ำย่อย น้ำดี เมือก กลืนของสารอนินทรีย์ เซลล์เยื่อเมือก และอื่นๆ จะมีค่า pH ประมาณ 7.0-7.5 การเริ่มทำงานของลำไส้ จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับส่วนของลำไส้ ที่นำมาเปิดเป็น stoma และส่วนของลำไส้ที่ถูกตัดออกไป

1.9.2 jejunostomy ปรกติจะเริ่มทำงานภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ของเสีย อุจจาระที่ออกมาจะมีลักษณะเป็นของเหลว เป็นน้ำปนเมือกสีเขียวเข้มประมาณ 2,400 มิลลิลิตร ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเรื่องการได้รับสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์อย่างเพียงพอ

1.9.3 ileostomy หลังผ่าตัด ปรกติจะเริ่มทำงานภายใน 48-72 ชั่วโมง ของเสียที่ออกมาในระยะแรกจะมีลักษณะเป็นของเหลวปนเมือกสีเขียวเมื่อลำไส้มีการ เคลื่อนไหวจะมีของเสียลักษณะเป็นของเหลวออกประมาณ 1,000 มิลลิลิตร ถึง 1,800 มิลลิลิตร ต่อวัน ทั้งนี้เนื่องจากการสูญเสียระบบการดูดซึมของลำไส้ ในระยะนี้จึงมีความสำคัญมาก พยาบาลควรสังเกตการณ์สูญเสียและอิเล็กโตรลัยท์ มากผิดปกติ หลังผ่าตัดลำไส้จะสามารถ ปรับตัวในการดูดซึมกลับสู่ร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ของเหลวที่ขับออกมามีลดลงเหลือ 500-800 มิลลิลิตรต่อวัน

1.9.4 cecostomy ลำไส้จะเริ่มทำงานประมาณวันที่ 3 หลังการผ่าตัด ลักษณะของเสียที่ออกมาจะเป็นของเหลว คล้าย ileostomy เนื่องจากเป็นลำไส้ใหญ่ ส่วนที่ต่อ จาก ileocecal valve ส่วนใหญ่ cecostomy มักไม่นิยมทำเนื่องจากบริเวณที่เปิดเป็น stoma จะ อยู่บริเวณด้านล่างของท้องน้อยด้านขวา ทำให้ดูแลลำบาก และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

1.9.5 transverse colostomy ปรกติลำไส้จะเริ่มทำงานหลังผ่าตัด 3-4 วัน ลักษณะอุจจาระที่ออกมาค่อนข้างเหลวคล้ายแป้งเปียก บางครั้งอาจจะมีกากปน และมีกลิ่นเหม็นรุนแรง ส่วนใหญ่ stoma จะอยู่บริเวณระดับเอวของผู้ป่วย มักเป็น loop stoma

1.9.6 descending หรือ sigmoid colostomy ปรกติลำไส้จะเริ่มทำงาน หลังผ่าตัด 4-5 วัน หลังผ่าตัดระยะแรก อุจจาระจะมีลักษณะเหลว มีกลิ่นเหม็น และจะค่อย เปลี่ยนเป็นกากมากขึ้นจนมีลักษณะเป็นก้อน ผู้ป่วยสามารถฝึกหัดควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ออกเป็นเวลาได้

1.9.7 genitourinary function stoma ที่เกิดจากการผ่าตัดเปลี่ยน ทางเดินของปัสสาวะ จะเริ่มทำงานทันทีหลังผ่าตัด ระยะแรกน้ำปัสสาวะจะมีลักษณะสีแดง จางๆ เนื่องจากอาจจะมีเลือดปน หรืออาจจะเป็นสีน้ำตาล ในผู้ป่วยที่ทำ ileal conduit ปัสสาวะ จะมีสีขุ่น อาจจะมีตะกอนเนื่องจากมีเมือกและ cell ของลำไส้ปนออกมามี พยาบาลควรบันทึก

ลักษณะการทำงานของ stoma urethral stents หรือ conduit catheter จำนวนน้ำปัสสาวะและสี การเปลี่ยนแปลงของกลิ่นและสีของปัสสาวะ

2. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย และปลอดภัย เตรียมอุปกรณ์ที่จะต้องใช้หลังผ่าตัด ให้เรียบร้อย ครบถ้วน เช่น เครื่องดูดน้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร อุปกรณ์ในการให้ออกซิเจน เพียงสำหรับผู้ป่วยควรปรับระดับได้

3. จัดท่านอนผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวจัดให้อยู่ในท่านอนที่เหมาะสมในท่า Fowler's position เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของทางเดินหายใจ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง ในระยะแรกหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง พยาบาลจะต้องคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด abdominoperineal resection ผู้ป่วยจะเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด บริเวณฝีเย็บ ควรจัดให่นอนตะแคงด้านใดด้านหนึ่งสลับกัน เพื่อลดความเจ็บปวดและใช้หมอนรองบริเวณส่วนล่างให้สูงขึ้น เพื่อลดความไม่สุขสบาย

4. วัตถุประสงค์เพื่อดูแลผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการหลังผ่าตัด หากพบอาการและอาการแสดงเปลี่ยนแปลง เช่น การหายใจไม่เพียงพอ การเสียเลือด จะช่วยในการวินิจฉัยได้เร็วขึ้น

5. บันทึกการได้รับสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ และสิ่งที่ขับถ่ายออกจากผู้ป่วย (fluid intake and output) ผู้ป่วยได้รับการดื่มน้ำและอาหารหลังผ่าตัดหลายวัน จึงจำเป็นต้องได้น้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ

6. ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่ดึงรั้ง สังเกตการไหลของ gastric content บันทึกลักษณะสี จำนวนให้ถูกต้องในบันทึกการพยาบาล

7. ดูแลการคาสายสวนปัสสาวะหลังผ่าตัด บันทึกการไหลของปัสสาวะทุกชั่วโมง ไม่ควรมีน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร ผู้ป่วยทำผ่าตัด abdominoperineal resection ต้องคาสายสวนปัสสาวะหลายวัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อของกระเพาะปัสสาวะ พยาบาลควรดูแลต่อสายยางลงถุงปัสสาวะโดยหลักเทคนิคการปลอดเชื้อ และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์วันละ 2 ครั้ง

8. ให้ยาตามแผนการรักษา เช่น ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ ในรายที่มีเชื้อป้อนป้อน หรือมีการอักเสบติดเชื้อ การใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเป็นสิ่งสำคัญเพราะอาจมีผลกระทบต่อ stoma ของผู้ป่วย พยาบาลที่ดูแลควรมีความรู้ และความเข้าใจเรื่องการใช้พื้นฐานเป็นอย่างดี

9. สังเกตอาการผิดปกติหลังผ่าตัด ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยอยู่ในสภาพไม่ดีมาก่อน ผ่าตัด หรือมีปัญหาทางเทคนิคขณะผ่าตัด หรือเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้เวลานานและเสียเลือดมาก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น การเสียเลือดบริเวณผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรก

ระยะที่ 2 ระยะพักฟื้น (secondary period)

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารเทียมหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยจะอ่อนเพลีย เจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกนึกคิดสับสน วิดกกังวล ไม่มั่นใจใน ทวารใหม่และภาพลักษณ์ใหม่เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาก ซึ่งจะมี ผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดและทัศนคติที่ดีต่อทวารใหม่ได้มากที่สุด พยาบาลควรให้ความสนใจ ให้ความรู้สึกเป็นกันเอง ชวนผู้ป่วยพูดคุยพร้อมที่จะตอบข้อซักถามต่างๆ ได้ ไม่ควรแสดงสีหน้า ท่าทางรังเกียจขณะเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเป็นขั้นตอน ให้ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า การดูแลทวารเทียมเป็นเรื่องปกติ ไม่ลำบาก ระยะนี้พยาบาลควรดูแล ผู้ป่วย โดย

- ให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย

- สอนแนะนำผู้ป่วยในการดูแล ทำความสะอาดทวารเทียม ตลอดจนการเปลี่ยน ถัง การใช้อุปกรณ์ออสโตมีด้วยตนเอง

- ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม และสามารถเปลี่ยนถังรองรับอุจจาระด้วยตนเอง

ระยะที่ 3 ระยะก่อนกลับบ้าน

การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจาก โรงพยาบาล ไปสู่สถานบริการสุขภาพในชุมชน และเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง การพยาบาลผู้ป่วย หลังผ่าตัดทวารเทียมระยะก่อนกลับบ้าน เป็นการสอนและให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ปรับตัวยอมรับการมีช่องเปิดลำไส้ (stoma) ซึ่งจะต้องคำนึงถึงการกลับไปดำรงชีวิตประจำวันกับ ครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข และเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาล ไปสู่สถานบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรให้ความรู้และ คำแนะนำ ให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะและหน้าที่ของทวารเทียม(stoma characteristic and function) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับทวารเทียม ได้แก่

- ลักษณะปกติของทวารเทียมจะเป็นสีแดงหรือสีชมพู ผิวมันเรียบลักษณะชุ่มชื้น

- ทวารเทียมจะไม่มีเส้นประสาทไปเลี้ยง จึงมีความรู้สึกสัมผัส หากถูกกระทบ กระแทกและใช้ความรุนแรงมากจะทำให้เลือดออกมากได้ การทำความสะอาดควรระมัดระวังและ ทำด้วยความนุ่มนวล ทวารเทียมอาจจะมีเลือดออกได้เล็กน้อยขณะทำความสะอาด

- วัดขนาดของช่องทวารเทียมทุกครั้งที่เปลี่ยนอุปกรณ์ ขนาดของทวารเทียมจะ เล็กลง และมีขนาดคงที่หลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์

2. ขั้นตอนการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง

หลังผ่าตัดสัปดาห์แรก รอยแผลเปิดรอบช่องเปิดทวารเทียมยังไม่หาย และการหายของแผลยังไม่ดีพอ การทำความสะอาดรูทวารเทียม ควรใช้น้ำเกลือล้างแผลที่สะอาดปราศจากเชื้อ เมื่อแผลรอบทวารเทียมหายสนิทแล้ว แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด เช็ดผิวหนังรอบช่องทวารเทียมด้วยสำลีหรือกระดาษชำระที่นุ่ม หรือผ้าที่นุ่มให้แห้ง หลังผ่าตัดสัปดาห์แรกพยาบาลควรสอน แนะนำ และทำความสะอาดให้ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเริ่มช่วยเหลือตัวเองได้ ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้

2.1 การถ่ายเทของเสียออกจากถุง โดยปกติเมื่ออุจจาระหรือปัสสาวะมีปริมาณ 1/2 หรือ 1/3 ของถุง ควรถ่ายเทออกเพื่อป้องกันถุงหลุดจากการถ่วงน้ำหนักของของเสีย ในรายที่ใช้ถุงระบบขึ้นเดียวเปิดปลาย แนะนำให้ผู้ปวยนั่งบนโถส้วม หรือเก้าอี้แยกขาออกปล่อยปลายถุงลงช่องระหว่างขาพร้อมทั้งเปิดปลายถุงในโถส้วม หรือภาชนะที่เตรียมรองรับไว้ เมื่อถ่ายเทของเสียออกเสร็จแล้วใสน้ำเข้าไปทางด้านปลายถุง ล้างอุจจาระให้สะอาด และเช็ดด้วยกระดาษชำระให้สะอาดก่อนปิดถุงอีกครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ถุงระบบ 2 ชั้น อาจจะปล่อยของเสียออกแบบเดียวกับถุงขึ้นเดียวก็ได้ หรือเปิดถุงออกจากเบ้นรองแล้วจึงปล่อยของเสียลงในโถส้วมพร้อมทั้งทำความสะอาดถุงโดยการฉีดน้ำล้างจากด้านบนถุงลงไปจนสะอาด แล้วจึงปิดถุงไว้เช่นเดิม

2.2 การทำความสะอาดและเปลี่ยนถุงรองรับของเสีย โดยมีขั้นตอนดังนี้

เตรียมอุปกรณ์

ก) เตรียมถุงให้พร้อมในการใช้ อาจจะใช้ชนิดขึ้นเดียวหรือสองชั้น ตัดขนาดของถุงให้มีขนาดใหญ่กว่าช่องเปิดทวารเทียมเล็กน้อยประมาณ 2 ถึง 3 มิลลิเมตร (1/8 นิ้ว) โดยการใช้แผ่นกระดาษใสหรือแผ่นพลาสติกเป็นรูปวัดกับขนาดของรูทวารเทียมจริง แล้ววาดขนาดที่วัดได้ลงบนแป้นที่จะติดครอบช่องทวารให้มีขนาดเท่ากัน (การใช้ measure guide สำเร็จรูปจากอุปกรณ์บางชนิด อาจจะไม่พอดีและเหมาะสมกับช่องทวารเทียมของผู้ป่วยแต่ละคน เพราะขนาดของช่องทวารเทียมอาจจะกลม หรือรี ขนาดไม่แน่นอน)

ข) เตรียมอุปกรณ์เสริมที่จำเป็นต้องใช้เฉพาะรายให้พร้อม เช่น skin barrier paste powder skin wipe, skin prep, น้ำยาดับกลิ่น ฯลฯ

ค) กระดาษชำระ ควรใช้ชนิดที่เนื้อละเอียดและเหนียว

ง) สำลีก้อน สำหรับซับน้ำสะอาดเช็ดช่องเปิดทวารเทียม

การลอกเปลี่ยนถุง การลอกเปลี่ยนถุงควรทำด้วยความนุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากผิวหนังเป็นแผลถลอกและเกิดการเจ็บปวดมาก เทคนิคการทำโดยใช้นิ้วมือข้างหนึ่งกดผิวหนังบริเวณที่ติดแป้นไว้ แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งค่อยๆ ลอกแป้นออกจาก

ผิวหนัง ลอกเป็นจากขอบด้านบนของแผ่นลงมาด้านล่างตรงข้ามกัน พยายามไม่ให้เป็นการดึง แปรข้างเดียว จะช่วยลดการเกิดอันตรายต่อผิวหนังได้

2.3 การทำความสะอาดและดูแลรักษาผิวหนังรอบช่องเปิดทวารเทียม

2.3.1 ล้างช่องเปิดทวารเทียมเทียมน้ำสะอาด

2.3.2 ใช้กระดาษชำระที่อ่อนนุ่มหรือผ้านุ่มๆ เช็ดผิวหนังรอบช่องเปิดทวารเทียม

2.3.3 ในผู้ป่วยที่ใช้ skin barrier paste จะมี paste เหนียวติดอยู่ที่บริเวณผิวหนังรอบช่องเปิด ให้เช็ดคราบพลาสติกหรือ skin barrier paste ที่ติดค้างบริเวณผิวหนังด้วยน้ำอุ่น หรือ skin wipes ออกให้หมด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดคราบแข็งติดผิวหนัง จะเป็นสาเหตุให้ผิวหนังแตกเป็นแผล และควรใช้กรรไกรหรือที่โกนหนวดไฟฟ้าขลิบหรือโกนขนบริเวณผิวหนังใกล้เคียงช่องเปิดลำไส้ให้สั้นอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการกระคายเคือง ขณะลอกเปลี่ยนถุง

2.3.4 เช็ดช่องเปิดทวารเทียมและผิวหนังรอบช่องเปิดให้แห้ง

2.3.5 ปิดถุงรองรับอุจจาระใหม่

การทำความสะอาดควรทำเมื่อมีการรั่วหรือเปื้อนซึมของอุจจาระทุกครั้ง และเมื่อมีอุจจาระมากกว่าครึ่งหนึ่งหรือหนึ่งในสามของถุง หรือทำความสะอาดพร้อมกับการอาบน้ำ

2.4 การเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม

อุปกรณ์รองรับอุจจาระได้มีการพัฒนาการผลิตขึ้นเรื่อยๆ โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับปัจจุบัน การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการผลิตได้อาศัยข้อมูลจากประสบการณ์การใช้ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเทียม อุปกรณ์ที่ทันสมัยจะสามารถเก็บของเสียได้ดี ปราศจากกลิ่นสามารถป้องกันผิวหนังรอบช่องเปิด และพึงพอใจสำหรับผู้ที่มีความสวยงาม เมื่อสวมใส่ภายใต้เครื่องแต่งกายแล้วเกิดความมั่นใจ มองไม่เห็นอุปกรณ์รองรับอุจจาระ อุปกรณ์มีหลายชนิดให้เลือกใช้ ทั้งนี้ ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย สิ่งที่ต้องพิจารณาเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจ ครอบครัวยุค ความสามารถในการซื้อ เพราะราคาอุปกรณ์ค่อนข้างสูง เป็นปัจจัยสำคัญซึ่งผู้ป่วยอาจจะมีปัญหา

การพยาบาลด้านจิตใจ

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ส่งเสริมให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้สอนหรือผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้เทคนิคในเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (Communicating effectively) ขึ้นอยู่กับกระบวนการทำความเข้าใจและช่วยเหลือ

ซึ่งกันและกัน ใช้ทักษะเพื่อทำให้เกิดกลยุทธ์ซึ่งจะนำไปสู่จุดมุ่งหมายทั้งคณะที่ทำการดูแลรักษา และตัวผู้ป่วยเอง

กลยุทธ์ หมายถึง การช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจว่า จะจัดการดูแลอย่างไรกับช่องเปิดลำไส้ (stoma) จุดมุ่งหมายของผู้ดูแล หมายถึง แนวคิดที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยบรรลุจุดมุ่งหมายในการดูแล จัดการเกี่ยวกับช่องเปิดลำไส้ และเกิดความรู้สึกพอใจ และให้ความร่วมมือโดยไม่ต่อต้าน

การพยาบาลด้านจิตใจเป็นระยะที่สำคัญที่สุด การมีโคลอสโตมีหรือช่องเปิดทวารหนัก เกี่ยวกับการยอมรับของผู้ป่วย เป็นเรื่องที่ยอมรับได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความรู้สึก ความคิด และทัศนคติ ในผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำอย่างดีก่อนผ่าตัด จะประสบปัญหาน้อยกว่าผู้ที่ผ่าตัดทั่วไป และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอนแนะนำก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาพลักษณ์ใหม่ได้เร็วและง่ายขึ้น ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี สำหรับผู้ป่วยที่เกิดความรู้สึกสับสน วิตกกังวล ไม่มั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนไป จะมีพฤติกรรมแสดงออกต่างๆ กัน บางคนแสดงความรังเกียจ ไม่สนใจทวารเทียม ไม่ยอมมอง และยอมรับ ดังนั้นวิธีการเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดและทัศนคติเหล่านี้ พยาบาลควรพูดปลอบโยน แสดงความเห็นใจ และอธิบายเป็นขั้นตอนโดย

1. พูดคุยให้เกิดความสบายใจ ลดความขัดแย้ง
2. สร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจ โดยขอความร่วมมือจากผู้ปกครองญาติที่ใกล้ชิด สามี ภรรยา บุตร
3. ให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง และมีความเข้มแข็ง
4. เกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าของทวารใหม่ โดยไม่เกิดความรู้สึกว่าเป็นปมด้อย หรือ ผิดปกติที่น่าอายต่อไป

นอกจากการประคับประคองด้านจิตใจ และช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ การให้คำปรึกษา (counseling) ก็เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวันกับครอบครัวและสังคม เพื่อให้อยู่อย่างมีคุณภาพและมีคุณค่า

การให้การพยาบาลหลังผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ นอกจากจะมุ่งเน้นในด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแล้ว ควรเน้นเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้

1. การให้ความรู้ และคำแนะนำเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง
2. การให้การพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย สามารถปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
3. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีช่องเปิดลำไส้



4. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการ และแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ออสโตมี

3. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่มีความไม่สบายใจ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกในด้านลบ เช่น ความรู้สึกกลัว หงุดหงิด กระวนกระวายใจ ความเศร้าโศก หรือรบกวนจิตใจ เป็นภาวะที่คุกคามทั้งด้านภายในและภายนอกตัวบุคคล ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าและไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้น (Montgomery & Morris, 1992)

ความวิตกกังวล หมายถึง อารมณ์และประสบการณ์ที่อยู่ภายในจิตใจของแต่ละบุคคล เป็นพลังงานที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่ปราศจากสิ่งที่จะเฉพาะเจาะจง ซึ่งถูกกระตุ้นโดยประสบการณ์ใหม่ที่ไม่เคยได้รับมาก่อน เช่น การเข้าเรียนใหม่ การเริ่มต้นทำงานใหม่ หรือการให้กำเนิดบุตรคนแรก (Stuart & Laraia, 2001)

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม เสี่ยงภัย ตกอยู่ในอันตราย หรืออยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัย ความไม่แน่นอน ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกนี้ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น ตึงเครียด กระวนกระวายใจ หรือไม่สบายใจ โดยมีการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (ซอลดา พันธุเสนา, 2536: 54)

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น กลัว อึดอัด ไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549: 255)

สจิวต และซันดีน (Stuart and Sundeen, 1983 อ้างใน ซอลดา พันธุเสนา, 2536: 54) ได้อธิบายถึงรากศัพท์ของความวิตกกังวลว่า ในภาษากรีก "Anxiety" หมายถึง กดให้แน่น ซึ่งเป็นความบีบคั้น และในภาษาละติน "Anxious" หมายถึง ความแคบหรือตีบตัน ซึ่งเป็นความไม่สุขสบาย ความหมายดังกล่าวใช้อธิบายความวิตกกังวลที่ครอบคลุมถึงความรู้สึก ต่อไปนี้

- 1) ความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน
- 2) ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้น
- 3) ความรู้สึกกระสับกระส่าย อึดอัด ไม่สบายใจ
- 4) ความรู้สึกตื่นกลัว ตระหนก ตกใจในบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้
- 5) ความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคต

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ กระวนกระวายใจ หวาดกลัว เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง หรือกลัวว่าเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนั้นเป็นอันตรายต่อตนเอง เป็นสิ่งที่ไม่ดี ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ร่างกายและพฤติกรรม

3.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดดังต่อไปนี้ (Kneisl, 1996 อ้างใน นิตยา คชศิลา, 2548)

1. สิ่งคุกคามต่อร่างกาย (Threats to biologic integrity) ได้แก่ ความต้องการอาหาร เครื่องดื่ม หรือความอบอุ่น เป็นสิ่งที่จะเข้ามารบกวนความต้องการพื้นฐานของมนุษย์
2. สิ่งคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง (Threats to the security of the self) ได้แก่ ความคาดหวังที่คิดว่ามีความสำคัญต่อตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการยอมรับนับถือไม่ได้รับการตอบสนอง การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองไม่ได้รับการยินยอมหรือเห็นด้วยจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตน ไม่สามารถเพิ่มการยอมรับนับถือตนเองหรือการยอมรับจากบุคคลอื่น ความรู้สึกผิดหรือความขัดแย้งกันระหว่างมุมมองของตนเองและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

3.3 สาเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

ธรรมชาติของการดำรงชีวิต มนุษย์จำเป็นต้องดิ้นรนต่อสู้ เพื่อเผชิญปัญหาต่างๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือการเปลี่ยนแปลงในตัวมนุษย์ ล้วนเป็นสิ่งที่รบกวนก่อให้เกิดการคับข้องใจ (frustration) ขัดแย้ง (conflict) วิตกกังวล (anxiety) เป็นผลให้บุคคลมีความตึงเครียดทางจิตใจ และอารมณ์ (mental and emotional stress) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (นิตยา คชศิลา, 2548)

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง สาเหตุหลักของความวิตกกังวลเกิดจาก

- 1) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จากการมีทวารเทียมบริเวณหน้าท้องเพื่อเป็นทางออกของอุจจาระและมีถุงอุจจาระห้อยติดอยู่ที่บริเวณหน้าท้องตลอดเวลา
- 2) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ ซึ่งเป็นผลมาจากลำไส้ใหญ่ถูกตัดออกไปเป็นส่วนมากทำให้ประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลงกว่าปกติ และจากการที่ช่องเปิดของทวารเทียมไม่มีกล้ามเนื้อหูรูดจึงไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ รวมทั้งการเกิดกลิ่นแก๊สที่ไม่พึงประสงค์

3) รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการทำงาน การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การพักผ่อน การเดินทาง การเข้าสังคม ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส

4) การดูแลทวารเทียม การทำความสะอาดและการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ รวมทั้งการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทวารเทียม เช่น การระคายเคืองของผิวหนังบริเวณรอบๆ ทวารเทียม การบวมของทวารเทียม การอุดตันของลำไส้ และการเกิดภาวะลำไส้เลื่อน เป็นต้น (จรินทร สมภู, 2539; อพัชชา ผ่องญาติ, 2543; วงเดือน เขี่ยมสกุลและคณะ, 2548; นวพร ชิตมน, 2549; ประทิน ไชยศรี, 2550: 169, 173; Krouse, et al., 2007; Mahjoubi, et al., 2009)

ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้อง การมีทวารเทียมจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่เพียงแต่จะต้องเผชิญกับความเจ็บปวดแผลจากการผ่าตัดเท่านั้น ผู้ป่วยยังต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง มีความคิดวุ่นวาย สับสน เนื่องจากอยู่ในภาวะที่ไม่รู้ว่าจะดูแลตนเองอย่างไร การไม่มีความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงขึ้น (สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์, วิทยา วัฒนภาส และสายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2533)

3.4 ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล มีขั้นตอนของการเกิดดังต่อไปนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527: 168)

3.4.1 บุคคลมีความเชื่อความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเอง

3.4.2 ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยมหรือภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเองถูกคุกคามทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์

3.4.3 บุคคลนั้นเกิดภาวะหวาดหวั่นไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร (Sense of Helplessness and powerlessness)

3.4.4 เกิดความรู้สึกอึดอัด กระวนกระวายใจขึ้น เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น ภาวะนั้นเรียกว่า ความวิตกกังวล

3.4.5 บุคคลทำการขจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติ โดยเปลี่ยนพลังงานออกเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติเช่น โกรธ เสียหงุดหงิด มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายมากขึ้น

3.4.6 เกิดความรู้สึกผ่อนคลายลง เกิดความสมดุลทางจิตใจและอารมณ์ขึ้นใหม่

3.5 ระดับของความวิตกกังวล

Peplau (1963) ได้แบ่งระดับของความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Stuart and Laraia, 2001)

3.5.1 ความวิตกกังวลระดับน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลระดับปกติที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเป็นอยู่ประจำวัน บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้จะมีความตื่นตัว มีความสามารถในการรับรู้ของระบบประสาทต่างๆ ดีขึ้น ตลอดจนมีความสามารถในการจัดการกับต้นเหตุของความเครียด เรียนรู้และแก้ปัญหาได้ดีขึ้น สามารถคิดอย่างมีเหตุผลได้ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย รู้สึกไม่สุขสบาย เล็กน้อย

3.5.2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety) เมื่อมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจะมีผลทำให้ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่างๆ แคลงความสามารถในการเรียนรู้ลดลง บุคคลมุ่งเฉพาะสิ่งที่ตนเองสนใจ และกระทำอยู่ มีความลังเลใจ หรือผัดวันประกันพรุ่ง มีการเปลี่ยนแปลงของระดับเสียงและความเร็วในการพูด สมาธิเสื่อมลง ถ้าได้รับการช่วยเหลือจะทำให้ความวิตกกังวลลดลงความสามารถต่างๆ จะกลับดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะเพิ่มขึ้นเช่น กล้ามเนื้อตึงตัว หายใจเข้า-ออกแรง ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย รู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

3.5.3 ความวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลงมาก การรับรู้และการคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริงมาก สนใจในรายละเอียดที่ไม่สำคัญ ไม่สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ได้ ไม่สามารถเรียนรู้หรือทำกิจกรรมที่มีเป้าหมายได้ ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง บุคคลจะมีความไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกจะมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

3.5.4 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (panic anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้ทำให้ความสามารถในการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ บิดเบือนไปจากความเป็นจริง บุคคลจะตกอยู่ในความกลัวไม่สามารถควบคุมตนเองได้มีความผิดปกติทางความคิดและบุคลิกภาพ อาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนร่วมด้วย ไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลได้เข้าใจ ความสามารถในการเรียนรู้จะเสียไป นอกจากนี้อาจมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานอาหารไม่ได้ มีภาวะซึมเศร้า

3.6 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ (สุนีย์ ตันติพัฒนานนท์, 2522 อ้างใน นิตยา คชศิลา, 2548)



3.6.1 ธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ พัฒนาการของบุคคล วุฒิภาวะ แบบแผนการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิต ตลอดจนการแสดงออกทางความรู้สึกต่อสิ่งกระตุ้นนั้น บุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคล และความคาดหวังที่ออกมาในรูปของความปรารถนาหรือแรงขับซึ่งรวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่มีต่อตัวเอง

3.6.2 ธรรมชาติของสิ่งที่มากระตุ้น ได้แก่ ความหมาย ความสำคัญ ความรุนแรง ชนิดของสิ่งกระตุ้น ระยะที่มากระตุ้น การรู้เรื่องล่วงหน้า สิ่งที่เคยกระทบมาก่อน ความเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวล จากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีผลต่อระดับความวิตกกังวล ดังนี้

เพศ ผู้ป่วยเพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลมาจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ซึ่งเพศหญิงจะมีอารมณ์หงุดหงิดวิตกกังวลเมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลงมาก ส่วนเพศชายจะมีฮอร์โมนแอนโดรเจนซึ่งมีผลทำให้เพศชายมีลักษณะแข็งแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีการแสดงออกได้มากกว่า ทำให้เพศชายมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าเพศหญิง (Grabow & Buse, 1990 อ้างในสุรศักดิ์ พุฒิวนิชย์, 2545)

อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุ 21-40 ปี มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61-80 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าย่อมผ่านประสบการณ์ชีวิตในรูปแบบต่างๆมาน้อย เมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง โอกาสที่จะเกิดความวิตกกังวลย่อมมากกว่า

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการใช้สติปัญญา และมีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Leske, 1993 อ้างในสุรศักดิ์ พุฒิวนิชย์, 2545)

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ได้แก่

ระยะเวลาของการมีทวารเทียม สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ระยะเวลาของการมีทวารเทียมทางหน้าท้องมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องต้องการเวลาในการปรับตัว เพื่อที่จะยอมรับ

สภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ต้องมีมีทวารเทียมทางหน้าท้อง พยายามที่จะเรียนรู้ปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ramer (1989; อ้างในจรินทร์ สมภู, 2539) ที่ศึกษาความเปลี่ยนแปลงในความไว้วางใจ ความมีอิสรภาพของตนเองและความ ไม่สุขสบายทางจิตสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม โดยเปรียบเทียบความ แตกต่างของการปรับตัวด้านการตัดสินใจอย่างเหมาะสม ระยะเวลาในการให้ความเชื่อถือ ไว้วางใจ ตามกรอบแนวคิดของอีริคสัน ในประสบการณ์หลังผ่าตัดทวารเทียม พบว่า ใน ระยะเวลา 4 และ 12 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ความเชื่อถือไว้วางใจ และการตัดสินใจที่เหมาะสม เกี่ยวกับประโยชน์ที่ควรจะได้รับมีเพิ่มขึ้นตามลำดับ และการศึกษาของ Wade (1990) ที่ ทำการศึกษาการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมหลังการผ่าตัด 10 สัปดาห์ และหลัง การผ่าตัด 1 ปี พบว่า ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมหน้าท้อง หลังการผ่าตัด 10 สัปดาห์ มีความ วิตกกังวล ร้อยละ 25 และในผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 ปี มีความวิตกกังวล ร้อยละ 9

ชนิดของทวารเทียม เนื่องจากระยะเวลาของการมีทวารเทียมมีผลต่อระดับความวิตก กังวลของผู้ป่วยดังกล่าวมาข้างต้น ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวรจึงมีความวิตกกังวล มากกว่าผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดชั่วคราวเพราะผู้ป่วยจะต้องขับถ่ายอุจจาระออกทางหน้าท้องไป ตลอดชีวิต (นพพร ชิตมน, 2549)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยควบคุมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความ คล้ายคลึงกันในเรื่อง ระดับคะแนนของความวิตกกังวล ชนิดของทวารเทียม และระยะเวลาของ การมีทวารเทียม โดยตัดเรื่องเพศและอายุออกเนื่องจาก จากการศึกษาของเนลสัน (Nelson, 1979 อ้างในเพ็ญพล ธรรมเจริญ, 2536) พบว่า อายุและเพศไม่เป็นอุปสรรคในการทำกลุ่ม คน กลุ่มอายุต่างๆ มีความสามารถในการเรียนรู้เท่าเทียมกันและการจัดให้มีทั้งสองเพศละกัน จะทำ ให้สภาพของกลุ่มมีความคล้ายคลึงกับสภาพสังคมภายนอก

3.7 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger & Sydeman (1994) แบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ลักษณะ คือ

3.7.1 ความวิตกกังวลตามสถานการณ์ หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety or A-State) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีความซับซ้อนที่เกิดขึ้นกับบุคคล โดยมีการ ประเมิน หรือตีความสถานการณ์ในขณะนั้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม ทำให้เกิดความตึงเครียด และกลัว ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิด ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์นี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะคุกคามที่บุคคลนั้นรับรู้ และการ ตีความว่าสถานการณ์ที่เป็นอันตรายนั้นยังคงอยู่ บุคคลจะมี A-State อยู่ในระดับต่ำเมื่อเผชิญกับ

เหตุการณ์ที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียด หรืออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตราย แต่ไม่รับรู้ว่ายอยู่ในภาวะคุกคาม

3.7.2 ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะประจำตัวของบุคคล หรือความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไปที่ประเมินว่าเป็นอันตราย หรือถูกคุกคาม เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลจะมากหรือน้อยแตกต่างกันไป ผู้ที่มี A-Trait ในระดับสูงอาจรับรู้ว่าย สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอันตรายและกำลังคุกคามตนเองมากกว่าผู้ที่มี A-Trait ต่ำโดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือทำให้รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) และผู้ที่มี A-Trait ในระดับสูงนั้นมีแนวโน้มว่า A-State อยู่ในระดับสูงมากด้วย

3.8 ผลของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้ (ซอลดา พันธุเสนา, 2536: 59-60)

3.8.1 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

3.8.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีรวิทยา เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นที่ตัวรับสิ่งเร้า แรงกระตุ้นเคลื่อนเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมอง และไขสันหลัง แรงกระตุ้นนี้จะผ่านศูนย์กลางของสมองส่วนล่าง คือ ทาลามัส (thalamus) และผ่านเข้าสู่ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์ไปยังสมองส่วนบน คือ ซีรีบรัม (cerebrum) ซึ่งทำหน้าที่รับรู้สิ่งเร้า และกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) และไฮโปทาลามัส ทำให้เกิดผล คือ

1) ต่อมพิทูอิทารีหลั่งฮอร์โมนแอดดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (adrenocorticotrophic hormone) ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนใน (adrenal cortex) หลั่งฮอร์โมนคอร์ติคอล (cortical hormone) มีผลทำให้ร่างกายต้านทานต่อความวิตกกังวลได้ดีขึ้น

2) ไฮโปทาลามัส ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ จะส่งแรงกระตุ้นต่อไปยังแอดดรีนัลเมดัลลา (adrenal medulla) ของต่อมหมวกไตให้หลั่งสารอิพิเนฟริน (epinephrine) ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายมีการตอบสนองในการที่จะต่อสู้หรือถอยหนี ในขณะที่แรงกระตุ้นถูกส่งไปยังสมองส่วนบน สมองส่วนนี้จะทำหน้าที่คิด การคิดทำโดยแยกแยะข้อมูลที่ได้ออก แล้วเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในอดีตที่เก็บไว้ในฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ถ้าเห็นว่าเป็นอันตรายก็จะกระตุ้นระบบเรติคูลาร์ แอคติเวติง (reticular activating system) เพื่อให้เกิดความสมดุล ในขณะที่สมองส่วนบนมีการทำงานมาก ระบบนี้ก็จะ

ถูกกดไว้ เพื่อที่จะลดไม่ให้ส่งข้อมูลเข้าสู่สมองมากเกินไป แต่ถ้าระบบนี้ทำงานไม่ได้เต็มที่ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม การส่งข้อมูลเข้าสู่สมองจะเพิ่มขึ้น สมองส่วนบนจะทำหน้าที่มากขึ้นโดยไม่หยุดยั้งจนในที่สุดผลที่ออกมาจะเป็นอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรง

3.8.1.2 การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในร่างกาย ดังนี้

1) ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า จะหลั่งฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติโคโทรปิลไปกระตุ้นแอดรีโนลคอร์เทคให้หลั่งแอดรีโนคอร์ติคอยด์ 3 ชนิด คือ

1.1) มินเนอราโลคอร์ติคอยด์ (mineralocorticoid) เพื่อควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ เช่น โซเดียม โพแทสเซียมและแคลเซียม

1.2) กลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoids) มีผลต่อการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมันและน้ำตาล ทำให้อัตราการเผาผลาญของร่างกายมีมากขึ้น

1.3) แอนโดรเจน (androgen) มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อและเสริมสร้างลักษณะเพศชาย ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้

2) ต่อมพิทูอิทารีส่วนหลัง จะหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (antidiuretic hormone) เพื่อควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ

3) ไฮโปทาลามัส จะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nerve) ไปยังแอดรีโนลเมดัลลา ให้หลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamines) ประกอบด้วยอิพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) เข้าสู่กระแสโลหิตและไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย

3.8.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ความวิตกกังวลมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำงานโดยอิสระ ไม่อยู่ใต้อำนาจของจิตใจ ประกอบด้วยระบบซิมพาเทติก และพาราซิมพาเทติก ทั้ง 2 ระบบนี้ทำงานตรงข้ามกัน ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอยู่ในสภาพสมดุล ถึงแม้ว่าทั้ง 2 ระบบนี้จะเกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์ ระบบซิมพาเทติกจะมีบทบาทมากกว่า เมื่อความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง แต่ถ้ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงหรือรุนแรงแล้ว ระบบพาราซิมพาเทติกจะมีบทบาทมากกว่า

3.8.2 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

ผู้ที่มีความวิตกกังวลจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้มีอาการ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2549) หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย โกรธง่าย รู้สึกตนเองไม่มีค่า ไม่มีความสำคัญ เศร้า เสียใจง่าย ร้องไห้บ่อย สงสัยบ่อย ซักถามมากขึ้น พักผ่อนได้น้อย

หวาดหวั่น แยกตัว ขาดความสนใจ ขาดความคิดริเริ่ม ร้องไห้ง่าย แม้เรื่องเพียงเล็กน้อย เรียกกริ่ง ฟังพาผู้อื่น ต่ำหนิติเตียนผู้อื่น วิเคราะห์ตัวเองและผู้อื่น มีความโน้มเอียงที่จะทำร้ายตนเอง ผันร้าย ไร้อารมณ์ สัมพันธภาพกับผู้อื่นเปลี่ยนแปลงไป ฯลฯ

3.9 การประเมินระดับความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะมีปฏิกิริยาตอบสนองแสดงออกมาให้เห็นทั้งในรูปของการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งมีการประเมินความวิตกกังวลได้ 3 วิธี คือ (Nathan, 1980 อ้างในชอลดา พันธุเสนา, 2536: 67)

3.9.1 การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เนื่องจากการหลั่งของอิพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) เช่น มีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มความดันโลหิตซิสโตลิก เพิ่มอัตราการหายใจ มีการขยายของรูม่านตา มีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจถี่ คลื่นไส้ มีเหงื่อออกมาก กล้ามเนื้อเกร็งปวดเมื่อย ฯลฯ

3.9.2 การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก การสังเกตนี้จะสังเกตถึงความแปรเปลี่ยนในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันในการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ หรือซับซ้อน เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายในใจ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น มีอาการกระสับกระส่าย ลุกลุกลงมือสั่น ถอนหายใจ พุดรัวเร็ว หรือร้องไห้ เป็นต้น

3.9.3 การวัดโดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นการประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบตามความรู้สึกของตน แล้วจึงนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล

แบบวัดความวิตกกังวลที่นิยมใช้กันมาก คือ The State – Trait Anxiety Inventory (STAI) ของ Spielberger และคณะ สามารถใช้วัดได้ทั้ง ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวลแบบสเตรท (State Anxiety : From X – I) ใช้วัดความวิตกกังวลในสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามจากความเครียดต่างๆ และใช้วัดนิสัยวิตกกังวลที่มีอยู่ประจำในบุคคลนั้น ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait Anxiety : From X – II) (นพพร เชาวะเจริญ, 2540) การที่จะเลือกใช้วิธีใดในการประเมินความวิตกกังวลนั้น ควรพิจารณาว่าวิธีใดง่ายต่อการประเมินและมีประสิทธิภาพดีที่สุด ซึ่ง Graham และ Conley (1971 อ้างในนพพร เชาวะเจริญ, 2540) ให้ข้อเสนอแนะว่า การประเมินความวิตกกังวลที่น่าจะได้ผลดี

ที่สุด คือ การสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมตอบสนองภายในนั่นเอง เพราะสามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับความวิตกกังวลที่เราไม่อาจสังเกตได้เป็นอย่างดี

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ The State – Trait Anxiety Inventory Form Y-I (STAI Form Y-I) ของ Spielberger เป็นแบบประเมิน เนื่องจากแบบวัดความวิตกกังวลนี้ได้รับความนิยมเป็นที่แพร่หลาย สามารถแยกประเมินได้ทั้งความวิตกกังวลตามสถานการณ์และความวิตกกังวลแฝง ค่าความตรงและค่าความเที่ยงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับ และไม่มีปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม

4. การบำบัดทางการพยาบาลในการลดความวิตกกังวล

4.1 การรักษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง

แนวทางในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะวิตกกังวลมี 4 วิธี คือ (สมภพ เรืองตระกูล, 2551)

4.1.1 ให้การศึกษาทางด้านจิตใจ วิธีนี้มีประโยชน์มากในผู้ป่วยที่ไม่ค่อยมีความเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์ เกี่ยวกับการพยากรณ์โรค วิธีปฏิบัติและการรักษา การให้ข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นเรื่องธรรมดาและลดความวิตกกังวลลง การบอกข้อมูลให้ครอบครัวทราบ จะช่วยให้มีการจัดการอย่างได้ผล ซึ่งจะเสริมความรู้สึกดีกับตัวผู้ป่วยด้วย

4.1.2 พฤติกรรมบำบัด เทคนิคของพฤติกรรมบำบัดคือ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีขึ้น เช่น เพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัญหา เทคนิคอย่างอื่น ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การจินตนาการถึงภาพที่มีความสุขและการทำสมาธิ

4.1.3 การแก้ไขการรู้การเข้าใจและพฤติกรรม แนวคิดของการรักษาวิธีนี้คือ ความรู้สึกไม่สบายใจเกิดขึ้นหรือมีอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากรูปแบบความเชื่อและความคิดผิดปกติ แพทย์จะแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทราบถึงความคิดที่ผิดปกติและให้พิจารณาใหม่อย่างมีเหตุผล แล้วให้ปฏิบัติตามแนวคิดและพฤติกรรมที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสถานการณ์ได้

4.1.4 กลุ่มบำบัด การรักษาด้วยวิธีกลุ่มบำบัดช่วยลดความทุกข์ใจในผู้ป่วยมะเร็งได้เป็นอย่างดี จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารักษาด้วยวิธีกลุ่มบำบัดเป็นเวลา 1 ปี มีความตึงเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เทคนิคที่ใช้ในการรักษาประกอบด้วย การสนับสนุนให้กำลังใจระหว่างสมาชิก ให้การศึกษาเกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สอนวิธีการจัดการกับความเครียดและฝึกสอนทางด้านพฤติกรรม

4.2 เทคนิคในการลดความวิตกกังวล

เทคนิคในการลดความวิตกกังวลที่พยาบาลเป็นผู้เลือกวิธีการลดความวิตกกังวลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย มีดังนี้ (Shives & Isaacs, 2002)

4.2.1 การสร้างจินตนาการวิธีนี้จะช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผลมาจากการที่ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งและมีความปวดการที่ผู้ป่วยมีการสร้างจินตนาการจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด ทำให้เกิดความผ่อนคลายส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้

4.2.2 การเปลี่ยนสถานที่หรือสิ่งแวดล้อม สามารถทำได้โดย การเดินบนพื้นไม้หรือพื้นทรายในระยะทางไกล การฟังดนตรี การพาสัตว์เลี้ยงไปเดินเล่น การหางานอดิเรกทำ ถือเป็นการเปลี่ยนสถานที่ที่เปลี่ยนบรรยากาศของสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล ถือเป็นการลดความวิตกกังวลโดยการที่พาตัวเองออกมาจากสิ่งกระตุ้นนั้น

4.2.3 การออกกำลังกายหรือการนวด การออกกำลังกายจะช่วยในการลดความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลที่มี ส่วนการนวดจะช่วยให้กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย ถือเป็นการส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายความเครียดส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง

4.2.4 การฝึกสมาธิ เป็นเทคนิคของการผ่อนคลายซึ่งมี 4 องค์ประกอบ คือ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เงียบ การทำจิตใจให้สงบ การอยู่ในท่าที่สบาย และการมีจิตใจจดจ่ออยู่ที่สิ่งของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

4.2.5 การควบคุมการทำงานของกายและจิตของตนเอง เป็นการติดตามกระบวนการทำงานทางสรีรวิทยาของร่างกาย โดยการสังเกตดูและจากการฟัง เทคนิคนี้ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการปวดศีรษะในโรคไมเกรน ลดความดันโลหิต และลดความปวด ซึ่งส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง

4.2.6 ลดปฏิกิริยาการตอบสนองจากระบบ เป็นการกำหนดสิ่งง่ายๆ เป็นเทคนิคที่ให้ผู้คนได้เผชิญกับสิ่งที่ทำให้เกิดความกลัว ถือเป็นระบบที่ทำให้ลดความกลัวลงได้

4.2.7 การบริหารร่างกายด้วยการผ่อนคลาย เป็นวิธีการที่หลากหลายสามารถช่วยในการฝึกการผ่อนคลาย ขั้นตอนในการฝึกการผ่อนคลายประกอบด้วย การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ลดความตึงของกล้ามเนื้อโดยเริ่มจากศีรษะไปจนถึงเท้า เป็นกระบวนการเริ่มต้นก่อนที่จะทำการออกกำลังกาย

4.2.8 การบำบัดด้วยการสัมผัส เป็นการสร้างพลังงานในร่างกายให้มีความสมดุล และการมีพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดช่วยให้ผู้ที่มีความวิตกกังวลเกิดความมั่นคงและปลอดภัย

4.2.9 การสะกดจิต เป็นพฤติกรรมบำบัดอย่างหนึ่งที่ทำให้มีการผ่อนคลายมากขึ้นหรือมีการสร้างจินตนาการ การสอนให้บุคคลสะกดจิตตนเองจะทำให้ลดความวิตกกังวลได้

4.2.10 การระบายความรู้สึกภายในใจออกมา เป็นเทคนิคที่ให้ผู้ป่วยสร้างจินตนาการ หรือพบกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัว แล้วทำการบำบัดเป็นขั้นตอนตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้พบกับสถานการณ์นั้นอีก ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์นั้นน้อยลง

5. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

5.1 ความหมายของการให้ข้อมูล

จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 กล่าวว่า “ข้อมูล” หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักอนุมานหาความจริงหรือการคำนวณ

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือของบุคคลที่พบได้บ่อยที่สุด เพื่อให้รับรู้ในสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า ช่วยเพิ่มความรู้สึกความสามารถควบคุมตนเองและช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้น เป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้

ดังนั้นสรุปได้ว่า การให้ข้อมูลทางการแพทย์ หมายถึง การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรค การรักษา การผ่าตัด และสภาพที่ผู้ป่วยต้องประสบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

5.2 ลักษณะของข้อมูล

ข้อมูลมีลักษณะต่างๆ กัน ดังนี้ (Amstrong, 1977; Padilla et al.,1981 อ้างถึงใน จวีรัตน์ นวมะชิต, 2547)

1) ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำเป็นขั้นตอนหรือข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ(Procedural information) เป็นการอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นหรือต้องประสบ

ช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ (cognitive control) ส่งผลให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม นิยมใช้ในการให้ข้อมูลในการทำเหตุการณ์ต่าง ๆ

2) ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมว่าผู้ป่วยควรปฏิบัติตนอย่างไรในขณะเผชิญเหตุการณ์ที่มาคุกคาม (Behavioral instruction) เพื่อเพิ่มความสุขสบายและลดภาวะเครียดได้ซึ่งช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (behavioral control) อย่างเหมาะสม

3) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเลือกในการตัดสินใจ หรือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญความเครียด (Coping skills instruction) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น ช่วยให้สามารถควบคุมการตัดสินใจได้ (decisional control) ช่วยให้สามารถควบคุมสภาพจิตได้

4) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาทสัมผัส (Sensory information) คือ การรับรู้สัมผัส กลิ่น เสียง และมองเห็นภาพเกี่ยวกับขั้นตอนของการกระทำ จะช่วยให้สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองได้ (Response control) ซึ่ง Mchugh, Christman & Johnson (1982) เสนอหลักการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกไว้ว่า บอกความรู้สึกที่อาจจะประสบขณะได้รับการตรวจรักษา แต่ไม่ควรบอกว่าจะได้พบสิ่งที่น่ากลัว หรือบอกถึงความรู้สึกเฉพาะในส่วนประสบการณ์ที่จะได้รับเท่านั้นและบอกสาเหตุที่ทำให้ต้องประสบกับความรู้สึกนั้น ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยแปลความหมายของข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

5.3 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

ในการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีการสอน 2 วิธี ดังนี้ (Katz, 1997)

1) การสอนเป็นรายบุคคล เป็นการสอนแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม เป็นการให้ข้อมูลโดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถสติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย

2) การสอนเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับข้อมูลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่มโดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติตัวได้

สำหรับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ที่รับการรับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี พยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยมีแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับ

การรักษาจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ให้มัลักษณะเหมือนกันทั้งสองแห่ง แตกต่างกันเล็กน้อยในส่วนของคุณข้อมูลที่ได้รับในแต่ละวัน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำการให้ข้อมูลแบบกลุ่มมาใช้ในการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม ซึ่งพบว่ามีผลแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่ม มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับข้อมูล ทำให้เกิดการเรียนรู้และทำให้การให้ข้อมูลมีประสิทธิภาพ

5.4 ข้อคำนึงถึงในการให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ได้มีผู้เสนอแนวทางและข้อคำนึงในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ดังนี้ (Manley, 1988; Stanik, 1990 อ้างถึงใน สุธาทพ เกษตรลักษณ์, 2548)

- 1) ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูล และสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้รับข้อมูล
- 2) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำสุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด
- 3) ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้นแต่มีความหมายชัดเจน ไม่ควรใช้คำศัพท์ทางการแพทย์เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้ และควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น
- 4) มีขั้นตอนของการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก
- 5) จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงสิ่งกีดขวางขณะให้ข้อมูล

ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย การให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด สภาพที่ผู้ป่วยจะต้องประสบ และวิธีปฏิบัติตัวในระยะก่อนและหลังผ่าตัด พยาบาลจะต้องให้ความกระจ่างและอธิบายเพิ่มเติม แม้ว่าแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเหตุผล และผลของการผ่าตัดไปแล้วก็ตาม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้นหรือช่วยแก้ไขความรู้อันไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยอาจทราบมาจากญาติ เพื่อน หรือทางสื่อต่างๆ (กันยา ออประเสริฐ, 2545)

6. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

6.1 ความหมายของกระบวนการกลุ่ม

คำว่า “ กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ” มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้ ดังนี้

สมพักตร์ ยัญญะสิทธิ์ (2529) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่ม หมายถึง ปฏิกริยาที่ตอบโต้กันอย่างเสรีที่สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มช่วยกระตุ้นซึ่งกันและกัน เพื่อใช้ความรู้ความสามารถพิเศษที่มีอยู่ในตัวของบุคคลแต่ละคนเพื่อประโยชน์ และความสำเร็จของกลุ่มโดยมีหัวหน้าเป็นผู้คอยแนะทางให้ ปฏิกริยาโต้ตอบกันในกลุ่มนั้น บรรลุถึงจุดประสงค์ของแต่ละบุคคลของกลุ่ม สำหรับกลุ่มที่ช่วยกันแก้ปัญหากลุ่มสมาชิกในกลุ่มจะใช้ความรู้ความสามารถของตนในการเลือกจุดมุ่งหมายของกลุ่ม

กาญจนา ไชยพันธุ์ (2549) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่ม คือ การที่บุคคลมารวมตัวกันเพื่อศึกษาประสบการณ์ของกลุ่มหลายๆ ฝ่าย ศึกษาพฤติกรรมความเป็นผู้นำผู้ตาม ความคิดฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และมีการศึกษาจากประสบการณ์ โดยผู้ศึกษาจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในประสบการณ์การเรียนรู้ที่จัดขึ้น

Marram (1978) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่ม คือ กลุ่มมีกระแสความเคลื่อนไหวตลอดการทำงานเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกจะมุ่งเน้นประเด็นปัญหาของกลุ่มมากกว่าปัญหาของแต่ละคน และให้สมาชิกร่วมกันแก้ไขปัญหากลุ่ม

จากความหมายที่กล่าวมาสรุปได้ว่า กระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการที่บุคคลมารวมตัวกันในการดำเนินกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมีการวางเป้าหมายของกลุ่มร่วมกันและช่วยเหลือกันในการดำเนินกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ สมาชิกทุกคนที่เข้าร่วมกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง และมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม

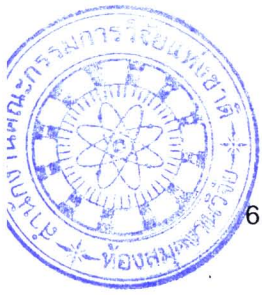
6.2 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่ม

ธรรมชาติที่แสดงถึงลักษณะกลุ่มโดยทั่วไป จะต้องประกอบด้วยลักษณะพื้นฐานอย่างน้อยดังต่อไปนี้ (อุทัย บุญประเสริฐ, 2529)

6.2.1 กลุ่มจะต้องมีอย่างน้อย 2 คนมารวมกัน

6.2.2 กลุ่มจะต้องมีการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันหรือมีปฏิสัมพันธ์กัน

6.2.3 กลุ่มจะต้องมีสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ทำให้คนที่เข้ามาร่วมกลุ่มเกิดความพึงพอใจหรือเกิดแรงจูงใจ ทำให้มารวมกลุ่มกันขึ้น



6.3 ลักษณะทั่วไปของกลุ่ม (อุทัย บุญประเสริฐ, 2529)

นอกจากลักษณะพื้นฐานดังกล่าวแล้วยังมีลักษณะทั่วไปของกลุ่มอีก ได้แก่

6.3.1 มีการติดต่อสัมพันธ์หรือมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ถ้าเป็นกลุ่มขนาดใหญ่ จะมีปฏิสัมพันธ์ผ่านข่ายงาน (Network)

6.3.2 มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน (Shared goals)

6.3.3 มีระบบพฤติกรรม (A behavior system) เฉพาะของกลุ่มซึ่งสมาชิกต้องปฏิบัติตาม

6.3.4 มีปทัศฐานของกลุ่ม (Group norms) เป็นเครื่องมือควบคุมกำกับทางสังคมของกลุ่ม หรือรับรองความเป็นสมาชิกของกลุ่ม (Belongingness)

6.3.5 มีบทบาทในความสัมพันธ์ที่สม่ำเสมอแน่นอน (Stable role relationships)

‘ 6.3.6 มักจะมีกลุ่มย่อยภายในเป็นข่ายของการพันต่อกัน (Network of attraction)

6.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม (Group Process Theories)

สำหรับกระบวนการกลุ่มนั้นมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอยู่หลายทฤษฎี ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆ ดังต่อไปนี้ (ทศนา แหมมณี, 2522)

6.4.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพของกลุ่ม (Group Syntality Theory) ของแคทเทล (Cattell) ทฤษฎีนี้อาศัยหลักการจากทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement Theory) คือ กฎแห่งผล (Law of effect) เพื่ออธิบายพฤติกรรมของกลุ่ม แนวคิดในทฤษฎีนี้ประกอบด้วย

6.4.1.1 ลักษณะของกลุ่มจะประกอบด้วย

1) กลุ่มแต่ละกลุ่มจะประกอบด้วยสมาชิกซึ่งมีบุคลิกภาพเฉพาะตัว (Population Traits) ได้แก่ สถิติปัญญา ทักษะสติ บุคลิกภาพ เป็นต้น

2) กลุ่มแต่ละกลุ่มจะมีบุคลิกเฉพาะกลุ่ม (Syntality Traits หรือ Personality Traits) หรือความสามารถที่กลุ่มได้รับจากสมาชิก ซึ่งจะทำให้แต่ละกลุ่มมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป บุคลิกภาพของกลุ่มได้แก่ ความสามารถของกลุ่มที่มีอยู่ การกระทำของสมาชิกร่วมกัน การตัดสินใจ รวมทั้งพฤติกรรมหรือการแสดงออกของสมาชิก เป็นต้น

3) กลุ่มแต่ละกลุ่มจะมีลักษณะโครงสร้างภายในโดยเฉพาะ (Characteristic of Internal Structure) ซึ่งหมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก และแบบแผนหรือลักษณะในการรวมกลุ่ม เช่น มีการแสดงบทบาท ตำแหน่งหน้าที่ มีการสื่อสารระหว่างสมาชิก เป็นต้น

6.4.1.2 พลัทธิหรือการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของกลุ่ม (Dynamics of Syntality) หมายถึงการแสดงกิจกรรมหรือความร่วมมือของสมาชิกในกลุ่มเพื่อจุดมุ่งหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง การกระทำของสมาชิกจะมีลักษณะ 2 ประการ คือ

1) ลักษณะที่ทำให้กลุ่มรวมกันได้ (Maintenance Synergy) หมายถึง ลักษณะของความร่วมมือในการกระทำกิจกรรมของสมาชิกแต่ละกลุ่ม เพื่อให้ความสัมพันธ์ของสมาชิกเป็นไปอย่างราบรื่น และก่อให้เกิดความสามัคคี ความร่วมแรงร่วมใจกัน (Cohesion) ซึ่งจะทำให้การรวมกลุ่มโดยไม่มีการแตกแยก หรือการถอนตัวออกจากกลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น

2) ลักษณะที่ทำให้กลุ่มประสบผลสำเร็จ (Effective Synergy) หมายถึง กิจกรรมที่สมาชิกกระทำเพื่อให้กลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

6.4.2 ทฤษฎีสัมฤทธิ์ผลของกลุ่ม (A Theory of Group Achievement) สโตกคิลล์ (Stogdill)

6.5 การดำเนินงานของกลุ่ม

การจัดทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพซึ่งจะช่วยให้การจัดทำกลุ่มประสบความสำเร็จ โดยผู้นำกลุ่มจะต้องมีการปฏิบัติ ดังนี้ (Marram, 1978)

6.5.1 กำหนดวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และอธิบายให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเข้าใจถึงเป้าหมายของการทำกลุ่ม เพราะถ้าผู้เข้าร่วมกลุ่มไม่เข้าใจวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการทำกลุ่ม จะทำให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น

6.5.2 สร้างแบบแผนในการดำเนินการกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มประสบความสำเร็จ และช่วยให้ผู้ที่เข้าร่วมกลุ่มมีความกระตือรือร้น มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกลุ่ม โดยการวางแผนองค์ประกอบของการทำกลุ่มโดยทั่วไป ได้แก่ จำนวนสมาชิกที่จะเข้าร่วมกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่ในการจัดทำกลุ่ม เป็นต้น

6.5.3 การกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้แสดงออกทั้งทางความคิด และความรู้สึก ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้ที่กระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งเป็นการช่วยให้สมาชิกได้รับทราบปัญหาของผู้อื่น มีความเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกมีเพื่อนที่เข้าใจปัญหาของกันและกัน ช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างให้สมาชิกมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ซึ่งผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้ที่ทำให้สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

6.5.4 กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนปัญหาที่พบเหมือนกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมี

ความหมายหากสมาชิกได้รับความสนใจจากสมาชิกในกลุ่ม หรือสิ่งที่พูดเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน เพราะจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของกลุ่มและได้รับการช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

6.5.5 วางแผนการทำกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุถึงเป้าหมายในการทำกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มต้องรู้ว่าอะไรที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินการกลุ่ม และจะต้องเป็นผู้ที่พิจารณาหาวิธีในการแก้ไขปัญห อุปสรรคที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่ม

6.6 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมกลุ่ม

ในการจัดตั้งกลุ่มนั้น แต่ละกลุ่มมีวัตถุประสงค์เฉพาะซึ่งสามารถประมวลถึงวัตถุประสงค์การตั้งกลุ่มไว้ได้ ดังนี้ (เกสรี เลิศประไพ, 2539)

6.6.1 ลดระดับอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ ที่ก่อกรวนชีวิตความเป็นอยู่ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด

6.6.2 ให้กำลังใจกันเพื่อให้สมาชิกยอมรับความจริง กล้าเผชิญหน้ากับอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้น กลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่า มิใช่มีแต่เพียงคนเดียวเท่านั้นที่มีปัญหา คนอื่นๆ ก็มีปัญหาเหมือนกัน หรืออาจมากกว่า

6.6.3 ช่วยให้ผู้สมาชิกปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมได้ เช่น ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวได้กับการถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง

6.6.4 สร้างความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองในสังคม ด้วยการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของสมาชิกกลุ่ม เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นโดยมิใช่เป็นเพียงผู้รับฝ่ายเดียว

6.6.5 ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกระตุ้นหรือจูงใจให้สมาชิกสะกดกลั้นหรือระงับยับยั้งอารมณ์ ความต้องการที่เกินพอดี หรือไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา กลุ่มลดความอ้วน

6.7 บทบาทของผู้นำกลุ่ม

บทบาทที่ผู้นำกลุ่มควรกระทำเพื่อให้กลุ่มสามารถทำงานให้ประสบผลสำเร็จด้วยดี มี 4 ประการ คือ (ทศนา แคมมณี, 2522)

6.7.1 การริเริ่มการทำงานของกลุ่ม (Initiating) คือ บทบาทในการริเริ่มการดำเนินงานของกลุ่ม และช่วยให้กลุ่มทำงานไปได้โดยเสนอแนวทางในการคิด และการทำงานให้แก่กลุ่ม เสนอวิธีการทำงานและกระตุ้นให้กลุ่มอภิปราย และแถลงความต้องการของกลุ่ม เพื่อหาแนวทางในการทำงาน เป็นต้น



6.7.2 การวางระเบียบการทำงาน (Regulating) คือ บทบาทในการแนะแนวทางและกระตุ้นการทำงานของกลุ่ม เช่น การตั้งเป้าหมายในการทำงาน วางขั้นตอนในการทำงาน กำหนดระยะเวลาในการทำงาน การสรุปรวบรวมข้อมูล เป็นต้น

6.7.3 การเสนอข้อมูล (Informing) คือ บทบาทในการเสนอข้อมูลและความคิดใหม่ๆ ให้แก่กลุ่ม เช่นเดียวกับสมาชิกอื่นๆ

6.7.4 การสนับสนุนบรรยากาศในการทำงาน (Supporting) คือ บทบาทการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน และช่วยให้ทุกคนอยากทำงาน เช่น การกระตุ้นให้ทุกคนอยากทำงาน การประนีประนอม การลดความตึงเครียดในการทำงาน การควบคุมสถานการณ์ในกลุ่ม เป็นต้น

6.7.5 การประเมินผล (Evaluating) คือ บทบาทที่ช่วยให้กลุ่มประเมินการทำงาน คือ ประเมินการตัดสินใจ จุดมุ่งหมาย และวิธีการของกลุ่มเพื่อช่วยให้ได้ข้อสรุปที่ถูกต้องแน่นอน

ในบทบาททั้ง 5 นี้ บทบาทแรกจะมีความจำเป็นมากในระยะแรกของการทำงาน บทบาทในการเสนอข้อมูล และการวางระเบียบการทำงาน จะมีความจำเป็นมากในระยะที่จะหาข้อสรุปของกลุ่ม ส่วนการสร้างบรรยากาศในการทำงาน และการประเมินผลนั้น จะมีความจำเป็นอยู่ทุกระยะ

6.8 บทบาทของพยาบาลในกระบวนการกลุ่ม

ตามแนวคิดของมาแรม (Marram, 1973: 42-43) พยาบาลควรแสดงบทบาทหน้าที่สำคัญอย่างน้อย 2 บทบาท คือ

6.8.1 เป็นผู้ยืนยันรับรองความสำเร็จของกลุ่มว่าเกิดขึ้น เนื่องจากสมาชิกและกลุ่มเท่านั้น

6.8.2 เป็นผู้แสวงหาความรู้ หรือแหล่งความรู้ให้แก่กลุ่ม

จากแนวคิดดังกล่าว สอดคล้องกับสิ่งที่ได้ศึกษาจากตำราและบทความต่างๆ พบว่า บทบาทพยาบาลในกระบวนการกลุ่มมี ดังนี้ (เกสรี เลิศประไพ, 2539; ดรุณี ชุณหะวัณ, 2539; ไพรัชทิพย์ กสิพันธ์, 2541; Buffum M. & Madrid E., 2003; อุบลรัตน์ ด้อยมาเมือง, 2548)

1) เป็นผู้ตรวจสอบ ยืนยันและแก้ไขข้อมูล เพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง

2) คัดเลือกสมาชิก ติดต่oprะสานงานกับทีมสุขภาพในรายที่ต้องได้รับการส่งต่อการรักษา

3) เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดสถานที่ประชุม จัดหาวิทยากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เป็นที่ปรึกษาวิชาการทางกลุ่ม

4) เป็นผู้ประสานงานภายในกลุ่ม สร้างความสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ส่งเสริมบรรยากาศเป็นมิตร และบรรยากาศของการมีส่วนร่วม

5) ไม่เป็นผู้ตัดสินใจให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือกลุ่ม

6) เป็นผู้กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมประชุม

7) เป็นสมาชิกของกลุ่ม ถ้าพยาบาลเคยมีประสบการณ์เช่นเดียวกันมาก่อน

8) เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก และเตรียมตัวสมาชิกที่จะเป็นผู้นำต่อไป

9) ติดตามประเมินผลการปรับตัวของสมาชิก

6.9 บทบาทของสมาชิกกลุ่ม (เกสรี เลิศประไพ, 2539)

6.9.1 เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ

6.9.2 เป็นแบบอย่างของสมาชิกคนอื่นๆ

6.9.3 ตัดสินเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง

6.10 โครงสร้างของกลุ่ม

6.10.1 ขนาดของกลุ่ม มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิกในการทำงานของกลุ่มขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมคือ 7 คน (Yalom, 1975, 1995 อ้างในสุทธิณี พัควิสัย, 2546) แต่นักวิชาการบางท่านแนะนำว่าขนาดของกลุ่มย่อยที่มีความเหมาะสมควรประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มประมาณ 2-15 คน (Samson & Marthas, 1990 อ้างใน วิมลพรรณ นิธิพงศ์, 2535) สมาชิกกลุ่มควรมีจำนวน 7-10 คน เพื่อให้สมาชิกทุกคนจะได้มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างเหมาะสม ถ้าจำนวนสมาชิกมีมากเกินไปจะทำให้มีเวลาไม่พอที่จะให้สมาชิกทุกคนได้ระบายความรู้สึก (LaSalle & LaSalle, 2001)

6.10.2 เวลา ระยะเวลาที่ใช้ทำกลุ่มควรเป็นระยะเวลาที่ว่าง ควรกำหนดเวลาที่แน่นอนของการทำกลุ่ม ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ควรใช้ครั้งละประมาณ 1-1½ ชั่วโมง ความถี่ของการจัดกลุ่มอาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพร้อมของกลุ่ม (Marram, 1973) และในกลุ่มที่มีหน้าที่และกิจกรรมในกลุ่มน้อย ควรใช้เวลา 20-40 นาที ส่วนกลุ่มที่มีหน้าที่และกิจกรรมในกลุ่มมากควรใช้เวลาประมาณ 60-120 นาที (LaSalle P. L. & LaSalle A. J., 2001:674)

6.10.3 สถานที่ สถานที่ในการทำกลุ่ม ควรเป็นสัดส่วนหรือเป็นส่วนตัว (privacy) สถานที่ควรเป็นสถานที่เงียบสงบ ไม่มีเสียง กลิ่นรบกวน หรือสิ่งที่เป็นเบี่ยงเบนความสนใจและมีบรรยากาศที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ การจัดกิจกรรมกลุ่มควรจัดให้สมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มนั้นเป็นวงกลมซึ่งการนั่งเป็นวงกลมถือเป็นตำแหน่งการนั่งที่ดีที่สุด (Yalom, 1975; 1995 อ้างในสุทธิณี

พัควิลัย, 2546) ที่จะทำให้สมาชิกกลุ่มได้เห็นหน้าซึ่งกันและกันและมีการประสานสายตาในระหว่างการสนทนา ได้เห็นปฏิกริยา การแสดงออกทั้งที่ใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด

6.10.4 ลักษณะการรับสมาชิกกลุ่ม การจำแนกกลุ่มตามลักษณะการรับสมาชิกกลุ่มสามารถจำแนกได้ 2 ประเภท คือ (Marram, 1978)

1) กลุ่มปิด (closed group) คือกลุ่มที่ประกอบด้วย สมาชิกกลุ่มเดียวกัน ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม กลุ่มนี้จะเริ่มต้นด้วยสมาชิกจำนวนหนึ่งและพบกันไปเรื่อยๆ โดยไม่มีการเปิดรับสมาชิกเพิ่มในระหว่างการเข้าร่วมกลุ่มไม่ว่ากลุ่มจะมีบรรยากาศเป็นอย่างไร หรือมีสมาชิกที่น่าเบื่อหน่ายเช่นใดก็ตาม แต่ชนิดกลุ่มนี้จะมีข้อดีคือ กลุ่มจะมีการพัฒนาและก้าวสู่ช่วงเวลาที่มีการแก้ปัญหา ซึ่งความเคลื่อนไหวนี้จำเป็นต้องใช้เวลาและความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียว การมีสมาชิกเข้ามาใหม่อาจขัดขวางต่อการพัฒนากลุ่มได้

2) กลุ่มเปิด (open group) คือกลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไปแล้วและมีการเปิดรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่สมาชิกใหม่เป็นระยะๆ จนกระทั่งปิดกลุ่ม การเปิดรับสมาชิกใหม่จะกระทำได้ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มมีจำนวนน้อยเกินไป สมาชิกขาดหาย สมาชิกลาออก หรือบรรยากาศขบเซามีสมาชิกที่ไม่ค่อยพูด จำเป็นต้องรับสมาชิกที่พูดและเปิดเผยตนเอง เหล่านี้เป็นเหตุผลของการเปิดรับสมาชิกใหม่ได้ทั้งสิ้น ซึ่งการเปิดรับสมาชิกใหม่นี้จะส่งผลให้กลุ่มได้ประโยชน์ในการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มองโลกในแง่บวกต่างๆ ได้หลายมุมมองจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มแบบเปิดเพื่อให้มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

6.10.5 บทบาทของผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม ถ้าผู้นำกลุ่มมีความสามารถสูง โครงสร้างของการทำงานชัดเจน กลุ่มพร้อมที่จะทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้นำกลุ่มอาจได้มาจากการเลือกของสมาชิก หรือหมุนเวียนกันทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม

6.10.6 การจัดประสบการณ์ภายในกลุ่ม การจัดดำเนินการในกลุ่มจะต้องมีขั้นตอนดังนี้ (Marram, 1973; Stuart & Laraia, 2001)

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะที่สร้างบรรยากาศให้เกิดสัมพันธภาพ (The Introductory Phase or Initiating Phase) คือระยะที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มในการนำกลุ่มครั้งแรกพยายามควรเป็นผู้นำให้ดูเป็นรูปแบบ จะต้องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยในการมีความสัมพันธ์กับบุคคล ส่งเสริมให้สมาชิกแสดงความรู้สึก ความเห็นของตนอย่างเปิดเผย ผู้นำกลุ่ม จะต้องสร้างความไว้วางใจ (trust) ให้เกิดในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สัมพันธภาพภายในกลุ่มดำเนินไปด้วยดี และบรรลุถึง

จุดมุ่งหมายของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายและกระบวนการของกลุ่ม จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลดีของการที่สมาชิกได้พูดระบายปัญหาของตนเองให้กลุ่มทราบ และผู้นำกลุ่มจะต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มเข้าใจตรงกันว่าจะไม่นำเอาสิ่งที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มไปพูดเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มแล้ว นอกจากนี้ผู้นำกลุ่ม จะต้องทำความเข้าใจกับสมาชิกในเรื่องการกำหนดระยะเวลาของการทำกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะต่อเนื่องหรือระยะที่ทำให้สมาชิกเกิดการแก้ไขปัญา และเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี (The Working Phase or Continuing Phase) เป็นระยะจากที่สมาชิกเกิดความไว้วางใจในกลุ่มแล้วมีความเข้าใจจุดมุ่งหมาย และการดำเนินการของกลุ่ม สมาชิกจะเปิดเผยตนเองมากขึ้น ผู้นำกลุ่มจะต้องให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดระบายปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ในระหว่างสมาชิกด้วยกัน ด้วยวิธีนี้จะทำให้สมาชิกแต่ละคนรู้สึกในคุณค่าของตนเองมากขึ้น เพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหาของตนเองสามารถเลือกวิธีแก้ไขได้ตลอดจน เมื่อสมาชิกสามารถช่วยเหลือคนอื่นให้เข้าใจในปัญหาบางอย่างได้

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Terminating Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงในทางอกงามของตนเอง ภายหลังจากการทำกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกรู้สึกตนเองสามารถเผชิญปัญหาด้วยตนเองได้ต่อไป เมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่ม ในระยะนี้อาจทำให้สมาชิกบางคนรู้สึกว่ตนเองว่าตนเองว่าตนเองจะต้องเผชิญปัญหาโดยลำพังผู้เดียว ซึ่งผู้นำกลุ่มจำเป็นต้องอธิบายชี้แจงถึงจุดมุ่งหมาย และระยะเวลาของการทำกลุ่ม ซึ่งได้เคยอธิบายและทำความเข้าใจร่วมกันแล้วตั้งแต่ระยะเวลาแรกของการทำกลุ่ม ทั้งนี้ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลหรือความกลัวดังกล่าวมาแล้ว

6.11 ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม

6.11.1 ช่วยพัฒนาในตัวบุคคล มีดังนี้ (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2549)

(1) กระบวนการกลุ่มช่วยสนองความต้องการของบุคคลได้ โดยสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ความปลอดภัย และความต้องการเป็นที่ยอมรับจากกลุ่ม

(2) กระบวนการกลุ่ม ช่วยสร้างและพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคม โดยฝึกให้สมาชิกของกลุ่มรู้จักการเก็บอารมณ์ การแสดงอารมณ์ให้ถูกต้องและสมเหตุสมผล รู้จักการพูดคุย ทั้ทหาย รวมทั้งการแสดงออกตามกาลเทศะ การแสดงสัมพันธภาพกับสมาชิกคนอื่นๆ ของกลุ่ม

(3) กระบวนการกลุ่มช่วยพัฒนาด้านทัศนคติ ความสนใจและความสามารถ เมื่อบุคคลอยู่คนเดียวหรืออยู่นอกกลุ่ม อาจมีทัศนคติที่ไม่ชอบบางสิ่งบางอย่าง เช่น ไม่ชอบคบคนมากมาย ไม่ชอบฟังผู้อื่น ฯลฯ แต่เมื่อมาอยู่ในกลุ่มจะต้องระวังสิ่งที่ไม่ชอบ รู้จักฟังผู้อื่น ชื่นชมสิ่งที่เป็นสิ่งที่ดีๆ ของผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการพัฒนาด้านทัศนคติขึ้น นอกจากนี้บุคคลอาจสนใจที่จะเล่นละคร แต่ไม่มีโอกาสได้เล่นเมื่อมาเข้ากลุ่ม กลุ่มอาจให้เขาแสดงละครให้สมาชิกดู ก็เป็นการสนับสนุนและพัฒนาความสนใจของบุคคลอีกด้วย

(4) กระบวนการกลุ่มช่วยในการพัฒนาคุณค่าทางด้านอาชีพ มีผู้บริหารบางคนไม่กล้าจะตัดสินใจ ไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น ไม่กล้าพูดหรือไม่กล้าแสดงออก แต่เมื่อมาอยู่ในกลุ่ม กลุ่มจะมีกิจกรรมฝึกการกล้าแสดงออก ฝึกความเป็นผู้นำ และฝึกการกล้าตัดสินใจ ซึ่งทำให้ผู้บริหารได้ฝึกสิ่งเหล่านี้ ซึ่งนำไปใช้เป็นประโยชน์ในงานหรือวิชาชีพของเขา กระบวนการกลุ่มจะฝึกให้บุคคลได้เรียนรู้อะไรนั้นขึ้นกับวัตถุประสงค์ที่จะจัด นอกจากนี้มีอาชีพบางอาชีพที่ต้องการฝึกบุคลิกภาพของผู้ประกอบอาชีพนั้นๆ เช่น บุคลิกภาพของวิชาชีพเลขานุการ ซึ่งอาจจะได้แก่ บุคลิกภาพการพูด การเดิน การยืน มีมนุษยสัมพันธ์ ฯลฯ ซึ่งในกระบวนการกลุ่มจะจัดกิจกรรมสอนบุคคล เพื่อพัฒนาบุคลิกภาพของผู้ประกอบวิชาชีพเลขานุการ ซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มได้มีการฝึกและนำไปใช้ในวิชาชีพของตนเองได้ ซึ่งเป็นการพัฒนาวิชาชีพไปด้วย

(5) กระบวนการกลุ่มช่วยพัฒนาความรู้และทักษะต่างๆ ในการเข้ากลุ่ม สมาชิกต้องให้ความร่วมมือในการเคารพกฎเกณฑ์ของกลุ่ม ต้องให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม เช่น การเป็นผู้รู้จักฟัง รู้จักให้ข้อมูลต่างๆ แก่สมาชิก ในการฟังนี้เองทำให้เกิดความรู้ที่เพิ่มขึ้น ได้ความรู้จากผู้อื่น พัฒนาขึ้นจากสิ่งที่ตนเองได้รู้ อยู่ ได้ร่วมพัฒนาทักษะในการร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ได้ฝึกทำตามกลุ่ม สิ่งเหล่านี้จะเห็นได้ว่าล้วนมีประโยชน์แก่สมาชิกทั้งสิ้น

6.11.2 กระบวนการกลุ่มมีคุณค่าในการวินิจฉัย กลุ่มมีคุณค่าในการวินิจฉัยนี้ เช่น เมื่อเราให้สมาชิกในกลุ่มมาเป็นผู้นำ ถ้าสมาชิกเกิดประหม่า ไม่กล้าพูด ไม่กล้าแสดงออก ผู้ดำเนินการก็สามารถวินิจฉัยได้ว่าเขาอายและไม่สามารถปรับตัวได้ ดังนั้นต้องหาวิธีการได้ใช้กิจกรรมทำให้เขาได้พัฒนาตนเองได้ นอกจากนี้การที่สมาชิกได้เข้ากลุ่ม ยังทำให้สมาชิกได้ประเมินค่าหรือประเมินตนเอง เช่น ประเมินความสามารถของตนเอง ประเมินสำนึกในขอบเขตการกระทำของตนเอง

6.11.3 กระบวนการกลุ่มมีคุณค่าในการบำบัด ในวงการแพทย์ได้นำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้บำบัดผู้ป่วยทางจิต โดยเรียกว่า “จิตบำบัดหมู่” (Group Psychotherapy) ซึ่ง ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ได้เป็นผู้ริเริ่มนำวิธีจิตบำบัดหมู่ไปใช้แก่ผู้ป่วยทางจิตที่

สถาบัน Tavistock Institute of Human Relation ในประเทศอังกฤษ ซึ่งต่อมาได้มีผู้นำวิธีการทางจิตบำบัดหมู่ไปใช้กับบุคคลปกติที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตในวงการต่างๆ เช่น วงการธุรกิจ วงการทหาร โรงงานอุตสาหกรรม และชุมชนในสังคมต่างๆ

6.11.4 กระบวนการกลุ่มมีคุณค่าในวงการศึกษ กระบวนการกลุ่มเริ่มเข้ามามีบทบาทในวงการศึกษ โดย จอห์น ดิวอี้ (John Dewey) จากคำพูดของเขาที่ว่า การเรียนรู้โดยการให้เด็กได้ลงมือทำ (Learning by Doing) จึงกลายมาเป็นหลักการในการศึกษาที่เน้นการรวมกลุ่มเพื่อการเรียนรู้ การรวมกลุ่มเพื่อทำงานและการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร ดังนั้นในการจัดกิจกรรมดังกล่าวกระบวนการกลุ่มจะช่วยส่งเสริมให้นักเรียนได้ฝึกทักษะการทำงานร่วมกัน เช่น การร่วมมือในการทำงาน ความเป็นผู้นำ การเป็นผู้ตามที่ดี การเป็นสมาชิกที่ดีของกลุ่ม นอกจากนี้ยังฝึกทักษะในการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ดังนั้น ตัวครูควรเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มของเด็ก และต้องทราบถึงหลักการที่จะช่วยให้การทำงานกลุ่มบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

6.12 ปัญหาในการจัดกลุ่ม

แม้ว่าการจัดกิจกรรมกลุ่มจะก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ ตามที่กล่าวมาแล้ว แต่ในทางปฏิบัติมักพบปัญหาเกิดขึ้นกับการดำเนินการของกลุ่ม ทำให้กลุ่มไม่บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ปัญหาต่างๆ ที่พบสรุปได้ ดังนี้ (ดร.ณิ ชุณหะวัณ, 2539)

6.12.1 ผู้นำขาดทักษะในการรวมกลุ่ม การจัดกระบวนการกลุ่ม แม้ว่าผู้นำกลุ่มจะมีความรู้เรื่องโรค การแก้ปัญหา และเคยมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาต่างๆ มาแล้ว แต่อาจไม่สามารถจัดการรวมกลุ่มได้ จึงต้องมีการเลือกผู้นำกลุ่มอย่างรอบคอบ หรือต้องได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในวิชาชีพ เช่น พยาบาล แพทย์ นักศึกษศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ โดยเจ้าหน้าที่ดังกล่าวเข้ามาช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดหาห้องประชุม จัดสถานที่พบปะของสมาชิก ช่วยให้สมาชิกเข้าใจเป้าหมายของการประชุม ช่วยให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปได้ โดยกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนในการอภิปรายควบคุมบุคคลที่คอยควบคุมให้บุคคลอื่นยอมตามในทุกๆ เรื่อง หรือควบคุมบุคคลที่ผูกขาดการพูด เมื่อผู้นำกลุ่มมีทักษะในการดำเนินการกลุ่มแล้ว เจ้าหน้าที่ควรเข้าไปช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น

6.12.2 สมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่เจ็บปวด ผู้ที่เดินไม่ได้ ผู้ที่ติดต้อสื่อสารทางภาษาพูดไม่ได้ จะมีอุปสรรคในการเข้าร่วมกลุ่ม เช่น เข้าร่วมกลุ่มไม่ได้เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง เข้าร่วมกลุ่มไม่ได้เนื่องจากอ่อนเพลีย เจ็บปวด เมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ผู้นำกลุ่มจะต้องติดตามปัญหาของสมาชิก และหาทางแก้ไข โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ หรือกลุ่มที่ปรึกษา

6.12.3 ปัญหาเกี่ยวกับสถานที่ในการจัดประชุม จัดพบปะกลุ่มย่อย เนื่องจากสมาชิกของกลุ่มส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีปัญหาที่ต้องการแก้ไข ฉะนั้นสถานที่พบปะหรือห้องประชุมต้องเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยด้วย เช่น ห้องกว้างพอเหมาะ เงียบและเป็นสัดส่วน สถานที่ควรอยู่ในที่ขึ้นลงได้ง่าย ถ้าหากสถานที่ประชุมอยู่ในสถานบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ควรมีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกในการจัดประชุมแต่ละครั้ง

6.12.4 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากสมาชิกกลุ่มเข้ามาด้วยความสมัครใจ และมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดูเหมือนว่าจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ จึงไม่มีการเก็บเงินค่าสมาชิก ทำให้ขาดเงินในการดำเนินการกลุ่ม เช่น ค่าใช้จ่ายในการส่งข่าวให้แก่สมาชิก ค่าเครื่องดื่มของสมาชิกที่เข้าร่วมประชุม

6.12.5 ปัญหาในการเดินทางมาเข้าร่วมประชุม เนื่องจากสมาชิกบางรายอาจอยู่ไกลมาก จึงไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ทุกครั้ง ผู้นำกลุ่มต้องส่งข่าวให้สมาชิกผู้นั้นอย่างสม่ำเสมอ หรือจัดประชุมในวันที่สมาชิกส่วนใหญ่มาพบแพทย์อยู่แล้ว

ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นต้องได้รับการประเมิน และได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม เพื่อให้สมาชิกทุกคนได้รับการช่วยเหลือที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

7. การให้ข้อมูลแบบกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

การให้ข้อมูลแบบกลุ่มในครั้งนี้ได้สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักกัน สร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ส่งเสริมให้สมาชิกแสดงความรู้สึก ความเห็นของตนอย่างเปิดเผย ผู้นำกลุ่ม จะต้องสร้างความไว้วางใจ (trust) ให้เกิดในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สัมพันธภาพภายในกลุ่มดำเนินไปด้วยดี และบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายและกระบวนการของกลุ่ม ผลดีของการที่สมาชิกได้พูดระบายปัญหาของตนเองให้กลุ่ม และให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มเข้าใจตรงกันว่าจะไม่นำเอาสิ่งที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มไปพูดเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มแล้ว นอกจากนี้ผู้นำกลุ่ม จะต้องทำความเข้าใจกับสมาชิกในเรื่องการกำหนดระยะเวลาของการทำกลุ่ม

2. ระยะดำเนินการ เป็นระยะจากที่สมาชิกเกิดความไว้วางใจในกลุ่มแล้วมีความเข้าใจ จุดมุ่งหมาย และการดำเนินการของกลุ่ม สมาชิกจะเปิดเผยตนเองมากขึ้น ผู้นำกลุ่มจะต้องให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดระบายปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ในระหว่างสมาชิกด้วยกัน ด้วยวิธีนี้จะทำให้สมาชิกแต่ละคนรู้สึกในคุณค่าของตนเองมากขึ้น เพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหาของตนเองสามารถเลือกวิธีแก้ไขได้ ตลอดจนเมื่อสมาชิกสามารถช่วยเหลือคนอื่นให้เข้าใจในปัญหาบางอย่างได้

3. ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ภายหลังจากการทำกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองสามารถเผชิญปัญหาด้วยตนเอง

โดยดำเนินการเข้าร่วมกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ในแต่ละครั้งประกอบด้วย 3 ระยะดังกล่าวมาข้างต้น ในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มทุกครั้ง เนื้อหาในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 1 ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รายละเอียด ระยะเวลา สถานที่ กฎระเบียบ ข้อตกลงและบทบาทในการเข้าร่วมกลุ่ม ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เช่น สาเหตุ อาการและอาการแสดง การป้องกัน และการรักษา ความรู้สึกและปัญหาจากการมีทวารเทียมทางหน้าท้องรวมทั้งวิธีการในการแก้ปัญหาของแต่ละคน การเข้ากลุ่มครั้งที่ 2 มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องมีทวารเทียม ปัญหาที่พบในการดูแลทวารเทียม ผลิตภัณฑ์ที่ต้องใช้กับทวารเทียม สาธิตการทำความสะอาดและการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ ให้ผู้ป่วยทำการสาธิตย้อนกลับ การเข้ากลุ่มครั้งที่ 3 เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียม การดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน การสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียม แหล่งที่ให้บริการ การเข้ากลุ่มครั้งที่ 4 เป็นการเข้ากลุ่มครั้งสุดท้าย เนื้อหาประกอบด้วย ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปประสบการณ์ทั้งหมดที่ได้จากการทำกลุ่ม สิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่ยังเป็นปัญหา ความรู้สึกต่อการเข้าร่วมกลุ่มทั้ง 3 ครั้งที่ผ่านมา หลังจากนั้นปิดการทำกลุ่ม

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง

สายปัญญา คงพันธุ์ (2535) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ณ บ้านพักผู้ป่วยมะเร็ง สมาคมต่อต้านมะเร็งแห่งประเทศไทย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

Montazeri และคณะ (2001) ศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชาวอิหร่านจำนวน 56 คน โดยระยะเวลาของการเป็นมะเร็งตั้งแต่ 1-5 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.03$) และภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.008$)

Cheung, et al.,(2003) ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดทวารเทียมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 59 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลอง 29 ราย ผลการศึกษาพบว่า การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงและส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วยการใช้รูปแบบของกระบวนการกลุ่ม

Trojan (1989) ศึกษาถึงประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจำนวน 232 คน ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 65 โรค โดยการศึกษาเน้นในเรื่องแรงจูงใจของสมาชิก การดำเนินการของกลุ่มเป้าหมาย และประสิทธิผลที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) ประโยชน์ที่สมาชิกหรือกลุ่มได้รับ ซึ่งมีมากถึง 90 % 2) ประโยชน์ที่บุคคลภายนอกได้รับ ได้แก่ บุคคลในครอบครัวซึ่งสมาชิกมีความเห็นด้วย 2 ใน 3 ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วย ทำให้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ 2) ช่วยให้มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและเพื่อน รวมทั้งเครือข่ายทางสังคมดีขึ้นด้วย 3) มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพในด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น ส่วนผลกระทบด้านลบมีเพียงเล็กน้อย (1 – 4 %) อย่างไรก็ตาม ประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนเพราะ กลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่สามารถแทนที่การบริการจากผู้เชี่ยวชาญได้และยังต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาอื่นๆ

จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน (2535) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่หน่วยรังสีรักษา วชิรพยาบาล จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถ

ในการดูแลตนเองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะเป็นการทดลองและเก็บข้อมูลในระยะของการรักษา ที่ผู้ป่วยยังมีการข้างเคียงจากรังสีอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเอง

เพิ่มพูล ธรรมเจริญ (2536) ศึกษาผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 38 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 18 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่มมีคะแนนการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

บุญขึ้น อิมมาก (2537) ศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ หน่วยผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 20 ราย โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ากลุ่ม และหลังจากเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ศึกษาปฏิกริยาสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม การสนับสนุนที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากกลุ่ม ประเด็นปัญหาและการช่วยเหลือจากกลุ่ม บทบาทของพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้ช่วยเหลือ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จัดการประชุมกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่ม 3 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมมากกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($P < .01$) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน ปฏิกริยาสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมกายภาพแก้ปัญหา รองลงมาเป็นพฤติกรรมตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านบวก พฤติกรรมถามปัญหา ส่วนพฤติกรรมตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบพบน้อยที่สุด

นันทา เกียรติกังวาลไกล (2540) ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลและการสนับสนุนจากกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและแก้ปัญหาได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูล

อุบล จวงพานิช และคณะ (2538) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่ม

ละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับฟังเทปบันทึกเสียงร่วมกับภาพพลิกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยประเมินความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด 1 วัน หลังการประเมินให้กลุ่มทดลองฟังเทปบันทึกเสียงร่วมกับภาพพลิกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และประเมินความวิตกกังวลอีกครั้งหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ฐิติมา ธารประสิทธิ์ (2548) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน โดยศึกษาผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบวัดความวิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลี้กิจ โนราฤทธิ์ (2551) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรกระบบทางเดินอาหาร ที่โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมผ่านสื่อวีดิทัศน์ มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.003$

งามพิศ ธนไพศาล และคณะ (2551) ศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี 1 วันก่อนการผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 80 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 68.8 ข้อมูลที่ต้องการมากที่สุดเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการวินิจฉัยโรค รองลงมาคือข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ห้องรับส่งและห้องรอผ่าตัด ตามลำดับ

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ความวิตกกังวล เป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง การลดความวิตกกังวลจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับอย่างเพียงพอและเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในปัจจุบันมีการให้ความสำคัญกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง แต่ประสิทธิภาพของการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลยังไม่ดีพอ เนื่องจากความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน ดังนั้น การนำการจัดกิจกรรมการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มมาเป็นแนวทางในการลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวาร

เทียมทางหน้าท้องจะทำให้ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ดีขึ้น เนื่องจาก สมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการกลุ่มเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน มีปัญหาและประสบการณ์คล้ายคลึงกันย่อมเข้าใจความรู้สึกของกันและกันได้ดียิ่งขึ้น

9. กรอบแนวคิดการวิจัย

