

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 6 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 13 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดและมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 9 ล้านคนในทุก ๆ ปี องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคนและจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน (ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551) ในประเทศไทยมะเร็งทุกชนิดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งโดยในปี พ.ศ. 2545-2549 พบอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.3 เป็นร้อยละ 83.1 ต่อประชากร 100,000 คนและในอนาคตมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) มะเร็งตับจัดเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 ในเพศชายและอันดับ 3 ในเพศหญิง (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2548) ซึ่งมะเร็งตับทั้งหมดทั่วโลกพบเป็นชนิดมะเร็งท่อน้ำดีประมาณร้อยละ 10-15 (บรรจบ ศรีภา, พวงรัตน์ ยงวณิชย์ และชวลิต ไพโรจน์กุล, 2548) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยโดยเฉพาะจังหวัดขอนแก่นเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก (ปณิต มิคะเสน, 2535; วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ, 2539; ประสิทธิ์ วัฒนาภา และคณะ, 2545; อาคม ชัยวีระวัฒน์, อาคม เขียรศิลป์, เสาวคนธ์ ศุภโรยอิน และธีรวิฑูมิ คูหะเปรมะ, 2549; Vatanasapt, Sripa, Sithithawan, & Mairiang, 1999; Sriamporn et al., 2004) โดยพบอุบัติการณ์การเกิดในเพศชายมากถึง 97.8 และในเพศหญิง 39.0 ต่อประชากร 100,000 คน (Parkin, Whelan, Ferlay, Raymond, & Young, 1997) และคาดว่าจะมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 8,000 รายต่อปี (ณรงค์ ชันดีแก้ว, 2548; Vatanasapt et al, 1999) สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นในปี พ.ศ. 2546-2550 พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้นจาก 1,392 รายเป็น 1,751 รายและพบมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่มารับการรักษา (แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2551)

การติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในคนไทย โดยมีผู้ป่วยติดเชื่อพยาธิชนิดนี้ประมาณ 6 ล้านคนทั่วประเทศและยังพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศไทยเสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดี (บรรจบ ศรีภา และคณะ, 2551) เนื่องจากอาการทางคลินิกในระยะแรกไม่ชัดเจน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสังเกตไม่เห็นอาการผิดปกติจนกระทั่งมะเร็งมีการเจริญและพัฒนาสู่ระยะสุดท้าย ทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่ากับการรักษามะเร็งชนิดอื่น (ทองอวบ อุตวิเชียร, 2532; ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2547; ณรงค์ ชันดีแก้ว, 2548; ไชยยุทธ ธนไพศาล, 2549; ธีรวิฑูมิ ภาสตรโรจน์, 2549; บรรจบ ศรีภา และคณะ, 2551; Gitnick,

1992; Gholson & Bacon, 1993) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายหลังทราบการวินิจฉัยโรคหรือภายใน 6 เดือนถึง 1 ปีหลังจากมีภาวะเหลือง (สุพจน์ คำสะอาด, 2544; Czemiak & Blumgart, 1988) หากไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตในเวลาสั้นจากภาวะตับวาย การติดเชื้อในท่อน้ำดีและในกระแสเลือดหรือจากภาวะขาดสารอาหาร (ธีรวัฒน์ ภาสตราจณ์, 2549) ปัจจุบันพบว่า มีเพียงร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเท่านั้นที่สามารถรับการผ่าตัดได้และส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดเพื่อบรรเทาภาวะแทรกซ้อนของมะเร็ง อีกร้อยละ 85-90 ต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative treatment) เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายและรักษาหน้าที่ของระบบทางเดินน้ำดีไว้ (ทองอวบ อุตวิเชียร, 2532; ประสิทธิ์ วัฒนภา และคณะ, 2545; วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2545; บรรจบ ศรีภา และคณะ, 2551; Olines & Erlch, 2004)

การใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี (Percutaneous transhepatic biliary drainage: PTBD) เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาแบบประคับประคองเพราะช่วยให้การระบายน้ำดีเป็นไปได้สะดวกผู้ป่วยจึงรู้สึกสุขสบายจากอาการคัน ไข้ ภาวะตาและตัวเหลืองได้ร้อยละ 75-80 (ไพฑูรย์ จงจิตรนนท์ & ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2528) ซึ่งสามารถทำได้ทั้งการระบายน้ำดีแบบชั่วคราว เช่น ผู้ป่วยที่มีการอุดตันรุนแรง มีการติดเชื้อ การเตรียมผู้ป่วยสำหรับให้เคมีบำบัด และก่อนผ่าตัด เป็นแนวสำหรับการใส่แร่กัมมันตรังสี การตรวจชิ้นเนื้อด้วยกล้องส่องท่อน้ำดี การขยายท่อน้ำดีที่อุดตันด้วยบอลูน (ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535; Gunther, Schild, & Thelen, 1988; Audisio et al., 1993) และเป็นการระบายน้ำดีแบบถาวรในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ (Audisio et al., 1993) ผู้ป่วยที่สภาพร่างกายไม่ปลอดภัยในการให้ยาสลบ ผู้ป่วยที่สูงอายุ ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการผ่าตัด (ไพฑูรย์ จงจิตรนนท์ & ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2528) การทำ PTBD ก่อนผ่าตัดยังใช้เพื่อหวังผลในการลดอัตราการตายจากการผ่าตัด (ณรงค์ ชันตีแก้ว, 2548; Doyle & Jones, 1984) และมีประโยชน์ในการอยู่รอดเพิ่มขึ้นหากได้รับการรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วย (Qian et al., 2006 อ้างถึงใน ทศพล เจริญวุฒิ & สยาม ศิริธรปัญญา, 2550)

การทำ PTBD สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำได้ทั้งในระยะเฉียบพลัน (Acute complication) เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะเลือดออก การรั่วของน้ำดีเข้าสู่ช่องท้องซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังทำ PTBD (Leackong, Mairiang, & Laopaiboon, n.d.) โดยมีส่วนมาจากเทคนิคและประสบการณ์ในการทำ การใช้เข็มขนาดใหญ่เกินไปหรือเกิดจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535) และผู้ป่วยหลังทำ PTBD 2 สัปดาห์ขึ้นไปมักเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะหลัง (Delayed complication) เช่น การติดเชื้อทางเดินน้ำดี สายระบายเลื่อนหลุดและสายอุดตัน (ไพฑูรย์ จงจิตรนนท์ & ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2528; ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535; Gunther et al., 1988; Han & Park, 1999)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เจ็บปวดจากการรุกรานของมะเร็งที่พบถึงร้อยละ 60-80 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Nail, 2001) ความไม่สุขสบายแน่นอึดอัดท้อง ท้องโต

อาหารไม่ย่อย ภาวะท้องมาน อาการคันตามตัว รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำ PTBD ซึ่งพบว่าการติดเชื้อทางเดินน้ำดีเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย (ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535; Han & Park, 1999; Nomura, Shirai & Hatakeyama, 1999) และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Handerson et al. 1979 cited in Clouse et al., 1983) โดยพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 14 (Audisio et al., 1993) โดยมีสาเหตุมาจากการมีสายระบายอุดตันทำให้น้ำดีไม่ไหล สายเลื่อนหลุด สายมีรอยพับงอ (Nomura et al., 1999) หรืออาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยปฏิบัติกรดูแลตนเองที่แปลบริเวณทางออกของสายระบายน้ำดีได้ไม่สะอาด การไม่ล้างท่อระบายตามกำหนดและการทำให้สายเลื่อนหลุด (นรา แวศร, 2530; ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535) ซึ่งพฤติกรรมกรดูแลตนเองดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในระยะต่อมา อีกทั้งการไม่เข้าใจเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของสายระบายน้ำดีก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ทั้งสิ้น (Mueller, Vansonnenberg, & Ferrucci, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาของ Handerson et al. (1979) ที่พบว่าผู้ป่วยทุกรายที่ทำ PTBD มากกว่า 4 เดือนจะเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีอย่างน้อย 1 ครั้งและพบอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 25 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Audisio et al. (1993) ที่ได้ศึกษาการติดเชื้อทางเดินน้ำดีในผู้ป่วย 29 รายภายหลังทำ PTBD ในโรงพยาบาลประเทศอิตาลีพบว่าผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีร้อยละ 86 โดยการติดเชื้อเกิดขึ้นภายหลังทำ PTBD 5 เดือนและ 9 เดือนร้อยละ 50 และร้อยละ 100 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nomura et al. (1999) ที่ได้ศึกษาการติดเชื้อทางเดินน้ำดีในผู้ป่วย 128 รายหลังทำ PTBD 60 วันในโรงพยาบาลประเทศญี่ปุ่นพบอัตราการติดเชื้อทางเดินน้ำดีเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนวันหลังทำ PTBD และใน 60 วันเพิ่มสูงสุดเป็นร้อยละ 40 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mueller et al. (1982) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังทำ PTBD ที่กลับไปดูแลตนเองที่บ้านในระยะมากกว่า 2-3 เดือนจำนวน 40 ราย ในโรงพยาบาล Massachusetts เกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีทั้งหมด 13 ราย สายอุดตันจากตะกอนน้ำดีหรือเมร็ง 7 ราย สายเลื่อน 11 ราย

นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านจิตใจโดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีความวิตกกังวล กลัวไม่หายจากโรค กลัวโรคกลับเป็นซ้ำ รู้สึกไม่แน่นอนอนจากผลการรักษา (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2547; นवलจันทร์ ธาณินทร์สุรัตน์, 2544; อุบล จ้วงพานิช, อภรณ์ ทวะลี, สุรีพร คณาเสน & สุพัศตรา สุกุมลย์, 2546) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะหลังยังเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดหรือต้องกลับมารักษาซ้ำซึ่งก่อให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นและต้องรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานหรืออาจได้รับการเปลี่ยนสายใหม่บ่อยครั้งซึ่งการเปลี่ยนสายแต่ละครั้งจะเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 13,000 บาท ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (แผนกรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2550) อีกทั้งกรณีผู้ป่วยอยู่ต่างจังหวัดต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมารักษาซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยและครอบครัวตามมา (ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535)

ปัจจุบันโรงพยาบาลศรีนครินทร์ซึ่งเป็นศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาโดยการทํา PTBD ในปี พ.ศ. 2546-2550 ทั้งหมด 378 ราย เฉลี่ยปีละประมาณ 80 ราย (แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2550) ซึ่งจากการศึกษาของ Wongkonkitsin, Phugkhem, Jenwitheesuk, Saeseow, & Bhudhisawasdi (2006) เก็บข้อมูลย้อนหลังปี 2000-2003 ในผู้ป่วยที่ทํา PTBD จำนวน 41 รายในโรงพยาบาลศรีนครินทร์พบปัญหาการอุดตันของสายร้อยละ 27.83 สายเลื่อนร้อยละ 48.78 และจากการสุ่มสำรวจประวัติผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ทํา PTBD และมาติดตามการรักษาตามนัดจำนวน 30 รายในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ตั้งแต่ปี 2547-2551 พบว่าผู้ป่วยเกิดปัญหาการอุดตันของสายร้อยละ 100 สายเลื่อนหลุดร้อยละ 36.67 และได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดการติดเชื้ทางเดินน้ำดีร้อยละ 53.33 ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วย 15 รายมีการติดเชื้ทางเดินน้ำดีหลังทํา PTBD ในระยะ 1-5 เดือนและก่อนการติดเชื้ทางเดินน้ำดีผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยปัญหา แผลซึม สายเลื่อน สายอุดตัน น้ำดีสีขาวขุ่น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยทุกคนจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแต่จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 5 รายพบว่ายังไม่สามารถดูแลตนเองตามคำแนะนำได้ถูกต้อง เช่น มีพฤติกรรมการดูแลสายระบายน้ำดีไม่ถูกต้องโดยผู้ป่วย 2 รายบ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาลไม่มีใครพาไปล้างแผลและล้างสาย ผู้ป่วย 2 รายไม่สะดวกไปโรงพยาบาลจึงซื้ออุปกรณ์มาทําแผลเองที่บ้านและทําแผลไม่ถูกต้องจึงเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยอีก 1 รายไม่ได้เช็ดแอลกอฮอล์บริเวณรูเปิดของถุงรองรับก่อนและหลังเทน้ำดีจึงทําให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยการติดเชื้ที่แผลใช้ น้ำดีไม่ไหล นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงทําให้ท้องอืด ปวดท้อง ผู้ป่วยทั้งหมดที่สัมภาษณ์นั้นไม่ได้ออกกำลังกายภายหลังทํา PTBD เนื่องจากกลัวสายเลื่อนหลุด บางรายวิตกกังวลมาก ไม่ออกนอกบ้าน นอนไม่หลับ หงุดหงิด โมโหง่าย จากการสัมภาษณ์จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังทํา PTBD ไม่เหมาะสมและยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองใหม่ให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตซึ่งอาจส่งผลทําให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ดังนั้นการดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ การดูแลไม่ให้สายเลื่อน หัก พับ งอ การล้างสายระบายอย่างสม่ำเสมอ การดูแลแผลและผิวหนังบริเวณรอบ ๆ ทางออกของสาย (นรา แววศร, 2530; ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535) การดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ ตลอดจนการทําจิตใจให้แจ่มใส การฝึกผ่อนคลายความเครียด (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2544) และปรับกิจกรรมการดูแลตนเองใหม่ให้เข้าได้กับสภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาที่ได้รับจึงเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาของผู้ป่วยในระยะยาวซึ่ง Audisio et al. (1993) รายงานว่าการดูแลตนเองอย่างระมัดระวังและการดูแลสาย PTBD อย่างถูกต้องรวมทั้งการล้างสายด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อเพื่อไม่ให้เกิดการอุดตันจะช่วยลดจำนวนครั้งของการเกิดการติดเชื้ได้ถึงร้อยละ 38.5 จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองภายหลังการทํา PTBD มีความสำคัญสูงสุดคือลดการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนได้เป็นอันมาก ผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญเพื่อลดผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาซึ่งการดูแลตนเองเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มที่กล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem, 1995) เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ดังนั้นการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมความเจ็บป่วยเพื่อชะลอความก้าวหน้าและหลีกเลี่ยงอาการกำเริบของโรค (Connolly, 1985)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 5 เดือนซึ่งเป็นระยะเวลาในการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะหลังได้มากที่สุด (Audisio et al., 1993; Nomura et al., 1999; Leackong et al., n.d.) ในระยะเวลาดังกล่าวผู้ป่วยต้องดูแลตนเองที่บ้าน หากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำซึ่งทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและยังมีผลกระทบด้านจิตใจตามมา หากภาวะแทรกซ้อนรุนแรงก็อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ในระยะเวลาดังกล่าวมาก่อนซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญในการวางแผนการพยาบาลเชิงรุกทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเพื่อป้องกันผลกระทบต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นและยังเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาลในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งการส่งเสริมการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และเผชิญกับสภาพความเจ็บป่วยในการดำเนินชีวิตตามความสามารถที่มีอยู่ (Shekleton, 1987) ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามควรแก่สภาพด้วยความผาสุกต่อไป

## 2. คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 5 เดือนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นอย่างไร

## 3. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 5 เดือน

#### 4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 5 เดือนและมาติดตามการรักษาที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552

#### 5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 5 เดือนซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การดูแลตนเอง ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่ บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็น การกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนทำให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดและการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ ภายใต้อบรมนิยมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) กิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยควรกระทำประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแล ตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ได้แก่ การดูแลตนเองในเรื่องอาหาร การ ขับถ่ายและการระบาย การมีกิจกรรมและการพักผ่อนและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก โรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ ของชีวิตและ เหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจำเป็นต้องมีการดูแล ตนเองโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับพัฒนาการชีวิตโดยคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่สนับสนุนให้ ผู้ป่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตในวัยของตนเองได้อย่างเหมาะสมเช่น การจัดการเพื่อบรรเทาเบาบาง อารมณ์เครียด

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ได้แก่ การ ดูแลตนเองเกี่ยวกับการแสวงหาการช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การให้ความสนใจรับรู้และ ดูแลป้องกันผลกระทบจากโรคการรักษาและพัฒนาการของตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของ พยาธิสภาพและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตาม ความสามารถที่มีอยู่

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพเปราะบางไปจากปกติ ทำให้ความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การที่ผู้ป่วยมีสายระบายน้ำดีติดตัวตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงมีความต้องการในการดูแลสายระบายน้ำดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ การติดเชื้อบริเวณทางออกของสาย การติดเชื้อในทางเดินน้ำดี สายเลื่อนหลุด หรือมีการอุดตันและยังเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย อีกทั้งต้องมาติดตามการรักษาเพื่อเปลี่ยนสายระบายน้ำดีตามกำหนด นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วย การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากพยาธิสภาพของโรค เช่น อาการปวดจากการลุกลามของมะเร็ง อาการคันตามผิวหนัง ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้น้อย ภาวลักษณะเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะตาและตัวเหลืองและยังมีภาวะขาดสารอาหารจากความสามารถในการย่อยไขมันของร่างกายลดลงทำให้ร่างกายขาดวิตามิน A, D, E และ K การย่อยไขมันไม่ได้ยังส่งผลให้การดูดซึมวิตามิน K ได้ไม่ดี ทำให้เลือดออกได้ง่ายและการขาดวิตามิน D ทำให้กระดูกอ่อนและหักได้ง่าย อุจจาระมีไขมันมาก ทำให้ท้องเดิน จากผลกระทบต่างๆ เหล่านี้ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง เกิดความพร่องในการดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเพื่อให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตและสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพแต่ในขณะเดียวกันก็ต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติและเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและเพิ่มความสามารถในการป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะถูกตอบสนองได้มากน้อยเพียงใดจะแสดงออกโดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีเป้าหมายและจงใจกระทำตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย 5 ด้านดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติ
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
4. พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการจัดการความเครียด
5. พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ภายหลังการทำ PTBD

## 6. นวัตกรรมตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

### พฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำนิยามเชิงทฤษฎี พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ในชีวิตประจำวัน เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การดูแลตนเองในด้านการบริหารจัดการ การรับประทานอาหารในแต่ละวันให้เหมาะสม เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ วิตามิน เอ ดี อี และเค สูง รับประทานอาหารย่อยง่ายและควรเพิ่มพลังงานจากอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและโปรตีนสูงแทนไขมัน (สาลี เฉลิวรรณพงศ์, 2537; ชิดชม สุวรรณน้อย, 2543)

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติ หมายถึง การดูแลตนเองในการสังเกตลักษณะของปัสสาวะ อุจจาระภายหลังการทำ PTBD หากปัสสาวะมีสีเหลืองเข้มและอุจจาระมีสีซีดแสดงถึงการมีภาวะอุดตันซ้ำของทางเดินน้ำดี (สาลี เฉลิวรรณพงศ์, 2537) เนื่องจากตับสูญเสียหน้าที่ส่งผลให้การสร้างอัลบูมินลดลงร่างกายไม่สามารถรักษาระดับน้ำในกระแสเลือดได้ตามปกติ เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงไตขับปัสสาวะน้อยลงอาจทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันตามมาได้ (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, ม.ป.ป. อ้างถึงใน นवलจันทร์ ธาณินทร์สุรัตน์, 2544) ปกติในผู้ใหญ่จะหลั่งน้ำดีออกมาวันละ 400-800 มิลลิลิตร (วรวิภา เจริญศิริ, 2551) ผู้ป่วยจึงควรบันทึกปริมาณน้ำดีที่ออกในแต่ละวันหลังทำ PTBD เพราะมีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ได้

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อน หมายถึง การดูแลตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการพักผ่อนที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายและทำงานได้ตามปกติ ควรออกกำลังกายที่ไม่หักโหม เช่น การเดิน ควรระมัดระวังการทำกิจกรรมเพื่อไม่ให้เกิดการดึงรั้งของสาย เช่น กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก ๆ หรือการยกของหนัก (ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535; เกษม อัครฐศิริ, 2004) ควรเลือกทำกิจกรรมและการพักผ่อนให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง โดยจัดช่วงเวลาของการพักผ่อนให้เพียงพอ ควรนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมงและสามารถจัดการเพื่อลดความไม่สุขสบายที่อาจรบกวนการนอนหลับได้ เช่น อาการคันตามผิวหนัง

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด หมายถึง การเรียนรู้และหาทางออกหรือมีวิธีการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษา เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายในทางที่ถูกต้องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การทำจิตใจให้สงบ การฝึกการผ่อนคลายความเครียด เพราะหากเกิดความเครียดเป็นเวลานานอาจส่งผลต่อการทำ

หน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกายรวมทั้งระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2542; สุพรพิมพ์ เจียสกุล, 2545)

5. พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ได้แก่ การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ การดูแลสายระบายน้ำดีให้ทำหน้าที่ได้ตามปกติ เช่น การระมัดระวังไม่ให้สายระบายน้ำดีเลื่อนหลุด หัก พับ งอ การล้างสายระบายน้ำดีและการดูแลแผลและผิวหนังบริเวณทางออกของสายระบายน้ำดีอย่างสม่ำเสมอ (นรา แววศร, 2530; ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติ ด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ด้านการจัดการความเครียดและด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม

#### ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD

คำนิยามเชิงทฤษฎี ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุผนังของท่อน้ำดีซึ่งรวมถึงท่อน้ำดีภายในและภายนอกตับ มีผลทำให้ท่อน้ำดีเกิดการอุดตันและแพทย์ให้การรักษาโดยการใส่สายระบายน้ำดีชนิดพิเศษผ่านทางผิวหนังและตับเข้าสู่ท่อน้ำดีภายใต้เครื่องตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound guide) และเครื่องส่องตรวจทางรังสีวินิจฉัยด้วยจอภาพเรืองแสง (Fluoroscope) เพื่อเป็นทางระบายน้ำดีให้เป็นไปได้สะดวกและผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านเมื่อแพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและให้การรักษาโดยการทำ PTBD ภายหลังกลับไปดูแลตนเองที่บ้านในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 5 เดือน ทั้งเพศชายและเพศหญิงและมาติดตามการรักษาที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก คลินิกมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 5 เดือน

2. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการให้ความรู้ คำแนะนำและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว
3. เป็นแนวทางในการวางแผนเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD และผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่นๆ ต่อไป