

ผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี
ทวารเทียมทางหน้าท้อง



นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์

ศูนย์วิทยพัทยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



5 1 7 7 5 6 6 1 3 6

THE EFFECT OF INFORMATION GIVING IN GROUP ON ANXIETY OF COLORECTAL
CANCER PATIENTS WITH COLOSTOMY



Miss Thippawan Khunupan

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

530290

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

โดย

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

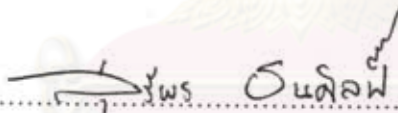
รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทิพวรรณ คุณพันธ์ : ผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง. (THE EFFECT OF
INFORMATION GIVING IN GROUP ON ANXIETY OF COLORECTAL
CANCER PATIENTS WITH COLOSTOMY) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:

รศ. ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 157 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวล
ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมในโรงพยาบาล
สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีและศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่ม
ควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่ม
ทดลองได้รับข้อมูลแบบกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มต้น
หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะให้ข้อมูลแบบกลุ่ม และ 3) ระยะสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่ม โดย
ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบ
วัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ของสปีลเบอร์เกอร์(1983) มีค่าความเที่ยงจากการ
คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง
บรรยาย สถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้า
ท้อง ภายหลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้า
ท้อง ภายหลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิตทิพวรรณ.....คุณพันธ์⁶
ปีการศึกษา.....2553..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....ไพ.ธ.นศิลป์

5177566136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : COLORECTAL CANCER / COLOSTOMY / ANXIETY / INFORMATION

THIPPAWAN KHUNUPAN : THE EFFECT OF INFORMATION GIVING IN
GROUP ON ANXIETY OF COLORECTAL CANCER PATIENTS WITH
COLOSTOMY. THESIS ADVISOR: ASSOC.PROF. SUREEPORN THANASILP,
D.N.S., 157 pp.

This quasi experimental research aimed to examine the effect of information giving in group on anxiety of colorectal cancer patients with colostomy. Forty colorectal cancer patients with colostomy from Sapprasitthiprasong Hospital and Ubonratchathani Cancer Center were assigned equally into the control group and the experimental group. The control group received routine nursing care while the experimental group received information giving in group that composed of three phases: 1) The Introductory Phase or Initiating Phase. 2) The phase of giving information in group and 3) Terminating Phase. The researcher met the participation for 4 times. The instrument for collecting data was the State - Trait Anxiety Inventory form Y-1 of Spielberger et al (1983). The data were analyzed by using t-test.

Major results were as follows :

1. The post test state anxiety of the experimental group was significantly lower than at the pre test phase ($p < .05$).
2. The post test state anxiety of the experimental group was significantly lower than that of the control group ($p < .05$).

Field of Study :Nursing Science.....

Academic Year : ..2010.....

Student's Signature Thippawan Khunupan

Advisor's Signature Suree P. Thanasilp

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสะดวกตากรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลชิตกรรณการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการใช้สถิติ ขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัยตลอดการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วยศัลยกรรมสาย 1 หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชายและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชายทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี หัวหน้าพยาบาล เจ้าหน้าที่งานพยาบาลออสโตมีและการดูแลบาดแผล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกท่านที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู และอบรมสั่งสอน ให้ผู้วิจัยมีความอดทนและรับผิดชอบหน้าที่รวมทั้งคอยให้ความรัก ความห่วงใย ตลอดจนญาติพี่น้องทุกคน และคุณกิตติพงศ์ บัวทอง ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ อย่างดียิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง ด้วยคุณประโยชน์อันก่อเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอบพระคุณทุกท่านที่ได้กล่าวมาข้างต้น

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.....	11
2. การปฏิบัติทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม.....	29
3. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.....	39
4. การบำบัดทางการแพทย์ในการลดความวิตกกังวล.....	48
5. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล.....	50
6. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม.....	53
7. การให้ข้อมูลแบบกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ทางหน้าท้อง.....	63
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	64
9. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	69
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	72

	หน้า
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	75
การดำเนินการทดลอง.....	78
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	82
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	84
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	93
สรุปผลการวิจัย.....	96
อภิปรายผลการวิจัย.....	96
ข้อเสนอแนะ.....	101
รายการอ้างอิง.....	102
ภาคผนวก.....	113
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	114
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและขอความร่วมมือในการวิจัย.....	116
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	130
เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	134
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย.....	141
ภาคผนวก จ ข้อมูลการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่าง.....	153
คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง และคะแนนความรู้หลังการทดลอง.....	156
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	157

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงที่มาของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	71
2	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และสิทธิ ในการรักษา.....	87
3	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและระดับความวิตกกังวลของกลุ่ม ตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	89
4	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม.....	90
5	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	91
6	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง.....	92
7	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง.....	92
8	แสดงการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะด้านระยะเวลาของการมีทวาร เทียม คะแนนความวิตกกังวล และชนิดของทวารเทียม.....	154
9	แสดงคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง และ คะแนนความรู้หลังการทดลอง.....	156

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

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

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

ของอุจจาระได้และจำเป็นต้องมีถุงรองรับอุจจาระติดไว้ที่หน้าท้องตลอดเวลา และผู้ป่วยที่มีทวารเทียมยังจะต้องเผชิญกับถุงที่ภายในมีอุจจาระซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่น่าดู ทั้งลักษณะ สี กลิ่น และก๊าซที่ออกมาบริเวณสร้างควมน่ารังเกียจแก่ผู้ที่มีทวารเทียมเองและผู้ที่อยู่ใกล้เคียง (นวพร ชิตমন, 2549) โดยหลังผ่าตัดระยะแรกผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาสลบจากการผ่าตัด เมื่ออาการโดยทั่วไปดีขึ้นผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยมักจะอายุรู้สึกว่าตนเองแตกต่างไปจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเองไม่กล้าเข้าสังคม (สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์ และคณะ, 2547)

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

นั่นคือ การมีทวารเทียมซึ่งเกิดจากการผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทางกาย รูปแบบการขับถ่าย ความไม่สุขสบายและวิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Audisio, 1997 อ้างใน จุฬารพร ประสงค์, 2544) และส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวล (Wade, 1990) ซึ่งเกิดจากสาเหตุที่สำคัญ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จากการมีทวารเทียมบริเวณหน้าท้องเพื่อเป็นทางออกของอุจจาระและมีถุงอุจจาระห้อยติดอยู่ที่บริเวณหน้าท้อง 2) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ ซึ่งเป็นผลมาจากลำไส้ใหญ่ถูกตัดออกไปเป็นส่วนมากทำให้ประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลงกว่าปกติ และจากการที่ช่องเปิดของทวารเทียมไม่มีกล้ามเนื้อหูรูดจึงไม่

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

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

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

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

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

ผู้ป่วยที่เคยมีปัญหาหรือประสบการณ์เดียวกันมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่แตกต่างจากคนอื่น รู้สึกไม่โดดเดี่ยวหรือสิ้นหวัง (ดรุณี ชูณหะวัต, 2539) นอกจากนี้ สาเหตุหลักของความวิตกกังวล เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ จากการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์ทอภิมาน ของจรัรัตน์ นวมะชิตติ (2547) ยังพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่จะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ คือ การใช้กระบวนการกลุ่ม นั่นคือการได้รับข้อมูลนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษาแล้วยังช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย (Robb et al., 2006) ฉะนั้น การให้ข้อมูลโดยการใช้อุปแบบกระบวนการกลุ่มจึงน่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสมในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้

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

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง หลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มหรือไม่ อย่างไร
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องก่อนและหลังการได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

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

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ตัวแปรต้น คือ การให้ข้อมูลแบบกลุ่ม และการพยาบาลตามปกติ
2. ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวล

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

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

การให้ข้อมูลแบบกลุ่มเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการให้ข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพอนามัย ด้านการเจ็บป่วย และเพื่อป้องกันและลดปัญหาทางด้านจิตใจ

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

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

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

วัตถุประสงค์ รายละเอียด ระยะเวลา สถานที่ กฎระเบียบข้อตกลงและบทบาทในการเข้าร่วมกลุ่มของสมาชิกเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนแสดงความรู้สึกรู้สึกและปัญหาจากการมีทวารเทียมทางหน้าท้องของตนเองรวมทั้งวิธีการในการแก้ปัญหาของแต่ละคน สรุปประเด็นที่ได้จากการเข้ากลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (The Working Phase or Continuing Phase) ในระยะนี้เป็นกรให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ซึ่งเนื้อหาของข้อมูลในแต่ละครั้งที่ให้กับผู้ป่วยจะแตกต่างกันโดย ครั้งที่ 1 เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้สึกต่อการมีทวารเทียม ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การผ่าตัดทำทวารเทียมและลักษณะปกติของทวารเทียม ครั้งที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ร่วมกับการมีทวารเทียม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สาธิตการดูแลทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และให้ผู้ป่วยทำการสาธิตย้อนกลับ ครั้งที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกใช้อุปกรณ์รับสิ่งขับถ่ายที่ถูกต้อง อาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์และแหล่งที่ให้บริการเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับทวารเทียม และครั้งที่ 4 ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกในกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้วิจัยขอขอบคุณสมาชิกกลุ่มและปิดการทำกลุ่ม และระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Terminating Phase) เป็นระยะสิ้นสุดกระบวนการกลุ่ม พยาบาลและสมาชิกกลุ่มทุกคนช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปิดการทำกลุ่ม

เมื่อได้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มครบทั้ง 4 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยได้มีการพูดคุยระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม ได้มีเพื่อนที่มีการเจ็บป่วยเหมือนกันทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยว รู้สึกสบายใจขึ้นส่งผลให้มีความวิตกกังวลลดลง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับการมีทวารเทียมได้อย่างเหมาะสม

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง หลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับฯ
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ของกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ กระวนกระวายใจ หวาดกลัว ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง หรือกลัวว่าเหตุการณ์ที่จะ

เกิดขึ้นในอนาคตนั้นเป็นอันตรายต่อตนเอง เป็นสิ่งที่ไม่ดี ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งวัดได้โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ The State-Trait Inventory Y-1 (STAI form Y-1) ของ Spielberger et al. (1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ และดาราวรรณ ตีะปินตา (2534) โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดลำไส้ผ่านทางหน้าท้อง (ileostomy, colostomy) ทั้งชนิดชั่วคราวและชนิดถาวร

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

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

เป็นระยะที่ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ป่วยกับผู้ป่วย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ระยะเวลา สถานที่ กฎระเบียบข้อตกลงและบทบาทในการเข้าร่วมกลุ่มของสมาชิกเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนแสดงความรู้สึกและปัญหาจากการมีทวารเทียมทางหน้าท้องของตนเองรวมทั้งวิธีการในการแก้ปัญหาของแต่ละคน สรุปประเด็นที่ได้จากการเข้ากลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

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

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

เป็นระยะที่ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปประสบการณ์ทั้งหมดที่ได้จากการทำกลุ่มสมาชิกกลุ่มร่วมกันประเมินผล ความก้าวหน้า ความสำเร็จของกลุ่ม ความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเองของสมาชิก

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

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องมีความสามารถดำรงชีวิตขณะมีทวารเทียมทางหน้าท้องได้อย่างปกติสุขตามสภาวะ โดยสามารถดูแลทำความสะอาดทวารเทียมได้ด้วยตนเอง และกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้เหมือนเดิม
2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และพัฒนามาบทพยาบาลผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูงในการให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารเทียมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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.) ก่อสร้างเนื้อชั้นนอกของลำไส้ใหญ่แยกเป็น 3 แนวตามยาวเรียกว่า tenia coli ลำไส้ใหญ่เป็นกระพุ้งเรียกว่า haustration ผิววนอกของลำไส้ใหญ่ (ยกเว้นที่ ซีคัม และ ไส้ตรง) มีถุงไขมันเล็กๆ ติดอยู่ทั่วไปเรียกว่า appendices epiploicae และมีมากที่สุดที่ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง ลำไส้ใหญ่ทุกส่วนยกเว้น ซีคัม ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น และ ลำไส้ใหญ่ส่วนล่างมี mesentery ทำให้ยื่นเข้ามาในช่องท้อง

ไส้ตรงมีความยาวประมาณ 6 นิ้ว (15 ซม.) เริ่มที่ด้านหน้ากระดูก sacrum ข้อที่ 3 และโค้งตามแนวกระดูกไปเข้าทวารหนัก ที่ระดับยอดของต่อมลูกหมาก หรือระดับปลายล่างของช่องคลอด ไส้ตรงมีกล้ามเนื้อที่ทอดตามยาวหุ้มโดยรอบและไม่มีรอยย่นให้เห็นภายนอก 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) คั่นข้างหน้าคั่นไว้ ด้านหลังของไส้ตรงมีกระดูก กระเบนเหน็บ และกระดูกก้นกบ บริเวณนี้มีท่อน้ำเหลืองมากมายและมีเส้นประสาท (sacral nerve) ซึ่งออกมาจาก anterior sacral foramina ด้านข้างของทวารหนักมีกล้ามเนื้อ levator ani ผนังของเชิงกรานและทวาร

ลำไส้ใหญ่ได้รับเลือดจากแขนงของ superior mesenteric artery (SMA) และ inferior mesenteric artery (IMA) เส้นเลือดเหล่านี้ต่อกันเป็น arcade โกลัมนิ่งลำไส้ตลอดความยาว เส้นเลือดดำอยู่คู่กับเส้นเลือดแดงแต่ inferior mesenteric vein เลยกขึ้นไปเข้า splenic vein หลังตับอ่อน นอกจากนี้ ไส้ตรงยังได้รับเลือดจาก middle rectal artery ซึ่งเป็นแขนงของ internal iliac artery และจาก inferior rectal artery ซึ่งเป็นแขนงของ internal pudendal artery เส้นเลือดดำของไส้ตรงยังสามารถต่อกับ internal iliac vein ได้เช่นเดียวกัน

ท่อน้ำเหลืองอยู่ขนานไปกับเส้นเลือดแดง และมีต่อมน้ำเหลืองใน mesentery เป็นระยะ ตั้งแต่บริเวณ arcade ไปจนถึงด้านหน้าของ aorta ในตำแหน่งที่เส้นเลือด SMA และ IMA ออกมาจากนั้นก็เข้าสู่ cysterna chili

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 ตันดีพิพัฒน์ และชนิด 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 แต่ในที่สุดเมื่อกลั้นไม่ได้อีกต่อไป กล้ามเนื้อหูรูดภายใน กล้ามเนื้อหูรูดภายนอก และ pelvic floor จะผ่อนคลายและมีการเบ่งอุจจาระโดยเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องร่วมกับ Valsalva maneuver

การดูดซึมน้ำและการขับถ่ายออก ลำไส้ใหญ่ได้รับกากอาหารที่เป็นน้ำจากลำไส้เล็กวันละ 500-1,000 มล. ซึ่งลำไส้ใหญ่ดูดซึมน้ำไปอีกจนเหลือออกมาเป็นอุจจาระวันละ 100-200 มล. โดยมีเกลือแร่ปนอยู่เพียงเล็กน้อย (Na^+ 30 mEq/L, K^+ 60 mEq/L, Cl^- 20 mEq/L, HCO_3^- 90 mEq/L) การดูดซึมน้ำมีมากที่สุดที่ลำไส้ใหญ่ด้านขวา การดูดซึมน้ำโซเดียมเป็นแบบ active ส่วนการดูดซึมน้ำคลอไรด์และน้ำเป็นแบบ passive ตาม electrical และ osmotic gradient ลำไส้ใหญ่ขับ HCO_3^- ออกมาเพื่อแลกเปลี่ยนคลอไรด์ ส่วนโพแทสเซียมออกมาแบบ passive และออกมาในเยื่อบุด้วย ลำไส้ใหญ่สามารถดูดซึมน้ำได้ถึงวันละ 2,000 มล. และโซเดียมได้ถึงวันละ 460 mEq

ลำไส้ใหญ่มีก๊าซอยู่ประมาณ 100-150 มล. ส่วนใหญ่เป็นลมที่กลืนลงไป ที่เหลือเกิดจากปฏิกิริยา (fermentation) ของแบคทีเรียกับคาร์โบไฮเดรตที่ตกค้าง ก๊าซ H_2 และคาร์บอนไดออกไซด์ ที่เกิดขึ้นถูกดูดซึมและขับออกมาทางลมหายใจ ส่วนผสมของก๊าซส่วนใหญ่จึงเป็น N_2 (70%) และส่วนที่เหลือเป็น H_2 และ คาร์บอนไดออกไซด์ บางครั้งเกิดก๊าซมีเทน (CH_4) ซึ่งทำให้ระเบิดได้เมื่อถูกกระแสไฟฟ้า (electric cautery) ในการผ่าตัดในลำไส้ใหญ่ (ชาญวิทย์ ตันต์พิพัฒน์ และชนิด 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 ถ้าเป็นที่ซีกัมหรือลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น 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 อาจอยู่นานถึง 5 ปีโดยไม่มีอาการแสดงทางคลินิก อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่มีอาการก็อาจมีเลือดออกจากก้อนมะเร็งแต่ไม่มากพอที่จะสังเกตเห็น ซึ่งในบางกรณีอาจตรวจพบได้โดยวิธีทางเคมี (Occult blood) หากตรวจในระยะเวลาที่มีเลือดออกพอดี

การแสดงทางคลินิกของมะเร็งลำไส้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ดังนี้

1.4.1 ลำไส้ใหญ่ซีกขวา เป็นท่อที่มีขนาดค่อนข้างกว้าง และอุจจาระที่ผ่านเข้ามาก็มียลักษณะเหลว เมื่อเกิดมะเร็งในบริเวณนี้ จึงไม่ทำให้ท่อลำไส้แคบลง จนกระทั่งมีขนาดก้อน

ใหญ่มาแล้ว ส่วนใหญ่จึงไม่ก่อให้เกิดการอุดตัน หรือกีดขวางต่อการผ่านของอุจจาระ อาการปวดท้องหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการถ่ายอุจจาระจึงไม่เกิด หรือเกิดในระยะหลังแล้ว แต่อาการหลักนั้นเกิดจากการที่ก่อนเกิดเป็นแผลมีเลือดออกซ้ำๆ โดยมิได้เปลี่ยนสีหรือลักษณะของการถ่ายอุจจาระ แต่ก่อให้เกิดภาวะเลือดจางเรื้อรัง อาจมีอาการแสดงของโรคด้วยอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นอาการของภาวะเลือดจาง การตรวจอุจจาระอาจไม่พบเลือดเนื่องจากเลือดมิได้ออกตลอดเวลาดังกล่าวไว้ข้างต้น ในบางกรณีอาจเกิดเลือดออกมากในระยะเวลาอันสั้น ทำให้มีเลือดปนมาในอุจจาระมากจนสังเกตเห็น เรียกว่ามีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด โดยเลือดจะปนเป็นเนื้อเดียวกับอุจจาระเป็นสีน้ำตาลแดงมากหรือน้อยแล้วแต่ความเข้มข้นของเลือด

1.4.2 ถ้าใส่ใหญ่ซีกซ้าย ท่อลำไส้แคบกว่าซีกขวา และอุจจาระเริ่มมีลักษณะเป็นก้อนแล้ว ทั้งมะเร็งในบริเวณนี้มักลุกลามเป็นวงรอบผนังลำไส้ จึงทำให้เกิดการอุดตันได้ง่าย และอุจจาระผ่านลำบาก จึงแสดงออกด้วยอาการปวดท้องรุนแรง และมีการแปรปรวนของการถ่ายอุจจาระ กล่าวคือ ระยะเวลาที่อุจจาระผ่านจุดอุดตันไม่ได้มีอาการท้องผูก หลังจากใส่بيبตัวรุนแรงจนอุจจาระส่วนที่เหลวผ่านไปได้จะเกิดอาการท้องเดิน 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 ศรีรัตนบัลล์, 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 ที่เป็นมามากกว่า 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 สัมผัสกับเยื่อภายในของลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนานกว่าจึงเกิดมะเร็งได้มากกว่า

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 โดยเฉพาะการดื่มเบียร์จะทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ตรงได้สูง

1.5.9 การศึกษาเกี่ยวกับอาหาร พบว่าอาหารจำพวก high unsaturated fat มีผลในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมากที่สุด โปรตีนในอาหารมีผลในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมากกว่า 2-3 เท่า พบว่าในรายน้ำหนักรวมมากกว่าปกติ 125% จะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมากกว่าปกติ

1.5.10 การฉายรังสี มะเร็งในอุ้งเชิงกรานหลังจากการฉายรังสีแล้วจะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ในระยะเวลาประมาณ 15 ปี

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

1.5.12 การผ่าตัดถุงน้ำดี โดยยึดหลักว่าหลังการทำการผ่าตัดถุงน้ำดีแล้ว จะมีการนำดีไปสัมผัสกับเยื่อภายในของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมากกว่าปกติ ทำให้โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมากกว่าปกติ

1.5.13 Diverticular disease พบว่าใน diverticular disease จะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมากกว่าปกติ ถ้าพบ adenoma ใน diverticular disease จะพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมากกว่าปกติประมาณ 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 อาการนำหนักลดมักแสดงถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

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 ลำไส้ใหญ่ด้านขวามักไม่มี การอุดตันเนื่องจาก lesion มักเป็น polypoid type และอุจจาระมีลักษณะเหลว ยกเว้นในกรณีที่ยังมีรอยโรคอยู่ที่ ileocecal valve จะเกิดการอุดตันได้ง่าย การอุดตันแบบสมบุรณ์พบน้อยกว่า 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 (บรริลลี เอลยิกิตติ, 2545: 213-214)

1.7 การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่อายุเกิน 40 ปี ควรสงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ให้ดำเนินการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคต่อไป ด้วยการตรวจทางทวารหนัก การตรวจทางรังสีวิทยา หรือการตรวจโดยการใช้กล้องส่อง

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 ผู้ป่วยมะเร็งที่อายุต่ำกว่า 30 ปี ลักษณะของโรคมีความรุนแรง

ตำแหน่งของโรคมะเร็ง มะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย (Transverse colon, Descending colon and Sigmoid colon) การพยากรณ์โรคดีกว่าที่ลำไส้ใหญ่ซีกขวา (Cecum and Ascending colon) ดีกว่าที่บริเวณไส้ตรงต่อกับลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง และบริเวณไส้ตรง ตามลำดับระดับของ Serum carcino-embryonic antigen (CEA) ก่อนผ่าตัด เฉพาะผู้ป่วยใน Dukes' class A และ B ถ้าระดับ CEA สูงการพยากรณ์โรคจะไม่ได้เท่าที่ควร

1.9 การรักษาโรค

1.9.1 การรักษาโดยการผ่าตัด

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

1.9.2 การรักษาด้วยเคมีบำบัด

มีการใช้เคมีบำบัดใน 2 รูปแบบคือ รูปแบบที่ใช้เสริมการรักษาโดยการผ่าตัด และรูปแบบที่ใช้เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยที่มีโรคลูกกลมเกินกว่าที่จะรักษาด้วยการผ่าตัดได้

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

การใช้ยาเคมีบำบัดตามลำพัง เพื่อรักษาผู้ป่วยที่ไม่อาจรับการรักษาด้วยการผ่าตัดเอาออกได้นั้น มีทั้งยาที่ให้ทางปากและยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำ หรือให้ทางหลอดเลือดแดงของตับโดยตรง ในกรณีที่มีโรคมะเร็งกระจายไปถึงตับ ผลการรักษาเป็นการรายงานขนาดของก้อนมะเร็งเล็กลง หรือผู้ป่วยบางรายมีอาการดีขึ้นบ้าง แต่ในแง่ความยืนยาวของชีวิต แม้จะดีขึ้นบ้างแต่ก็ไม่มากนัก และผลข้างเคียงของบาก็มีมากพอสมควร จึงเป็นการรักษาที่ยังไม่สมหวังอยู่

1.9.3 การรักษาด้วยรังสี

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

1.9.4 การรักษาด้วย Immunotargeted Therapy

โดยการใช้ Monoclonal antibody เชื่อมกับ Cytotoxic agent ทำให้สามารถกำหนดให้ยารวมตัวเฉพาะตำแหน่งที่มีเซลล์มะเร็ง 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 หรือท่อปัสสาวะ เป็นต้น ทำให้เกิดอาการจากการถูกกด เช่น การกดปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น

1.10.5 การเกิดแผลซอนทะลุ

การลุกลามเข้าอวัยวะอื่น ทำให้เกิดแผลซอนทะลุ 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 anticeptic 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 อังโน 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 หรือรูทวารหนักได้รับการบาดเจ็บมีแผลทะลุ (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 การให้การรักษาผ่าตัดเต็มรูปแบบยังไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยในขณะนั้น จะด้วยสภาพร่างกายหรือโรคก็ตาม เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงทำการปิดออสโตมี (ostomy) ภายหลัง

3.3) ตามศรียวิทยาแบ่งทวารเทียมเป็น 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 เป็นการผ่าตัดเพื่อเบี่ยงเบนทางเดินอุจจาระไม่ให้ผ่านบริเวณที่มีการอุดตันหรือบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีปัญหากการทำเบี่ยงเบนอุจจาระให้สมบูรณ์ 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 เพื่อการบำบัดแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของช่องเปิดลำไส้ ซึ่งเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันแรกของการผ่าตัดเป็นต้นไป การดูแลเอาใจใส่กับความผิดปกติแม้เพียงเล็กน้อยรวมทั้งรับฟังคำ

บอกเล่าของผู้ป่วย แล้วรีบให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม จะเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนของช่องเปิดลำไส้ได้อย่างรุนแรงลงได้ (วงเดือน เขียมสกุลและคณะ, 2548: 46)

1) ภาวะขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis) ระยะเวลาหลังผ่าตัด 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 เยื่อบุลำไส้อักเสบ หรือได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น ได้รับยาเคมีบำบัด

3) ภาวะเลือดออก (Stomal bleeding) ภาวะเลือดออกของช่องเปิดลำไส้ เป็นเรื่องปกติหากออกเล็กน้อยและหยุดได้เอง แต่ในระยะเวลาหลังผ่าตัดใหม่มีเลือดออกนั้นหมายถึง 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 การให้ยาระบายอ่อนๆ หรือการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง

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

6) ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal prolapse) การที่ลำไส้ยื่นออกมาภายนอก มีสาเหตุจากไม่ได้เย็บลำไส้ติดกับผนังหน้าท้อง พบใน loop colostomy หรือการรัดเข็มขัดแน่นเกินไปเป็นเวลานาน ทำให้แบ่นกดหน้าท้องเป็นผลเป็นผลให้ลำไส้ปลิ้นออกมา ยาวเกินไป หรือทำผ่าตัดคว้านช่องเปิดใหญ่เกินไป หรือมีแรงดันในช่องท้องจากการไอหรือร้องไห้ ในทารก แก้ไขได้โดยการผ่าตัด

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

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

9) การเกิดแผลเปื่อยที่บริเวณรอบๆ โคลอสโตมีย์ (Skin excoriation) เกิดการระคายเคืองจากการรั่วซึมของอุจจาระที่ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ หรือเกิดการระคายเคืองจากการเปิดถุงรองรับอุจจาระไม่ถูกต้อง อีกทั้งอาจเกิดการระคายเคืองจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ แแถบกาวยึดติดถุงรองรับอุจจาระ ทำให้ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้มีอาการผิวหนังแดงมีน้ำเหลืองซึมเปื่อย มีอาการแสบร้อนทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก การแก้ไขทำได้โดย การรักษาความสะอาดของผิวหนังให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ และในกรณีที่แพ้แถบกาวยึดติดถุงรองรับอุจจาระเป็นชนิดที่ไม่เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง ตามความเหมาะสมเฉพาะบุคคล

10) ท้องเสีย (Diarrhea) สาเหตุส่วนใหญ่มาจากอาหาร การรับประทานอาหารและชนิดของอาหารที่รับประทาน การรับประทานอาหารที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยควรเริ่มรับประทานแต่เพียงเล็กน้อยก่อน เมื่อไม่มีอาการผิดปกติจึงรับประทานอาหารได้ตามความเหมาะสม

11) ความผิดปกติของผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ (peristomal skin disorders)

11.1) การเปื่อยยุ่ยของผิวหนัง (maceration) เกิดขึ้นบ่อยรอบๆ ผิวหนังในผู้ป่วยที่ทำ urostomies และ ileostomies เนื่องจากมีการระคายเคืองจากสารคัดหลั่งและเอนไซม์ต่อผิวหนัง ถ้าไม่สามารถดูแลควบคุมผิวหนังให้สะอาดและแห้งผิวหนังจะถลอกและมีปัญหา ทำให้เกิดแผลได้ ผิวหนังรอบช่องเปิดเปื่อยขึ้นเนื่องจากการตัดช่องเปิดของ appliance ใหญ่เกินไป แป้นรองอาจเคลื่อนไปจากตำแหน่งเดิมเพราะว่าไม่มีการเปลี่ยนถุง หรือการถูกกดของแป้นรองจากการฉายรังสีหรือมีรอยเว้าระหว่างผิวหนังกับ 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 ปฏิกริยาที่พบจะแสดงให้เห็นคือ เป็นผื่นแดงรอบๆ บริเวณที่ถูกรบกวนกับสารที่ทำให้เกิดอาการแพ้อย่างรวดเร็ว ในรายที่เกิดอาการแพ้อย่างรุนแรงจะเกิดผื่นมากและลมพิษ หนังตาบวม เยื่อจมูกอักเสบ และหายใจขัดมีเสียง (wheezing)

การพยาบาล

- เมื่อเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ควรมีการทดสอบก่อนทุกครั้งว่าเกิดอาการแพ้หรือไม่
- พยายามขจัดปัญหาของสิ่งทำให้เกิดการระคายเคือง เช่น น้ำยาที่เช็ดกาวพลาสติกหรือกาวเคลือบผิวหนัง 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 โดยเฉพาะในผู้ชายจากการโกนขนบริเวณตำแหน่งรอบช่องเปิดลำไส้ หรือรูขุมขนได้รับการบาดเจ็บจากการดึงถุง อุปกรณ์ไม่ถูกต้อง มีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดี และการดึงถุงออกด้วยทำด้วยความรุนแรง การโกนขนโดยใช้ใบมีดเป็นสาเหตุหนึ่งของ folliculitis ควรใช้กรรไกรขลิบตัดขน หรือเครื่องโกนขนไฟฟ้า

การพยาบาล

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองใส่ใจกับอนามัยส่วนบุคคล

- สอนวิธีการโกนขนอย่างระมัดระวัง

- หลังการโกนขนผิวหนังรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ให้ใช้ยา providone iodine solution ทาบริเวณผิวหนัง และทิ้งไว้ให้แห้งก่อนที่จะติดแป้นรอง เพื่อป้องกันการเกิดต่อมขนอักเสบในผู้ป่วย

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

2. การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทวารเทียม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจาก การมีทวารเทียมทางหน้าท้องทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตจากการที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย

ได้ การมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ ความลำบากในการกลับไปทำงานตามปกติ การมีเพศสัมพันธ์ลดลง และการต้องเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการเดินทางและการพักผ่อน (Krouse et al, 2007) จำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแล สนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (วงเดือน เขี่ยมสกุลและคณะ, 2548) พยาบาลในฐานะที่เป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่ดีอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีโอกาสในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับการมี ทวารเทียมได้อย่างเหมาะสมกับสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลจะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวต้องการอะไร และสามารถสนองตอบได้ดี ซึ่งแนะ แนวทางให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้ การพยาบาลผู้ป่วย หลังผ่าตัด มีวัตถุประสงค์ คือ ป้องกันความเจ็บปวดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิด ภายหลังผ่าตัด รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจเพื่อปรับสภาพให้เข้าสู่สภาพปกติ (ประทีน ไชยศรี, 2550) ดังนั้น การให้การพยาบาลควรครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีกิจกรรมพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการ รักษาด้วยการผ่าตัดทวารเทียม ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative nursing care) คือช่วงเวลาตั้งแต่รับ ผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาลเข้าสู่หอผู้ป่วยจนกระทั่งส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เป็นช่วงเวลาของการ เตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการอนุญาตผ่าตัด (วรรณช เกียรติพงษ์ถาวร, 2545) ผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดมีการรับรู้ต่อการผ่าตัดแตกต่างกัน ดังนั้นการวาง แผนการพยาบาลแต่ละรายจึงแตกต่างกัน พยาบาลต้องสามารถประเมินความเสี่ยงและ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด รวมถึงการพยาบาลที่จำเป็นภายหลังการ ผ่าตัดให้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตสังคม ทั้งผู้ป่วยและญาติ (เรณู อาจสาลี, 2550) การสอน หรือให้ความรู้ก่อนผ่าตัด เป็นบทบาทอิสระที่สำคัญในการให้ข้อมูลผู้ป่วย เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การระงับความรู้สึก การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด สิ่ง que ผู้ป่วยต้องประสบในระยะหลังผ่าตัด วิธี ปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (กันยา ออประเสริฐ, 2545)

ทั้งนี้การประเมินก่อนการผ่าตัด มีจุดประสงค์เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการ พยาบาล โดยประเมินให้ครอบคลุมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ภาวะของผู้ป่วยให้ได้ข้อมูลมาก ที่สุด รวมถึงประเมินประวัติการไ้ชยา และความรู้ต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งบทบาทพยาบาลในเรื่องการ ดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คือการให้ข้อมูลผู้ป่วย

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

3. การพยาบาลหลังการผ่าตัด (Postoperative nursing care) เป็นระยะสุดท้ายของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การดูแลกระทำต่อเนื่องจากภาวะวิกฤติจนเข้าสู่ภาวะปกติ เป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และสามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพร่างกาย กิจกรรมการพยาบาลในระยะนี้เป็น การแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย 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 สืบเนื่องจากลักษณะสีและความยืดหยุ่นของ stoma ซึ่งลักษณะปกติของ stoma จะมีสีแดงหรือชมพูมีความชุ่มชื้น ผิวเป็นมันเรียบ นุ่ม ซึ่งเป็นสีปกติของผิวหนังลำไส้

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

ปิดได้พอดี ถ้าปลาย stoma อยู่ระดับเดียวกับผิวหนังหรืออยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง จะทำให้การดูแลรักษาผิวหนังรอบๆ ยาก เนื่องจากของเสียจะซึมเข้าได้ง่าย และทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคือง (skin irritation) ทำให้เกิดการอักเสบได้ง่าย ถ้าปลาย stoma ยื่นออกมาจากหน้าท้องยาวเกินไปอาจจะเกิดการกระทบกระแทก 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 ปรกติจะเป็นผิวที่สมบูรณ์แข็งแรง ลักษณะสีไม่แตกต่างกับบริเวณใกล้เคียง ปรากฏจากการระคายเคืองของผิวหนัง ไม่ปรากฏอาการเป็นผื่นแดง ผิวหนังเปื่อย เป็นตุ่มหนอง หรือลอกเป็นแผลมีน้ำเหลือง

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

1.8 mucocutaneous suture line รอยเย็บและรอยต่อระหว่างผิวหนังกับ stoma สังเกตว่ามีรอยแยกปริของแผล มีอาการแพ้ของผิวหนังหรือติดเชื้อบริเวณรอยเย็บหรือไม่ เพื่อนำมาวางแผนป้องกันการเกิด mucocutaneous separation

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

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

1.9.2 jejunostomy ปรกติจะเริ่มทำงานภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ของเสีย อุจจาระที่ออกมีลักษณะเป็นของเหลว เป็นน้ำปนเมือกสีเขียวเข้มประมาณ 2,400 มิลลิลิตร ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเรื่องการได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์อย่างเพียงพอ

1.9.3 ileostomy หลังผ่าตัด ปรกติจะเริ่มทำงานภายใน 48-72 ชั่วโมง ของเสียที่ออกมาในระยะแรกจะมีลักษณะเป็นของเหลวปนเมือกเหนียวสีเขียวเมื่อลำไส้มีการ เคลื่อนไหวจะมีของเสียลักษณะเป็นของเหลวออกประมาณ 1,000 มิลลิลิตร ถึง 1,800 มิลลิลิตร ต่อวัน ทั้งนี้เนื่องจากการสูญเสียระบบการดูดซึมของลำไส้ ในระยะนี้จึงมีความสำคัญมาก พยาบาลควรสังเกตการณ์สูญเสียและอิเล็กโทรลัยท์ มากผิดปกติ หลังผ่าตัดลำไส้จะสามารถ ปรับตัวในการดูดซึ่มกลับสู่ร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ของเหลวที่ขับออกมาลดลงเหลือ 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 ลักษณะอุจจาระที่ออกมาค่อนข้างเหนียวคล้ายแป้งเปียก 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 ของลำไส้ปนออกมาด้วย 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 ควรจัดให้นอนตะแคงด้านใดด้านหนึ่งสลับกัน เพื่อลดความเจ็บปวดและใช้หมอนรองบริเวณส่วนล่างให้สูงขึ้น เพื่อลดความไม่สุขสบาย

4. วัตถุประสงค์ที่ผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการหลังผ่าตัด หากพบอาการและอาการแสดง เปลี่ยนแปลง 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 ไม่ควรน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร ผู้ป่วยทำผ่าตัด abdominoperineal resection ต้องคาสายสวนปัสสาวะหลายวัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อของกระเพาะปัสสาวะ พยาบาลควรดูแลต่อสายยางลงถุงปัสสาวะโดยหลักเทคนิคการปลอดเชื้อ และทำความสะอาดวาระสัปดาห์วันละ 2 ครั้ง

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

9. สังเกตอาการผิดปกติหลังผ่าตัด ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยอยู่ในสภาพไม่ดีมาก่อนผ่าตัด หรือมีปัญหาทางเทคนิคขณะผ่าตัด หรือเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้เวลานานและเสียเลือดมาก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น การเสียเลือดบริเวณผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรก

ระยะที่ 2 ระยะพักฟื้น (secondary period)

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทวารเทียมหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยจะอ่อนเพลีย เจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกนึกคิดสับสน วิดกกังวล ไม่มั่นใจใน ทวารใหม่และภาพลักษณะใหม่เป็นสิ่งสำคัญที่สุด พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาก ซึ่งจะมี ผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดและทัศนคติที่ดีต่อทวารใหม่ได้มากที่สุด พยาบาลควรให้ความสนใจ ให้ความรู้สึกเป็นกันเอง ชวนผู้ป่วยพูดคุยพร้อมที่จะตอบข้อซักถามต่างๆ ได้ ไม่ควรแสดงสีหน้า ทำทางรังเกียจขณะเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม 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 หากถูกระแทก กระแทกและใช้ความรุนแรงมากจะทำให้เลือดออกมากได้ การทำความสะอาดควรระมัดระวังและ ทำด้วยความนุ่มนวล ทวารเทียมอาจจะมีเลือดออกได้เล็กน้อยขณะทำความสะอาด
- วัดขนาดของช่องทวารเทียมทุกครั้งที่เปลี่ยนอุปกรณ์ ขนาดของทวารเทียมจะ เล็กลง และมีขนาดคงที่หลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์

2. ขั้นตอนการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง

หลังผ่าตัดลำไส้แรก รอยแผลเปิดรอบช่องเปิดทวารเทียมยังไม่หาย และการหายของแผลยังไม่ดีพอ การทำความสะอาดระดูทวารเทียม ควรใช้น้ำเกลือล้างแผลที่สะอาดปราศจากเชื้อ เมื่อแผลรอบทวารเทียมหายสนิทแล้ว แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด เช็ดผิวหนังรอบช่องทวารเทียมด้วยสำลีหรือกระดาษชำระที่นุ่ม หรือผ้าที่นุ่มให้แห้ง หลังผ่าตัดลำไส้แรกพยาบาลควรสอน แนะนำ และทำความสะอาดให้ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเริ่มช่วยเหลือตัวเองได้ ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง เกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้

2.1 การถ่ายเทของเสียออกจากถุง โดยปรกติเมื่ออุจจาระหรือปัสสาวะมีปริมาณ 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 แล้ววัดขนาดที่วัดได้ลงบนแป้นที่จะติดครอบช่องทวารให้มีขนาดเท่ากัน (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 สำหรับชุบน้ำสะอาดเช็ดช่องเปิดทวารเทียม

การลอกเปลี่ยนถุง การลอกเปลี่ยนถุงควรทำด้วยความนุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากผิวหนังเป็นแผลถลอกและเกิดการเจ็บปวดมาก เทคนิคการทำโดยใช้นิ้วมือข้างหนึ่งกดผิวหนังบริเวณที่ติดแป้นไว้ แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งค่อยๆ ลอกแป้นออกจาก

ผิวหนัง ลอกเป็นจากขอบด้านบนบนของแผ่นลงมาด้านล่างตรงข้ามกัน พยายามไม่ให้เป็นการดึง
 แบนข้างเดียว จะช่วยลดการเกิดอันตรายต่อผิวหนังได้

2.3 การทำความสะอาดและดูแลรักษาผิวหนังรอบช่องเปิดทวารเทียม

2.3.1 ล้างช่องเปิดทวารเทียมเทียมด้วยน้ำสะอาด

2.3.2 ใช้กระดาษชำระที่อ่อนนุ่มหรือผ้านุ่มๆ เช็ดผิวหนังรอบช่องเปิด
 ทวารเทียม

2.3.3 ในผู้ป่วยที่ใช้ skin barrier paste จะมี paste เหนียวติดอยู่ที่
 บริเวณผิวหนังรอบช่องเปิด ให้เช็ดคราบพลาสติกหรือ skin barrier paste ที่ติดค้างบริเวณ
 ผิวหนังด้วยน้ำอุ่น หรือ skin wipes ออกให้หมด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดคราบแข็งติดผิวหนัง จะ
 เป็นสาเหตุให้ผิวหนังแตกเป็นแผล และควรใช้กรรไกรหรือที่โกนหนวดไฟฟ้าขลิบหรือโกนขน
 บริเวณผิวหนังใกล้เคียงช่องเปิดลำไส้ให้สั้นอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการระคายเคือง ขณะลอกเปลี่ยน
 ถัง

2.3.4 เช็ดช่องเปิดทวารเทียมและผิวหนังรอบช่องเปิดให้แห้ง

2.3.5 ปิดถ่วงรองรับอุจจาระใหม่

การทำความสะอาดควรทำเมื่อมีการรั่วหรือเปื้อนซึมของอุจจาระทุกครั้ง และเมื่อ
 มีอุจจาระมากกว่าครึ่งหนึ่งหรือหนึ่งในสามของถ่วง หรือทำความสะอาดพร้อมกับการอาบน้ำ

2.4 การเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม

อุปกรณ์รองรับอุจจาระได้มีการพัฒนาการผลิตขึ้นเรื่อยๆ โดยใช้เทคโนโลยี
 สมัยใหม่เพื่อให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับปัจจุบัน การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการผลิตได้
 อาศัยข้อมูลจากประสบการณ์การใช้ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเทียม อุปกรณ์ที่ทันสมัยจะสามารถ
 เก็บของเสียได้ดี ปราศจากกลิ่นสามารถป้องกันผิวหนังรอบช่องเปิด และพึงพอใจสำหรับผู้รักร
 ความสวยงาม เมื่อสวมใส่ภายใต้เครื่องแต่งกายแล้วเกิดความมั่นใจ มองไม่เห็นอุปกรณ์รองรับ
 อุจจาระ อุปกรณ์มีหลายชนิดให้เลือกใช้ ทั้งนี้ ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย สิ่ง
 ที่ควรพิจารณาเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจ ครอบครัวย ความสามารถในการซื้อ เพราะราคา
 อุปกรณ์ค่อนข้างสูง เป็นปัจจัยสำคัญซึ่งผู้ป่วยอาจจะมีปัญหา

การพยาบาลด้านจิตใจ

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ส่งเสริมให้บรรลุดัตถุประสงค์ โดยยึดผู้ป่วยเป็น
 ศูนย์กลาง ผู้สอนหรือผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้เทคนิคในเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมี
 ประสิทธิภาพ (Communicating effectively) ขึ้นอยู่กับกระบวนการ ทำความเข้าใจและช่วยเหลือ

ซึ่งกันและกัน ใช้ทักษะเพื่อทำให้เกิดกลยุทธ์ซึ่งจะนำไปสู่จุดมุ่งหมายทั้งขณะที่ทำการดูแลรักษา และตัวผู้ป่วยเอง

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

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

1. พูดคุยให้เกิดความสบายใจ ลดความขัดแย้ง
2. สร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจ โดยขอความร่วมมือจากผู้ปกครอง ญาติที่ใกล้ชิด 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 ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่ปราศจากสิ่งเฉพาะเจาะจง 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 อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 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 เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง 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 (จรินทร์ สมภู, 2539; อพิชชา ผ่องญาติ, 2543; วงเดือน เอี่ยมสกุลและคณะ, 2548; นวพร ชิตมน, 2549; ประทีน 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 และสายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2533)

3.4 ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล มีขั้นตอนของการเกิดดังต่อไปนี้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527: 168)

3.4.1 บุคคลมีความเชื่อความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่เขา มีต่อตนเอง

3.4.2 ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยมหรือภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเองถูกคุกคามทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์

3.4.3 บุคคลนั้นเกิดภาวะหวาดหวั่นไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร (Sense of Helplessness and powerlessness)

3.4.4 เกิดความรู้สึกอึดอัด กระวนกระวายใจขึ้น เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น ภาวะนี้เรียกว่า ความวิตกกังวล

3.4.5 บุคคลทำการขจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติ โดยเปลี่ยนพลังงาน ออกเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติเช่น โกรธ เสียงดังขึ้น มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายมากขึ้น

3.4.6 เกิดความรู้สึกอ่อนคลาคลายลง 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 มีความตั้งใจหรือผัดวันประกันพรุ่ง มีการเปลี่ยนแปลงของระดับเสียงและความเร็วในการพูด สماعิเลื่อมลง 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 ตันติพัฒนานันท์, 2522 อังโน 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 ระยะเวลาที่มากกระทบ การรู้เรื่องล่วงหน้า สิ่งที่เคยกระทบมาก่อน ความเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเน

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

เพศ ผู้ป่วยเพศหญิงมีความวิตกกังวลแฉ่งและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลมาจากการหลังฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ซึ่งเพศหญิงจะมีอารมณ์หงุดหงิดวิตกกังวลเมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลงมาก ส่วนเพศชายจะมีฮอร์โมนแอนโดรเจนซึ่งมีผลทำให้เพศชายมีลักษณะแข็งแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีการแสดงออกได้มากกว่า ทำให้เพศชายมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าเพศหญิง (Grabow & Buse, 1990 อ้างในสุรศักดิ์ พุฒินิพนธ์, 2545)

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

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีความวิตกกังวลแฉ่งมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการใช้สติปัญญา และมีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Leske, 1993 อ้างในสุรศักดิ์ พุฒินิพนธ์, 2545)

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ได้แก่

ระยะเวลาของการมีทวารเทียม สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ระยะเวลาของการมีทวารเทียมทางหน้าท้องมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องต้องการเวลาในการปรับตัว เพื่อที่จะยอมรับ

สภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ต้องมีมีทวารเทียมทางหน้าท้อง พยายามที่จะเรียนรู้ปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ramer (1989; อ้างในจรินทร์ สมภู, 2539) ที่ศึกษาความเปลี่ยนแปลงในความไว้วางใจ ความมีอิสรภาพของตนเองและความไม่สุขสบายทางจิตสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของการปรับตัวด้านการตัดสินใจอย่างเหมาะสม ระยะเวลาในการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ ตามกรอบแนวคิดของอิริคสัน ในประสบการณ์หลังผ่าตัดทวารเทียม พบว่า ในระยะเวลา 4 และ 12 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ความเชื่อถือไว้วางใจ และการตัดสินใจที่เหมาะสมเกี่ยวกับประโยชน์ที่ควรจะได้รับมีเพิ่มขึ้นตามลำดับ และการศึกษาของ Wade (1990) ที่ทำการศึกษากิจการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมหลังการผ่าตัด 10 สัปดาห์ และหลังการผ่าตัด 1 ปี พบว่า ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมหน้าท้อง หลังการผ่าตัด 10 สัปดาห์ มีความวิตกกังวล ร้อยละ 25 และในผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 ปี มีความวิตกกังวล ร้อยละ 9

ชนิดของทวารเทียม เนื่องจากระยะเวลาของการมีทวารเทียมมีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยดังกล่าวมาข้างต้น ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวรจึงมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดชั่วคราวเพราะผู้ป่วยจะต้องขับถ่ายอุจจาระออกทางหน้าท้องไปตลอดชีวิต (นวพร ชิตมน, 2549)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยควบคุมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง ระดับคะแนนของความวิตกกังวล ชนิดของทวารเทียม และระยะเวลาของการมีทวารเทียม โดยตัดเรื่องเพศและอายุออกเนื่องจาก จากการศึกษาของเนลสัน (Nelson, 1979 อ้างในเพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536) พบว่า อายุและเพศไม่เป็นอุปสรรคในการทำกลุ่ม คนกลุ่มอายุต่างๆ มีความสามารถในการเรียนรู้เท่าเทียมกันและการจัดให้มีทั้งสองเพศละกัน จะทำให้สภาพของกลุ่มมีความคล้ายคลึงกับสภาพสังคมภายนอก

3.7 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger & Sydeman (1994) แบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ลักษณะ คือ

3.7.1 ความวิตกกังวลตามสถานการณ์ หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety or A-State) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีความซับซ้อนที่เกิดขึ้นกับบุคคล โดยมีการประเมิน หรือตีความสถานการณ์ในขณะนั้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม ทำให้เกิดความตึงเครียดและกลัว ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์นี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะคุกคามที่บุคคลนั้นรับรู้ และการตีความว่าสถานการณ์ที่เป็นอันตรายนั้นยังคงอยู่ บุคคลจะมี A-State อยู่ในระดับต่ำเมื่อเผชิญกับ

เหตุการณ์ที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียด หรืออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตราย แต่ไม่รับรู้ว่าจะอยู่ในภาวะคุกคาม

3.7.2 ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะประจำตัวของบุคคล หรือความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไปที่ประเมินว่าเป็นอันตราย หรือถูกคุกคาม เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลจะมากหรือน้อยแตกต่างกันไป ผู้ที่มี A-Trait ในระดับสูงอาจรับรู้ว่าจะสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอันตรายและกำลังคุกคามตนเองมากกว่าผู้ที่มี 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) ต่อมพิทูอิทารีหลังฮอริโมนแอดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (adrenocorticotrophic hormone) ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนใน (adrenal cortex) หลังฮอริโมนคอร์ติคอลล (cortical hormone) มีผลทำให้ร่างกายต้านทานต่อความวิตกกังวลได้ดีขึ้น

2) ไฮโปทาลามัส ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ จะส่งแรงกระตุ้นต่อไปยังแอดรีนอลเมดัลลา (adrenal medulla) ของต่อมหมวกไตให้หลั่งสารอิพิเนพริน (epinephrine) ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายมีการตอบสนองในการที่จะต่อสู้หรือถอยหนี ในขณะที่แรงกระตุ้นถูกส่งไปยังสมองส่วนบน สมองส่วนนี้จะทำหน้าที่คิด การคิดทำโดยแยกแยะข้อมูลที่ได้ ออก แล้วเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในอดีตที่เก็บไว้ในฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ถ้าเห็นว่าเป็นอันตรายก็จะกระตุ้นระบบเรติคูลาร์ แอคติเวติง (reticular activating system) เพื่อให้เกิดความสมดุลง ในขณะที่ยังมีสมองส่วนบนมีการทำงานมาก ระบบนี้ก็จะ

ถูกกดไว้ เพื่อที่จะลดไม่ให้ส่งข้อมูลเข้าสู่สมองมากเกินไป แต่ถ้าระบบนี้ทำงานไม่ได้เต็มที่ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม การส่งข้อมูลเข้าสู่สมองจะเพิ่มขึ้น สมองส่วนบนจะทำหน้าที่มากขึ้นโดยไม่หยุดยั้งจนในที่สุดผลที่ออกมาจะเป็นอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรง

3.8.1.2 การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในร่างกาย ดังนี้

1) ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า จะหลั่งฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติโคโทรปิลไปกระตุ้นแอดรีนอลคอร์เทคให้หลั่งแอดรีโนคอร์ติคอยด์ 3 ชนิด คือ

1.1) มินเนอราโลคอร์ติคอยด์ (mineralocorticoid) เพื่อควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ เช่น โซเดียม โปแตสเซียมและแคลเซียม

1.2) กลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoids) มีผลต่อการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมันและน้ำตาล ทำให้อัตราการเผาผลาญของร่างกายมีมากขึ้น

1.3) แอนโดรเจน (androgen) มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อและเสริมสร้างลักษณะเพศชาย ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้

2) ต่อมพิทูอิทารีส่วนหลัง จะหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูริติก (antidiuretic hormone) เพื่อควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ

3) ไฮโปทาลามัส จะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nerve) ไปยังแอดรีนอลเมดัลลา ให้หลั่งฮอร์โมนแคททีโคลามีน (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 ลือบุญรัชชัย, 2549) หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย โกรธง่าย รู้สึกตนเองไม่มีค่า ไม่มีความสำคัญ เศร้า เสียใจง่าย ร้องไห้บ่อย สงสัยบ่อย ซักถามมากขึ้น พักผ่อนได้น้อย

หวาดหวั่น แยกตัว ขาดความสนใจ ขาดความคิดริเริ่ม ร้องไห้ง่าย แม้เรื่องเพียงเล็กน้อย เรียกร้อง ฟังพาทู้อื่น ต่ำหนิติเตียนผู้อื่น วิจาร์ณตัวเองและผู้อื่น มีความโน้มเอียงที่จะทำร้ายตนเอง ผันร้าย ไร้อารมณ์ สัมพันธภาพกับผู้อื่นเปลี่ยนแปลงไป ฯลฯ

3.9 การประเมินระดับความวิตกกังวล

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

3.9.1 การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เนื่องจากมีการหลั่งของอิพิเนพริน (epinephrine) และนอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) เช่น มีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มความดันโลหิตซิสโตลิก เพิ่มอัตราการหายใจ มีการขยายของรูม่านตา มีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ท้องอืด คลื่นไส้ มีเหงื่อออกมาก กล้ามเนื้อเกร็งปวดเมื่อย ฯลฯ

3.9.2 การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก การสังเกตนี้จะสังเกตถึงความแปรเปลี่ยนในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันในการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ หรือซับซ้อน เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้นเป็นปฏิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายในใจ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น มีอาการกระสับกระส่าย ลูกลี้ลูกกลน มือสั่น 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 แบบวัดความวิตกกังวลแบบสเทท (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 การบอกข้อมูลให้ครอบครัวทราบจะช่วยให้มีการจัดการอย่างได้ผล ซึ่งจะเสริมความรู้สึกดีกับตัวผู้ป่วยด้วย

4.1.2 พฤติกรรมบำบัด เทคนิคของพฤติกรรมบำบัดคือ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีขึ้น เช่น เพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัญหา เทคนิคอย่างอื่น ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การจินตนาการถึงภาพที่มีความสุขและการทำสมาธิ

4.1.3 การแก้ไขการรับรู้การเข้าใจและพฤติกรรม แนวคิดของการรักษาวิธีนี้คือ ความรู้สึกไม่สบายใจเกิดขึ้นหรือมีอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากรูปแบบความเชื่อและความคิดผิดปกติ แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงความคิดที่ผิดปกติและให้พิจารณาใหม่อย่างมีเหตุผล 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 การสร้างจินตนาการวิธีการนี้จะช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผลมาจากการที่ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งและมีความปวดการที่ผู้ป่วยมีการสร้างจินตนาการจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด ทำให้เกิดความผ่อนคลายส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้

4.2.2 การเปลี่ยนสถานที่หรือสิ่งแวดล้อม สามารถทำได้โดย การเดินบนพื้นไม้หรือพื้นทรายในระยะทางไกล การฟังดนตรี การพาสัตว์เลี้ยงไปเดินเล่น การหางานอดิเรกทำ ถือเป็นวิธีการเปลี่ยนสถานที่เปลี่ยนบรรยากาศของสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล ถือเป็นวิธีการลดความวิตกกังวลโดยการที่พาตัวเองออกมาจากสิ่งกระตุ้นนั้น

4.2.3 การออกกำลังกายหรือการนวด การออกกำลังกายจะช่วยในการลดความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลที่มี ส่วนการนวดจะช่วยให้ออกซิเจนเกิดการผ่อนคลาย ถือเป็นวิธีการส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายความเครียดส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง

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

4.2.5 การควบคุมการทำงานของกายและจิตของตนเอง เป็นการติดตามกระบวนการทำงานทางสรีรวิทยาของร่างกาย โดยการสังเกตดูและจากการฟัง เทคนิคนี้ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการปวดศีรษะในโรคไมเกรน ลดความดันโลหิต และลดความปวด ซึ่งส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง

4.2.6 ลดปฏิบัติการตอบสนองจากระบบ เป็นการกำหนดสิ่งง่ายๆ เป็นเทคนิคที่ให้คุณได้เผชิญกับสิ่งที่ทำให้เกิดความกลัว 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 สำหรับใช้เป็นหลักฐานหาความจริงหรือการคำนวณ

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

ดังนั้นสรุปได้ว่า การให้ข้อมูลทางการพยาบาล หมายถึง การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรค การรักษา การผ่าตัด และสภาพที่ผู้ป่วยต้องประสบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

5.2 ลักษณะของข้อมูล

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

1) ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำเป็นขั้นตอนหรือข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ(Procedural information) เป็นการอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นหรือต้องประสบ

ช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ (cognitive control) ส่งผลให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม นิยมใช้ในการให้ข้อมูลในการทำเหตุการณ์ต่าง ๆ

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

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

4) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกรวมจากประสาทสัมผัส (Sensory information) คือ การรับรู้รส สัมผัส 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 ข้อมูลที่ให้มามีลักษณะเหมือนกันทั้งสองแห่ง แตกต่างกันเล็กน้อยในส่วนของข้อมูลที่ให้ในแต่ละวัน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำการให้ข้อมูลแบบกลุ่มมาใช้ในการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม ซึ่งพบว่ามี การแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่ม มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับข้อมูล ทำให้เกิดการเรียนรู้และทำให้การให้ข้อมูลมีประสิทธิภาพ

5.4 ข้อคำนึงถึงในการให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ได้มีผู้เสนอแนวทางและข้อคำนึงในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ดังนี้ (Manley, 1988; Stanik, 1990 อ้างถึงใน สุภาพพ 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 หลีกเลี่ยงสิ่งที่รบกวนขณะให้ข้อมูล

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

6. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

6.1 ความหมายของกระบวนการกลุ่ม

คำว่า “ กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ” มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้ ดังนี้

สมพัทธ์ ย์ญญะสิทธิ์ (2529) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่ม หมายถึง ปฏิบัติการที่ตอบโต้กันอย่างเสรีที่สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มช่วยกระตุ้นซึ่งกันและกัน เพื่อใช้ความรู้ความสามารถพิเศษที่มีอยู่ในตัวของบุคคลแต่ละคนเพื่อประโยชน์ และความสำเร็จของกลุ่มโดยมีหัวหน้าเป็นผู้คอยแนะทางให้ ปฏิบัติการโต้ตอบกันในกลุ่มนั้น บรรลุถึงจุดประสงค์ของแต่ละบุคคลของกลุ่ม สำหรับกลุ่มที่ช่วยกันแก้ปัญหาของกลุ่มสมาชิกในกลุ่มจะใช้ความรู้ความสามารถของตนในการเลือกจุดมุ่งหมายของกลุ่ม

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 และมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม

6.2 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่ม

ธรรมชาติที่แสดงถึงลักษณะกลุ่มโดยทั่วไป จะต้องประกอบด้วยลักษณะพื้นฐานอย่างน้อยดังต่อไปนี้ (อุทัย บุญประเสริฐ, 2529)

6.2.1 กลุ่มจะต้องมีอย่างน้อย 2 คนมารวมกัน

6.2.2 กลุ่มจะต้องมีการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันหรือมีปฏิสัมพันธ์กัน

6.2.3 กลุ่มจะต้องมีสิ่งหนึ่งใดที่ทำให้คนที่เข้ามาร่วมกลุ่มเกิดความพึงพอใจหรือเกิดแรงจูงใจ ทำให้มารวมกลุ่มกันขึ้น

6.3 ลักษณะทั่วไปของกลุ่ม (คูทัย 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 มีปทัสฐานของกลุ่ม (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 (ทิตนา แชมมณี, 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 สติปัญญา ทักษะ ทักษะ 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 พลังหรือการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของกลุ่ม (Dynamics of Syntality) หมายถึงการแสดงกิจกรรมหรือความร่วมมือของสมาชิกในกลุ่มเพื่อจุดมุ่งหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง การกระทำของสมาชิกจะมีลักษณะ 2 ประการ คือ

1) ลักษณะที่ทำให้กลุ่มรวมกันได้ (Maintenance Synergy) หมายถึงลักษณะของความร่วมมือในการกระทำกิจกรรมของสมาชิกแต่ละกลุ่ม เพื่อให้ความสัมพันธ์ของสมาชิกเป็นไปอย่างราบรื่น และก่อให้เกิดความสามัคคี ความร่วมแรงร่วมใจกัน (Cohesion) ซึ่งจะทำให้การรวมกลุ่มโดยไม่มีแตกแยก หรือการถอนตัวออกจากกลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น

2) ลักษณะที่ทำให้กลุ่มประสบผลสำเร็จ (Effective Synergy) หมายถึงกิจกรรมที่สมาชิกกระทำเพื่อให้กลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

6.4.2 ทฤษฎีสัมฤทธิ์ผลของกลุ่ม (A Theory of Group Achievement) สโตกดิลล์ (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 และจะต้องเป็นผู้ที่พิจารณาหาวิธีในการแก้ไขปัญหานั้น อุปสรรคที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่ม

6.6 วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมกลุ่ม

ในการจัดตั้งกลุ่มนั้น แต่ละกลุ่มมีวัตถุประสงค์เฉพาะซึ่งสามารถประมวลถึงวัตถุประสงค์การตั้งกลุ่มไว้ได้ ดังนี้ (เกสรี เลิศประไพ, 2539)

6.6.1 ลดระดับอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ ที่ก่อวนชีวิตความเป็นอยู่ 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 (ทีศนา เขมมณี, 2522)

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

6.7.2 การวางระเบียบการทำงาน (Regulating) คือ บทบาทในการแนะแนวทาง และกระตุ้นการทำงานของกลุ่ม 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 ชูณหะวัต, 2539; ไพรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541; Buffum M. & Madrid E., 2003; อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง, 2548)

1) เป็นผู้ตรวจสอบ ยืนยันและแก้ไขข้อมูล เพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง

2) คัดเลือกสมาชิก ติดต่oprะสานงานกับทีมสุขภาพในรายที่ต้องได้รับการส่งต่อในการรักษา

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 เป็นแบบอย่างของสมาชิกคนอื่น ๆ

6.9.3 ตัดสินเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง

6.10 โครงสร้างของกลุ่ม

6.10.1 ขนาดของกลุ่ม มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิกในการทำงานของกลุ่มขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมคือ 7 คน (Yalom, 1975, 1995 อ้างในสุทธิณี พิศวิสัย, 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 หรือสิ่งที่เป็นเบนความสนใจและมีบรรยากาศที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ การจัดกิจกรรมกลุ่มควรจัดให้สมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มนั้นเป็นวงกลมซึ่งการนั่งเป็นวงกลมถือเป็นตำแหน่งการนั่งที่ดีที่สุด (Yalom, 1975; 1995 อ้างในสุทธิณี

พัควิสัย, 2546) ที่จะทำให้สมาชิกกลุ่มได้เห็นหน้าซึ่งกันและกันและกันและมีการประสานสายตาในระหว่างการสนทนา 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 หรือบรรยากาศชบเซามีสมาชิกที่ไม่ค่อยพูด จำเป็นต้องรับสมาชิกที่พูดและเปิดเผยตนเอง เหล่านี้เป็นเหตุผลของการเปิดรับสมาชิกใหม่ได้ทั้งสิ้น ซึ่งการเปิดรับสมาชิกใหม่นี้จะส่งผลให้กลุ่มได้ประโยชน์ในการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มองโลกในแง่บวกต่างๆ ได้หลายมุมมองจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สำหรับการศึกษานี้ครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มแบบเปิดเพื่อให้มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

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 ระยะต่อเนื่องหรือระยะที่ทำให้สมาชิกเกิดการแก้ไขปัญหา และเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี (The Working Phase or Continuing Phase) เป็นระยะจากที่สมาชิกเกิดความไว้วางใจในกลุ่มแล้วมีความเข้าใจจุดมุ่งหมาย และการดำเนินการของกลุ่ม สมาชิกจะเปิดเผยตนเองมากขึ้น ผู้นำกลุ่มจะต้องให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดระบายปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ในระหว่างสมาชิกด้วยกัน ด้วยวิธีนี้จะทำให้สมาชิกแต่ละคน รู้สึกในคุณค่าของตนเองมากขึ้น เพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหาของตนเองสามารถเลือกวิธีแก้ไขได้ตลอดจน เมื่อสมาชิกสามารถช่วยเหลือคนอื่นให้เข้าใจในปัญหาบางอย่างได้

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

6.11 ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม

6.11.1 ช่วยพัฒนาในตัวบุคคล มีดังนี้ (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2549)

(1) กระบวนการกลุ่มช่วยสนองความต้องการของบุคคลได้ โดยสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ความปลอดภัย และความต้องการเป็นที่ยอมรับจากกลุ่ม

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

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

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

(5) ภาระบวกร่วมช่วยพัฒนาความรู้และทักษะต่างๆ ในการเข้ากลุ่ม สมาชิกต้องให้ความร่วมมือในการเคารพกฎเกณฑ์ของกลุ่ม ต้องให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม เช่น การเป็นผู้รู้จักฟัง รู้จักให้ข้อมูลต่างๆ แก่สมาชิก ในการฟังนี้เองทำให้เกิดความรู้ที่เพิ่มขึ้น ได้ความรู้จากผู้อื่น พัฒนาขึ้นจากสิ่งของตนเองได้รู้อยู่ ได้ร่วมพัฒนาทักษะในการร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ได้ฝึกทำตามกลุ่ม สิ่งเหล่านี้จะเห็นได้ว่าล้วนมีประโยชน์แก่สมาชิกทั้งสิ้น

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

6.11.3 ภาระบวกร่วมมีคุณค่าในการบำบัด ในวงการแพทย์ได้นำเอาภาระบวกร่วมมาใช้บำบัดผู้ป่วยทางจิต 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 กระบวนการกลุ่มมีคุณค่าในวงการศึกษาศึกษา กระบวนการกลุ่มเริ่มเข้ามามีบทบาทในวงการศึกษาศึกษา 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 (ดุรณี ชุณหะวัต, 2539)

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

6.12.2 สมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่เจ็บปวด ผู้ที่เดินไม่ได้ ผู้ที่ติดตื้อสื่อสารทางภาษาพูดไม่ได้ 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 ผู้นำกลุ่มจะต้องให้ สมาชิกในกลุ่มได้พูดระบายปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ในระหว่างสมาชิก ด้วยกัน ด้วยวิธีนี้จะทำให้สมาชิกแต่ละคนรู้สึกในคุณค่าของตนเองมากขึ้น เพื่อให้สามารถเข้าใจ ปัญหาของตนเองสามารถเลือกวิธีแก้ไขได้ ตลอดจนเมื่อสมาชิกสามารถช่วยเหลือคนอื่นให้เข้าใจ ในปัญหาบางอย่างได้

3. ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ภายหลังจากการทำกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองสามารถเผชิญปัญหาด้วยตนเอง

โดยดำเนินการเข้าร่วมกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ในแต่ละครั้งประกอบด้วย 3 ระยะดังกล่าวมา ข้างต้น ในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มทุกครั้ง เนื้อหา ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 1 ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รายละเอียด ระยะเวลา สถานที่ กฎระเบียบ ข้อตกลงและบทบาทในการเข้าร่วมกลุ่ม ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เช่น สาเหตุ อาการและอาการแสดง การป้องกัน และการรักษา ความรู้สึกและปัญหาจากการมีทวาร เทียมทางหน้าท้องรวมทั้งวิธีการในการแก้ปัญหาของแต่ละคน การเข้ากลุ่มครั้งที่ 2 มีเนื้อหา เกี่ยวกับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องมีทวารเทียม ปัญหาที่พบในการดูแลทวารเทียม ผลิตภัณฑ์ที่ต้องใช้กับทวารเทียม สาธิตการทำความสะอาดและการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ ให้ ผู้ป่วยทำการสาธิตย้อนกลับ การเข้ากลุ่มครั้งที่ 3 เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวาร เทียม การดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน การสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียม แหล่งที่ ให้บริการ การเข้ากลุ่มครั้งที่ 4 เป็นการเข้ากลุ่มครั้งสุดท้าย เนื้อหาประกอบด้วย ผู้วิจัยและผู้ป่วย ร่วมกันสรุปประสบการณ์ทั้งหมดที่ได้จากการทำกลุ่ม สิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่ยังเป็นปัญหา ความรู้สึกต่อการเข้าร่วมกลุ่มทั้ง 3 ครั้งที่ผ่านมา หลังจากนั้นปิดการทำกลุ่ม

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง

สายปัญญา คงพันธุ์ (2535) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษาโดยการใช้ กระบวนการกลุ่มแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ ได้รับรังสีรักษา ณ บ้านพักผู้ป่วยมะเร็ง สมาคมต่อต้านมะเร็งแห่งประเทศไทย แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง 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 ($P < 0.03$) และภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.008$)

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) ช่วยให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและเพื่อน 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 ที่ผู้ป่วยยังมีอาการข้างเคียงจากรังสีอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเอง

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 ศึกษาปฏิริยาสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม การสนับสนุนที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากกลุ่ม ประเด็นปัญหาและการช่วยเหลือจากกลุ่ม บทบาทของพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้ช่วยเหลือรวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จัดการประชุมกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่ม 3 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมมากกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($P < .01$) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน ปฏิริยาสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมพยายามแก้ปัญหา รองลงมาเป็นพฤติกรรมตอบสนองอารมณ์ทางด้านบวก พฤติกรรมถามปัญหา ส่วนพฤติกรรมตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบพบน้อยที่สุด

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

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูล

คุปต์ จังพานิช และคณะ (2538) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่ม

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

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

ลิกิจ โหระอุฤทธิ์ (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

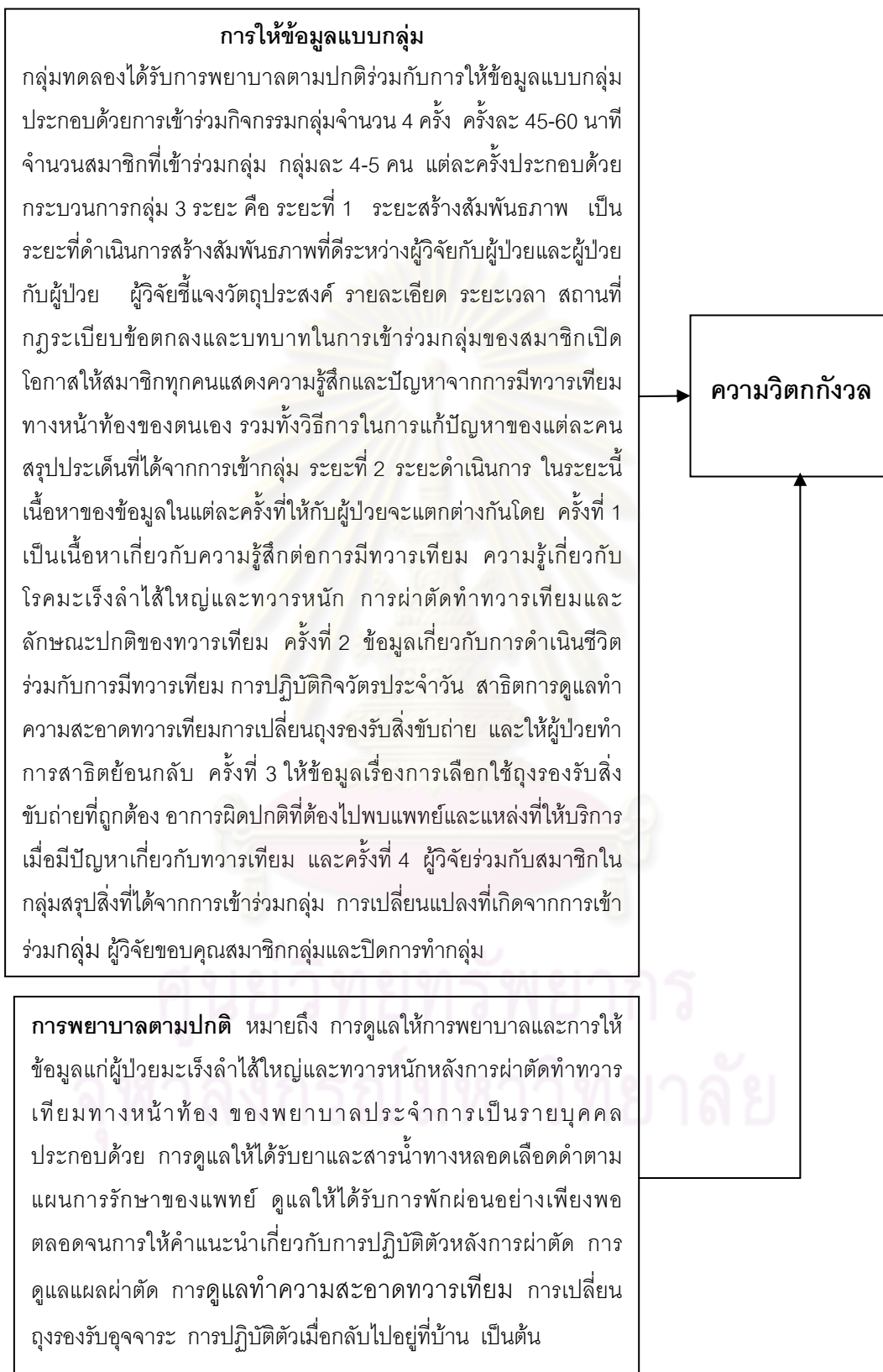
ความวิตกกังวล เป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง การลดความวิตกกังวลจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับอย่างเพียงพอและเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในปัจจุบันมีการให้ความสำคัญกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง แต่ประสิทธิภาพของการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลยังไม่ดีพอ เนื่องจากความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน ดังนั้น การนำการจัดกิจกรรมการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มมาเป็นแนวทางในการลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวาร

เตรียมทางหน้าท้องจะทำให้ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ดีขึ้น เนื่องจาก สมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการกลุ่มเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน มีปัญหาและประสบการณ์คล้ายคลึงกันย่อมเข้าใจความรู้สึกของกันและกันได้ดียิ่งขึ้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

9. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง O_1 X O_2

กลุ่มควบคุม O_3 - O_4

X แทนการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม

O_1 แทนคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง

O_2 แทนคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

O_3 แทนคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม

O_4 แทนคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทวารเทียม ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทวารเทียม ขณะที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ซึ่งรูปแบบของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นการให้ข้อมูลแบบรายบุคคลเหมือนกันทั้งสองแห่ง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน และกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ
3. ไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคต่อมไทรอยด์ โรคจิตและโรคประสาทในระยะที่ควบคุมอาการไม่ได้

4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ปวยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการกลุ่มได้ครบโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่เป็นอุปสรรคในการเข้ากลุ่ม ขณะร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ปวยจำนวน 8 คน มีอาการปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อยซึ่งไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 รายแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม และอีก 20 ราย เป็นกลุ่มทดลอง โดยวิธีจับคู่ (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กำหนดให้แต่ละคู่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง 1) ระยะเวลาของการมีทวารเทียม (ห่างกันไม่เกิน 1 สัปดาห์) 2) คะแนนความวิตกกังวลตามสถานการณ์ก่อนการทดลองแตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน และ 3) ชนิดของทวารเทียม (ชั่วคราวและถาวร)

แสดงรายละเอียดคุณสมบัติการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างไว้ในภาคผนวก จ หน้า 154

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้ปวยที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นผู้ปวยหลังการผ่าตัดตั้งแต่วันที่ 2 ถึงวันที่ 4 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ปวยในการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม โดยผู้วิจัยประเมินความพร้อมของผู้ปวยทุกรายก่อนทำการนัดหมายวัน เวลา ในการเข้าร่วมกลุ่ม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางของ สุกุมล ว่องวานิช และนางลักษณ์ วิรัชชัย (2546: 107) ที่กล่าวว่า “การวิจัยกึ่งทดลอง ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละไม่น้อยกว่า 20 คน” โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน

ตารางที่ 1 แสดงที่มาของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
รพ.สรรพสิทธิประสงค์	12	12
ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี	8	8
รวม	20	20

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว(ต่อเดือน) อาชีพ สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ชนิดของทวารเทียม และระยะเวลาของการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

1.2 **แบบวัดความวิตกกังวล** ใช้แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (The State-Trait Inventory Y-1 (STAI form Y-1)) ของ Spielberger et al. (1983) ซึ่งแบบวัดนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เขียมสุภาษิต และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) จำนวน 20 ข้อ ข้อความด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ข้อความด้านลบ 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 แต่ละข้อเป็นมาตรวัดประเมินค่า 4 ระดับ คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ เกณฑ์การให้คะแนนมี ดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	
ไม่มีเลย	4	1	คะแนน
มีบ้าง	3	2	คะแนน
มีค่อนข้างมาก	2	3	คะแนน
มีมากที่สุด	1	4	คะแนน

การแบ่งระดับความวิตกกังวล เนื่องจากสปีดเบอ์เกอร์และคนอื่นๆ ไม่ได้แบ่งช่วงคะแนนของระดับความวิตกกังวลจากแบบประเมินที่สร้างไว้ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการหาอันตรายภาคขึ้นโดยใช้ค่าพิสัย (ประคอง กรรณสูต, 2542) คำนวณค่าคะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม ลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
20-39	มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ
40-59	มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง
60-80	มีความวิตกกังวลในระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. การให้ข้อมูลแบบกลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดรูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram(1978) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้อง และแนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้อง ศึกษาแนวคิดการลดความวิตกกังวลโดยใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram(1978)

2) กำหนดเนื้อหาให้ครอบคลุมด้านการดูแลและการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียมทางหน้าท้อง เพื่อลดความวิตกกังวลตามแนวคิดรูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram(1978)

3) สร้างกิจกรรมการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้งจำนวน 4-5 คน จัดกิจกรรมกลุ่มติดต่อกันทุกวัน ใช้เวลารวมทั้งหมดในการจัดกิจกรรมกลุ่มแต่ละกลุ่ม 4 วัน และในกระบวนการกลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วย 3 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพหรือระยะเวลาเริ่มต้น ระยะเวลาดำเนินการหรือระยะเวลาต่อเนื่อง และระยะสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่ม โดยมีขั้นตอนในการจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม ดังนี้

3.1) ประเมินสภาพร่างกายและความพร้อมของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะรับข้อมูล และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเนื้อหาของข้อมูลที่จะให้กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษา การมีทวารเทียมซึ่งเป็นผลมาจากการรักษาด้วยการผ่าตัด ตลอดจนการดูแลทวารเทียม เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมนัดหมายวัน เวลา ตามที่ผู้ป่วยสะดวกและแจ้งสถานที่ให้ผู้ป่วยทราบ

3.2) การให้ข้อมูลแบบกลุ่ม จัดกิจกรรมกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง โดยในการเข้าร่วมกลุ่มครั้งที่ 1 ข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการมีทวารเทียม ความรู้

เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การผ่าตัดทำทวารเทียมและลักษณะปกติของทวารเทียม ครั้งที่ 2 ข้อมูลที่ให้ประกอบด้วย การดำเนินชีวิตร่วมกับการมีทวารเทียม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ผู้วิจัยสาธิตการทำ ความสะอาดและเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระแล้วให้ผู้ป่วยทำการสาธิตย้อนกลับ ครั้งที่ 3 ข้อมูลที่ให้ ประกอบด้วย การเลือกใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายที่ถูกต้อง อาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์และแหล่งที่ให้บริการเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับทวารเทียม และครั้งที่ 4 ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกในกลุ่มสรุปสิ่ง ที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้วิจัยขอขอบคุณสมาชิกกลุ่ม และปิดการทำกลุ่ม

3.3) การประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการ ประเมินผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม ว่ามีผลต่อการดูแลตนเองและต่อการดูแลทวารเทียม อยางไรบ้าง

4) จัดทำสื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำรา และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

4.1) ข้อมูลประกอบการสนทนาในกระบวนการกลุ่ม

4.2) จัดทำคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียม

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม เป็นแบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้ ประเมินความรู้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครบทั้ง 4 ครั้ง ประกอบด้วย ข้อคำถามให้เลือกตอบถูกผิดจำนวน 10 ข้อ ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่าร้อยละ 80 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม การ ดูแลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แต่ถ้าพบว่าภายหลังการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนต่ำกว่า เกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะทำการสอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามถึงสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ และจะให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง

ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 20 ราย พบว่าผู้ป่วยตอบแบบวัดความรู้ได้คะแนนร้อยละ 100 จำนวน 4 ราย ร้อยละ 90 จำนวน 11 ราย และร้อยละ 80 จำนวน 5 ราย สรุปว่าผู้ป่วยในกลุ่ม ทดลองมีความรู้หลังการทดลองผ่านเกณฑ์ 80% ทุกราย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหาและภาษา หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมเหมาะสมของข้อคำถาม ดังนี้

1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ 1 คน

1.1.3 อาจารย์พยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญการสอนด้านการจัดกิจกรรมกลุ่ม 1 คน

1.1.4 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม 1 คน

1.1.5 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่ม 1 คน

จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้ จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

- ระดับการศึกษา ให้เปลี่ยนจาก “ต่ำกว่าประถมศึกษา” เป็น “ไม่ได้เรียนหนังสือ” และเพิ่มใน “ระดับอนุปริญญา” เป็น “อนุปริญญา/ปวส.”

- รายได้ของครอบครัว “เปลี่ยนจาก 0-5,000 บาท” เป็น “ต่ำกว่า 5,000 บาท”

- อาชีพ ให้เพิ่ม ธุรกิจส่วนตัว และเปลี่ยนจาก “ทำงานบ้าน” เป็น “ไม่ได้ประกอบอาชีพ”

- ให้เพิ่มเติมเรื่องสิทธิในการรักษาพยาบาล

1.2 ผู้วิจัยไม่ได้นำแบบวัดความวิตกกังวลไปหาความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากแบบวัดนี้มีการนำไปใช้ได้แพร่หลายโดยค่าความตรงและค่าความเที่ยงของเครื่องมือนี้เป็นที่ยอมรับ และยังไม่พบปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger, 1988 อ้างใน ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534) สำหรับแบบวัดความวิตกกังวลผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือ โดยขออนุญาตจากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ของนิสิตมหาบัณฑิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมี รศ.ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

1.3 ผู้วิจัยนำกิจกรรมการพยาบาลการให้ข้อมูลแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แนวทางการจัดกิจกรรมกลุ่ม ข้อมูลประกอบการสนทนาในกระบวนการกลุ่ม คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของ ภาษา รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม การสื่อความหมายและความเหมาะสมของภาษากับรูปภาพในคู่มือ จำนวน 5 คน

คณะผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เช่นความเหมาะสมของภาษา การสื่อความหมายด้วยภาพ ดังนี้

1) แนวทางการจัดกิจกรรมกลุ่ม การจัดกิจกรรมกลุ่มควรดูบริบทของการจัดกระทำว่ามีขั้นตอนการดำเนินการอย่างไร พร้อมทั้งควรอธิบายในรายละเอียดทุกครั้งว่ามีการวางแผนการดำเนินการอย่างไร เขียนให้ชัดเจน ตั้งวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2) ข้อมูลประกอบการสนทนาในกระบวนการกลุ่ม ปรับสำนวนภาษาให้กระชับ และใช้คำให้คงที่ ควรพูดคุยในเรื่องกิจวัตรประจำวันก่อนเรื่องภาวะแทรกซ้อน

3) คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ปรับขนาดของตัวหนังสือให้ใหญ่ขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอ่านได้ง่าย เรียงลำดับหัวข้อในคู่มือใหม่เป็นการผ่าตัด ความรู้ทั่วไป การดูแลทวารเทียม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แหล่งให้บริการเพิ่มเติมแหล่งบริการและเบอร์ติดต่อของแหล่งให้บริการสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนี้ มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วจึงนำไปใช้ทดลองใช้

1.4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาและรูปแบบ ผู้ทรงคุณวุฒิไม่มีข้อแก้ไขเพิ่มเติม โดยคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = .90

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

2.1 สำหรับแบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ของ Spielberger et al. (1983) ฉบับภาษาไทยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงโดย ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2534) ได้นำไปวัดความวิตกกังวลของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 86 คน นำผลมาทดสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach,s alpha

coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .90 และเป็นแบบวัดความวิตกกังวลที่ใช้ได้ในกลุ่มตัวอย่างหลายประเภท

รัตนา อยู่เปลว (2543) ได้นำแบบวัดนี้ไปวัดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย ทดสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

อพัชชา ผ่องญาติ (2543) ได้นำแบบวัดนี้ไปวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 14 ราย ทดสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้องในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยง ของแบบวัดความวิตกกังวล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93 และในกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81

2.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษา ที่ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 3 คน เพื่อประเมินแนวทางการจัดกิจกรรมกลุ่ม ข้อมูลประกอบการสนทนาในกระบวนการกลุ่ม ความเข้าใจในคู่มือ ภาษาที่ใช้ ระยะเวลา และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม ตลอดจนจดดูความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

ผลการนำไปทดลองใช้พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี ระยะเวลาที่ใช้มีความเหมาะสมประมาณ 45-60 นาทีและคู่มือที่ให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความเห็นว่ามีข้อมูลช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเพิ่มขึ้น ยังสามารถนำมาเปิดอ่านได้ซ้ำอีกตามความต้องการ

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนประเมินผล ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ขั้นตอนเตรียมผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องโดยการทบทวนวรรณกรรมและตำราที่เกี่ยวข้อง และความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่มและการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยการศึกษาจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ฝึกประสบการณ์การจัดกลุ่มโดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นผู้ควบคุมและให้คำปรึกษา ศึกษาดูงานการจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จัดโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.2.1 ขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1.2.2 เตรียมสื่อที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ข้อมูลประกอบการสนทนาในกระบวนการกลุ่ม และผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลทวารเทียม ได้แก่ ถุงรองรับอุจจาระชนิดขึ้นเดีวปลายปิด ชนิดขึ้นเดีวปลายเปิด ชนิดสองชั้นปลายปิด ชนิดสองชั้นปลายเปิด กรรไกรลำลี กาวสำหรับปิดแป้น

1.3 จัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการทดลอง ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ใช้ห้องประชุมแผนกศัลยกรรมทั่วไป สาย 1 ที่ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานีใช้ห้องประชุมหอผู้ป่วยสามัญหญิง ซึ่งเป็นห้องที่มีขนาดเหมาะสม เป็นส่วนตัวเพื่อส่งเสริมให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มและในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

1.4 เตรียมผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเป็นรายบุคคลทุกคน เพื่อประเมินสภาพและความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกลุ่ม ซึ่งแจ้งรายละเอียดของการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยทราบ เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมจึงนัดหมายวัน เวลา ในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อไม่ให้รบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย หรือรบกวนให้น้อยที่สุด

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลให้การพยาบาลและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้องเป็นรายบุคคล การดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ตลอดจนการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด การดูแลทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นต้น

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม โดยการเข้าร่วมกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วยหลังผ่าตัดก่อนนำผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่ม 1 วัน เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ อธิบายและชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยการเข้าร่วมเป็นกลุ่มทดลอง พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยเมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัยให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที การเข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้งทำติดต่อกันทุกวัน วันละครั้ง รวม 4 วัน กลุ่มละ 4-5 คน แต่ละคนมีญาติเข้าร่วมด้วย 1 คน กิจกรรมที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยต้องทำ คือ เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยจะต้องเข้าร่วมกลุ่มครบทั้ง 4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งนั้นสมาชิกกลุ่มจะเป็นกลุ่มเดิมตลอด ในแต่ละครั้งผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยคนอื่นๆ ด้วย ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยมีรายละเอียดของการเข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในห้องประชุมที่จัดไว้ ให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อในแบบบันทึกจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกลุ่ม สร้างสัมพันธภาพที่ดีและทำความรู้จักกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่ม โดยผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเอง และให้ผู้ป่วยแต่ละคนแนะนำตนเอง เมื่อทำความรู้จักกันแล้วผู้วิจัยชี้แจง รายละเอียด วัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกลุ่ม กฎระเบียบและข้อตกลงในการเข้าร่วมกลุ่มของผู้ป่วย บทบาทของผู้ป่วยในฐานะสมาชิกกลุ่ม และบทบาทของผู้วิจัยในฐานะผู้นำกลุ่ม เมื่อทุกคนทำความรู้จักกันแล้วผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม หลังจากนั้นจึงเปิดประเด็นในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สาเหตุ อาการ การวินิจฉัยและการรักษา การรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้อง ลักษณะที่ปกติของทวารเทียม โดยในแต่ละประเด็นผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทุกคนแสดงความคิดเห็น ความรู้ และซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปแต่ละประเด็นให้ผู้ป่วยทุกคนเข้าใจถูกต้องตรงกันก่อนเริ่มประเด็น

ใหม่ เมื่อดำเนินครบตามเนื้อหาที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยร่วมกันบอกสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มและผู้วิจัยสรุปอีกครั้งก่อนกล่าวปิดการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มครั้งที่ 1 พร้อมทั้งนัดหมาย วัน เวลา ในการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มครั้งที่ 2 ในวันต่อไป ใช้เวลาในการดำเนินการ 60 นาที

สรุป การเข้ากลุ่มครั้งที่ 1 เป็นการพบผู้ป่วยครั้งแรกและเป็นผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในระยะแรกอีกทั้งเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดแผลทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย และการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปห้องประชุมไม่สะดวกผู้วิจัยจึงเคลื่อนย้ายโดยให้ผู้ปวยนั่งรถเข็น การเริ่มต้นเข้ากลุ่มครั้งแรกพบปัญหาคือ บางครั้งเตรียมผู้ป่วยพร้อมแล้วโดยการตรวจดูว่าแผลผ่าตัดไม่ซึม ถูกรองรับไม่มีอุจจาระหรือมีเล็กน้อย แต่เมื่อนำผู้ป่วยไปที่ห้องประชุมแล้วแผลผ่าตัดซึมนมากต้องล้างแผลให้ผู้ป่วยใหม่ ทำให้เวลาเริ่มต้นของการเข้ากลุ่มในแต่ละครั้งต้องปรับเปลี่ยนเวลาตามความเหมาะสมขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้นๆ ระยะเวลาที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มผู้ป่วยให้ความสนใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยของตนเองว่าอาจมีสาเหตุมาจากอะไร โดยแต่ละคนแสดงความคิดเห็นว่าโรคของตนอาจเกิดจากการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ การรับประทานอาหารรสจัดหรือการรับประทานผักที่มีสารเคมีตกค้าง เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มก็ให้ความสนใจในสาเหตุ อาการ การรักษา ของสมาชิกกลุ่มว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไรบ้าง ส่งผลให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม แต่เนื่องจากการพบกันครั้งแรกของผู้ป่วยจึงทำให้ไม่ค่อยกล้าแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยต้องคอยกระตุ้นด้วยการตั้งคำถามแล้วให้ผู้ป่วยตอบคำถามเป็นระยะๆ

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ห้องประชุมเดิมตามวันเวลาที่นัดหมายไว้ ให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อในแบบบันทึกจำนวนครั้งการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยมีการเรียกชื่อผู้ป่วยเพื่อเป็นการแสดงว่าผู้วิจัยให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มทักทายกันเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและสร้างความคุ้นเคยซึ่งกันและกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการตามเนื้อหาที่กำหนดไว้ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องมีทวารเทียม ปัญหาที่พบในการดูแลทวารเทียม ผู้วิจัยถามความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการมีทวารเทียม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยแนะนำผลิตภัณฑ์ที่ต้องใช้กับทวารเทียม โดยมีตัวอย่างผลิตภัณฑ์ชนิดต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้ศึกษา ทำการสาธิตการทำความสะอาดและการเปลี่ยนถูกรองรับอุจจาระและให้ผู้ป่วยศึกษาข้อมูลในคู่มือการดูแลตนเองฯ ประกอบการสาธิต หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทำการสาธิตย้อนกลับ เมื่อผู้ป่วยทำครบทุกคนแล้วให้ร่วมกันซักถาม แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ได้

เรียนรู้ในการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มในครั้งที่ 2 หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปอีกครั้งและกล่าวปิดการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มและนัดหมายการเข้าร่วมกลุ่มครั้งที่ 3 ในวันต่อไป ใช้เวลา 60 นาที

สรุป การเข้ากลุ่มครั้งที่ 2 ในการเข้ากลุ่มครั้งนี้ผู้ป่วยเริ่มมีความคุ้นเคยกันมากขึ้น กล่าวแสดงความคิดเห็นและซักถามในเรื่องที่สงสัยมากขึ้น เมื่อมีการสาธิตผู้ป่วยให้ความสนใจและเมื่อให้ทำการสาธิตย้อนกลับผู้ป่วยคนแรกจะกลัวทำผิด แต่เมื่อได้รับกำลังใจจากผู้วิจัยและผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มทำให้ผู้ป่วยสามารถทำได้ มีการให้กำลังใจและให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน บรรยากาศในกลุ่มมีความสุข ผู้ป่วยทุกคนมีสีหน้าสดชื่นยิ้มแย้ม ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนกันดูทวารเทียมซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดข้อคำถามเพิ่มขึ้นว่าทำไม ขนาด รูปร่างและตำแหน่งของทวารเทียมแต่ละคนจึงไม่เหมือนกัน ผู้วิจัยตอบคำถามและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ห้องประชุมตามที่นัดหมาย ให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อในแบบบันทึกจำนวนครั้งการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม ผู้ป่วยแต่ละคนมีการทักทายกันมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมากขึ้น ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการตามเนื้อหาที่กำหนดไว้โดยในครั้งที่ 3 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม วิธีการดูแลและแก้ไขเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติที่ต้องสังเกตและเมื่อเกิดขึ้นต้องรีบมาพบกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ดูแลหรือพบแพทย์ผู้ทำการรักษา แหล่งที่ให้บริการเกี่ยวทวารเทียมเมื่อเกิดปัญหา หรือเมื่อต้องการรับคำปรึกษา ซึ่งในขณะดำเนินการให้ความรู้ในแต่ละเรื่องนั้น ให้ผู้ป่วยร่วมแสดงความคิดเห็นและตั้งคำถามแล้วให้ผู้ป่วยร่วมกันหาคำตอบ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สรุปในสิ่งที่ถูกต้องเพื่อแก้ไขในกรณีที่ผู้ป่วยบางคนเข้าใจยังไม่ถูกต้องในบางเรื่อง ก่อนปิดการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มให้ทุกคนร่วมกันสรุปสิ่งที่จากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มในครั้งที่ 3 ผู้วิจัยสรุปอีกครั้งพร้อมกับกล่าวปิดและนัดหมายการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มเป็นครั้งสุดท้ายในวันต่อไป

สรุป จากการเข้ากลุ่มในครั้งที่ 3 ผู้ป่วยมีความสนิทสนมกันมากขึ้นมีการพูดคุยสอบถามกันมากขึ้นนอกเหนือจากเรื่องความรู้ที่ผู้วิจัยกำหนด เช่น บ้านอยู่ไกลไหม สภาพดินฟ้าอากาศเป็นยังไงบ้างเหล่านี้เป็นต้น เนื่องจากในการเข้ากลุ่มบางครั้งผู้ป่วยอยู่คนละจังหวัด อาชีพแตกต่างกันบ้าง ผู้วิจัยต้องคอยควบคุมไม่ให้เกิดการพูดคุยออกนอกเรื่องไปมากเพื่อให้การดำเนินการอยู่ในระยะเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยมีการแสดงความคิดเห็นและซักถามมากขึ้นแต่ละคนมีส่วนร่วมในกลุ่มเป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นสามารถเดินมาที่ห้องประชุมได้เองโดยไม่ต้องนั่งรถเข็น

ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ห้องประชุมตามที่นัดหมายไว้ ให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อในแบบบันทึกจำนวนครั้งการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยที่เข้าร่วม

กระบวนการกลุ่ม ให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มทักทายซึ่งกันและกัน แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าครั้งนี้เป็นการเข้ากลุ่มครั้งสุดท้าย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกต่อการมีทวารเทียม และสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม สิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่ยังเป็นปัญหา ตลอดจนสิ่งที่ยังเป็นกังวลต่อการดำเนินชีวิต ร่วมกับการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ทุกคนแสดงความรู้สึกของตนเองต่อการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มทั้ง 3 ครั้งที่ผ่านมา แล้วผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม กล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยของผู้วิจัยและกล่าวปิดการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม

สรุป จากการเข้ากลุ่มในครั้งที่ 4 ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีใจที่ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มนี้ขึ้นมา เพราะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีเพื่อน รู้สึกดีที่ตนเองไม่ได้เป็นเช่นนี้เพียงคนเดียวมีคนอื่นที่เป็นเหมือนกันกับตน ได้พูดคุยระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจเป็นกังวลจากการที่มีทวารเทียม ไม่คิดว่าเป็นการรบกวนเวลาพักผ่อน ซึ่งผู้ป่วยมีความซาบซึ้งใจมาก ผู้ป่วยบางรายร้องไห้ด้วยความตื้นตันใจที่ผู้วิจัยรับฟังปัญหาของผู้ป่วย เนื่องจากในบางเรื่องผู้ป่วยไม่ทราบว่าควรปรึกษากับใคร นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีเพื่อนเพิ่มขึ้น บางรายมีการสอบถามแลกเปลี่ยนที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์และมีการเชิญไปเยี่ยมบ้าน และผู้ป่วยอยากให้มีการจัดกิจกรรมการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มให้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไป

ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยมีญาติเข้าร่วมกลุ่มด้วยทุกคน คือ ผู้ป่วย 1 คน มีญาติเข้าร่วมด้วย 1 คน เนื่องจากญาติผู้ป่วยขอเข้าร่วมรับฟังด้วย ซึ่งผู้วิจัยอนุญาตให้ญาติผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย โดยญาติช่วยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยตั้งคำถาม ตอบคำถาม และสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จากการสอบถามความรู้สึกของญาติต่อการจัดกลุ่มให้กับผู้ป่วย พบว่า ญาติมีความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมกลุ่มให้กับผู้ป่วย

3. ชั้นประเมินผล

ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ประเมินผลกระบวนการกลุ่มโดยการสอบถามความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อกิจกรรมการให้ข้อมูลแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า การให้ข้อมูลแบบกลุ่มมีประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพราะทำให้ผู้ป่วยได้พบเพื่อนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน ทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยว กล้าซักถามในสิ่งที่สงสัย และได้ระบายความรู้สึกของตนเองตลอดจนได้รับฟังปัญหาของคนอื่น ทั้งนี้ผู้ป่วยแต่ละคนมีญาติเข้าร่วมกลุ่มด้วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการ

พิจารณการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานีแล้ว โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยส่งผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วยศัลยกรรมสาย 1 หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิงของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้อง

5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

6. พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบสิทธิที่จะไม่ยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พร้อมแสดงแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (Pre-test)

7. ดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการร่วมกับการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ติดต่อกันทุกวันวันละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที

8. หลังการดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น ให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ชุดเดิมอีกครั้ง (Post-test)

9. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ในขั้นตอนการดำเนินการจริง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ ก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ สิทธิในการรักษาและชนิดของทวารเทียม นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติการทดสอบ Dependent t-test โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบ Independent t-test โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีและศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 40 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ซึ่งผลการศึกษานำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (ตารางที่ 4)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (ตารางที่ 5)

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (ตารางที่ 6 และตารางที่ 7)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพและสิทธิในการรักษา

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	16	80	14	70	30	75
หญิง	4	20	6	30	10	25
อายุ						
40-50 ปี	7	35	4	20	11	27.5
51-60 ปี	10	50	11	55	21	52
61-70 ปี	3	15	5	25	8	20
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี)	$\bar{X} = 53$	S.D.= 7.24	$\bar{X} = 56$	S.D. = 8.60		
สถานภาพสมรส						
โสด	0	0	1	5	1	2.5
สมรส	20	0	19	95	39	97.5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0	1	5	1	2.5
ประถมศึกษา	14	70	13	65	27	67.5
มัธยมศึกษา	5	25	5	25	10	25
ปริญญาตรี	0	0	1	5	1	2.5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5	0	0	1	2.5
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน						
< 10,000 บาท	16	80	16	80	32	80
10,000 - 20,000 บาท	3	15	3	15	6	15
> 20,000 บาท	1	5	1	5	2	5

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับราชการ	1	5	0	0	1	2.5
รับจ้าง	4	20	2	10	6	15
เกษตรกรรม	11	55	12	60	23	57.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	10	3	15	5	12.5
ธุรกิจส่วนตัว	2	10	3	15	5	12.5
สิทธิในการรักษาพยาบาล						
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	17	85	15	75	32	80
ประกันสังคม	2	10	2	10	4	10
เบิกต้นสังกัด	1	5	3	15	4	10

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75 อายุเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.5 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 53 ปี และอายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 56 ปี สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 97.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.5 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 42.5 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 57.5 และสิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 80

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและระดับความวิตกกังวลของกลุ่ม
ตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ
ก่อนการทดลอง	58.60	5.81	ปานกลาง	57.30	5.29	ปานกลาง
หลังการทดลอง	38.90	2.90	ต่ำ	51.85	4.62	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 จากการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Dependent t-test พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 58.60 คะแนน โดยจัดเป็นความกังวลระดับปานกลาง หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลลดลงเป็น 38.90 คะแนน โดยจัดเป็นความกังวลระดับต่ำ ส่วนกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คือ 57.30 คะแนน หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเป็น 51.85 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองก่อนและ
หลังการทดลอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองก่อนและ
หลังได้รับการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม (n=20)

ความวิตกกังวล	\bar{x}	S.D	t
ก่อนการทดลอง	58.60	5.81	14.8**
หลังการทดลอง	38.90	2.90	

** p < .01

จากตารางที่ 4 จากการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่ม
ทดลองก่อนและหลังการทดลองด้วย Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตก
กังวลหลังการทดลองน้อยกว่าคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมก่อนและ
หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมก่อนและ
หลังการทดลอง (n=20)

ความวิตกกังวล	\bar{X}	S.D	t
ก่อนการทดลอง	57.30	5.29	4.82**
หลังการทดลอง	51.85	4.62	

** p < .01

จากตารางที่ 5 จากการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่ม
ควบคุมก่อนและหลังการทดลองด้วย Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตก
กังวลหลังการทดลองน้อยกว่าคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ความวิตกกังวล	\bar{X}	S.D	t
กลุ่มทดลอง	58.60	5.81	.73 ^{ns}
กลุ่มควบคุม	57.30	5.29	

ns not significant

จากตารางที่ 6 จากการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองด้วย Independent t-test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	\bar{X}	S.D	t
กลุ่มทดลอง	38.90	2.90	-10.60**
กลุ่มควบคุม	51.85	4.62	

** $p < .01$

จากตารางที่ 7 จากการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองด้วย Independent t-test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องหลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องของกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้อง

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้อง ขณะที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี (ตั้งแต่หลังการผ่าตัดจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 การจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม ประกอบด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ทำติดต่อกันทุกวันวันละครั้ง ในแต่ละครั้งประกอบด้วยกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ ดังนี้

ครั้งที่ 1-4 ระยะที่ 1 และระยะที่ 3 จะดำเนินการเหมือนกัน คือ ระยะที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ระยะที่ 3 เป็นการสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม ส่วนในระยะที่ 2 เป็นระยะดำเนินการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่ม เนื้อหาระยะที่ 2 ในครั้งที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การวินิจฉัยและการรักษา ครั้งที่ 2 ประกอบด้วยการให้ข้อมูลในเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตร การดูแล การทำความสะอาดทวารเทียม ผลติภรณ์ที่ใช้กับทวารเทียม ผู้วิจัยสาธิตการทำ ความสะอาดและเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ ผู้ป่วยทำการสาธิตย้อนกลับ ครั้งที่ 3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเลือกใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทวารเทียม อาการผิดปกติที่ต้องรีบมา พบกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ดูแลหรือพบแพทย์ผู้ทำการรักษา และแหล่งที่ให้บริการเกี่ยว ทวารเทียม ครั้งที่ 4 เป็นครั้งสุดท้าย ระยะที่ 2 จึงเป็นการให้ผู้ป่วยทุกคนแสดงความรู้สึกของ ตนเองต่อการเข้าร่วมกลุ่มทั้ง 3 ครั้งที่ผ่านมา ผู้ป่วยทุกคนร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม สิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่ยังเป็นปัญหา ตลอดจนสิ่งที่ยังเป็นกังวลต่อการดำเนินชีวิตร่วมกับการมีทวาร เทียมทางหน้าท้อง และเข้าสู่ระยะที่ 3 ก็ดำเนินการปิดการจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม

โดยมีสื่อที่ใช้ในกิจกรรม คือ ข้อมูลประกอบการสนทนาในกิจกรรมกลุ่ม คู่มือ การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และผลติภรณ์ที่ใช้ในการ ดูแลทวารเทียม

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม ประกอบด้วยข้อคำถามให้เลือกตอบถูกผิด จำนวน 10 ข้อ ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูก มากกว่าร้อยละ 80 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม การดูแลและการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้อง แต่ถ้าพบว่าภายหลังการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะทำการสอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามถึงสิ่งที่ยังไม่เข้าใจและจะให้ความรู้ เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานีแล้ว โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยส่งผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วยศัลยกรรมสาย 1 หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้อง

5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

6. พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบสิทธิที่จะไม่ยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พร้อมแสดงแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (Pre-test)

7. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการร่วมกับการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ติดต่อกันทุกวันวันละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที

8. หลังการดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น ให้ผู้ปวยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ชุดเดิมอีกครั้ง (Post-test)

9. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มกลุ่ม ในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องภายหลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องภายหลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องหลังการได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนการได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม

จากผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องหลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้รูปแบบของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องได้

เมื่อพิจารณา อธิบายได้ว่าการจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้รูปแบบของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากรูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มได้รับการผ่อนคลายความวิตกกังวลลง จากระดับปานกลางเป็นความวิตกกังวลในระดับต่ำ เนื่องจากความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องมีสาเหตุสำคัญมาจาก การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะจากการมีถุงรองรับอุจจาระห้อยติดอยู่ที่บริเวณหน้าท้องตลอดเวลา การที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ การเกิดกลิ่น แก๊สที่ไม่พึงประสงค์ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการดำเนินชีวิตทั้งในเรื่องการทำงาน การพักผ่อน การออกกำลังกาย การเดินทาง การเข้าสังคมรวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเป็นความวิตกกังวลขณะเฉื่อย การให้ข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่จะช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มช่วยสร้างและส่งเสริมพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมให้กับผู้ป่วย โดยเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการเก็บอารมณ์ การแสดงออกอย่างมีเหตุผลเหมาะสมตามสถานการณ์ การได้พบกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่มีปัญหาเหมือนหรือคล้ายกันทำให้มีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ความรู้สึกต่างๆ และได้ช่วยกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้จากผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่เข้าร่วมกลุ่ม เรียนรู้การเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มคอยกระตุ้นและส่งเสริมให้กำลังใจทำให้ผู้ป่วยได้แสดงออกทั้งทางด้านความรู้สึกและทางด้านการปฏิบัติกรอย่างเหมาะสม และผู้วิจัยยังเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องรวมทั้งตอบคำถามข้อสงสัยต่างๆ ให้กับผู้ป่วย

การวิจัยนี้กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้รูปแบบของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มผู้ป่วยได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มด้วยกัน ช่วยสร้างบรรยากาศที่ดีที่เกิดขึ้นในกลุ่ม หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ระบายความรู้สึกของตนเอง ความวิตกกังวลต่อการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางและส่วนใหญ่จะวิตกกังวลที่ต้องมีทวาร

เทียมอยู่บริเวณหน้าห้องตลอดเวลา การจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกับบุคคลที่มีทวารเทียมเหมือนกันทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยตัวเองมากขึ้นไม่ต้องคอยปิดบังกลัวว่าคนอื่นจะเห็นทวารเทียมของตนเองซึ่งคิดว่าเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ ประกอบกับการที่ผู้วิจัยช่วยสร้างบรรยากาศที่ดีในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการซักถามและแสดงความคิดเห็นต่างๆ มากขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ตลอดจนความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งได้รับคำตอบในสิ่งที่ตนกังวลและสงสัยแล้วทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าห้องหลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การให้ข้อมูลแบบกลุ่มกับผู้ป่วยนั้นผู้ป่วยแต่ละคนมีญาติขอเข้าร่วมในกิจกรรมกลุ่ม โดยที่ผู้ป่วย 1 คน ก็มีญาติ 1 คน เข้าร่วมด้วยแต่ไม่ได้นับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการที่มีญาติเข้าร่วมรับฟังการให้ข้อมูลแบบกลุ่มด้วยนั้นอาจมีส่วนทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงได้ จากการศึกษาของจุฬาร ประสังสิต (2544) ที่ทำการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวรในวัยทำงาน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะเห็นได้ว่า ญาติซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ภาพลักษณ์ภายหลังการผ่าตัดทวารเทียมได้ดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองดีขึ้นก็จะส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสายปัญญา คงพันธุ์ (2535) ที่ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษา โดยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คนและกลุ่มควบคุม 40 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และเช่นเดียวกับงานวิจัยของ Montazeri และคณะ (2001) ที่ทำการศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.03$) และภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.008$) จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นสนับสนุนได้ว่า การเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง

สมมติฐานข้อที่ 2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าห้องของกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องของกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเหมือนกันซึ่งประสบปัญหาคล้ายคลึงกันหรือประสบการณ์เดียวกันมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่แตกต่างจากคนอื่นไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือสิ้นหวัง (ดร.ณิษฐนระวัต, 2539) นอกจากนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องมากขึ้นทั้งจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มและจากผู้วิจัยที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มทุกครั้ง ซึ่งผู้วิจัยจะคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมแสดงความคิดเห็น แสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยบรรยากาศที่เป็นมิตรและสร้างความไว้วางใจให้เกิดกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มทุกคน จะส่งผลให้การเรียนรู้ในกลุ่มประสบความสำเร็จ

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องของกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับของความวิตกกังวลยังคงอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม จะเห็นได้ว่า การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนั้น ช่วยให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงได้ เนื่องจาก ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ แต่ความวิตกกังวลที่ลดลงยังอยู่ในระดับเดิม เนื่องจาก การได้รับข้อมูลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนั้นเป็นการให้ข้อมูลรายบุคคล ซึ่งผู้ป่วยที่มีทวารเทียมไม่มีโอกาสได้พบกับบุคคลที่มีทวารเทียมเช่นเดียวกับตนเอง ไม่มีโอกาสได้พูดคุยหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งมีความรู้สึกว่า มีตนเพียงคนเดียวที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและสิ้นหวัง จึงส่งผลให้ความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมลดลงเพียงเล็กน้อย

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันเพราะ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ถูกต้องตามความเป็นจริง จากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลโดยมีโอกาสได้พบกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้องเหมือนกัน มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้ระบายความรู้สึกนึกคิด ภายใต้อารมณ์ที่มีความผ่อนคลาย เป็นมิตร น่าไว้วางใจ โดยมีผู้วิจัยคอยกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก รวมทั้งคอยเชื่อมโยงความคิดของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่ม รวมทั้งคอยตอบคำถามในข้อที่สงสัย พร้อมกับให้ความรู้ให้คำแนะนำในโอกาสที่เหมาะสม สรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย มั่นคง และรู้สึกไม่โดดเดี่ยว นอกจากนี้ การให้ข้อมูลแบบกลุ่มยังช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดการ

เปลี่ยนแปลงตนเอง กล่าวคือ เมื่อพบว่าผู้ป่วยคนอื่นเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงตัวได้ในทางที่ดีขึ้น จะเป็นแรงจูงใจและเป็นตัวอย่างที่ดีในการที่ผู้ป่วยจะพัฒนาตนเองให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีด้วยเช่นกัน ซึ่งก็จะส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เพิ่มพูล ธรรมเจริญ (2536) ที่ศึกษาผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 38 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งจากการปรับตัวที่ดีของผู้ป่วยส่งผลให้ความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงด้วย และมิงงานวิจัยของ Helgeson, Cohen et al. (2000) ที่ศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบของกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมว่าอะไรคือผลประโยชน์จากกิจกรรมนี้ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 230 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มสนับสนุนมีประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่ได้รับการสนับสนุนหรือขาดการดูแลจากคู่สมรสหรือแพทย์ผู้ทำการรักษา เนื่องจาก ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะที่เป็นอันตรายต้องการการดูแลและสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างมาก การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากกลุ่มทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งมากขึ้นส่งผลต่อสภาวะทางอารมณ์และสังคมของผู้ป่วย จากเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้ ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องได้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ซึ่งเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรค การรักษา การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียม การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทุกคนแสดงความรู้สึกของตนเอง ได้พบกับผู้ป่วยคนอื่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน มีปัญหาคล้ายคลึงกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีส่วนช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการวิจัย

1.1 ควรมีการศึกษาและติดตามผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องในระยะหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

1.2 ควรมีการศึกษาวิจัยถึงผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยคำนึงถึงญาติที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะเดียวกัน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กันยา ออประเสริฐ. 2545. การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. ใน วรนุช เกียรติพงษ์ถาวร และคณะ (บรรณาธิการ), การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิง ทรานส์ มีเดีย.
- กาญจนา ไชยพันธ์. 2549. กระบวนการกลุ่ม. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส. พรีนติ้ง เฮ้าส์.
- เกสรี เลิศประไพ. 2539. ประสิทธิผลของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิษฐา นาคะ. 2534. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งามพิศ ธนไพศาล และคณะ. 2551. ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 4(23): 360-365.
- จรินทร์ สมภู. 2539. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีที่มีโคลอสโตมีชนิดถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรีรัตน์ นวมะขิดิ. 2547. ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง : การวิเคราะห์ห่อภิมาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์, วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมมา และอรุณ โจจนสกุล. 2547. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 26 : Update in colon and rectal surgery. กรุงเทพมหานคร: ชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ประเทศไทย) : ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย.
- จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน. 2535. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จินตนา ยูนิพันธ์. 2528. การพยาบาลจิตเวช เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารพร ประสงค์สิต. 2544. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ช่อลดดา พันธุเสนา. 2536. การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- ชาญวิทย์ ต้นดีพิพัฒน์ และ ธนิต วัชรพุกก์. 2549. ตำราศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตติมา ธารประสิทธิ์. 2548. ผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดรุณี ชุณหะวัต. 2539. การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พริ้นติ้ง.
- ดารารวรรณ ติะปินตา. 2535. การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทักษิณี ตั้งตรงจิตต์. 2529. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิสนา เขมมณี. 2522. กลุ่มสัมพันธ์ : ทฤษฎีและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: โครงการการเผยแพร่การสอนกลุ่มสัมพันธ์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นเรนทร์ โชติรสนิรมิต. 2548. Surgical complication : การอบรมระยะสั้นเพื่อฟื้นฟูวิชาการทางศัลยศาสตร์. เชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการ งานบริการการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นวพร ชิตมน. 2549. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นันทา เกียรติกังวาฬ. 2540. ผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา คชศิลา. 2548. ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลือ เฉลยกิตติ. 2545. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977).
- บุญขึ้น อิมมาก. 2537. การศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปทุมภรณ์ แซ่จิ่ง, สุภา ทับเกษม, ลักษมี จำปาแดง และสันทนา บทศรี. 2535. ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อการลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หูดอกจุมูก และปาก. งานการพยาบาลรังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช.
- ประคอง กรรณสูต. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประทีน ไชยศรี. 2550. การดูแลช่องเปิดลำไส้และการฟื้นฟูสภาพ. เชียงใหม่: ยูเนียนออฟเซ็ท.
- ปริญญา ทวีชัยการ. 2549. แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และเร็คตัม. กรุงเทพมหานคร: เพนทาگون แอดเวอร์ไทซิง.
- ปริญญา ทวีชัยการ, อรุณ โรจนสกุล และดรินทร์ โล่ห์ศิริวัฒน์. 2545. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 21 : ฉบับศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. กรุงเทพมหานคร: ชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ประเทศไทย) : ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย.
- เปรมฤดี บุญภัทรานนท์. 2550. การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีทวารเทียมทางหน้าท้อง. สารนิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพบรีย กสิพันธ์. 2541. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พรสิริ ชินสว่างวัฒนกุล. 2538. ผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2549. รู้ทันโรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มติชน.
- พัฒนกร ทองคำ. 2548. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพิ่มพูล ธรรมเจริญ. 2536. ผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์. 2549. Lateral node dissection for rectal cancer. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- มรรยาท ณ นคร. 2532. ผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อทัศนคติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แม่นมนา จิระจรัส. 2539. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนิกร ใจคำสืบ. 2549. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนศิริ ทาโต. 2551. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2542. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- เรณู อาจสาธิต. 2550. การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.

- ลิกิจ โหระฤทธิ์. 2551. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรกระบบทางเดินอาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วงเดือน เขี่ยมสกุล, เสาวนิตย์ สมรรคบุตร, อัญชลี บุญตานนท์ และกุลณา บุญมากุล. 2548. แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์(ร.ส.พ.).
- วรรณช เกียรติพงษ์ถาวร. 2545. การพยาบาลศัลยศาสตร์. ใน วรรณช เกียรติพงษ์ถาวร และคณะ (บรรณาธิการ), การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิ้ง ทรานส์ มีเดีย.
- วิภาวดี หีตนาแค. 2550. กลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิมลพรรณ นิธิพงศ์. 2535. ผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2550. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพมหานคร: สุพีเรีย พรินต์ติ้งเฮาส์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล.[2551]. แหล่งที่มา:
http://www.nci.go.th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/2007.pdf. [31 ก.ค. 2552]
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. 2536. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์. 2545. การพยาบาลผู้ป่วยหลังกลับจากห้องผ่าตัด. ในวรรณช เกียรติพงษ์ถาวรและคณะ (บรรณาธิการ), การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิ้ง ทรานส์ มีเดีย.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์, วิทยา วัฒนภาส และสายพิณ เกษมกิจวัฒนา. 2531. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมียีชนิดถาวร. รายงานการวิจัย. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมภาพ เรื่องตระกูล, อรพรรณ ทองแดง, เกียรติไกร แก้วผืนกรังสี, แสงจันทร์ วุฒิกานนท์ และ
เกียรติชัย งามทิพย์วัฒนา. 2533. คู่มือจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร:
เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายปัญญา คงพันธุ์. 2535. ประสิทธิผลของโครงการสุขภาพศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มแบบ
กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสี
รักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิณี พิศุทธิ์. 2546. ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
ของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชา
การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุธาทิพ เกษตรลักษมี. 2548. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอม
ระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สุพล จินดาทรัพย์. 2544. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก. กรุงเทพมหานคร:
เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุรศักดิ์ พุฒินิพนธ์. 2545. การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลใน
ผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรียพร มาลา. 2534. ความวิตกกังวล ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความต้องการข้อมูล
และการได้รับข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2527. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่:
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์, สมศรี เจริญกล้า, วิภาพร เอกศิริวรรณ และรัตนา อยู่เปล้า. 2547.
การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารหนัก
เทียม. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- สุวิมล ว่องวานิช และ นางลักษณ วิรัชชัย. 2546. แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์.
กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

- อพัชชา ผ่องญาติ. 2543. การส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรถัย สนิใจยุทธ. 2539. ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรถวรรณ ลีอนุชรัชชัย. 2549. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. 2543. โรคลำไส้ : การวินิจฉัย และการรักษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทัย บุญประเสริฐ. 2529. กลุ่มและกระบวนการกลุ่มในการทำงาน. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารการศึกษาคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง. 2548. กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group): บทบาทพยาบาล. เจาะลึกการพยาบาล 1(3).

ภาษาอังกฤษ

- Antai-Otong, D. 2003. Psychiatric nursing: biological & behavioral concepts. Clifton, N.Y.: Delmar Learning.
- Bartha, I., Hajdu, J., Bokor, L., Kanyari, Z. and Damjanovich, L. 1995. Quality of life of post-colostomy patients. Orvosi Hetilap 136(37).
- Bekkers, M.J., van Knippenberg, F.C., van Dulmen, A.M., van den Borne, H.W. and van Berge Henegouwen, G.P. 1997. Survival and psychosocial adjustment to stoma surgery and nonstoma bowel resection: A 4-year follow-up. Journal of psychosomatic research 42(3): 235-244.
- Botton, A. d. 2004. Status anxiety. New York: Vintage Books
- Brown, H. and Randle, J. 2005. Living with a stoma: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing 14: 74-81.
- Buffum, M. and Madrid, E. 2003. Group Therapy Psychiatric nursing: biological & behavioral concepts. Clifton, N.Y: Delmar Learning.

- Castle, D. J., Kulkarni, J. and Abel, K. M. 2006. Mood and anxiety disorders in women. New York: Cambridge University Press.
- Cheung, Y. L., Molassiotis, A. and Chang, A. M. 2003. The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. Psycho-Oncology 12: 254-266.
- Clinton, M. and Nelson, S. 1996. Mental health & nursing practice. New York: Prentice Hall.
- Cotrim, H. and Pereira, G. 2008. Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. European Journal of Oncology Nursing 12: 217-226.
- Deeny, P. and McCrea, H. 1991. Stoma care: the patient's perspective. Journal of Advanced Nursing 16: 39-46.
- Elcoat, C. 1986. Stoma care nursing. London: Bailliere Tindall.
- Fukui, S., et al. 2000. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. American Cancer Society 89(5): 1026-1036.
- Hampton, B. G. and Bryant, R. A. 1992. Ostomies and continent diversions nursing management. St. Louis: Mosby Year Book.
- Helgeson, V. S., Cohen, S., Schulz, R. and Yasko, J. 2000. Group support interventions for women with breast cancer: who benefits from what?. Health psychology 19(2): 107-114.
- Hirai, M. and Clum, G. A. 2006. A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. Behavior Therapy 37: 99-111.
- Ito, N. and Kazuma, K. 2005. Factors associated with the feeling of stability in the daily life among colostomy patients. Japan Journal of Nursing Science 2: 25-31.
- Mossman, J., Boudioni M., and Slevin, M. L. 1999. Cancer information: a cost-effective intervention. European journal of cancer 35(11): 1587-1591.
- Jenks, J. M., Morin, K. H. and Tomaselli, N. 1997. The Influence of Ostomy Surgery on Body Image in Patients With Cancer. Applied Nursing Research 10(4): 174-180.
- Katz, J. 1997. Back to basics: providing effective patient teaching. American journal of nursing 97(5): 33-36.

- Kittinouvarat, S., Sarkarindra, M. and Kittinouvarat, S. 2002. The study of depressive symptoms in faecal diversion patients. World council of enterostomal therapist 22(4): 33-37.
- Krouse, R. M., et al. 2007. Quality of Life Outcomes in 599 Cancer and Non-Cancer Patients with Colostomies. Journal of Surgical Research 138(1): 79-87.
- LaSalle, P. C. and LaSalle, A. J. 2001. Therapeutic Groups. In Stuart, G. W. and Laraia, M. T. (Eds.), Principle and practice of psychiatric nursing (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. 1984. Stress, Appraisal, and coping. New York: Springer Publishing.
- Lessenger, J. E. and Roperd, G. F. 2007. Drug court a new approach to treatment and rehabilitation. New York: Springer New York.
- Macdonald, L. D. and Anderson, H. R. 1984. Stigma in patients with rectal cancer: a community study. Journal of epidemiology and community health 38: 284-290.
- Mahjoubi, B., Mohammadsadeghi, H., Mohammadipour, M., Mirzaei, R. and Moini, R. 2009. Evaluation of psychiatric illness in Iranian stoma patients. Journal of Psychosomatic Research 66: 249-253.
- Marram, G. D. 1973. The group approach in nursing practice. Saint Louis: The C.V. mosby company.
- Marram, G. D. 1978. The group approach in nursing process. (2nd ed.). Saint Louis: The C.V. Mosby company.
- McKenzie, F., et al. 2006. Psychological impact of colostomy pouch change and disposal. British Journal of Nursing 15(6): 308-316.
- Montazeri, A., et al. 2001. Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in cancer support group. Patient Education and counseling 45: 195-198.
- Montgomery, B. and Morris, L. 1992. Living with anxiety a practical research - based plan for managing anxiety problem. Australia: Lothian Book.
- Nugent, K. P., et al. 1999. Quality of life in stoma patients. Disease colon rectum 42(12): 1569-1574.

- O'Connor, G., Coates, V. and O'Neill, S. 2010. Exploring the information needs of patients with cancer of the rectum. European journal of oncology nursing 14: 271-277.
- Oades-Souther, D. and Olbrisch, M. E. 1984. Psychological adjustment to ostomy surgery. Rehabilitation Psychology 29(4): 221-237.
- Parsons, R. D. and Wicks, R. J. 1993. Counseling strategies and intervention techniques for the human services (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Persson, E. and Larsson, B. W. 2005. Quality of care after ostomy surgery: A perspective study of patient. Ostomy/wound management 51(8): 40-48.
- Polit, D. F. and Hungler, B. P. 1999. Nursing research principles and methods. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Price, B. 1990. A model for body image care. Journal of advanced nursing 15: 585-593.
- Robb, K. A., Miles, A., Campbell, J., Evans, P. and Wardle, J. 2006. Can cancer risk information raise awareness without increasing anxiety? A randomized trial. Preventive medicine 43: 187-190.
- Roberts, C. S., Piper, L., Denny, J. and Cuddeback, G. 1997. A support group intervention to facilitate young adult adjustment to cancer. Health & Social Work 22(2): 133-141.
- Schaefer, C., Coyne, J. C. and Lazarus, R. S. 1981. The health-related functions of social support. Journal of Behavioral Medicine 4(4): 381-406.
- Shives, L. R. and Isaacs, A. 2002. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Simmons, K. L., Smith, J. A., Bobb, K.-A. and Lies, L. L. M. 2007. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. Journal of advanced nursing 60(6): 627-635.
- Stuart, G. W. and Laraia, M. T. 2001. Principle and practice of psychiatric nursing. (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Trojan, A. 1989. Benefits of self-help group: A survey of 232 members from 65 disease-related groups. Soc. Sci. Med. 29(2): 225-232.

- Tsunoda, A. K., et al. 2005. Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients. The Japan Society of Clinical Oncology 10: 411-417.
- Wade, B. E. 1990. Colostomy patients: psychological adjustment at 10 weeks and 1 year after surgery in districts which employed stoma-care nurse and districts which did not. Journal of advanced nursing 15: 1297-1304.
- White, C. A. and Hunt, J. C. 1997. Psychological factors in postoperative adjustment to stoma surgery. Ann R Coll Surg Engl 79: 3-7.
- Zabalegui, A., Sanchez, S., Sanchez, P. D. and Juando, C. 2004. Integrative literature reviews and meta-analyses nursing and cancer support groups. Journal of advanced nursing 51(4): 369-381.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

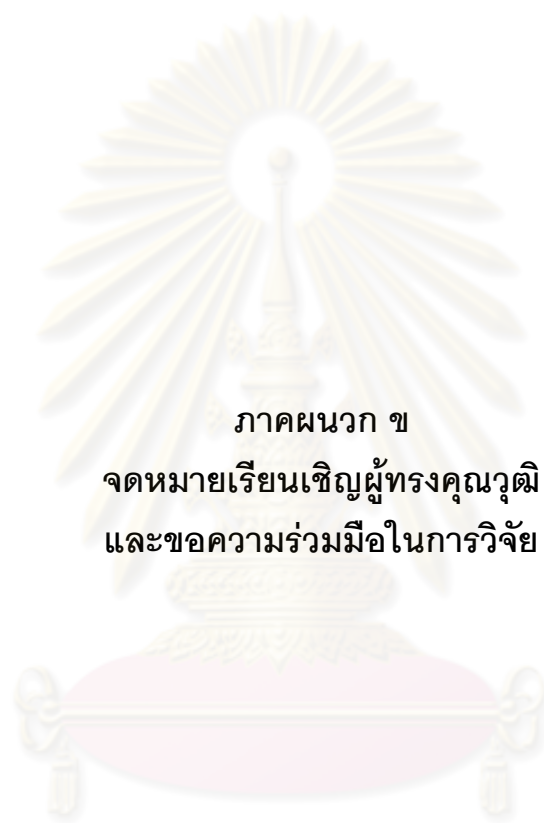
ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้
ของเครื่องมือวิจัย มีดังนี้

1. นายแพทย์ธีรวัฒน์ ภาสตโรจน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
2. อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
4. นางสาวเบญจรัตน์ ชีวพูนผล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์ -
ศัลยศาสตร์ ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. นางสาวจุฬาร ประสงค์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์
ตึก 72 ปี ชั้น 7 ห้างเหนือ โรงพยาบาลศิริราช

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และขอความร่วมมือในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/

วันที่ ธันวาคม 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ โทร. 08-9582-6358

ที่ ศค 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ธีรวัฒน์ ภาสตราจณ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานศัลยกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ ธีรวัฒน์ ภาสตราจณ์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ โทร. 08-9582-6358

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ โทร. 08-9582-6358

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ฉันทาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวเบญจรัตน์ ชิวพูนผล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวเบญจรัตน์ ชิวพูนผล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ โทร. 08-9582-6358

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจุฬาร ประสงค์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ตึก 72 ปี ชั้น 7 หอผู้ป่วย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวจุฬาร ประสงค์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ โทร. 08-9582-6358



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ . 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11 / 0034

วันที่ 7 มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา

เนื่องด้วย นางสาวทิพวรรณ คุณุพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินระดับความวิตกกังวลจากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ ของ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2535) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ประสรา มาลากุล ณ อยุธยา และ รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เขี่ยมสุภาชาติ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาล ศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา)

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ที่อนิสิต

นางสาวทิพวรรณ คุณุพันธ์ โทร. 08-9582-6358

ที่ ศธ 0512.11/ 0058

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

12 มกราคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี

เนื่องด้วย นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทวารเทียมที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (หลังผ่าตัดวันที่ 6 เป็นต้นไป) และหลังการรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 1 ปี จำนวน 30 คน หอผู้ป่วยพิเศษหญิง แผนกการพยาบาลบาดแผล ออสโตมี โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความวิตกกังวล การจัดการกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ข้อมูลประกอบการสนทนาในกระบวนการกลุ่ม คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ โทร. 08-9582-6358

ที่ ศธ 0512.11/ 0059

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

12 มกราคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

เนื่องด้วย นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. สุรวัชร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทวารเทียมที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (หลังผ่าตัดวันที่ 6 เป็นต้นไป) และหลังการรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 1 ปี จำนวน 20 คน หนหรือผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย, หรือผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง และผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมทั่วไป โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความวิตกกังวล การจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ข้อมูลประกอบการสนทนาในกระบวนการกลุ่ม คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรวัชร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ โทร. 08-9582-6358

ที่ ศธ 0512.11/ 0060

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

12 มกราคม 2553

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ โทร. 08-9582-6358

ที่ ศธ 0512.11/ 0266

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

23 กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 3 ชุด
2. เอกสารคำชี้แจงสำหรับอาสาสมัคร จำนวน 3 ชุด
3. แบบฟอร์มใบยินยอมสำหรับอาสาสมัคร จำนวน 3 ชุด
4. เครื่องมือในการวิจัย จำนวน 3 ชุด
5. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์พร้อมประวัติและความรู้ความชำนาญของนักวิจัย
จำนวน 1 ชุด
6. แผ่นบรรจุข้อมูลโครงการวิจัยทั้งหมด จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ โทร. 08-9582-6358

ที่ ศธ 0512.11/ 0265

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

23 กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ที่อนิสิต

นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ โทร. 08-9582-6358

ที่ ศธ 0512.11/ 0263

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

23 กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

เนื่องด้วย นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียม จำนวน 40 คน ณ กลุ่มผู้ป่วยใน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความวิตกกังวล โปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ข้อมูลประกอบการสนทนาในกระบวนการกลุ่ม คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ โทร. 08-9582-6358

ที่ ศธ 0512.11/ 0264

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

23 กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี

เนื่องด้วย นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียม จำนวน 40 คน ณ กลุ่มผู้ป่วยใน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความวิตกกังวล โปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ข้อมูลประกอบการสนทนาในกระบวนการกลุ่ม คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

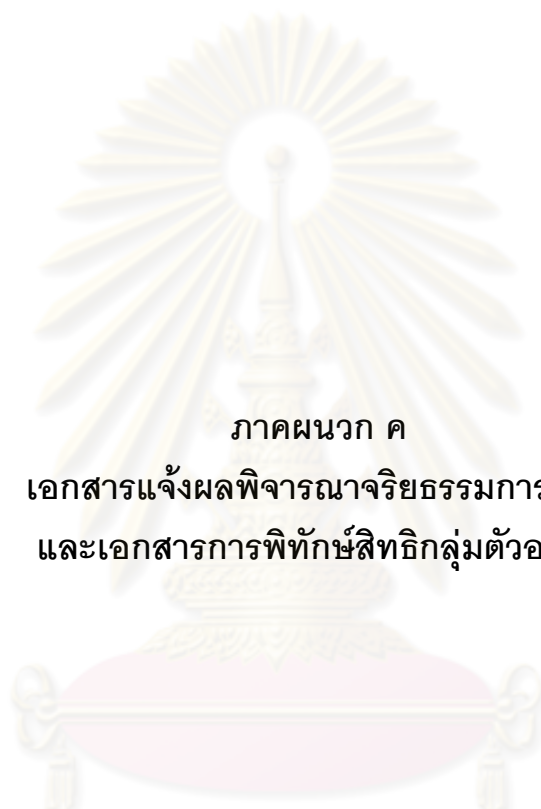
ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ขอหนังสือ นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์ โทร. 08-9582-6358



ภาคผนวก ค
เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
และเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 054/2553

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 021.1/53 : ผลของกระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
 และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง
 ผู้วิจัยหลัก : นางสาวทิพวรรณ อนุพันธ์ นิสิตระดับมหาบัณฑิต
 หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
 (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  ลงนาม..... 
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา หัตถประดิษฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
 ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 12 พฤษภาคม 2553

วันหมดอายุ : 11 พฤษภาคม 2554

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย 021.1/53
 วันที่รับรอง 12 พ.ค. 2553
 วันหมดอายุ 11 พ.ค. 2554

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ว่าจะ 1 เดือน หรือส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาในแรกที่ใช้เอกสารดังกล่าวที่คณะกรรมการ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และพดท์ต่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

รหัสเอกสารรับรอง 015/2553



เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี


ชื่อโครงการ ผลของกระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง


THE EFFECT OF GROUP PROCESS ON ANXIETY OF COLORECTAL CANCER PATIENTS WITH COLOSTOMY

ผู้วิจัยหลัก นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์

หน่วยงาน/สถาบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้


 (ทพญ.ชนิษฐา ตาโรจน์)
 รองประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์


 (นายแพทย์มนัส กนกศิลป์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง : 22 ก.ค. 2553

วันหมดอายุของการรับรอง: 12 1 ก.ค. 2554

เอกสารที่รับรองรวมถึง

1. โครงการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการวิจัยจริยธรรมที่จะรวบรวมข้อมูลที่ศึกษาจนโครงการได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบลงภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงก่อนวันหมดอายุ 30 วัน
3. ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาดูงานที่ระบุไว้ในโครงการงานวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เพียงแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมฯ ได้รับรอง (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผ่นประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมฯ มีสิทธิ์ตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งเมื่อต้องการ
5. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ข้างเคียงร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ภายใน 5 วันทำการ
6. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ
7. ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นลงแล้ว





ศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของกระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

ผู้วิจัย นางสาวทิพวรรณ ดุณพันธ์

หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๓

Dr. ธีรพงศ์ พงษ์

(นายรุตม์ ก้วยเจริญพานิชก์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ ศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย...ผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง.....

ชื่อผู้วิจัย.....นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์...ตำแหน่ง.....นิติระดับปริญญาโท.....

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย ต.ในเมือง อ. เมือง
จ.อุบลราชธานี 34000

(ที่บ้าน) บ้านเลขที่ 9 หมู่ 2 ตำบล โสภแสง อำเภอ นาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
34280

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)045-244973 ต่อ 1243... โทรศัพท์ที่บ้าน-.....

โทรศัพท์มือถือ .. 089-5826358..... E-mail : ...thipjoy@hotmail.com.....

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลา
ในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม้ชัดเจน
ได้ตลอดเวลา

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบ กลุ่มต่อความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

2. 1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร
หนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม

2. 2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร
หนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ ได้รับการให้ข้อมูลแบบ กลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการ
พยาบาลตามปกติ

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีผลกระทบต่อร่างกายและ
การรักษาของผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

4. เหตุผลที่ได้รับเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติดังนี้ คือ 1)เพศชายและเพศหญิงที่
มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 2) หลังการผ่าตัดจนถึงวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน 3) ไม่มีโรค
ประจำตัว เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคต่อมไทรอยด์ โรคจิตและโรคประสาทในระยะที่ควบคุม

อาการไม่ได้ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้ 5) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และสมัครใจเข้าร่วมกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45- 60 นาที ทำติดต่อกันทุกวัน วันละครั้ง รวมระยะเวลาทั้งหมด 4 วัน

5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกัน จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

5.1 กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษาจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการที่ทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ได้จัดไว้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มควบคุมในการศึกษา เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการศึกษาในครั้งนี้ และให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความวิตกกังวล หลังสิ้นสุดการทดลองการเข้ากลุ่มให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลชุดเดิมอีกครั้ง ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

5.2 กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา ได้รับการให้ข้อมูลแบบ กลุ่ม(กลุ่มทดลอง) ได้รับการพยาบาลตามปกติเหมือนกลุ่มที่ 1 ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการศึกษาในครั้งนี้ โดยการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45 – 60 นาที การเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทำติดต่อกันทุกวัน วันละครั้ง รวมระยะเวลาทั้งหมด 4 วัน ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งแรก ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความวิตกกังวล ภายหลังจากสิ้นสุดการเข้ากลุ่ม ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวลชุดเดิม ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

6. ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

6.1 เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมได้ตรงประเด็นและครอบคลุม

6.2 ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6.3 เป็นแนวทางในการปรับปรุงประสิทธิภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น

7. ผู้ที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในงานวิจัย

8. ผู้ที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยสามารถที่จะหยุดหรือถอนตัวออกจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ทราบและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล

9. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีข้อสงสัยหรือปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง ได้ที่เบอร์ 089-5826358

10. ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผยให้คนอื่น ๆ ทราบนอกจากคณะผู้วิจัย ผลการวิจัยจะนำเสนอโดยภาพรวมและอาจถูกตีพิมพ์ เพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยต่อไป

11. การจัดกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้งที่มีการบันทึกเทปไว้ ผู้วิจัยจะลบทำลายเทปหลังสิ้นสุดการวิจัย

12. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้แก่ การรบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ความไม่สะดวกในการเดินทางของผู้เข้าร่วมวิจัยจากหอผู้ป่วยไปยังห้องประชุมที่ใช้ในการทำกิจกรรมการทดลองเนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ทำให้เกิดความเจ็บปวดและไม่สะดวกสบายในระหว่างการเดินทางได้ ซึ่งผู้วิจัยวางแผนจัดทำกิจกรรมในช่วงเวลาที่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยสะดวกเพื่อไม่เป็นการรบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และจัดเตรียมรถนั่งไว้สำหรับช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจากหอผู้ป่วยไปยังห้องประชุมที่ใช้ในการทำกิจกรรมการทดลอง

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147
E-mail: eccu@chula.ac.th

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์

ที่อยู่ติดต่อ...รพ. สรรพสิทธิประสงค์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย ต.ในเมือง อ. เมือง จ.อุบลราชธานี

34000

โทรศัพท์.....089-5826358.....

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ** รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์

ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดย

ตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ

วิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามการวิจัยและเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง

ครั้งละ 45-60 นาที ในแต่ละครั้งทำติดต่อกันทุกวัน วันละครั้ง รวมระยะเวลาทั้งหมด 4 วัน

ข้าพเจ้ามีสิทธิ **ถอนตัว** ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้ง**

เหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น รวมทั้ง

ข้าพเจ้าจะยังได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาลตามปกติที่เคยได้รับ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง

ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ **เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะ

นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว

ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้า**ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตาม**ที่ได้รับระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ

วิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสาขา

บัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail:

eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน



ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
สำหรับผู้ปกครอง/ผู้ดูแล**

ทำที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้เกี่ยวข้องกับ (โปรดระบุเป็น พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ของ(ชื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย)) ขอแสดงความยินยอมให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ..ผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง.

ชื่อผู้วิจัย ...นางสาวทิพวรรณ คุณพันธ์.....

ที่อยู่ติดต่อ ..รพ. สรรพสิทธิประสงค์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย ต.ในเมือง อ. เมือง

จ.อุบลราชธานี 34000.....

โทรศัพท์089-5826358.....

ข้าพเจ้าและผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับ ที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดใน เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดี** แล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**ให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัย นี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ที่อยู่ใน ปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวล ตามสถานการณ์ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง ติดต่อกันทุกวัน โดยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มวันละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที รวม ระยะเวลาทั้งหมด 4 วัน

ข้าพเจ้ามีสิทธิให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าหรือเป็นความประสงค์ของผู้ ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแล **ถอนตัว**ออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่ง การถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแล ของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า ได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้า

หากผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

หมายเหตุ

ในกรณีที่มีผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอายุระหว่าง 8-17 ปี ต้องลงนามให้ความยินยอมร่วมกับบิดา/มารดาหรือผู้ปกครอง (Assent)

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก


ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....
(.....)

พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

ลำดับที่.....

1. กลุ่มทดลอง
2. กลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () และเติม

ข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ
 - () 1. หญิง () 2. ชาย
3. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด () 2. สมรส
3. หม้าย () 4. หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
 - () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา
 - () 3. มัธยมศึกษา () 4. อนุปริญญา/ปวส.
 - () 5.ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
 - () 7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)
 - () 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท () 2. 5,001 – 10,000 บาท
 - () 3. 10,001 – 15,000 บาท () 4. 15,001 – 20,000 บาท
 - () 5. 20,000 บาทขึ้นไป
6. อาชีพ
 - () 1. รับราชการ () 2. รัฐวิสาหกิจ
 - () 3. รับจ้าง () 4. เกษตรกรรม
 - () 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 6. ธุรกิจส่วนตัว
 - () 7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

การจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม

ปัญหา

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้อง ภายหลังจากการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด และกลัวความตายที่จะเกิดขึ้น นอกจากนั้นผู้ป่วยยังสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง และได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ (ประทีน ไชยศรี, 2550) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมก่อให้เกิดประโยชน์ คือ เป็นตัวกระตุ้นที่ดี (Stuart and Sundeen, 1983 อ้างใน ซอลดา พันธุเสนา, 2536 : 58) แต่ถ้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับสูงจะทำให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า และต่อมหมวกไต ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน และเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง เกิดความไม่สุขสบายในทางเดินอาหาร เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน (ประทุม สร้อยวงศ์และคณะ, 2539: 15 อ้างในอพัชชา ผ่องญาติ, 2543) และทำให้การเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้นด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Maguire, 1997 cited in Cheung, et al, 2003)

ดังนั้น การลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเป็นการป้องกันความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้น และเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วย (นวพร ชิตমন, 2549)

ปรัชญา

การลดความวิตกกังวลในปัจจุบันมีหลากหลายวิธี ได้แก่ การฝึกสมาธิ การสร้างจินตนาการ การออกกำลังกายหรือการนวด การเปลี่ยนสถานที่หรือสิ่งแวดล้อม การระบายความรู้สึก การฝึกการผ่อนคลายและการบำบัดด้วยการสัมผัส (Shives & Isaacs, 2002) เป็นต้น ซึ่งการเลือกใช้วิธีการในการลดความวิตกกังวลนั้นต้องพิจารณาให้มีความเหมาะสมกับสภาพหรือลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภท สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องนั้น ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญการให้ข้อมูลที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้

.....

การจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เป็นแบบแผนในการจัดกิจกรรมการเข้าร่วมกลุ่มของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้

ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องและเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล
ของผู้ป่วยที่เกิดจากการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

กิจกรรม เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม

ติดต่อกันทุกวัน ใช้เวลารวมทั้งหมดในการจัดกิจกรรมกลุ่มแต่ละกลุ่ม 4 วัน

สมาชิก ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง กลุ่มละ 3-5 คน

สถานที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จัดที่ห้องประชุมหอผู้ป่วย

ศัลยกรรมสาย 1 ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี จัดที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยสามัญหญิง

เวลา 10.00 - 11.00น.

ผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัย

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งประกอบด้วยกระบวนการกลุ่ม
เป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะสร้างสัมพันธภาพหรือระยะเริ่มต้น (The Introductory Phase or Initiating Phase)

2. ระยะดำเนินการหรือระยะต่อเนื่อง (The Working Phase or Continuing Phase)

3. ระยะสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่ม (Terminating Phase)

หมายเหตุ ก่อนการจัดผู้ป่วยเข้าร่วม กิจกรรมการให้ข้อมูลแบบกลุ่มผู้วิจัยมีการเข้าพบผู้ป่วย
เป็นรายบุคคลเพื่อประเมินสภาพและความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกลุ่ม และเพื่อทำการ
จับคู่ผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งแรกให้ผู้ป่วย ทำ
แบบสอบถามแบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์

แนวทางการจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิก (ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง)
ในกลุ่ม

1. ได้รู้จักกันและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. ทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม

3. ได้แสดงความรู้สึกรู้สึก ความคิดเห็นแล้เปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัดทวาร
เทียมทางหน้าท้อง

กิจกรรม 1. ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพหรือระยะเริ่มต้น

1) ผู้วิจัยแนะนำตัว จากนั้นให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัว โดยบอกชื่อ –
นามสกุล อายุ อาชีพ ที่อยู่ โรคและชนิดของทวารเทียมทางหน้าท้อง

2) ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทุกคนทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วม
กระบวนการกลุ่ม กฎระเบียบและข้อตกลงในการเข้าร่วมกลุ่มของสมาชิก
บทบาทของสมาชิกและบทบาทของผู้วิจัยในฐานะผู้นำกลุ่ม

2. ระยะดำเนินการหรือระยะต่อเนื่อง

1) กระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความรู้สึกรู้สึก ความคิดเห็นของตนเอง
ต่อการมีทวารเทียม

2) ผู้วิจัยตั้งคำถามให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็นและตอบ

คำถามเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สาเหตุ อาการ การวินิจฉัย
และการรักษา การรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้อง ลักษณะที่
ปกติของทวารเทียม โดยผู้วิจัยคอยกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็น
และได้แสดงออกครบทุกคน

3) ผู้วิจัยให้สมาชิกทุกคนแสดงความรู้สึกของตนเองต่อการมีทวารเทียม
และความรู้สึกที่เป็นกังวลจากการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้

3. ระยะสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่ม

1) ก่อนหมดเวลาประมาณ 15 – 20 นาที ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกใน
กลุ่มซักถามข้อสงสัยต่างๆ และร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่ม

2) ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มในครั้งนี้ นัดหมายการเข้า
ร่วมกลุ่มในครั้งต่อไปและปิดการเข้าร่วมกลุ่ม

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม

วัตถุประสงค์

.....

ข้อมูลประกอบการสนทนาในกระบวนการกลุ่ม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้ประกอบ	เกณฑ์การประเมิน
<p>กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างสมาชิกกลุ่มและ ผู้วิจัย</p>	<p>กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ โดยมีการดำเนินการ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำตนเองและทำความ รู้จักกับสมาชิกในกลุ่ม - สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง และทำความรู้จักกัน - ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้า ร่วมกระบวนการกลุ่มให้ สมาชิกทุกคนทราบ 	<p>ผู้วิจัยกล่าวทักทายแนะนำตัวเองโดยพูดว่า “สวัสดี ค่ะ สมาชิกกลุ่มทุกท่าน ดิฉันนางสาวทิพวรรณ คุณ พันธ์ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเป็นพยาบาล ประจำการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ซึ่งจะ เป็นผู้นำกลุ่มในการเข้าร่วมกลุ่มในครั้งนี้ และลำดับ ต่อไปดิฉันขอให้สมาชิกทุกท่านได้แนะนำตัวเองเพื่อ เป็นการทำความรู้จักกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มค่ะ” ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม โครงสร้าง ของ กลุ่ม การดำเนินงานของกลุ่ม.....</p>		<p>ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มมี สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุยด้วยความเป็น กันเอง</p>

คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

คู่มือการดูแลตนเอง สำหรับ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มี ทวารเทียม



จัดทำโดย

นางสาวทิพวรรณ ดุณพันธ์

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร. สุรีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

การรักษาด้วยการผ่าตัดทำทวารเทียมทางหน้าท้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร การแต่งกาย การพักผ่อนและการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ที่มีทวารเทียมจะต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัว เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขตามสภาวะ

การจัดทำคู่มือเล่มนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลและปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่มีทวารเทียมและผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจถูกต้อง สามารถดูแลและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

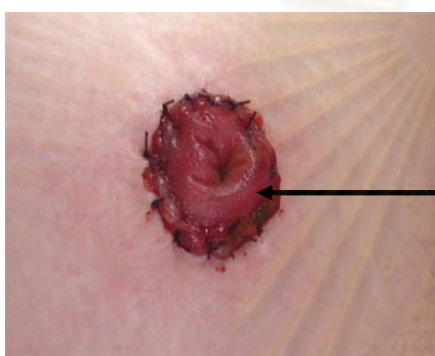
ทิพวรรณ คุณพันธ์
ผู้จัดทำ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทวารเทียม คืออะไร

การผ่าตัดทำทวารเทียม หรือโคลอสโตมี้ (Colostomy) หมายถึง การผ่าตัดให้เกิดช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ออกสู่ภายนอกร่างกายโดยผ่านผนังหน้าท้อง เพื่อเป็นทางระบายออกของอุจจาระ ส่วนของลำไส้ที่เปิดออกมาทางหน้าท้อง เรียกว่า “สโตมา ” (Stoma) ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมี้ เรียกว่า “ออสโตเมท ” (Ostomate)



ทวารเทียม

ลักษณะปกติของทวารเทียม

- Ⓜ ทวารเทียมมีสีแดง หรือสีชมพู ผิวมันเรียบ ลักษณะชุ่มชื้น
- Ⓜ ไม่มีความรู้สึกเมื่อสัมผัสเพราะไม่มีเส้นประสาทมาเลี้ยง
- Ⓜ ขนาดของทวารเทียมจะลดลงเล็กน้อยภายหลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์
- Ⓜ ไม่มีกลิ่นเหม็นหรือเหม็นจืด จึงไม่สามารถกั้นการขับถ่ายได้
- Ⓜ มีเส้นเลือดฝอยมาเลี้ยงมาก จึงอาจทำให้มีเลือดออกได้เมื่อเกิดการกระทบหรือการเสียดสีที่รุนแรง

สาเหตุที่ต้องมีทวารเทียม

1. ลำไส้มีความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ไม่มีรูทวารหนัก ลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยงหรือไม่มีเส้นประสาท
2. ลำไส้ใหญ่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เช่น ถูกรถชน ถูกรถแทง
3. ลำไส้ใหญ่ส่วนล่างมีการอุดตัน
4. มะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักบริเวณไส้ตรง
5. ลำไส้ใหญ่มีการทะลุหรือมีการติดเชื้อ



การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ที่มีทวารเทียม

การรับประทานอาหาร

- ๕ รับประทานอาหารได้ตามปกติให้ครบทั้ง 5 หมู่
- ๕ ควรรับประทานอาหารแต่พออิ่ม เคี้ยวอาหารให้ละเอียด
- ๕ หลีกเลี่ยงการผดผุยขณะรับประทานอาหาร ดื่มน้ำอย่างน้อย 6-8 แก้ว/วัน
- ๕ งดสูบบุหรี่และงดดื่มแอลกอฮอล์
- ๕ ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น เกิดแก๊สเมื่อต้องออกนอกบ้าน



แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม


คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในช่องซ้ายมือแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด กรุณาตอบทุกข้อโดยถือเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

เลือกตอบ **ใช่** เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้นถูกต้อง

เลือกตอบ **ไม่ใช่** เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้นผิด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ทวารเทียมปกติจะมีสีแดงคล้ำและรู้สึกเจ็บเวลาสัมผัส		
2. ขนาดของทวารเทียมจะค่อยๆ ยุบบวมหลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์		
3. ทวารเทียมไม่มีกล้ามเนื้อหูรูดจึงไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้		
4. ควรใช้แอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดทวารเทียมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ		
5. ควรวัดขนาดของทวารเทียมทุกครั้งที่ทำกรเปลี่ยนแปลง		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ
ข้อมูลการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 แสดงการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะด้าน ระยะเวลาของการมีทวารเทียม
คะแนนความวิตกกังวล และชนิดของทวารเทียม

คู่ที่	ระยะเวลาของการมี ทวารเทียม (วัน)		คะแนนความวิตกกังวล (คะแนน)		ชนิดของทวารเทียม	
	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม
1	4	3	68	63	ถาวร	ถาวร
2	2	4	64	61	ถาวร	ถาวร
3	3	2	60	62	ถาวร	ถาวร
4	3	2	60	62	ถาวร	ถาวร
5	3	3	53	53	ถาวร	ถาวร
6	2	4	61	60	ถาวร	ถาวร
7	3	3	56	56	ถาวร	ถาวร
8	4	3	60	63	ชั่วคราว	ชั่วคราว
9	3	4	63	62	ชั่วคราว	ชั่วคราว
10	4	3	53	48	ถาวร	ถาวร
11	3	4	57	59	ถาวร	ถาวร
12	3	2	65	59	ถาวร	ถาวร

ตารางที่ 8 (ต่อ)

คู่ที่	ระยะเวลาของการมี ทวารเทียม (วัน)		คะแนนความวิตกกังวล (คะแนน)		ชนิดของทวารเทียม	
	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม
13	2	3	56	55	ถาวร	ถาวร
14	2	3	59	58	ถาวร	ถาวร
15	2	2	44	47	ถาวร	ถาวร

คู่ที่	ระยะเวลาของการมี ทวารเทียม (วัน)		คะแนนความวิตกกังวล (คะแนน)		ชนิดของทวารเทียม	
	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม
16	2	2	56	54	ถาวร	ถาวร
17	2	3	56	52	ชั่วคราว	ชั่วคราว
18	2	3	63	59	ถาวร	ถาวร
19	2	4	51	49	ชั่วคราว	ชั่วคราว
20	2	4	67	64	ชั่วคราว	ชั่วคราว

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 แสดงคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง และคะแนน
ความรู้หลังการทดลอง

รายชื่อ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	คะแนน ความวิตก กังวล	คะแนน ความวิตก กังวล	คะแนน ความรู้	คะแนน ความวิตก กังวล	คะแนน ความวิตก กังวล	คะแนน ความรู้
	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	หลัง ทดลอง	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	หลัง ทดลอง
1	63	52	9	68	40	8
2	61	54	9	64	37	9
3	62	55	6	60	32	9
4	62	53	5	60	32	9
5	53	50	8	53	41	10
6	60	55	7	61	40	10
7	56	54	9	56	39	9
8	63	59	9	60	44	8
9	62	47	7	63	40	9
10	48	46	8	53	38	8
11	59	52	8	57	38	8
12	59	50	8	65	41	9
13	55	61	7	56	40	10
14	58	53	7	59	40	9
15	47	48	7	44	37	8
16	54	55	8	56	39	9
17	52	51	7	56	38	9
18	59	49	9	63	41	10
19	49	40	9	51	39	9
20	64	53	7	67	42	9

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวทิพวรรณ คุณุพันธ์ เกิดเมื่อวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2520 สำเร็จการศึกษา
 พยาบาลศาสตรบัณฑิต จาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ปี พ.ศ. 2543
 รับราชการและปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย โรงพยาบาล
 สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการศึกษาการพยาบาลเฉพาะทางหลักสูตรอนุสาขา
 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จากวิทยาลัยพยาบาล
 สภาการขาดไทย ปี พ.ศ. 2549 ปัจจุบัน รับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาต่อใน
 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2551



ศูนย์วิทยพักร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย