

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบว่าโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรง เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรโลก นำหน้าโรคหัวใจ และอุบัติเหตุ (World Health Organization [WHO], 2012) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยในโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2011 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ถึง 141,210 คน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ 49,380 คน (American Cancer Society [ACS], 2011) สำหรับประเทศไทยพบมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ประมาณ 60,000 คนต่อปี โดยเฉลี่ยชั่วโมงละเกือบ 7 ราย จำแนกตามเพศพบว่าในเพศชายเสียชีวิตด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นอันดับสาม รองจากมะเร็งตับและมะเร็งปอด และเสียชีวิตเป็นอันดับห้าในเพศหญิงรองจากมะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งปอด (คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วยการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการใช้รังสีรักษา ซึ่งพิจารณาตามข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย (ปริญา ทวีชัยกานต์, 2553) การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักโดยศัลยแพทย์จะทำการตัดลำไส้ส่วนที่เป็นโรครวมถึงต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงออกไป แล้วต่อปลายลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกัน กรณีไม่สามารถเย็บต่อปลายลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหลือเข้าหากันได้ทันที อาจเนื่องจากลำไส้บวม มีการอักเสบติดเชื้อของช่องท้อง ศัลยแพทย์จะทำช่องเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องหรือที่เรียกว่า “รูทวารเทียม” (stoma) เพื่อระบายอุจจาระออกแบบชั่วคราว (temporary colostomy) กรณีมะเร็งอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนล่างหรือที่อยู่ติดกับทวารหนัก การผ่าตัดลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออกอาจทำลายกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนัก จึงมีความจำเป็นที่ศัลยแพทย์ต้องนำส่วนปลายลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหลือเปิดออกทางหน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระแทนการขับถ่ายทางทวารหนักแบบถาวร (permanent colostomy) (Pittman, 2011)

การผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องแบบถาวร มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม การดำเนินชีวิตประจำวันและด้านเศรษฐกิจ เป็นอย่างมาก (Krouse et al., 2007) โดย

ผลกระทบด้านร่างกายนั้นพบได้ว่า หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมักเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัด อีกทั้งการผ่าตัดยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของการขับถ่ายอุจจาระ จากการขับถ่ายผ่านรูทวารหนักตามปกติมาเป็นขับถ่ายออกทางหน้าท้องโดยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ รวมถึงอาจเกิดกลิ่นและลมเล็ดรูดออกมา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและสูญเสียภาพลักษณ์ได้ (ยูดี เกตุสัมพันธ์, สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, อัญชา ท้วมเพิ่มผล, และ นภาพร อภิรติวิจิตรสร้อย, 2544; Kilic, Taycan, Belli, & Ozmen, 2007) ในบางรายอาจพบปัญหาทางเพศเช่นอวัยวะเพศไม่แข็งตัว เนื่องจากการผ่าตัดอวัยวะในอุ้งเชิงกรานโดยเฉพาะส่วนของลำไส้ตรง อาจมีการทำลายแขนงประสาทซูปรีเรียไฮโปแกสตริก (superior hypogastric plexus) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการแข็งตัว (erection) ของอวัยวะเพศชายและการหลั่งน้ำอสุจิ (ejaculation) ได้ (Eveno, Lamblin, Mariette, & Pocard, 2010) นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังของการมีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง เช่น ผิวหนังบริเวณรอบช่องเปิดลำไส้ถูกทำลายจากสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากลำไส้ เป็นต้น สำหรับผลกระทบด้านจิตสังคมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้าหมดหวัง ขาดความมั่นใจในตนเอง กลัวการมีช่องเปิดลำไส้ กลัวว่าจะถูกแบ่งแยกทางสังคม มากกว่าผู้ป่วยโรคเดียวกันที่ไม่ได้รับการผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Walsh, Donnelly, & Rybicki, 2000) และยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเข้าสังคม การทำงานและการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อสมาชิกในครอบครัวให้ต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและต้องรับภาระหรือให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลช่องเปิดลำไส้ เช่น เวชภัณฑ์และอุปกรณ์รองรับอุจจาระ เป็นต้น (McGrath, Porrett, & Heyman, 2006)

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง แบ่งออกได้เป็น 2 ระยะคือ ระยะแรก เป็นระยะหลังผ่าตัดจนถึง 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด (early complications) ภาวะแทรกซ้อนที่มักพบได้แก่ ตำแหน่งช่องเปิดลำไส้ไม่เหมาะสม (improper sitting) ช่องเปิดลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยง (stomal necrosis) ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ระคายเคือง (peristomal skin irritation) ซึ่งการระคายเคืองอาจพบในหลายลักษณะ เช่น ผิวหนังอักเสบ (dermatitis) ผิวหนังเปื่อยยุ่ย (skin marceration) และผิวหนังติดเชื้อ (skin infection) และปัญหาทางด้านจิตสังคม (psychosocial complications) ได้แก่ เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้าหมดหวัง ขาดความมั่นใจในตนเอง กลัวการมีช่องเปิดลำไส้ กลัวว่าจะถูกแบ่งแยกทางสังคม สำหรับระยะที่ 2 เป็นระยะหลังผ่าตัด 6-10 สัปดาห์ (late complications) ภาวะแทรกซ้อนที่พบในระยะนี้ได้แก่ การเกิดไส้เลื่อนบริเวณรอบช่องเปิดลำไส้ (parastomal hernia) ช่องเปิดลำไส้ยื่นออกมาผิดปกติ (stomal prolapse) ช่องเปิดลำไส้ถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง (stomal retraction) ช่องเปิดลำไส้ตีบ (stomal stenosis) ช่องเปิดลำไส้อุดตัน (stomal obstruction) เลือดออกจากช่องเปิดลำไส้

(stomal bleeding) (McGrath et al., 2006) จากการศึกษาย้อนหลังของ บัทเลอร์ (Butler, 2009) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 610 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน 158 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.9 โดยเป็นผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ระคายเคืองถึงร้อยละ 42.1 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ริชเบอร์ก, โธรป, และ แรฟฟ์ (Richbourg, Thorpe, & Rapp, 2007) ที่พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ถึงร้อยละ 76 สำหรับสาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากการสัมผัส หรือเสียดสีกับวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย หรือสัมผัสกับอุจจาระจนทำให้ผิวหนังเกิดการแพ้ ระคายเคือง เกิดเป็นแผลที่รุนแรงมากขึ้น และแผลอักเสบติดเชื้อตามมา (Herlufsen et al., 2006)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆหลังผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ได้แก่ ตำแหน่งของช่องเปิดลำไส้ (stoma) ภายหลังผ่าตัดไม่เหมาะสม ทำให้การติดอุปกรณ์รองรับอุจจาระยาก ส่งผลให้เกิดการรั่วซึมของอุจจาระและผิวหนังบริเวณรอบช่องเปิดถูกทำลาย หรือจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ ถึงวิธีการดูแลช่องเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง การป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนสามารถกระทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น ภาวะผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ระคายเคือง สามารถป้องกันได้ด้วยการตัดช่องเปิดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายให้มีขนาดกว้างกว่าช่องเปิดลำไส้ไม่เกิน 2-3 มิลลิเมตร (Clark, 2008) เมื่อเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง สามารถจัดการได้โดย ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำสะอาด หลีกเลี่ยงการใช้สบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อต่าง ๆ (Oakley, 2007) เป็นต้น สำหรับผลกระทบทางด้านจิตใจได้แก่ เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้าหมดหวัง ขาดความมั่นใจในตนเอง กลัวการมีช่องเปิดลำไส้ กลัวว่าจะถูกแบ่งแยกทางสังคม ควรมีการประเมินและเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ การให้ข้อมูลของพยาบาล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม สามารถลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้ (Dithapan, 2006) และการให้ข้อมูลและการเสริมพลัง เกี่ยวกับการพิจารณาการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง จะช่วยลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (Zolciak et al., 2006)

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้เข้าสู่ปกติโดยเร็ว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลด้านร่างกายในระยะหลังผ่าตัด การประเมินและดูแลช่องเปิดลำไส้ การดูแลด้านจิตใจให้กำลังใจสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยและให้ความรู้ในการดูแลช่องเปิดลำไส้ (Vujnovich, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น สมาคมพยาบาลของออนตาริโอ (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2009) สถาบันบริการ

สุขภาพแห่งชาติของสหราชอาณาจักร (National Health Service [NHS], 2011) สำนักวิจัยสุขภาพและคุณภาพของสหรัฐอเมริกา (Agency for Health Care Research and Quality [AHRQ], 2009) สมาคมออสโตมีของสหรัฐอเมริกา (United Ostomy Associations of America [UOAA], 2011) เป็นต้น โดยแต่ละสถาบันมีแนวปฏิบัติที่แตกต่างและคล้ายคลึงกันออกไป เช่น สมาคมพยาบาลของออนตาริโอ (RNAO, 2009) จะมีแนวทางปฏิบัติและคำแนะนำที่เน้น การดูแลก่อนผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด การติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ต่อองค์กร ส่วนของสำนักวิจัยสุขภาพและคุณภาพของสหรัฐอเมริกา (AHRQ, 2009) มีข้อเสนอแนะนำไปใช้เกี่ยวกับการให้ความรู้เกี่ยวกับช่องเปิดลำไส้ การดูแลช่องเปิดลำไส้ คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับช่องเปิดลำไส้ ทางหน้าท้องเช่น ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ระคายเคือง ผิวหนังอักเสบ เป็นต้น

โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง ให้บริการเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ซับซ้อนและเป็นศูนย์กลางการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและปฐมภูมิ จากสถิติที่ผ่านมา พบมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2553 ถึง 2555 พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 242, 322 และ 336 รายตามลำดับ ในจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวได้รับการผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องแบบถาวร จำนวน 44, 58 และ 66 รายตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลนครพิงค์, 2553, 2554, 2555)

จากการศึกษาข้อมูลของผู้ศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องแบบถาวร จำนวน 30 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.66 จำแนกเป็นภาวะแทรกซ้อนในระยะแรก ได้แก่ การระคายเคืองของผิวหนังรอบบริเวณช่องเปิดลำไส้ (peristomal skin irritation) จำนวน 4 ราย พบว่าเกิดจากการดูแลช่องเปิดลำไส้ไม่ถูกต้องคือการตัดขนาดของอุปกรณ์รองรับอุจจาระมีขนาดใหญ่กว่าขนาดของช่องเปิดลำไส้ จำนวน 2 ราย เกิดภาวะช่องเปิดลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยง (stomal necrosis) จำนวน 1 ราย ไม่ยอมรับการมีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง จำนวน 1 ราย สำหรับภาวะแทรกซ้อนในระยะหลัง จำนวน 4 ราย โดยพบภาวะช่องเปิดลำไส้ถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง (stomal retraction) จำนวน 2 ราย มีการแยกของรอยเย็บชั้นเยื่อทวารหนักกับผิวหนัง (mucocutaneous suture line) และเกิดจากผู้ป่วยมีร่องชั้นของผิวหนัง (skin fold) ที่หนาทำให้แพทย์ไม่สามารถยกทวารเทียมได้สูงในระดับปกติ จำนวนอย่างละ 1 ราย ตามลำดับ จากสาเหตุภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ผู้ศึกษาได้ร่วมกับพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Enterostomal Therapy Nurse: ET Nurse) และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์สาเหตุ

รากเหง้าของปัญหา (root cause analysis) พบว่าการให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนและหลังการผ่าตัด มีรูปแบบการให้คำแนะนำ การสอนที่หลากหลายตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน รวมถึงยังไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกของหน่วยงานที่ชัดเจน

จากการวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าว กลุ่มพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานคลินิกแผลและออสโตมี โรงพยาบาลนครพิงค์ ร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง เห็นความจำเป็นที่ควรมีแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinic practice guidelines) เป็นข้อกำหนดที่จัดทำอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-base practice) และจากผู้เชี่ยวชาญจากสาขาวิชาชีพ นำข้อสรุปที่เหมาะสมมาใช้ในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติในทีมสุขภาพ โดยแนวปฏิบัติทางคลินิกจะระบุถึงชุดกิจกรรม กฎหรือวิธีปฏิบัติ ตลอดจนผู้รับผิดชอบการปฏิบัติแต่ละกิจกรรม โดยให้เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ และสะดวกในการนำไปใช้ โดยเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและญาติและทีมสุขภาพสหสาขา (จิตร สิริธอมร, อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, 2543) จากการสืบค้น พบแนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยในต่างประเทศ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างไปจากโรงพยาบาลนครพิงค์

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างเป็นระบบ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลของสภาวะวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) มาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อ 1) ให้นักการทางการแพทย์พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องได้อย่างครอบคลุม มีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ได้มาตรฐานเหมือนกัน และมีการสื่อสารที่ตรงกัน 2) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านการจัดการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเป็นปกติสุข ตามความต้องการอย่างเหมาะสม และต่อเนื่องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีช่องเปิดลำไส้ นอนโรงพยาบาลตามระยะเวลาที่กำหนดหรือลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ส่งผลต่อ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลลดลง เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการศึกษา

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เหมาะสมสำหรับ โรงพยาบาลนครพิงค์ มีลักษณะอย่างไร

นิยามศัพท์

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง กระบวนการที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะหลังผ่าตัด โดยประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ประกอบด้วย ขั้นตอน 8 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 3) การกำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกำหนดผลลัพธ์ของการดูแล 4) การสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ และการประเมินคุณค่าหลักฐาน 5) การยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก 6) การตรวจสอบและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก 7) การนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ทดลองใช้ และ 8) การประเมินผลการทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง หมายถึง ข้อกำหนดหรือข้อความที่จัดทำอย่างเป็นระบบจากการนำประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิก ในเรื่องการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก ร่วมกับการนำความรู้จากผลการวิจัยที่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อนำมาช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หมายถึง ผู้ป่วยชายหรือหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal cancer) ทุกระยะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องแบบถาวร