



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนรายละเอียดแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. โคลอสโตมีย์ชนิดถาวร (Permanent colostomy)
2. คุณภาพชีวิต (Quality of Life)
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โคลอสโตมีย์ชนิดถาวร (Permanent Colostomy)

ประวัติการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์

การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ เป็นวิวัฒนาการทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ซึ่งเริ่มขึ้นในศตวรรษที่ 17 คำว่า "โคลอสโตมีย์" เป็นคำมาจากภาษากรีก 2 คำ คือ "Colo" หมายถึง ลำไส้ใหญ่ และ "Ostomy" หรือ "Stoma" หมายถึง การสร้างทางเบ็ดขึ้นในร่างกายโดยการทำผ่าตัด (5) ผู้ค้นพบวิธีการดังกล่าวเป็นคนแรกคือ ลิทเตอร์ (Littre) ในปี ค.ศ. 1710 โดยแนะนำให้เอาลำไส้มาเปิดที่หน้าท้อง ภายหลังจากที่เขาได้สังเกตดูการผ่าศพของเด็กหญิงคนหนึ่ง ซึ่งเสียชีวิตเนื่องจากลำไส้อุดตัน ต่อมาในปี ค.ศ. 1776 พิลเลอร์ (Pillore) ศัลยแพทย์แห่งเมืองรอนเจิน (Rouen) ของฝรั่งเศส ได้ทำโคลอสโตมีย์ในผู้ป่วยมะเร็งของลำไส้ใหญ่สำเร็จเป็นรายแรก และในปี ค.ศ. 1793 ดูเรต (Duret) ได้ทำโคลอสโตมีย์สำเร็จและเป็นคนแรกที่ได้รายงานโรคแทรกซ้อนของโคลอสโตมีย์ไว้คือ มีการยื่นของโคลอสโตมีย์มากกว่าปกติ (Prolapse Colostomy) ต่อมาในระหว่างศตวรรษที่ 19 การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ได้ทำกันมากขึ้น แต่ไม่เป็นที่แพร่หลาย อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่า การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์เป็นวิธีการแก้ไขความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ที่ง่ายและเหมาะสม รวมทั้งสามารถทำได้ในภาวะฉุกเฉินอีกด้วย

ความหมายของโคลอสโตมีย์

โคลอสโตมีย์ (Colostomy) หมายถึง การรักษาโดยการทำผ่าตัดนำเอาลำไส้ใหญ่ส่วนใดส่วนหนึ่งเปิดเป็นช่องทางหน้าท้องโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ช่องเปิดของลำไส้ใหญ่เป็นทางผ่านออกของอุจจาระคือ ทวารหนัก เป็นการรักษาโรคของลำไส้ใหญ่ที่มีสาเหตุจากการมีพยาธิสภาพผิดปกติมาแต่กำเนิด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การติดเชือบริเวณลำไส้ใหญ่ทำให้ลำไส้เกิดเนื้อตาย การอักเสบของถุงหรือแอ่งยื่นออกจากผนังลำไส้ใหญ่ (Diverticulitis) และการได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องท้องที่ลำไส้ใหญ่ เช่น ถูกแทง ถูกยิง ถูกกระแทกกระทอนอย่างแรง (4)

ชนิดของการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์

การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร การผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรนี้ส่วนมากทำผ่าตัดในรายที่เป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่ หรือการอักเสบของลำไส้ใหญ่จากการฉายรังสี เพื่อการรักษา มะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็งที่กระเพาะปัสสาวะ การทำผ่าตัดชนิดนี้จุดมุ่งหมายเพื่อรักษาโรคให้หายขาด หรือรักษาเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่เดิม โดยการตัดเอาลำไส้ส่วนที่มีพยาธิสภาพออก ในกรณีที่ไม่สามารถตัดเย็บต่อลำไส้ส่วนที่มีพยาธิสภาพของโรคได้ จะต้องผ่าตัดทั้งทางทวารหนักและทางฝีเย็บ เพื่อเอาส่วนของลำไส้ที่ดีเหนือส่วนที่มีพยาธิสภาพของโรคมาเปิดออกทางหน้าท้องสำหรับเป็นทางขับถ่ายอุจจาระตลอดชีวิต การทำโคลอสโตมีย์ที่ลำไส้ใหญ่ ส่วนต้นลักษณะของอุจจาระมักจะเหลวจากมีน้ำย่อยจากลำไส้เล็กซึ่งเป็นต่างปนออกมาด้วย ส่วน การทำโคลอสโตมีย์ที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ลักษณะของอุจจาระที่ออกมาจะไม่เหลวมีน้ำย่อยปน ออกมากับอุจจาระน้อย

2. การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดชั่วคราว เป็นการผ่าตัดที่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้น เช่น ลำไส้ใหญ่ส่วนตรงด้านขวา (Ascending colon) หรือลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (Transverse colon) ลักษณะของโคลอสโตมีย์อาจทำเป็น Loop colostomy คือ นำเอาส่วนของลำไส้มาเจาะเปิดออกทางหน้าท้อง หรือทำเป็น Double barreled Colostomy โดยนำส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ที่ตัดออกทั้ง 2 ปลายมาเปิดที่หน้าท้อง ซึ่งการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดนี้มีจุดมุ่งหมายให้เป็นทางผ่านของอุจจาระชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง เพื่อรักษาโรคของลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ต่ำกว่าช่องเปิดของลำไส้ลงไป เช่น รักษาโรคลำไส้ใหญ่อักเสบ หรือลำไส้ใหญ่ได้รับการกระทบกระเทือนมาก เป็นต้น และเมื่อลำไส้ใหญ่ส่วนที่มีพยาธิสภาพได้รับการรักษาให้หายเป็นปกติแล้วก็จะทำผ่าตัดปิดโคลอสโตมีย์ เพื่อให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทางทวารหนักตามปกติได้ โดยมากจะใช้เวลาประมาณ 2 เดือนหลังจากทำโคลอสโตมีย์ไปแล้ว จึงจะนัดผู้ป่วยกลับมาผ่าตัดปิดโคลอสโตมีย์ได้ ตำแหน่งของโคลอสโตมีย์ชนิดนี้จะอยู่บริเวณท้องน้อยด้านขวาหรือหน้าท้องส่วนกลางในระดับต่ำกว่าสะดือเล็กน้อย ลักษณะของอุจจาระเหลวหรือค่อนข้างเหลวและมีน้ำย่อยจากลำไส้เล็กปนออกมาด้วย คือ โคโรซีฟ เอ็นไซม์ (Corosive enzyme) ซึ่งเป็นกรดมีผลระคายเคืองต่อผิวหนังรอบ ๆ ช่องเปิดของลำไส้ ทำให้มีการอักเสบและเปื่อยของผิวหนังได้

ข้อบ่งชี้ในการทำโคลอสโตมีย์

1. เพื่อลดแรงดันใน colon และระบายอุจจาระเหนือบริเวณที่ colon อุดตัน
2. เพื่อมิให้อุจจาระผ่านรอยต่อ colon ซึ่งอาจรั่วหรือมิให้ผ่านบริเวณที่เป็น fistula เช่น recto-vaginal fistula ลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดได้
3. เพื่อทำหน้าที่แทน anus ในผู้ที่ทำ abdominoperineal resection หรือในกรณีที่ยังไม่สามารถต่อลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดได้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ที่พบในผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ ชนิดถาวร

การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ความสัมพันธ์ และหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย การสูญเสียเร็คตัมและทวารหนักซึ่งเป็นอวัยวะที่ควบคุมการขับถ่ายมีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีความคับข้องใจ รู้สึกอาย ขาดความมั่นใจ กลัวว่าคนอื่นจะรังเกียจ และไม่สามารถจัดระเบียบการดำเนินชีวิตใหม่ นอกจากการมีโคลอสโตมีย์และการไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย ผู้ป่วยยังต้องดูแลการใช้ถุงรองรับอุจจาระ เผชิญกับกลิ่นและลม การเปราะเปื้อนของอุจจาระ การระคายเคืองของผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ และความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ อึดอัดใจ ลังคแมนและซอเรนเซน (6) กล่าวว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ปรับตัวได้ยาก เพราะอุจจาระเกี่ยวข้องกับจิตใจผู้ป่วยซึ่งคิดว่าน่าจะอายทำให้ต้องเปิดเผยเหมือนเด็ก ปฏิกริยาของผู้ป่วยจะแตกต่างกัน ตั้งแต่ยอมรับได้ง่ายจนถึงแยกตัว ผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดนั้น ทำให้เกิดความวิตกกังวล และความกลัว(7) ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดโคลอสโตมีย์นั้น จะมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างหน้าที่และภาพลักษณ์ทำให้มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสังคมดังนี้

1. ด้านร่างกาย

จากโครงสร้างและหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดปัญหาดังนี้

1.1 ความผิดปกติที่เกิดจากหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากลำไส้ใหญ่ถูกตัดออกไป เป็นส่วนมากทำให้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ลดลงกว่าปกติ ทำให้เกิดปัญหาดังนี้

ภาวะพร่องเกลือแร่และวิตามิน ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ในส่วนของลำไส้ตรงและบางส่วนของลำไส้ใหญ่จะถูกตัดออกไป ทำให้การดูดซึ่มกลับของน้ำและเกลือแร่เช่น โซเดียม โปแตสเซียม สูญเสียไป เนื่องจากน้ำทั้งหมดที่ได้รับในแต่ละวัน 1.5 – 2.5 ลิตร และรวมจากสารหลังในแต่ละวัน 7 – 10 ลิตร เหล่านี้จะถูกดูดซึ่มในลำไส้เล็กไปจนหมด เหลือเข้าสู่ลำไส้ใหญ่เพียง 1 – 1.5 ลิตร ลำไส้ใหญ่สามารถดูดซึ่มกลับได้อีก เหลือออกไปกับอุจจาระไม่เกิน 200

มีผลลิตรต่อวัน(8) จากการที่ลำไส้ใหญ่ถูกตัดออกไปทำให้ลำไส้ส่วนที่เหลือดูดน้ำกลับได้น้อยลง ดังนั้น อุจจาระที่ออกมาจะมีลักษณะเหลวและจะมีกลิ่นแฉะ เช่น โชเดียมและโปรแตสเซียม ถูกขับออกมาด้วย นอกจากนี้ในภาวะปกติลำไส้ใหญ่มีแบคทีเรียที่สามารถสร้างวิตามินเค 2 วิตามิน เค 2 ที่สร้างโดยลำไส้ใหญ่ถือว่ามีค่าสำคัญ เพราะวิตามินนี้สร้างจากอาหารไม่เพียงพอ ต้องอาศัยจากการดูดซึมที่ลำไส้ใหญ่มาช่วยเสริม(9) ดังนั้น อาหารสำหรับผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ถาวร จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเลือก วิตามิน เค 2 มาทดแทน ซึ่งพบได้ในผักใบเขียว (10)

การเกิด ก๊าซ กลิ่น และอาการท้องผูก หรืออาการท้องเสีย ทำให้เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ เช่นกัน การเกิดก๊าซสามารถลดได้โดยจำกัดอาหารที่เป็นสาเหตุ การเกิดก๊าซ ได้แก่ หัวหอม กล่ำปลี ถั่ว น้ำอัดลม ควรรับประทานแต่น้อยหรือควรงดเลย นอกจากนี้การเกิดก๊าซอาจเกิดจากการกลืนอากาศเข้าไปพร้อมกับอาหารมากกว่าเกิดจากขบวนการย่อยการดูดซึม ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องเคี้ยวช้า ๆ พร้อมทั้งปิดปากขณะเคี้ยวอาหารเพื่อลดจำนวนก๊าซที่เกิดจากการกลืนลงไปได้ การเกิดกลิ่นอุจจาระที่รุนแรง อาหารที่เป็นสาเหตุการเกิดกลิ่น ได้แก่ ปลา ไข่ หัวหอม เนยแข็ง ผักบางชนิด เช่น สะตอ ชะอม หรืออาหารที่เคยรับประทานแล้วทำให้เกิดกลิ่นของอุจจาระที่รุนแรงต่อผู้นั้นมาก่อน จึงมีความจำเป็นต้องจำกัดหรือหลีกเลี่ยงอาหารดังกล่าว การรับประทานโยเกิร์ตจะสามารถช่วยลดการเกิดกลิ่นได้ เนื่องจากแบคทีเรียที่ผสมอยู่ในอาหารจะช่วยย่อยอาหารเหล่านี้ได้ทำให้ลดการเกิดกลิ่นได้บ้าง อาการท้องเสียอาจเกี่ยวข้องกับอาหารที่รับประทานแล้วมีผลทำให้เกิดอาการท้องเสีย ได้แก่ ผักสดและผลไม้บางชนิด แต่ถ้าอาการท้องเสียติดต่อกันนานเกิน 2 วัน ควรจะได้ไปพบแพทย์ (11) อาการท้องผูกสาเหตุอาจเกิดจากรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ได้แก่ อาหารที่มีกากและเส้นใยมาก ๆ ทำให้เพิ่มปริมาณอุจจาระ การดื่มน้ำน้อยทำให้อุจจาระแข็ง การอุดตันของอุจจาระนาน ๆ ทำให้เกิดการอักเสบของลำไส้ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและปวดท้องร่วมด้วย เหล่านี้เป็นปัญหาที่ให้ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ขาดความมั่นใจในการเลือกรับประทานอาหารไม่กล้ารับประทานอาหาร ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเป็นเหตุให้ขาดสารอาหาร เนื่องจากแต่ละบุคคลที่มีความเคยชินกับอาหารแต่ละชนิดต่างกัน ดังนั้น จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนอาหารบางชนิดเพื่อให้เกิดความเคยชินถ้าไม่มีอาการผิดปกติให้รับประทานอาหารนั้น ๆ ได้ ต่อไป

1.2 ความสามารถในการควบคุมการไหลของอุจจาระทางโคลอสโตมีย์ เนื่องจากที่ช่องเปิดของโคลอสโตมีย์ไม่มีกล้ามเนื้อหูรูดที่จะควบคุมการไหลของอุจจาระได้ตามความต้องการ ประกอบกับลักษณะของอุจจาระที่ค่อนข้างเหลวทำให้อุจจาระไหลออกมาไม่เป็นเวลา ซึ่งจะเป็นปัญหายิ่งขึ้นเมื่อเกิดอาการท้องเสียร่างกายจะขับน้ำและเกลือโซเดียมออกมามาก เนื่องจากการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ลำไส้ใหญ่ถูกตัดออกไปบางส่วน ทำให้สูญเสียความสามารถในการดูดกลับของน้ำ และเกลือแร่บางชนิด ทำให้ร่างกายเกิดอาการขาดน้ำและเกลือแร่บางชนิด หากเกิดอาการ

เร็วยิ่งจะทำให้เป็นอันตรายต่อร่างกายได้ ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร หลังการทำผ่าตัดระยะแรก ๆ กล้ามเนื้อที่ผนังหน้าท้องยังไม่มีความแข็งแรงดี ประกอบกับช่องเปิดของโคลอสโตมีย์ใหญ่เกิน เมื่อเกิดแรงดันภายในช่องท้องเพิ่มขึ้นจากการไอ การจามอย่างแรง จะทำให้ลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งยังไม่แข็งแรงพอลิ้นออกมาภายนอกของโคลอสโตมีย์ทำให้ลำไส้บวม อูจจาระไม่สามารถผ่านออกมาภายนอกได้ทำให้เกิดการอุดตันเกิดการคั่งค้างของอุจจาระ หรือการบวมจะทำให้ซัดขวางการไหลเวียนเลือดที่บริเวณลำไส้ ทำให้ลำไส้ส่วนนั้นขาดเลือดไปเลี้ยงและลำไส้เน่าได้ หรือในผู้ป่วยบางรายจะพบลำไส้ถูกดันออกมา (Prolapse of colostomy) มากกว่าปกติต้องปรึกษาแพทย์ เพื่อแก้ไขความผิดปกติซึ่งทำได้โดยการผ่าตัด(12) ในผู้ที่โคลอสโตมีย์มานานหลายปีกล้ามเนื้อรอบ ๆ โคลอสโตมีย์จะเกิดการหดรั้งและทำให้เกิดการตีบแคบของช่องเปิดโคลอสโตมีย์ ทำให้อุจจาระผ่านออกมาลำบาก หรืออุจจาระไม่สามารถผ่านออกมาได้ ป้องกันโดยการใช้นิ้วมือถ่างขยายทุกครั้งที่ทำความสะอาดก่อนการเปลี่ยนถุงรองอุจจาระ จะช่วยแก้ปัญหาการตีบแคบ มิฉะนั้นผลคือเกิดการคั่งค้างของอุจจาระทำให้ลำไส้ตรงใกล้ช่องทางเปิดนั้นเกิดการโป่งพองทำให้ความดันของลำไส้เพิ่มขึ้น ซึ่งจะไปรบกวนต่อการไหลเวียนเลือดทำให้เกิดการเน่าตาย และลำไส้ทะลุได้

1.3 การระคายเคืองของผิวหนังรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ชนิดถาวร เนื่องจากลักษณะของอุจจาระจะแตกต่างกันตามตำแหน่งของลำไส้ใหญ่ที่ทำผ่าตัดเป็นช่องเปิดโคลอสโตมีย์ คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนต้นที่ติดกับลำไส้เล็กส่วนปลายจะยังมีน้ำย่อยที่หลงเหลือจากลำไส้เล็กส่วนปลายทำให้อุจจาระมีลักษณะค่อนข้างเหลว และลำไส้ใหญ่ส่วนกลางต่อกับส่วนปลายอุจจาระออกมาจะมีลักษณะค่อนข้างแข็ง การระคายเคืองของผิวหนังรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ มีสาเหตุจากการระคายเคืองของน้ำย่อยจากลำไส้เล็กส่วนปลายซึ่งมากเกินไปอยู่ในอุจจาระทำให้อุจจาระมีลักษณะเหลว ประกอบกับมีรอยรั่วที่เกิดจากการปิดถุงไม่สนิท หรือการติดถุงไม่พอดีกับช่องเปิดของโคลอสโตมีย์คือ ปากถุงกว้างเกิน ทำให้อุจจาระที่มีฤทธิ์เป็นด่างสูงสัมผัสผิวหนัง และการเลือกถุงรองรับอุจจาระที่ไม่เหมาะสม การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระบ่อย จะทำให้ผิวหนังรอบ ๆ โคลอสโตมีย์เกิดการระคายเคือง และอักเสบมีลักษณะผิวหนังแดง เปื่อย ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแสบปวดร้อน หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้อราได้ง่าย ฉะนั้น การรักษาความสะอาดของผิวหนังรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในรายที่ไม่มีอาการอักเสบ ขณะที่ผู้ป่วยอาบน้ำจะต้องทำความสะอาดรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ โดยฟอกด้วยสบู่อ่อน ๆ แล้วล้างสบู่ออกให้หมดซับน้ำให้แห้งแล้วปิดถุงให้เรียบร้อย แต่ในรายที่เกิดการระคายเคืองให้ใช้น้ำต้มสุกหรือน้ำเกลือล้างแผลล้างให้สะอาดแล้วซับผิวหนังให้แห้ง ทายาป้องกันการติดเชื้อและการระคายเคืองของผิวหนัง แล้วจึงปิดถุงให้พอดีกับช่องเปิดโคลอสโตมีย์ และรักษาให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ การเลือกถุงรองรับอุจจาระที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ การปิดถุงรองรับอุจจาระได้

แบบสนิทโดยไม่มีการรั่วซึมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ที่จะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดการระคายเคืองของผิวหนังรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

1.4 การออกกำลังกายและการทำกิจกรรมประจำวันเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ถ้าได้ยุบวม และร่างกายแข็งแรง ปกติประมาณ 6 – 8 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถที่จะกลับไปทำงาน หรือสามารถทำงานได้เช่นเดียวกับคนปกติ ซึ่งในระยะเวลาของการไปทำงานผู้ป่วยจะต้องเตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาดโคลอสโตมีย์ ดูแลรองรับอุจจาระ และบางครั้งอาจจะต้องเตรียมวัสดุที่ใช้ดับกลิ่นอุจจาระ เมื่อเกิดปัญหาจะได้สามารถหยิบมาใช้ได้ทันที กิจกรรมที่จะต้องระวังในระยะแรกหลังจากผ่าตัด 3 เดือน คือ ไม่ควรยกของหนักเพราะกล้ามเนื้อที่หน้าท้องยังไม่แข็งแรงพอ ถ้ามีความดันภายในช่องท้องมากจะทำให้โคลอสโตมีย์ถูกดันออกมามากกว่าปกติ(12) เมื่อร่างกายแข็งแรงและไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย สามารถที่จะเดินเล่น หรือออกกำลังกายโดยการบริหารแขน ขา หรือกีฬาที่ไม่เป็นการหักโหมร่างกายจนเกินไป ส่วนกีฬาที่ทำให้เกิดการหักโหมเกินไป เช่นกีฬาเทนนิส หรือกีฬาที่ทำให้เกิดการกระแทกกันแรง ๆ ควรงดเว้น

1.5 การมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยไม่มีโรคแทรกซ้อนสุขภาพแข็งแรงดี สำหรับผู้ที่มีการคลอดหรือมีสถานภาพสมรสคู่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ใน 6 – 8 สัปดาห์ หลังผ่าตัด และการมีโคลอสโตมีย์ไม่มีผลที่จะทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลงแต่ส่วนมากเกิดจากจิตใจของคู่สามี ภรรยา ไม่ยอมรับการมีโคลอสโตมีย์ และเกิดการสมเพศตัวเองกลัวคู่ครองจะรังเกียจ กลัวอุจจาระไหลเประเอื้อน (13) ความสามารถในการร่วมเพศเป็นเรื่องส่วนบุคคลอยู่ที่เจตคติของผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ และคู่สมรสในการทำให้เกิดความสุขทางเพศซึ่งความรู้สึก และนิสัยเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ก่อนผ่าตัดมีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัด สิ่งสำคัญคือ ผู้ร่วมเพศจะต้องมีความเข้าใจ และมีเจตคติที่ดีร่วมกัน ถ้าผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ควรปรึกษาแพทย์ พยาบาล โอบเอร์สท์ และสกอท(14) ได้ศึกษาถึงภาวะวิกฤตและความรู้สึกไม่แน่นอนในการปรับตัวทางด้านจิตสังคมของผู้ที่ทำผ่าตัดช่องเปิดโคลอสโตมีย์ และผู้ที่ทำผ่าตัดแต่ไม่ได้ทำช่องเปิดโคลอสโตมีย์ ผู้ที่โคลอสโตมีย์และคู่สมรสที่ได้รับการติดตามผลใน 10, 30, 60, 90, 120 วัน หลังจากกลับบ้านแล้ว พบว่า คู่สมรสของผู้ที่มีช่องเปิดโคลอสโตมีย์จะมีความวิตกกังวลกลัวการรั่วซึมของอุจจาระสูงกว่าผู้ที่มีโคลอสโตมีย์เอง และมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นกว่า ผู้ที่ไม่มีช่องเปิดโคลอสโตมีย์ สำหรับสตรีที่ได้รับการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ ไม่มีผลกระทบต่อการใช้เพศสัมพันธ์ ความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความสำคัญต่อการมีเพศสัมพันธ์สามารถทำได้ด้วยการหาผ้าสวอย ๆ มาปิดบังช่องเปิดของลำไส้ ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งสตรีที่ตั้งครรภ์ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนการตั้งครรภ์ ปกติแพทย์มักจะแนะนำให้

ตั้งครบกี้ได้หลังผ่าตัดอย่างน้อย 1 ปี เพื่อรอแผลผ่าตัดหายสนิท และสิ่งสำคัญควรจจะรอให้ร่างกายมีสภาพสมบูรณ์มากที่สุด (15)

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในด้านโครงสร้างและหน้าที่ของการขับถ่ายอุจจาระจากการผ่าตัดลำไส้ออกบางส่วน และทำให้โคลอสโตมีย์ชนิดถาวรที่หน้าท้องทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร คือ ความผิดปกติในการดูดซึม ความสามารถในการควบคุมการไหลของอุจจาระ การระคายเคืองของผิวหนังรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ การออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมประจำวัน ตลอดจนจนถึงการมีเพศสัมพันธ์ สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการได้รับการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรทั้งสิ้น

2. ด้านจิตใจ

การมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร การมีถุงอุจจาระห้อยติดอยู่ที่บริเวณหน้าท้อง และมีอุจจาระอยู่ภายในถุงเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจที่จะยอมรับการมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ในผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในระยะแรกหลังผ่าตัด ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรมันเกิดการเครียด ซึ่งตามกลไกการเผชิญความเครียดในผู้ที่รู้ว่าตนเองมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป คือ การมีช่องทางเปิดของอุจจาระที่หน้าท้อง ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์จะมีอาการช็อก หงงัน หรือตกใจจนตัวชา ช่วงระยะเวลาหนึ่งประมาณ 1 – 2 วัน จากนั้นจะเริ่มรับรู้โดยแสดงความวิตกกังวล ซึม เศร้า โกรธ บางคนมีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าวหรือแยกตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์ จึงเริ่มเข้าสู่ระยะที่ผู้ป่วยสามารถจะปรับตัว (16) ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรบางรายเมื่อมองเห็นช่องเปิดโคลอสโตมีย์ทางหน้าท้องเป็นครั้งแรกรู้สึกไม่พอใจ เสียใจ เศร้า ร้องไห้คร่ำครวญ บางรายมีอาการช็อกหมดสติ และบางรายเมื่อเห็นช่องเปิดโคลอสโตมีย์บริเวณหน้าท้องและมีถุงใส่อุจจาระติดอยู่ และมีอุจจาระอยู่ภายในถุงผู้ป่วยจะรู้สึกกลัว (17) การมีช่องเปิดโคลอสโตมีย์ที่หน้าท้องเป็นการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ เป็นสิ่งซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการยอมรับสภาพของตนเองในการมีช่องเปิดโคลอสโตมีย์ ความรู้สึกของผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ส่วนมากไม่ต้องการมีโคลอสโตมีย์ แต่เมื่อมีโคลอสโตมีย์แล้วก็ต้องยอมรับสภาพร่างกายของตนเองในการมีช่องเปิดโคลอสโตมีย์ และพยายามที่จะดูแลโคลอสโตมีย์ให้ดีที่สุด ดังนั้น ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์บางรายอาจจะปิดบังโคลอสโตมีย์ให้พ้นสายตาของบุคคลอื่นได้โดยการสวมใส่เสื้อผ้า และได้มีการเรียนรู้ในเรื่องต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนเองในทางที่ดีขึ้น จะช่วยให้ผู้นั้นเข้าใจและยอมรับสภาพของตนเองว่าการมีช่องเปิดโคลอสโตมีย์ก็เหมือนกับการมีทวารหนักเทียม ที่จะช่วยผ่อนคลายโรคเดิมที่เป็นอยู่เป็นทางระบายออกของของเสีย ซึ่งดีกว่าการ

ทนทุกข์ทรมานด้วยการมีปัญหาในการขยับถ่าย และช่องเปิดโคลอสโตมีย์นี้ สามารถซ่อนเร้นสายตาบุคคลทั่วไป โดยการสวมใส่เสื้อผ้าที่มิดชิดผู้นั้นก็สามารถดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติได้

3. ด้านสังคม

จากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะทำให้เป็นอุปสรรคในการที่จะเปิดเผยตนเองต่อที่ชุมชนชนเนื่องจากมีความอายในการมีโคลอสโตมีย์ และการมีถุงรองรับอุจจาระ ซึ่งภายในมีอุจจาระที่มีกลิ่น และก๊าซที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ต้องขยับถ่ายอุจจาระต่อหน้าชุมชน ซึ่งไม่สามารถควบคุมการขยับถ่ายได้ เหล่านี้เป็นเหตุให้ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรจะกลัวการเข้าสังคม และการพบกับบุคคลอื่น กลัวว่าตนเองจะไม่สามารถเป็นไปตามค่านิยมและความคาดหวังของสังคมและการพบกับบุคคลอื่น กลัวว่าตนเองจะไม่สามารถเป็นไปตามค่านิยมและความคาดหวังของสังคมได้ทำให้หมดความภูมิใจในตนเองกลัวสังคมรู้และรังเกียจ หรือไม่ยอมรับลักษณะที่มีลำไส้เปิดที่ท้อง กลัวการรังเกียจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ร่วมกับบุคคลในสังคมเช่น การใช้ห้องน้ำร่วมกัน การรับประทานอาหารร่วมกัน การทำงานร่วมกัน และการสังสรรค์ร่วมกัน เหล่านี้เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมสังคมกับบุคคลอื่นและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติงาน ฟอลลิคและคณะ(18) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กาย จิต และสังคม หลังจากที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ผ่านทางหน้าท้อง 1 – 10 ปีพบว่าร้อยละ 10 ประสบปัญหาการปรับตัวในการประกอบอาชีพ แมคลอดและคณะ (19) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตหลังจากที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ผ่านทางหน้าท้อง ในระยะเวลา 4 เดือน ถึง 48 ปี โดยเฉลี่ย 7 ปี พบว่าร้อยละ 7 มีปัญหาในการทำงานจากความเครียดต่อการมีช่องเปิดลำไส้ และทำให้เกิดผลกระทบต่อระยะเวลาที่แตกต่างกันในการกลับเข้าไปทำงานอีกครั้งหนึ่งของผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ โรมัส และคณะ (20) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับจิตใจในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ร้อยละ 13 กลับไปทำงานที่เคยทำก่อนการผ่าตัดไม่ได้ในระยะเวลา 1 ปี วิค และคณะ (21) ได้ศึกษาการจ้างงานในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดพบว่าร้อยละ 35 ไม่สามารถกลับไปทำงานที่เคยทำก่อนการผ่าตัดได้ในระยะเวลา 1 ปีเช่นกัน จากรายงานการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าการทำงานเป็นปัญหาการต่อการดำเนินชีวิตในการทำงาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งในการดำรงชีวิตโดยทั่ว ๆ ไปของมนุษย์

ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เกิดในผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร ทำให้เกิดผลกระทบซึ่งสรุปได้ว่า ด้านร่างกายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความสามารถในการย่อยและการดูดซึม และการควบคุมการขยับถ่ายอุจจาระ การมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตใจ ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรระยะแรก จะไม่สามารถยอมรับโคลอสโตมีย์ที่มีซึ่งพฤติกรรมกรรมการแสดงออกในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน แต่

ทุกคนจำเป็นที่จะต้องใช้ชีวิตประจำวันในการขบดอาหารออกทางหน้าท้อง และมีถุงรองรับอาหารไว้ตลอดชีวิตและมีความรู้สึกที่ไม่ต้องการเปิดเผยว่าตนเองมีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรทางด้านสังคมจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรจะมีความคิดว่าปัญหาสุขภาพของตนเองไม่เหมือนใคร ไม่ต้องการพบปะผู้คนทำให้แยกตนเองออกจากสังคมเหล่านี้ล้วนเป็นผลจากการมีโคลอสโตมีย์ทั้งสิ้น (22)

กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร

1. การทำความสะอาดช่องเปิดของลำไส้และผิวหนังรอบ ๆ

ในระยะแรกหลังผ่าตัด การทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้จำเป็นต้องอาศัยเทคนิคของการปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่จะเกิดกับแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ต่อมาประมาณวันที่ 4 – 5 หลังผ่าตัด แผลผ่าตัดจะเริ่มติดดีจึงไม่ต้องใช้เทคนิคปราศจากเชื้ออีกต่อไป ใช้สำลีสะอาดและน้ำต้มสุกทำความสะอาดช่องเปิดของลำไส้และผิวหนังรอบ ๆ ให้สะอาด แล้วปิดด้วยวัสดุรองรับอาหาร และเมื่อลำไส้ยุบบวมมีขนาดคงที่ดีซึ่งกินเวลาประมาณ 6 – 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดโคลอสโตมีย์ด้วยน้ำและสบู่ขณะอาบน้ำเหมือนกับการล้างทวารหนักตามธรรมดาได้ ซึ่งเป็นการสะดวกมากขึ้น และในการปรับปากถุงรองรับอาหารนั้นควรปรับให้พเหมาะกับความยาวของโคลอสโตมีย์ขนาดที่เหมาะสมคือให้กว้างกว่าขนาดของโคลอสโตมีย์ประมาณ 0.5 เซนติเมตร เพื่อให้เกิดการระคายเคืองของอาหารต่อผิวหนังน้อยที่สุด

ขั้นตอนการทำความสะอาดโคลอสโตมีย์และเปลี่ยนถุงรองรับอาหาร

โดยทั่วไปอาหารในลำไส้ส่วนปลายจะมีลักษณะแข็งใกล้เคียงกับอาหารปกติ ซึ่งต่างจากอาหารในลำไส้ใหญ่ส่วนต้นซึ่งมีลักษณะเหลวการเปลี่ยนถุงรองรับอาหารอาจจะเปลี่ยนในตอนเช้าก่อนรับประทานอาหาร หรือ 2 – 3 ชั่วโมงหลังเวลาอาหาร ซึ่งเป็นเวลาที่มีการทำงานของลำไส้ขณะเปลี่ยนถุงรองรับอาหารและทำความสะอาดโคลอสโตมีย์ ผู้ป่วยควรอยู่ในสถานที่ที่เป็นสัดส่วนหรือส่วนตัว ขั้นตอนในการทำมีดังนี้

1.1 เตรียมของใช้ที่จำเป็นให้ครบ ซึ่งได้แก่ น้ำสะอาดและสบู่ชนิดอ่อน แป้นและถุงรองรับอาหาร สำลี กระดาษหนังสือพิมพ์หรือถุงกระดาษใช้สำหรับห่อถุงรองรับอาหารที่ใช้แล้ว ของใช้ที่จำเป็นเหล่านี้ ควรจัดเตรียมไว้ให้พร้อมเป็นชุดในกล่อง หรือกระเป๋าถือ

1.2 เตรียมอุปกรณ์ในการรองรับอาหาร (Appliance)

Appliance ที่มีใช้แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ one piece system ซึ่งหมายถึงการใช้ถุงรองรับอาหารแปะติดโดยตรงกับผิวหนังของผนังหน้าท้องและ two piece system ซึ่งหมายถึงการใช้แผ่นรองรับป้องกันผิวหนัง (skin barrier) แปะติดกับผิวหนังของผนังหน้าท้องแล้วควิลป์รองรับอาหารเข้ากับแผ่น skin barrier นี้ก็ทีนอกจากนี้ยังมี paste อยู่ในหลอดคล้ายหลอดยาสีฟัน ใช้

seal ลงไปตามร่องหรือรอยบุ๋มของผิวหนังรอบ ๆ stoma เพื่อป้องกันการรั่วซึมของ content ออกมาตามร่องหรือรอยบุ๋มของผิวหนังนี้

ผู้ป่วยที่ทำ transverse colostomy ควรจะใช้ two piece system และสำหรับผู้ป่วยที่ทำ sigmoid colostomy จะใช้ one piece หรือ two piece system ก็ได้ paste ที่ใช้กันรั่วซึม จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยที่ผิวหนังรอบ ๆ stoma ในบริเวณขอบเขตที่จะติด appliance ไม่เรียบเสมอกัน (เป็นร่อง รอยบุ๋ม รอยย่นจากแผลเป็น ฯลฯ)

แผ่น skin barrier มีไว้เพื่อป้องกันผิวหนังรอบ ๆ stoma ไม่ให้สัมผัสกับ content จาก stoma จึงควรตัดรูที่แผ่น skin barrier ให้มีขนาดพอดีกับ stoma เสมอ การตัดรูที่แผ่น skin barrier ให้มีขนาดโตกว่า stoma จะทำให้ content จาก stoma สัมผัสถูกผิวหนังทำให้เกิด skin excoriation ได้

Stoma ที่ดีควรจะบวม (แต่สีชมพูไม่ควรสีคล้ำ) ในสัปดาห์แรกและจะค่อย ๆ ยุบบวมลงจนคงที่ในเวลา 4-6 สัปดาห์ (stoma ที่ไม่บวมหมายถึงทำรูที่ผนังหน้าท้องโตเกินไป แต่ stoma ที่สีคล้ำมาถึงการมี tension หรือรูเล็กเกินไป) การตัดรูที่แผ่น skin barrier จึงต้องตัดตามขนาดของ stoma ที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อขนาด stoma คงที่แล้วจึงสามารถทำขนาดมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ เพื่อความสะดวกในการตัดรูที่แผ่น skin barrier ต่อไป

ถุงรองรับอุจจาระชนิดปลายเปิด เหมาะกับผู้ป่วย ในระยะแรก ๆ ซึ่ง content จะออกมาก หรือเหมาะกับผู้ป่วยที่ท้องเสีย เพื่อจะได้เปิดปลายถุงปล่อยอุจจาระทิ้งได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนถุงใหม่ ถุงปลายปิดเหมาะกับผู้ป่วยที่อุจจาระปกติเนื่องจากไม่เปราะเปื้อน รั่วซึม หรือส่งกลิ่นรบกวนควรติด appliance ที่เหมาะสมตั้งแต่เสร็จผ่าตัดใหม่ ๆ ในห้องผ่าตัด ถุงที่เป็น one piece system เปลี่ยนตามความเหมาะสม ส่วนของ two piece system เปลี่ยนถุงตามความจำเป็น แผ่น skin barrier เปลี่ยนเมื่อผู้ป่วยรู้สึกคันบริเวณผิวหนังรอบ ๆ stoma หรือเมื่อวัสดุที่ใช้ทำแผ่น skin barrier นั้นบวมน้ำ (จะเห็นบริเวณขอบที่ติดกับ stoma บวมหนาและสีซีดลง) หรือเมื่อมีการรั่วซึม แผ่น skin barrier นี้จะใช้ได้ไม่นานแค่นั้นขึ้นกับ content ที่ออกมาและการดูแลรักษาของผู้ป่วยถ้าอุจจาระเป็นของแข็งแผ่นนี้จะอยู่ได้นานกว่าถ้าผู้ป่วยท้องเสีย โดยเฉลี่ย skin barrier 1 แผ่นควรจะใช้ได้นาน 5-10 วัน

ถุงชนิดขึ้นเดือวก่อนตัดปากถุงให้วัดขนาดช่องเปิดของลำไส้ใหญ่โดยใช้แบบวัด วิธีวัดให้วางแบบวัดที่ฐานรอบช่องเปิดลำไส้เลือกขนาดแบบวัดให้โตกว่าฐานช่องเปิดของลำไส้ประมาณ 2 มิลลิเมตร ขนาดที่เหลือเมื่อไว้สำหรับอาการบวม และการเคลื่อนไหวของช่องเปิดลำไส้ เพราะปากถุงที่แคบเกินไป หรือพอดีกับช่องเปิดลำไส้จะทำให้เกิดบีบรัด มีรูรั่ว มีความตึงของช่องเปิดลำไส้ แต่ต้องระวังไม่ให้ขนาดปากถุงกว้างมากเกินไปจะทำให้เกิดผิวหนังอักเสบ เปื่อยเป็นแผลเรื้อรังได้ ถุงชนิด 2 ชั้น ตัดขนาดเป็นเช่นเดียวกัน

1.3 ถอดถุงรองรับอุจจาระอันเก่าออก โดยถอดจากส่วนบนลงล่างเพื่อป้องกันอุจจาระในถุงหกเปื้อน

1.4 ทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้และผิวหนังโดยรอบด้วยล้างสีขุ่นน้ำสะอาด หรือสามารถอาบน้ำฟอกสบู่ได้ ถ้าผิวหนังอักเสบหรือมีแผลเปื่อยให้ใช้น้ำอย่างเดียวนิควรใช้สบู่ การทำความสะอาดควรทำอย่างเบามือ นิควรขีดหรือถูเพราะจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อจากนั้นซับผิวหนังให้แห้ง

1.5 ปิดถุงอันใหม่ ปิดถุงจากบริเวณแป้นส่วนล่างก่อนส่วนบน ระวังไม่ให้มีลมหรือรอยพับในส่วนกระดาษกาเหนียว สำหรับถุงชนิด 2 ชั้นปิดแป้นก่อนปิดถุง

1.6 เก็บสิ่งของเครื่องใช้เทอุจจาระในถุงที่ใช้แล้วลงในโถส้วม ล้างอุจจาระในถุงออกแล้วห่อถุงที่ใช้แล้วด้วยกระดาษหนังสือพิมพ์ก่อนทิ้ง ในกรณีเป็นถุงชนิด 2 ชั้น สามารถทำความสะอาดถุงนำมาผึ่งลมให้แห้งหรือใช้น้ำยาปรับผ้านุ่มแล้วสามารถนำมาใช้ได้อีก

2. การเลือกวัสดุรองรับอุจจาระ

การเลือกวัสดุที่จะใช้รองรับอุจจาระ (Appliance) ในปัจจุบันวัสดุที่ใช้รองรับอุจจาระมีหลายรูปแบบและขนาดที่ต่าง ๆ กัน ความสำคัญอยู่ที่การเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากฐานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะอาชีพ อาการแพ้หรือการระคายเคืองต่อผิวหนัง และความสะดวกในการหาซื้อ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสะดวกและมั่นใจในการดำเนินชีวิตในสภาวะที่ต้องมีโคลอสโตมีย์ ซึ่งผู้ป่วยอาจเลือกใช้วัสดุรองรับอุจจาระที่ถือว่ามีประสิทธิภาพที่สุดคือ เก็บอุจจาระได้โดยไม่รู้ ป้องกันกลิ่นได้ ไม่ทำให้ผิวหนังรอบ ๆ ช่องเปิดของลำไส้เกิดระคายเคือง มีน้ำหนักเบา ราคาถูก ใช้ง่าย หาซื้อได้ไม่ยาก

3. การควบคุมกลิ่น

กลิ่นของอุจจาระเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในตนเองและหลีกเลี่ยงจากสังคม โดยทั่วไปวัสดุรองรับอุจจาระทุกชนิดโดยเฉพาะชนิดที่ใช้ครั้งเดียวสามารถควบคุมกลิ่นของอุจจาระได้ดี เมื่อติดให้สนิทกับผิวหนัง สาเหตุของการเกิดกลิ่นส่วนใหญ่พบว่ามาจากการรั่วของอุจจาระและการมีลมมาก ดังนั้นวิธีการควบคุมกลิ่นอุจจาระที่ดี คือ การปิดวัสดุรองรับอุจจาระให้สนิท ไม่ให้มีการรั่วไหลของอุจจาระ หรือเลือกใช้ถุงที่มีอุปกรณ์ควบคุมกลิ่น สิ่งสำคัญรูอีกประการหนึ่งในการควบคุมกลิ่นอุจจาระที่ผู้ป่วยพึงระวังคือ การรับประทานอาหารควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดลมบางประเภท เช่น ถั่ว กระหล่ำปลี กระหล่ำดอก หัวหอม ผักกะขอม ผักกระถิน และเครื่องดื่มประเภทน้ำอัลม เบียร์ เป็นต้นและในบางกรณีอาจเกิดลมมากทำให้ถุงรองรับอุจจาระโป่งพอง ซึ่งจะแก้ไขได้โดยใช้เข็มเจาะบริเวณส่วนบนของถุงแล้วค่อย ๆ บีบไล่ลมออกจากถุงจน

หมดเพื่อป้องกันถุงแตก นอกจากนี้การรับประทานผักประเภทผักใบเขียว เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง ผักตำลึง ยังสามารถลดกลิ่นอุจจาระได้ดี และอุจจาระที่ออกมาจะมีสีค่อนข้างเขียว ซึ่งไม่ใช่สิ่งผิดปกติแต่อย่างใด

อนึ่ง ในการควบคุม กลิ่นและควบคุมการขับถ่ายนั้น อาจใช้การสวนล้าง โดยใช้น้ำอุ่นประมาณ 500 – 2000 ซีซี ใส่ทางช่องเปิดของลำไส้ แล้วปล่อยให้อุจจาระไหลออกจนหมด วิธีนี้เชื่อกันว่าจะสามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาได้เหมือนขับถ่ายทางทวารหนัก และเป็น การควบคุมกลิ่นอุจจาระด้วย ซึ่งนิยมสอนให้ผู้ป่วยทำเอง เฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ในประเทศทางยุโรปไม่นิยมสอน เนื่องจากเหตุผลที่ว่าวิธีการสวนล้างอาจทำให้เกิดอันตราย คือลำไส้ทะลุ หรือถ้าใส่น้ำเร็วไปอาจทำให้เกิดอาการเจ็บปวดหรือช็อคได้ สำหรับในประเทศไทย ทั้งแพทย์และพยาบาลพบว่ายังไม่นิยมสอนผู้ป่วยเรื่องสวนล้างเช่นกัน เนื่องจากเกรงจะเกิดอันตรายดังได้กล่าวแล้ว และผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวมีความเห็นตรงกันว่า การสวนล้างควรจะทำให้สถานที่ที่มีเครื่องมือและเจ้าหน้าที่พร้อม เช่น โรงพยาบาล หรือสถานเอนามัยส่วนการแนะนำเรื่องการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ เพื่อให้อุจจาระออกเป็นเวลา เป็นการควบคุมกลิ่นไปในตัวนั้น ส่วนใหญ่แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผักคะน้า ตีมน้ำผลไม้หรือนมสดก่อนนอน ให้อาหารระบายเหน็บทางช่องเปิดของลำไส้ รับประทานยาระบายก่อนนอน ซึ่งจะสามารถทำให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้หมดในตอนเช้า นอกจากนี้ยังอาจใช้วิธีฝึกเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องในเวลาเดียวกันทุกวัน ก็จะสามารถทำให้อุจจาระออกตรงเวลาที่ผู้ป่วยต้องการ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องวิตกกังวลกับการไหลของอุจจาระไม่เป็นเวลา และหมดปัญหาเรื่องกลิ่นของอุจจาระได้

4. การเลือกชนิดของอาหาร

ผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ยังคงมีลำไส้เล็กซึ่งทำหน้าที่ได้อย่างปกติ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงสามารถรับประทานอาหารได้เช่นเดียวกับก่อนผ่าตัด เนื่องจากแต่ละบุคคลมีความเคยชินกับอาหารแต่ละชนิดต่างกัน อาหารที่ไม่เคยรับประทานอาจทำให้ท้องเสีย ดังนั้น ควรเพิ่มอาหารทีละชนิดเพื่อให้เกิดความเคยชินถ้าไม่มีอาการผิดปกติให้รับประทานอาหารชนิดนั้นต่อไป ถ้ามีอาการท้องผูกควรพยายามดื่มน้ำและน้ำผลไม้ให้มากขึ้น ถ้ามีอาการท้องผูกหรือท้องเสียติดต่อกันโดยไม่สามารถควบคุมได้ด้วยอาหารให้ปรึกษาแพทย์ เพื่อให้ยารักษาอาการผิดปกติ

หลักในการเลือกชนิดของอาหาร มี 3 ชั้น ดังนี้

4.1 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากมาก เพราะจะทำให้เกิดการอุดตันในลำไส้หรือทำให้ท้องผูก อาหารเหล่านี้ได้แก่ ข้าวโพด ผลไม้เปลือกแข็ง ผักบางชนิดเช่นผักชี

4.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เคยชินซึ่งทำให้ท้องเสีย หรืออุจจาระเหลว เช่น เครื่องเทศ ผลไม้ดิบ ผักขม เป็ยร์

4.3 หลีกเลียงอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่นหรือก๊าซ เช่น ถั่ว หอม กระหล่ำ

การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารควรรับประทานอาหารเป็นเวลาสม่ำเสมอ จะทำให้โคลอสโตมีย์ทำงานได้ดีขึ้น เพิ่มอาหารชนิดใหม่ในรายการอาหารแต่ละครั้งเพื่อสังเกตหรือแยกชนิดอาการที่ทำให้เกิดปัญหา หรืออาการผิดปกติมีความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของลำไส้ซึ่งมีสาเหตุจากความกดดันทางอารมณ์ การเดินทาง หรือสาเหตุอื่นที่ไม่สัมพันธ์กับอาหาร การทดลองอาหารชนิดใหม่ ๆ ในแต่ละครั้งจนกว่าจะพบว่าไม่มีข้อห้ามผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหาร หรืออาหารตามการรักษาเฉพาะโรคอื่น ได้โดยไม่ทำให้เกิดปัญหาหรืออันตรายต่อโคลอสโตมีย์เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ สิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องระลึกถึงอยู่เสมอคือ การมีโคลอสโตมีย์ไม่ใช่โรคใหม่ แต่เป็นการทำขึ้นเพื่อรักษาโรคของผู้ป่วย ดังนั้น การมีโคลอสโตมีย์จึงไม่ต้องการอาหารพิเศษไปกว่าอาหารธรรมดาที่ผู้ป่วยคุ้นเคย นอกจากว่าจะต้องลดอาหารประเภทที่ทำให้เกิดลมหรืออาหารชนิดอื่น ๆ ที่จะกระตุ้นการทำงานของลำไส้เพิ่มขึ้นทำให้เกิดท้องเสียได้ นอกจากนั้นจากประสบการณ์การทำงานของสถานฟื้นฟูผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ในรัฐนิวอิงแลนด์ (New England) พบว่าการให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่คุ้นเคยตามวัฒนธรรมที่เขาเคยปฏิบัติมานั้นสามารถทำให้โคลอสโตมีย์ทำงานได้เป็นปกติ เช่นเดียวกับการทำงานของลำไส้ในระยะก่อนผ่าตัด และทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับการมีโคลอสโตมีย์ได้เร็วขึ้นอีกด้วย เนื่องจากการรับประทานอาหารได้ตามปกตินั่นเอง

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดตามต้องการ แต่ก็มีอาหารบางชนิดที่ควรระวัง คือ อาหารรสจัดประเภทเผ็ดจัด เปรี้ยวจัด อาหารหมักดอง ซึ่งจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อบริเวณช่องเปิดของลำไส้ และมีการอักเสบได้ นอกจากนี้ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียดรับประทานช้า ๆ พอลืม ไม่รับประทานมากเกินไปเพื่อทำให้การย่อยเป็นไปได้ดี กากอาหารถูกขับถ่ายได้สะดวกขึ้น ควรดื่มน้ำหลังรับประทานอาหารแล้ว เนื่องจากการดื่มน้ำขณะรับประทานอาหารนั้นทำให้อาหารที่เคี้ยวไม่ละเอียดถูกกลืนลงไปด้วยจึงทำให้การย่อยไม่เกิดอาการท้องอืดท้องเฟ้อได้ และควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา เพื่อให้อุจจาระถูกขับถ่ายเป็นเวลา

5. การออกกำลังกายและการทำงาน

ผู้ป่วยโคลอสโตมีย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร มักมีปัญหาในการใช้ชีวิตหลังผ่าตัด เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การทำงานและการเข้าสังคม ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแล้ว และไม่มีโรคแทรกซ้อนที่แพทย์ห้ามออกกำลังกายนั้น เมื่อผู้ป่วยได้พักผ่อนจนร่างกายเป็นปกติแล้วควรเริ่มออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายฟื้นคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วทำให้ร่างกายสดชื่นแข็งแรงและมีสุขภาพจิตดี โดยการออกกำลังกายนั้นควรเริ่มที่ละเล็กละน้อย แล้วเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวัย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุอาจใช้วิธีเดินออกกำลังกายวันละ 5 - 10

นาที แล้วเพิ่มเวลาขึ้นเรื่อย ๆ เป็นต้น ส่วนการทำงานนั้น เมื่อร่างกายแข็งแรงดีหรือเมื่อโคลอสโตมียุบบวมดีแล้ว คือหลังผ่าตัดประมาณ 6 – 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติเพียงแต่ต้องงดการทำงานที่ใช้กำลังกล้ามเนื้อหน้าท้อง เช่น ยกของหนัก ๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถเดินทางเพื่อทำธุรกิจหรือท่องเที่ยวได้ตามต้องการ ซึ่งในการเดินทางนั้นควรเตรียมวัสดุรองรับอุจจาระให้เพียงพอและจัดอุปกรณ์ในการทำความสะอาดติดตัวไว้เสมอ ส่วนการเข้าประชุมหรือการเข้าร่วมงานในสังคมนั้นผู้ป่วยควรทำความสะอาดโคลอสโตมีย์และเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระใหม่ให้เรียบร้อยก่อนการไปประชุม หรือไม่ร่วมงานเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมนั้น ๆ อย่างเต็มที่

6. การมีความสัมพันธ์ทางเพศ

เกี่ยวกับเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์นั้น ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้พักฟื้นร่างกายจนแข็งแรงดี และโคลอสโตมียุบบวมเข้าที่ดีแล้ว นั่นคือ ประมาณ 6 – 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผู้ป่วยโคลอสโตมีย์สามารถมีความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่สามี หรือภรรยาได้ตามปกติเหมือนก่อนผ่าตัด การทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์นี้ไม่มีผลที่จะทำให้เกิดความต้องการทางเพศ หรือความรู้สึกทางเพศลดน้อยลง และการมีช่องเปิดของลำไส้ไม่เป็นอุปสรรคในการมีความสัมพันธ์ทางเพศแต่อย่างใด แต่กลับพบว่าผู้ป่วยโคลอสโตมีย์เป็นส่วนใหญ่หาในเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ บางรายไม่สามารถมีความสัมพันธ์ทางเพศได้ต่อไป ทั้ง ๆ ที่สภาวะทางด้านร่างกายไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับทางเพศเลย ปัญหาดังกล่าวนี้พบว่า เป็นปัญหาที่มาจากจิตใจที่ไม่สามารถยอมรับการมีโคลอสโตมีย์ได้ เกิดความรู้สึกสมเพศสภาพของตนเอง กลัวการรังเกียจจากคู่ครอง กลัวอุจจาระไหลเลอะเทอะ และคิดว่าตนเองเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถมีความสัมพันธ์ทางเพศได้อีก ซึ่ง ซิมมอน (Simmons) (23) ได้เสนอวิธีการแก้ปัญหาเหล่านี้ไว้ว่า อันดับแรกจะต้องเริ่มตั้งแต่แพทย์ หรือพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโคลอสโตมีย์ของผู้ป่วย สร้างความมั่นใจในการดำเนินชีวิตทุก ๆ ด้าน ต่อมาคือผู้ป่วยเองควรยอมรับสภาพการมีโคลอสโตมีย์ และมีทัศนคติที่ดีต่อการมีโคลอสโตมีย์ มีความมั่นใจ และปฏิบัติตัวให้เป็นปกติเหมือนก่อนผ่าตัด เพื่อให้คู่สามีหรือภรรยาเกิดความรู้สึกเป็นปกติ และไม่เกิดการต่อต้านต่อการมีโคลอสโตมีย์ เมื่อเกิดการยอมรับและความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ป่วยและคู่สามี ภรรยา แล้วปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศก็จะไม่เกิดขึ้น และในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโคลอสโตมีย์เพื่อความมั่นใจในการมีความสัมพันธ์ทางเพศมากยิ่งขึ้นนั้น ผู้ป่วยควรทำความสะอาดโคลอสโตมีย์เปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระใหม่ ก่อนการมีความสัมพันธ์ทางเพศเสมอ หรือในผู้ที่สภาวะเศรษฐกิจอำนวยอาจใช้น้ำหอมช่วยเล็กน้อย

อย่างไรก็ตาม ปัญหาทางเพศนี้อาจเกิดจากผลของการผ่าตัดบางชนิดได้เช่น การทำผ่าตัดแอบโดมิโนเพอริเนอล รีเซคชัน (Abdominoperineal resection) ร่วมกับการทำโคลอสโตมีย์ ซึ่ง

อาจมีการกระทบกระเทือนต่อเส้นประสาทที่ควบคุมความรู้สึกทางเพศ (Pudendal nerves : S2, 3, 4) ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึก หรือความต้องการทางเพศได้ และที่พบบ่อยในเพศชาย คือ การไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศ ส่วนในเพศหญิงพบอาการเจ็บปวดขณะร่วมเพศ อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงบางครั้งบางคราว หรือเกิดขึ้นตลอดเวลาได้ เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเหล่านี้ขึ้น ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เพื่อขอคำแนะนำและนำไปแก้ไขอย่างถูกต้อง เพื่อให้ชีวิตครอบครัวพบกับความสุขอย่างสมบูรณ์ (24) และในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่ประสบปัญหาทางเพศ อันเป็นผลจากการผ่าตัดนี้ อาการจะดีขึ้นเรื่อย ๆ และกลับเป็นปกติได้ภายในเวลา 2 ปี โดยไม่ต้องรักษา

7. การเลือกเสื้อผ้า

ผู้ป่วยสามารถใช้เสื้อผ้าที่เคยใช้ก่อนผ่าตัดได้โดยไม่มีใครสังเกตเห็นได้ว่ามีโคลอสโตมีย์ การเลือกเสื้อผ้าควรพิจารณาให้เหมาะสมกับบุคลิกภาพและสมัยนิยม ระวังไม่ให้รัดแน่นบริเวณช่องเปิดลำไส้ ในผู้ป่วยเพศหญิงที่ใช้เข็มขัดหรือผ้ารัดหน้าท้องควรป้องกันแรงกดบนช่องเปิดของลำไส้โดยใช้ Stoma shield

8. การเดินทาง

การเดินทางมีข้อจำกัดเพียงการจัดหาเวลา และความสะอาดสำหรับการดูแลเปลี่ยนถุง และทำความสะอาดโคลอสโตมีย์ การเดินทางไกลและการเดินทางโดยเครื่องบินจากรายงานพบว่าไม่มีปัญหาแต่อย่างใด ผู้ป่วยควรมีกระเป๋าใส่ของเล็ก ๆ ที่ใส่ใส่อุปกรณ์เครื่องใช้ทุกอย่าง และการเตรียมถุงรองรับอุจจาระไว้ให้เพียงพอ และรู้จักสถานที่ที่จะหาซื้อถุงได้ในที่ที่เดินทาง

9. การสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทำโคลอสโตมีย์

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำโคลอสโตมีย์ที่สำคัญที่ต้องสังเกตป้องกัน และแก้ไขได้แก่ ผิวน้ำอักเสบ (Dermatitis) การหดแคบของช่องเปิด (Stenosis) การมีรูทะลุ (Perforation) การหดดึงรั้ง (Retraction) การโป่งพองของอวัยวะรอบช่องเปิดของลำไส้ (Herniation) และการมีเลือดออก (Bleeding) *

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำโคลอสโตมีย์

โคลอสโตมีย์เป็นวิธีการที่ศัลยแพทย์ใช้รักษาหรือประกอบการรักษาหรือประกอบการรักษาเพื่อทำให้ผู้ป่วยหายหรือบรรเทาอาการอันเกิดจากโรคหรือความผิดปกติหลายอย่าง แต่บางครั้งภาวะแทรกซ้อนจากการทำโคลอสโตมีย์ อาจเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนบางอย่างอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องถูกผ่าตัดซ้ำแล้วซ้ำอีก เพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนของโคลอสโตมีย์ เกี่ยวข้องกับปัจจัยเหล่านี้

1. ผู้ผ่าตัด อันหมายถึงความผิดพลาดทางเทคนิค และวิธีการผ่าตัดเช่น

1.1 วางตำแหน่งของ stoma ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะ stenosis หรือ retraction ของ stoma การสร้างตำแหน่งทวารเทียมทางหน้าท้องที่ไม่เหมาะสม (Suboptimal Stoma Site)

การเลือกตำแหน่งของทวารเทียมทางหน้าท้อง มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะทวารเทียมทางหน้าท้องแบบถาวร การเลือกตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมจะทำให้การปิดถุงครอบทวารเทียมทางหน้าท้องทำได้ยาก เกิดการรั่วซึม มีกลิ่นเหม็นและผิวหนังรอบทวารเทียมอักเสบ การเลือกตำแหน่งทวารเทียมควรทำตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด โดยลองให้ผู้ป่วยยืน นั่ง โน้มตัวมาข้างหน้าและเปรียบเทียบกับระดับขอบกางเกงของผู้ป่วย ตำแหน่งที่เหมาะสมคือบริเวณที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นทวารเทียมได้ดีผิวหนังบริเวณนั้นแบนราบไม่อยู่ในร่องของผนังหน้าท้อง ห่างจากแผลหรือแผลเป็น ไม่อยู่ชิดปุ่มกระดูกจนเกินไปจนทำให้ปิดถุงครอบทวารเทียมทางหน้าท้องไม่ได้ และควรอยู่ในกล้ามเนื้อเร็คตัส ตำแหน่งดังกล่าวมักได้แก่ จุดที่อยู่ medial 1 ใน 3 ของเส้น สมมติที่ลากจากสะดือไปยัง anterior superior iliac spine หลังผ่าตัดควรปิดด้วยถุงครอบทวารเทียมที่ใส่เพื่อจะได้มองเห็นทวารเทียมว่ามีการขาดเลือดมาเลี้ยงหรือไม่ ถ้าไม่ได้เตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดควรเลือกตำแหน่งดังกล่าวก่อนลงมีดผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่อ่อนจากเลื่อนตำแหน่งทวารเทียมขึ้นบนเล็กน้อยได้ แต่ยังคงอยู่ในจุดยอดของ infraumbilical fold

1.2 เทคนิคการผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม เช่น

1.2.1 ไม่ได้ทำ primary maturation ของ stoma ทำให้เกิดปัญหา stoma dysfunction, stenosis หรือ retraction ของ stoma

1.2.2 mobilize ลำไส้ไม่เพียงพอ ทำให้ stoma มีการดึงตึง ทำให้เกิด ischemia หรือ retraction ของ stoma

1.2.3 เลือดมาเลี้ยงลำไส้ไม่เพียงพอจากการผูกหรือตัดเส้นเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้มากเกินไป ทำให้เกิด ischemic necrosis ของ stoma

2. โรคเดิมของผู้ป่วย เช่น stoma hemorrhage ซึ่งสัมพันธ์กับ sclerosing cholangitis และใน portal hypertension พบว่ามีความสัมพันธ์กับ inflammatory bowel disease นอกจากนี้ผู้ป่วย

โรคมะเร็งที่เคยรักษาฉายรังสีรักษาในอุ้งเชิงกรานมาก่อน จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ colostomy หรือ ileostomy สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยถูกรังสี

3. ผู้ป่วยเอง เช่น การขาดความรู้ ความเข้าใจถึงวิธีดูแลลำไส้ที่มาเปิดหน้าท้องของตนเอง การใช้ appliance ที่ไม่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมที่จะทำให้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น นอกจากนี้อายุก็มีส่วนสัมพันธ์เช่นโอกาสภาวะแทรกซ้อนจากการทำ transverse colostomy ในเด็กจะสูงกว่าในผู้ใหญ่

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำโคลอสโตมีย์ที่พบบ่อยมีดังต่อไปนี้

1. ภาวะอุดตัน (Obstruction) มักเกิดจากการมีอุจจาระแข็งไม่สามารถถ่ายอุจจาระออกมาได้ตามปกติทำให้มีการอักเสบของลำไส้ เมื่อเกิดการอุดตันจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน หรือมีอาการปวดท้องร่วมด้วย การแก้ไขทำได้โดยการสวนล้าง การใช้ยาระบายอ่อน ๆ หรือการมาพบแพทย์หรือเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง และเพื่อการป้องกันภาวะอุดตันนี้ ผู้ป่วยควรระวังในเรื่องอาหารรับประทานอาหารที่มีกากมาก เพราะอาหารเหล่านี้จะทำให้อุจจาระ

2. ภาวะตีบแคบของช่องเปิดโคลอสโตมีย์ (Stomal Stenosis) มีการตีบแคบของ fibrous ring รอบช่องเปิด โดยมีสาเหตุมาจากการมีสิ่งแปลกปลอม มีการอักเสบติดเชื้อ การใช้อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม และการดูแลที่ไม่ถูกต้อง การป้องกันจากสาเหตุดังกล่าวคือ การใช้นิ้วมือล้างไปขยายช่องลำไส้เบา ๆ (manual dilation) หรือทำผ่าตัดใหม่

3. การติดเชื้อที่แผลโคลอสโตมีย์และการติดเชื้อในร่างกายน มักจะพบในรายที่มีอายุมาก หรือผู้ป่วยที่มีการหายของแผลไม่ดีเกิดการติดเชื้อขึ้น ลำไส้ใหญ่จะแยกจากขอบตรงรอยเย็บระหว่างปลายเปิดของลำไส้กับผิวหนัง การแก้ไขจะต้องรอให้แผลจากการติดเชื้อหายเอง แล้วเย็บใหม่

4. การยื่นของลำไส้ออกมาทางหน้าท้องมากกว่าปกติ (Stomal Prolapse) พบมากในรายที่ทำผ่าตัด Loop colostomy ทำให้เกิดลำไส้อุดตันและขาดเลือดไปเลี้ยงโดยมีสาเหตุมาจากการทำช่องเปิดของลำไส้ใหญ่เกินไป หรือมีแรงดันในช่องท้องมาก สามารถแก้ไขโดยการใช้นิ้วดันกลับเข้าไป ถ้าดันกลับแล้วไม่เข้าอาจใช้ผ้าชุบน้ำเย็นประคบลำไส้ก่อน หรือใช้เครื่องพุงหน้าท้อง แต่ถ้าทำแล้วไม่ดีขึ้นควรทำผ่าตัดแก้ไขการโป่งพองของอวัยวะรอบช่องเปิดลำไส้ (Herniation) พบบ่อยในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรตรงบริเวณกล้ามเนื้อส่วนที่อ่อนแรงได้ง่าย มักมีสาเหตุมาจากเทคนิคการทำผ่าตัด การมีแรงดันในช่องท้องมากทำให้รูเปิดกว้างเกินไป Fascia รอบ ๆ

stoma ฉีกขาด กล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแอ ผู้ป่วยมักมีปัญหาในการติดถุงเนื่องจากการรั่วซึมได้ถุง การแก้ไขทำได้โดยการทำให้ผิวหนังที่ติดช่องกล้ามเนื้อส่วนที่อ่อนแอนั้น

5. การมีแผลที่เป็นรูซอกนทะเลรอบโคลอสโตมีย์ (Derforation) เกิดจากรูของลำไส้ทะลุ ขณะที่แพทย์ทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์และเกิดรูทะลุติดต่อกับผิวหนัง การแก้ไขถ้าหากเกิดขึ้น ๆ แพทย์จะทำผ่าตัดซ่อมแซมรูทะลุนั้น ถ้าลึกก็จะทำผ่าตัดแก้ไขใหม่ที่ตำแหน่งเดิม

6. การเกิดแผลเปื่อยที่บริเวณรอบ ๆ โคลอสโตมีย์ (Skin Excoriation) เกิดการระคายเคืองจากการรั่วซึมของอุจจาระที่ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ หรือเกิดการระคายเคืองจากการเปิดถึงรองรับอุจจาระไม่ถูกต้อง อีกทั้งอาจเกิดการระคายเคืองจากการแพทย์แถบขาวที่ติดถุงรองรับอุจจาระ ทำให้ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้มีอาการผิวหนังแดงมีน้ำเหลืองซึม เปื่อย มีอาการแสบร้อน ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก การแก้ไขทำได้โดยการรักษาความสะอาดของผิวหนังให้สะอาด และแห้งอยู่เสมอ และในกรณีนี้แพทย์แถบขาวให้เปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระเป็นชนิดที่ไม่เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังตามความเหมาะสมเฉพาะบุคคล

7. ท้องเสีย (Diarrhea) สาเหตุส่วนใหญ่มาจากอาหาร การรับประทานอาหารและชนิดของอาหารที่รับประทาน การรับประทานอาหารที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยควรเริ่มรับประทานแต่เพียงเล็กน้อย ก่อนเมื่อไม่มีอาการผิดปกติจึงรับประทานได้ตามความเหมาะสม

คุณภาพชีวิต (Quality of Life : QOL)

คุณภาพชีวิต (Quality of Life : QOL)

เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีคำนิยามของคุณภาพชีวิตที่เป็นที่ยอมรับกันเป็นสากล การศึกษาที่มีอยู่ทั่วไปจึงมีความหลากหลายในเรื่องคำนิยาม เนื้อหาที่ประเมินและวิธีประเมิน องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งมิติทางกาย ทางจิต และทางสังคม สุขภาพมิได้หมายถึง เฉพาะความไม่พิการ และการไม่มีโรคเท่านั้น ซึ่งคำนิยามสุขภาพนี้ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาในด้านคุณภาพชีวิต (25)

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Quality of Life : QOL)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (26) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพหมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) (27) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประภาพร จินันทุยา (2536) (28) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าหมายถึง ระดับการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ตามการรับรู้ต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

วาสนา เกื้อนวงษ์ (2536) (29) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับการรับรู้ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเองและการทำกิจกรรม

ดีน (Dean 1985) (30) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า ชีวิตที่มีความหมาย และภาระหน้าที่ของบุคคล

สุธิดา กาญจนรังสี (2538) (31) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความรู้สึกเป็นปกติสุขที่บุคคลนั้นรับรู้และประเมินด้วยตนเอง ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองของความรู้สึกภายในตัวบุคคล

ยังและลองแมน (Young & Longman 1983) (32) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ระดับความพอใจในชีวิต สามารถวัดได้จากการรับรู้ความพึงพอใจ ความยินดี หรือความสุขในชีวิตปัจเจกบุคคล ภายใต้ข้อจำกัดของความสามารถทางร่างกายอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่หรือสุขภาพ

แพทเธอร์สัน (Patterson 1975 Cited in Holmes & Dickenson 1987) (33) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม มีความหมายซับซ้อน เป็นการแสดงถึงการตอบสนองของบุคคลต่อร่างกาย จิตใจ และปัจจัยในสังคม ซึ่งจะช่วยให้ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข

จากความหมายต่าง ๆ ดังได้กล่าวมาพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขและความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิตของตน โดยผ่านกระบวนการรับรู้ และประเมินด้วยตนเอง

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างเห็นได้ชัดในระบบการบริการทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของดอบอส (Dobos 1976 : 8) (34) ที่ว่าในทางทฤษฎี บทบาทของทีมสุขภาพมีเพียงป้องกันหรือแก้ไขความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ แต่ในทางปฏิบัติบทบาทนี้ได้ขยายไปในหลายแง่หลายมุมของชีวิต โดยความจริงและวิชาชีพทางการแพทย์ การพยาบาล สามารถช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละบุคคล มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งไม่เพียงการเท่านั้น ทางการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังผ่านการสร้างสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น นอกจากนี้ โฮมส์ (Holmes 1985 : 43) (35) ยังกล่าวว่า การให้ความสนใจในคุณภาพชีวิต และการคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในบทบาทของพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับชีวิตประจำวัน การให้การพยาบาลเกี่ยวข้องกับการดูแลทางด้านร่างกาย และการประเมินผลอย่างต่อเนื่องของคุณภาพของการดูแลจึงต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง นั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายที่แท้จริงของการให้บริการทางสุขภาพในปัจจุบัน

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เป็นองค์ประกอบมากมาย ซึ่งแต่ละองค์ประกอบก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกัน ตามธรรมชาติของแต่ละบุคคล หรือแต่ละสังคม

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฎ (2540 : 104) (36) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามธรรมชาติของเบนเน็ต (Bennet) ว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

1. สิ่งที่สำคัญในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีสังคม และเศรษฐกิจดี
2. ความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสมกับสังคม วัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้น มีจุดมุ่งหมายของชีวิต

ฟลานาแกน (Flanagan 1978 : 138 – 139) (37) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

สตรอมเบอร์ก (Stromberg 1984 : 88 – 91) (38) ให้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรที่มสุขภาพประเมินออกมาเป็นคะแนน
2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองขึ้นอยู่กับ ค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตตนเอง เช่น ความพึงพอใจ และความสุขที่ตนเองได้รับประเมินออกมาเป็นคะแนน
3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ ผลออกมาเป็นการบรรยาย และบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

องค์การยูเนสโก (Unesco 1980 : 312) (39) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) เป็นการประเมินโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม
2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา โดยการสอบถามถึงความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความปกติสุข ภาวะสุขภาพ ความสุข คุณค่าในตนเอง ความหมายของชีวิต และบทบาทหน้าที่ เป็นต้น

มีเบอร์ก (Meeberg 1993 : 32 – 38) (40) ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ รายได้ อาชีพ การศึกษา และหน้าที่ด้านร่างกาย
2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

โครงสร้างลักษณะพื้นฐานของคุณภาพชีวิต

ซึ่งใช้เป็นหลักในการพัฒนาแบบประเมินและวิธีประเมินคุณภาพชีวิตดังต่อไปนี้

1. มีความเป็นจิตพิสัย (subjective)

การวัดคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของบุคคล ข้อมูลที่ได้จะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตไม่เพียงแต่เป็นการสะท้อนอาการและภาวะของโรคเท่านั้น ปัจจัยอื่น ๆ อาทิ ปัจจัยในบุคคลในเรื่องความคิดและค่านิยมของบุคคล หรือปัจจัยภายนอก อาทิ สิ่งแวดล้อม และสังคม ยังมีผลทำให้แต่ละคนมีระดับของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ในภาวะโรคเดียวกันผู้ป่วยกลับมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

2. มีลักษณะเป็นหลายมิติร่วมกัน (multidimensional)

คุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยหลาย ๆ มิติ (domain) ร่วมกันเป็นองค์รวม ไม่ได้เป็นการศึกษาเพียงด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว เช่น การไม่มีโรค หรือการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจากนิยามของคำว่าสุขภาพตามความหมายขององค์การอนามัยโลกนั้น คุณภาพชีวิตจึงควรประกอบด้วยอย่างน้อย 3 มิติคือ มิติทางร่างกาย (physical), ทางจิตใจ (psychological) และทางสังคม (social)

3. มีการเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาที่เปลี่ยนแปลงได้ (variable with time)

คุณภาพชีวิตไม่ได้มีค่าที่ตายตัว แต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเมื่อระยะโรคเปลี่ยนไป ความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตก็เปลี่ยนแปลงได้ด้วย

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) (50) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นจิตวิสัย (subjective) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปรวมอีก 2 ข้อคำถาม รวมเป็น 26 ข้อ (25)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL- BREF -THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มี ความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึง พลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึง ความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษา ทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การ รับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาควุฒิภาวะในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การ ตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนการรับรู้ถึงความสามารถในการ จัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มี ผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้ เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมี เพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนิน ชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การ รับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่ง ประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะ ได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลา ว่าง เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ (2525)(41) ได้ศึกษาผลการนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนเร็กต์มที่ได้รับการทำผ่าตัด abdominoperineal resection และทำโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรจำนวน 5 ราย พบว่า ผู้ป่วย 3 ราย มีคะแนนเฉลี่ยด้านสถานะทางสุขภาพ ความสามารถในการดูแลโคลอสโตมีย์และเจตคติเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาของการประเมิน และการประเมินผลก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน พบว่า สถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 5 ราย อยู่ในเกณฑ์ดี ความสามารถในการดูแลโคลอสโตมีย์ปรากฏว่าผู้ป่วย 2 ราย อยู่ในเกณฑ์พอใช้ได้ 2 รายอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี และ 1 รายอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดีมาก ส่วนด้านเจตคติพบว่า ผู้ป่วย 2 รายอยู่ในเกณฑ์ดี และ 3 ราย อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดีมาก

พจนา ปิยะปรณชัย (2526)(13) ได้ศึกษาปฏิกิริยาทางอารมณ์ ความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีระบบตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยทำการศึกษาผู้ป่วย 4 ราย ผลการศึกษาปฏิกิริยาทางอารมณ์พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 4 ราย มีความวิตกกังวล กลัว โกรธ ซึมเศร้า เมื่อมองเห็นโคลอสโตมีย์ครั้งแรก ผู้ป่วยทุกรายมีปฏิกิริยาต่อกลิ่น กลัวการเปื้อนเประของอุจจาระ กลัวดมหลอด กลัวเป็นที่รังเกียจของบุคคลอื่น และรู้สึกอายต่อการไหลของอุจจาระในที่เปิดเผย ด้านความพร้อมในการเรียนรู้และความสามารถในการดูแลโคลอสโตมีย์ของผู้ป่วยทั้ง 4 ราย พบว่า ผู้ป่วย 3 ราย มีความพร้อมในการเรียนรู้ในวันที่ 5 หลังผ่าตัด และ 1 รายมีความพร้อมในวันที่ 4 หลังผ่าตัด ความสามารถในการดูแลโคลอสโตมีย์ของผู้ป่วยทั้ง 4 ราย มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ประเมิน และการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้เรื่องโคลอสโตมีย์และการปฏิบัติตน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 4 ราย มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการสอน

สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์และคณะ (2531)(15) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ความรู้เรื่องการดูแลโคลอสโตมีย์ สถานะทางสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์หัตถดอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความรู้เรื่องการดูแลโคลอสโตมีย์ สถานะทางสุขภาพ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา และระดับการศึกษาเป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อใช้การวิเคราะห์หัตถดอยพหุคูณแบบเชิงชั้น พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้รวมของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ความรู้

เรื่องการดูแลโคลอสโตมีย์ สถานะทางสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จรินทร์ สมภู (2539) (22) ได้ศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร พบว่า ความสามารถในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่โดยรวม และบทบาทย่อยของสตรีที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร อยู่ในระดับค่อนข้างดี ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า จำนวนบทบาทหน้าที่ การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ 22.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฬาร ประสงค์ (2544) (42) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากผ่าตัดวันที่ 1 การรับรู้ภาพลักษณ์ของกลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาพลักษณ์สูงขึ้นในวันที่ 6 หลังผ่าตัด และ 2 สัปดาห์หลังจากกลับบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 6 หลังผ่าตัด และ 2 สัปดาห์หลังจากกลับบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวรรณและคณะ (2002) (43) ได้ศึกษาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมหนักจำนวน 9 คน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 9 คน มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมากเกี่ยวกับการมีทวารหนักเทียม และ 3 ใน 9 คน มีความคิดว่าอยากตาย

เวด (Wade) (อ้างใน จรินทร์)(22) ได้ศึกษาการปรับตัวทางด้านสังคมของผู้ที่มีโคลอสโตมีย์ จำนวน 215 ราย หลังผ่าตัด 10 สัปดาห์ พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6 มีอาการซึมเศร้าระดับวิกฤติ และร้อยละ 5 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย หลังผ่าตัด 1 ปี ร้อยละ 9 มีอาการวิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

ฟอลลิค และคณะ (Follich, et.al) (18) ได้ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ พบว่า ร้อยละ 30 มีกิจกรรมทางสังคมลดลง ร้อยละ 10 ประสบปัญหาการปรับตัวในการประกอบอาชีพ

บราทาร์และคณะ (Bratha, et al., 1995) (3) พบว่า การรับรู้ที่จะต้องทำผ่าตัดเปลี่ยนทางด้านอุจจาระมีผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรงก่อนผ่าตัด ร้อยละ 10 เกิดความเครียดทันทีหลังผ่าตัด ร้อยละ 40 กลุ่มใจมากกังวลเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของสังคม ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยลดการออกสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 60 ต้องกลับเข้าโรงพยาบาลใหม่กับสาเหตุมีอาการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 35 เปิดเผยว่ามีปัญหา

เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 8 ถูกครอบครัวรังเกียจ ร้อยละ 80 สมาชิกในครอบครัวแสดงความเห็นอกเห็นใจ

ดินนี่และแมคครีย์ (Deeny & Macrea, 1991) (44) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ colostomy และ ileostomy พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะร่างกายเท่านั้น ส่วนการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร

วิลเลียม พริส ฟิลลิปส์ (William Pryse-Phillips อ้างในพรพิมล อุปถัมภ์) (45) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร 20 รายที่ผ่าตัดไปแล้วเป็นเวลา 18 เดือน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 20 ราย ยังไม่สามารถยอมรับการมีโคลอสโตมีย์ได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมออกจากบ้านไปซื้อของใช้ และบางรายให้สัมภาษณ์ว่าต้องล้างมือวันละเกือบ 100 ครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีกลิ่นอุจจาระติดอยู่

นูแกนท์และคณะ (Nugent KP, et al., 1999) (46) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมพบว่า จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด 542 คน มี ผู้ป่วย 391 คน เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม โดยพบว่า 51% มีผื่นคันรอบ ๆ ทวารเทียม 36% มีการรั่วซึมของอุจจาระ 90% ของผู้ป่วยที่มี ileostomy พบว่ามี gas ในถุงรองรับอุจจาระ และ 80% ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ >40% มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์

กอสเซ็นและคณะ (Gooszen AW, et al., 2000) (47) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มี colostomy และ ileostomy ชนิดชั่วคราวพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในชนิดของทวารเทียม แต่พบว่าปัญหาในการดูแลและภาวะแทรกซ้อนจากกามีทวารเทียมทำให้ผู้ป่วยลดการออกกำลังกายหรือลดการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่นมีการรั่วซึมของอุจจาระ หรือมีการระคายเคืองบริเวณผิวหนัง ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

นีลสันและคณะ (Nilsoon Lo, Knock NG, Kylberg F. Myrvold HE, Palselius I, 2002) (48) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยที่มี ileostomy ต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังทำผ่าตัด ileostomy พบว่า 98% มีความรู้สึกสบาย ไม่สนใจ หรือละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ที่เคยปฏิบัติ มีเพียง 24% ที่มีปฏิกิริยาตรงกันข้าม 80% พบว่าการมี ileostomy มีผลกระทบต่อการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากการรั่วซึมของอุจจาระ มีกลิ่นของอุจจาระหรือมีเสียงของถุงรองรับอุจจาระ ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ 31% ของผู้ป่วยชาย และ 52% ของผู้ป่วยหญิง พบว่า จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ลดลงหรือไม่มีเพศสัมพันธ์กันเลย 85% ของผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงเกิดปัญหาเพศสัมพันธ์

เฮลแมนและลาโก (Hellman J, Lago CP 1990) (49) ได้ทำการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของ Peristomal skin ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด colostomy และ ileostomy กลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 93 คน เป็นผู้ป่วยที่มี ileostomy จำนวน 58 คน และผู้ป่วยที่มี colostomy จำนวน 35 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์โดยตรงกับปัญหา Peristomal skin เพศไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วย ileostomy หรือผู้ป่วย colostomy ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาปัญหา Peristomal skin และปัญหาของผิวหนังรอบทวารเทียมที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการระคายเคืองรอบ ๆ ทวารเทียมตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ครุซและคณะ (Krouse R et al.2006) (50) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์จำนวน 599 คน ทั้งที่มีสาเหตุการทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์จากมะเร็งและสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง พบว่า ปัญหาคุณภาพชีวิตที่พบบ่อยได้แก่ ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ การมีลมในถุงรองรับอุจจาระ ปัญหาท้องผูก ปัญหาในการเดินทาง และความไม่พึงพอใจในการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ โดยสรุปแล้วผลการศึกษายืนยันว่าผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์มีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย