



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ที่ ภกิ ๐๐๓๓.๒๐๓.๐๘๒

วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ข้าพเจ้า นางสาวศุภานัน บุณรอด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ทำโครงการวิจัยเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยดุน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลิ้ว : กรณีศึกษา เนื่องจากโครงการวิจัยดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบได้โปรดลงนามในแบบฟอร์มการขอเผยแพร่และอนุญาตให้เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตต่อไป จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นางสาวศุภานัน บุณรอด)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....

(นางกฤตพร เมืองพร้อม)

หัวหน้าพยาบาล

(นายวิรัชศักดิ์ หล่อทองคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
๒๔ ก.พ. ๒๕๖๘

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
ตามประกาศโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๖
สำหรับหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วัน/เดือน/ปี : ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

หัวข้อ : การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่อัมพาตเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิด
จังหวะชนิดสั้นพลิ้ว: กรณีศึกษา

Link ภายนอก :

หมายเหตุ :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล



(นางสาวศุภานัน บัญรอด)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

ผู้พิจารณารับรอง



(นายแพทย์ทัตปณ สัมปทณรักษ์)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและพัฒนา

วันที่ ๒๑ ก.พ. ๒๕๖๘

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นายวุฒิชัย ช่างคิด)

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

วันที่ ๒๕ ก.พ. ๒๕๖๘

**การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัด
ร่วมกับการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว : กรณีศึกษา 2 case**

ศุภานัน บุญรอด พว*

Supanun boonrod, RN*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันเป็นโรคทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อย สาเหตุเกิดจากนิ่วในถุงน้ำดีไปอุดตันน้ำดีและเกิดการอักเสบ จำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หนึ่งในนั้นคือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหลังผ่าตัด (Postoperative atrial fibrillation : POAF) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคร่วม การรักษาที่รวดเร็ว เหมาะสมจะช่วยลดโอกาสการเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินและบริหารจัดการภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว เพื่อรักษาอาการและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมทุกระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู และระยะวางแผนจำหน่าย 2. เพื่อวิเคราะห์การบูรณาการความรู้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการตัดสินใจเชิงคลินิก การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่มีปัญหาซับซ้อนหลายประการ

วิธีการศึกษา : คัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง 2 ราย ที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในเดือนพฤศจิกายน 2566 ใช้กรอบแนวคิด 11 รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอนร่วมกับกระบวนการพยาบาล ประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วหลังผ่าตัด โดยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และเคยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว หลังผ่าตัดจึงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับเกิดภาวะมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดหลังผ่าตัด ส่วนรายที่ 2 พบมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วเป็นครั้งแรก ซึ่งมีอาการก่อนและหลังผ่าตัด จากการวิเคราะห์พบว่ากรณีศึกษารายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติม ได้แก่ อายุมาก มีความเครียด และมีภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับดูแลและให้การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการทั้ง 4 มิติ และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ นอนโรงพยาบาล จำนวน 10 วัน

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว ตั้งแต่การประเมินการวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน, ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วหลังผ่าตัด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Corresponding E-mail : supanun.tim0905@gmail.com โทรศัพท์ 083-6913530

Abstract

Background: Acute cholecystitis is a common surgical disease. The cause is that gallstones in the gallbladder block the bile duct and cause inflammation. Surgical treatment is required to prevent complications. It can happen both before and after surgery. One of them is postoperative fibrillation arrhythmia. (postoperative atrial fibrillation : POAF) This is a common complication and is likely to increase. Especially in elderly patients and those with co-morbidities. Prompt and appropriate treatment will reduce the chance of death. Therefore, nurses must have knowledge. Ability to assess and manage fibrillation-related arrhythmias. To effectively treat symptoms and reduce complications that will occur.

Objective: 1. To study the use of nursing process in caring for patients with cholecystitis who underwent surgery and developed postoperative atrial fibrillation, covering all stages, from preoperative, postoperative, critical, rehabilitation, and discharge planning 2. To analyze the integration of knowledge, Gordon's nursing theory, and empirical evidence in clinical decision-making, planning, and holistic nursing practice for patients with multiple complex problems.

Methods: Two patients with acute cholecystitis who had undergone surgery together with fibrillation-type arrhythmias were selected purposively. Admitted to the female surgical ward. Vachira Phuket Hospital in November 2023, use Gordon's 11 concepts for assessing health status in conjunction with the nursing process, assessing problems, and planning nursing care. Nursing practice and evaluation

Results: Both patients had acute cholecystitis and had undergone surgery and developed fibrillation-type arrhythmias after surgery. Case 1 had pre-existing fibrillation-type arrhythmias. already After surgery, he had to use a ventilator for treatment, along with fluid in the pleural space after surgery. As for the second case, it was found that he had a fluttering cardiac arrhythmia for the first time. which symptoms occur before and after surgery Analysis found that the second patient had additional risk factors, including old age, stress, and acute confusion. Both patients received holistic care and nursing to meet their needs in all four dimensions and were able to be discharged home. Stayed in the hospital for 10 days.

Conclusions: This study demonstrates the care process for patients undergoing surgery for acute cholecystitis with fibrillation-type cardiac arrhythmias. From assessment, diagnosis, planning, implementation, prevention of complications and preparation before returning home. To keep patients safe Have a good quality of life and can continue to take care of yourself.

Keyword: Acute cholecystitis, Short-wave arrhythmia after surgery

บทนำ

โรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute Cholecystitis) เป็นโรคทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อย โดยมีสาเหตุจากนิ่วในถุงน้ำดี ทำให้มีการคั่งของน้ำดี และเกิดการอักเสบ อุบัติการณ์ของการเกิดโรคถุงน้ำดีอักเสบพบได้ประมาณ 5-10 % โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า (ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) เป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การผ่าตัดถุงน้ำดีอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (เขมารตี มาสิงบุญ และคณะ, 2560) เช่น ภาวะเลือดออก ภาวะอันตรายต่อท่อน้ำดีหรือตับอ่อน การติดเชื้อ และอาจเกิดโรคร่วมระหว่างการรักษา คือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหลังผ่าตัด (Postoperative atrial fibrillation : POAF) ซึ่งโรคนี้ส่วนใหญ่เจอในผู้ป่วยสูงอายุ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นปลิว ร้อยละ 0.36 ของประชากรทั่วไป และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นทุกปี (สิรินทร์ อภิญาสวัสดิ์, 2566) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะมากถึง 1.5 ล้านคน พบมากใน ประชากรอายุระหว่าง 65 – 85 ปี สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรค ได้แก่ ผู้สูงอายุ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อาทิเช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจล้มเหลว (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นปลิว เป็นการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และก่อให้เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ในระยะยาวที่รุนแรง โดยมีการรายงานอุบัติการณ์ในผู้ป่วยผ่าตัดที่ไม่ใช่การผ่าตัดหัวใจ ร้อยละ 0.8 ถึง 29 ขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือวัยวะที่ผ่าตัด ซึ่งมักเกิดขึ้นในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเสียชีวิต จากผลการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิมาณของอัลทรูกี้และคณะ (ALTurki A., Marafi, M., Proietti, R., Cardinale, D., Blackwell, R., Dorian, P., ... & Huynh, T, 2563) ซึ่งรวบรวมงานวิจัย 28 เรื่อง พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นปลิวหลังผ่าตัด (postoperative atrial fibrillation : POAF) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดสมอง (stroke) ในระยะ 1 เดือนหลังผ่าตัด สูงเกือบสามเท่าของผู้ที่ไม่มี POAF (OR 2.82, 95% CI 2.15-3.70) และความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 4 เท่าเมื่อเวลาผ่านไปนานมากกว่า 12 เดือนขึ้นไป (OR 4.12, 95%CI 3.32-5.11) และโดยรวมทุกระยะ มีความเสี่ยงต่อการเกิด stroke ประมาณ 3.44 เท่า และความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประมาณ 4 เท่า นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มี POAF มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุภายใน 30 วันประมาณ 3 เท่า (OR 3.36, 95% CI 2.13-5.31)

การเกิด POAF มักพบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด POAF โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะที่ไม่ใช่หัวใจ (Prince-Wright, L. H., Akinyemi, O., Nnorom, S. O., Bauer, E. S., Cornwell lii, E. E., & Fullum, T. M, 2022) ศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 294,112 คน ผู้ศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุที่เพิ่มสูงขึ้น เพศชาย การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การเสียสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และประวัติภาวะหัวใจล้มเหลว ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการดูแล เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่มีปัจจัยเหล่านี้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่มักมีโรคร่วมเป็นทุนเดิมจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิด POAF มากขึ้น

จากสถิติกลุ่มงานศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ปีพ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคถุงน้ำดีอักเสบ จำนวน 69, 117, 140 ตามลำดับ จากสถิติพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเพิ่มขึ้นทุกปี และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ต้องเฝ้าระวังที่สำคัญที่สุด คือการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลั่วหลังผ่าตัด ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยสูงอายุ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2555) การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ ขาดไม่ได้คือภาวะทางจิตใจ ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจากการที่ต้องรับการผ่าตัด กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น การเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด

การศึกษานี้ นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุ 2 ราย ที่มาโรงพยาบาลด้วยปัญหาถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลั่วหลังผ่าตัด ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, M. ,1994) และกระบวนการพยาบาล เปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมินสภาพ วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ดังนั้นผู้ศึกษา จึงมีความสนใจที่จะศึกษากลุ่มผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการผ่าตัด และมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนสั้นพลั่ว เพื่อเป็นแนวทางการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานคุณภาพการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะที่นอนโรงพยาบาล ภายหลังจากพ้นภาวะวิกฤต เข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ การวางแผนจำหน่ายเมื่อกลับบ้าน การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลั่วหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมทุกระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู และระยะวางแผนจำหน่าย
2. เพื่อวิเคราะห์การบูรณาการความรู้ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการตัดสินใจเชิงคลินิก การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่มีปัญหาซับซ้อนหลายประการ

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. กำหนดวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษา โดยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะถุงน้ำดีอักเสบ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลั่วหลังผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต กระบวนการพยาบาล และทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดและเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลั่วหลังผ่าตัด และใช้ระยะเวลาในการดูแลและฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลนาน

3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกาย การสังเกตอาการ การทบทวนเวชระเบียน การปรึกษากับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม โดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน

4. วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และใช้แนวปฏิบัติเชิงประจักษ์มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ร่วมกับการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

5. ติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยการสังเกตพฤติกรรม สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไป

6. สรุปผลการศึกษา โดยนำเสนอสิ่งที่ได้เรียนรู้ แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไปในอนาคต และความท้าทายที่พบในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษาเป็นกรณีศึกษา 2 ราย ได้ผ่านการขออนุญาตผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยลายลักษณ์อักษร เช่นยินยอม ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษากรณีศึกษานี้ ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมศึกษาทุกอย่างเป็นความลับ

กรณีศึกษารายที่ 1

หญิงไทย อายุ 90 ปี วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 28 พฤศจิกายน 2566 ด้วยโรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute gangrenous calculous cholecystitis) อาการสำคัญ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องใต้ชายโครงขวา โรคประจำตัว โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3, โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไขมัน ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด (Open cholecystectomy) วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 หลังผ่าตัดหายใจเหนื่อยใส่ท่อช่วยหายใจย้ายไปตึกไอซียูศัลยกรรมมีปัญหาเลือดออกมากช่วงผ่าตัด 500 ซีซี ให้ Packed red cells 1 Unit, Fresh Frozen Plasma 6 Unit หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้นเอกซเรย์ปอดมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดทั้ง 2 ข้าง (Plural effusion Both Lung) ใส่สายระบายทรวงอก 2 ข้าง ต่อ 2 ขวด ตั้งแต่วันที่ 2 ธันวาคม 2566 – 7 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ไม่เหนื่อย ถอดท่อช่วยหายใจ และถอดสายระบายทรวงอกออก วันที่ 7 ธันวาคม 2566 มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte Imbalance) ได้แก้ไขเรียบร้อยแล้ว แผลผ่าตัดชายโครงขวาแห้งดี สามารถถอดสายระบายชนิด Jackson drain จากแผลได้ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ อาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 10 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2

หญิงไทย อายุ 87 ปี วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566 ด้วยโรคถุงน้ำดีอักเสบ (Gangrenous calculous cholecystitis) อาการสำคัญ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ ไปรักษาโรงพยาบาลตึกอก อาการไม่ดีขึ้นส่งตัวมารักษาต่อโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรคประจำตัว โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไขมัน ผ่าตัดได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด (Open cholecystectomy) วันที่ 23 พฤศจิกายน 2566 หลังผ่าตัดหายใจเหนื่อยใส่ท่อช่วยหายใจ

มีปัญหาก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว Heart Rate = 158 ครั้ง/นาที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่มีอัตราการเต้นของหัวใจห้องล่างเร็ว (Atrial Fibrillation with RVR) ให้ยา cordarone 150 มิลลิกรัม ใน 5%D/W 100 มิลลิกรัม ใน 30 นาที หมดต่อด้วย cordarone 900 มิลลิกรัม ใน 5%D/W 500 มิลลิกรัม ใน 24 ชั่วโมง หลังกลับจากห้องผ่าตัดยังคงมีปัญหา หัวใจเต้นผิดจังหวะที่มีอัตราการเต้นของหัวใจห้องล่างเร็ว (Atrial Fibrillation with RVR) แพทย์ยังคงให้ยา cordarone อย่างต่อเนื่อง พร้อมปรึกษาแพทย์อายุรกรรมร่วมดูแล ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ และถอดท่อช่วยหายใจออก หลังถอดท่อช่วยหายใจ ไม่เหนื่อยใส่ออกซิเจน canular 3 LPM หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วย พูดเพ้อ สับสน ปรึกษาแพทย์จิตเวชคิดว่าเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ให้ยารับประทาน หลังจากนั้นอาการดีขึ้น วันที่ 6 หลังผ่าตัด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) พบหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ (sinus tachycardia) สามารถหยุดให้ยา cordarone ได้ เปลี่ยนเป็นยารับประทาน แผลผ่าตัดชายโครงขวาแห้งดี สามารถถอดสายระบาย ชนิด Jackson drain จากแผลได้ มีปัญหาไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte Imbalance) ได้แก้ไขเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ อาการดีขึ้นจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาการรักษา ในโรงพยาบาล 11 วัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลประวัติส่วนตัวและการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อมูลพื้นฐาน	หญิงไทย อายุ 90 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ	หญิงไทย อายุ 87 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วย สูงอายุ เป็นวัยที่ต้องได้รับการ ดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะเป็น ช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งร่างกายและจิตใจ
อาการสำคัญ	5 ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาล ปวดท้อง ใต้ชายโครงขวา	1 เดือนก่อนมา โรงพยาบาล ปวดบิด ท้อง เป็น ๆ หาย ๆ คลื่นไส้ อาเจียน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วย อาการสำคัญที่เหมือนกัน คือ ปวดท้องใต้ชายโครงขวา แต่ระยะเวลาในการปวด แตกต่างกัน ซึ่งอาการสำคัญ เกิดจากการอุดตันของท่อน้ำดี มักเกิดจากนิ่วในถุงน้ำดี มีอาการ ท้องอืดและมีการอักเสบของ ถุงน้ำดีจากสารเคมีหรือแบคทีเรีย ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน มักมีอาการปวดบริเวณด้านขวาบน อย่างต่อเนื่อง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และมีไข้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลประวัติส่วนตัวและการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
โรคประจำตัว	โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3, โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไขมัน, โรคมะเร็งปากมดลูก	โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไขมัน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีโรคประจำตัวคล้ายกัน แต่ต่างตรงที่กรณีศึกษารายที่ 1 มีโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ และโรคหลอดเลือดหัวใจเดิมอยู่แล้ว
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	เคยผ่าตัดมดลูก เมื่อ 30 ปีที่แล้ว	ปฏิเสธการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1 เคยมีประวัติผ่าตัด ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่เคยมีประวัติผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดถือเป็นการคุกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย โดยจะเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญของการเกิดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ก่อให้เกิดผลกระทบ ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวลทำให้การควบคุมอารมณ์ ต่างๆ ลดลง นอนไม่หลับ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้การร่วมมือในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดลดน้อยลง ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่ก็มี ความวิตกกังวลอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 80 แม้ในรายที่เคยรับการผ่าตัดมาแล้ว ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดก็ไม่ได้ลดลงตามประสบการณ์
การวินิจฉัย	Acute gangrenous calculous cholecystitis	Gangrenous calculous cholecystitis	การวินิจฉัยแรกรับทั้ง 2 กรณีเหมือนกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลประวัติส่วนตัวและการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิกิริยาแพ้ยา สารเคมี อาหาร และ สารเสพติด	ปฏิกิริยาแพ้ยา สารเคมี อาหาร และ สารเสพติด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เคยมี ประวัติแพ้ยา
สัญญาณชีพ แรกเริ่ม	T = 37.1°C PR = 60/min RR = 27/ min BP = 123/71 mmHg	T = 36.7°C PR = 84/min RR = 24/ min BP = 137/62 mmHg	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสัญญาณ ชีพปกติ ยกเว้นการหายใจของ กรณีศึกษารายที่ 1 หายใจเร็วขึ้น
อาการแรกเริ่ม	ปวดท้องใต้ชายโครงขวา ก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง แกร็บรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.7 องศา ซีฟจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/62 มิลลิเมตรปรอท	ปวดท้องบิด ๆ หาย ๆ ใต้ชายโครงขวา คลื่นไส้ อาเจียนตลอดเป็นเวลา 1 เดือน แกร็บรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย on o2 mask with bag 10 Lpm บ่นปวดท้องตลอด สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ซีฟจร 60 ครั้งต่อนาที หายใจ 27 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/71 มิลลิเมตรปรอท	จากอาการแรกเริ่ม พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการ ปวดแบบเฉียบพลัน 5 ชั่วโมง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการ ปวดเป็น ๆ หาย ๆ ระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งระยะเวลาการปวด แตกต่างกัน แต่ลักษณะการปวด เหมือนกัน โดยอาการของถุง น้ำดีอักเสบจะมาด้วยอาการ ปวดท้องรุนแรง จุกเสียดแน่นท้อง บริเวณลิ้นปี่ หรือ ใต้ชายโครงขวา โดยเฉพาะเวลาหายใจเข้าลึก ๆ จะปวดมาก คลื่นไส้ อาเจียน กดเจ็บบริเวณท้องด้านขวาหรือ บริเวณลิ้นปี่ โดยอาจพบการตรวจ Murphy's sign เป็นบวก ซึ่งอาการผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ตรงตามทฤษฎี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลประวัติส่วนตัวและการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การตรวจเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์	Suggestive Acute calculus cholecystitis	0.5 cm gallstone cholecystitis	กรณีศึกษารายที่ 1 มีการอักเสบ แบบเฉียบพลันที่ ถุงน้ำดี กรณีศึกษารายที่ 2 มีนิ่วใน ถุงน้ำดีขนาด 0.5 cm และมี ถุงน้ำดีอักเสบ ซึ่งจะพบว่า การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ มักใช้เพื่อตรวจยืนยันการ หา นิ่ว หรือสัญญาณการ อักเสบอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นใน ถุงน้ำดีหรือท่อน้ำดี
ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	WBC 11,690 cells/uL HB 12.4 g/dl Hct 37.6 % platelet count 286,000 cells/uL PT 22.4 sec APTT 36.0 sec INR 1.98 BUN 13 mg/dL Creatinine 1.14 mg/dL sodium 131 mmol/L potassium 3.69 mmol/L chloride 101 mmol/L TCO2 18 mmol/L Lactate 0.97 mmol/L BS 100 mg/dl	WBC 23,940 cells/uL HB 12.9 g/dl Hct 38.4 % platelet count 324,000 cells/uL Neutrophil 95 GFR 23.2 BUN 21 mg/dL.Creatinine 1.91 mg/dL sodium 132 mmol/L potassium 3.42 mmol/L chloride 96 mmol/L TCO2 21 mmol/L albumin 3.4 g/dl lactate 1.7 PT 13.4 PTT 27.0 INR 1.17	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นวิธีการตรวจ เพื่อช่วย ยืนยันการวินิจฉัยโรค กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จากผล การตรวจพบว่า มีการติดเชื้อ แบคทีเรียในกระแสเลือด จากผลเลือดมี WBC สูง มากกว่า 10,000 cel/ml และมีค่าเกลือแร่ในกระแส เลือดต่ำเล็กน้อย
การผ่าตัด	Open cholecystectomy วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566	Open cholecystostomy วันที่ 23 พฤศจิกายน 2566	การผ่าตัดทั้ง 2 กรณี ผ่าตัด เหมือนกัน ซึ่งเป็นวิธีการ ผ่าตัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ทั้ง 2 ราย เพราะเป็นผู้ป่วย สูงอายุ และมีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อีกทั้งผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติ การผ่าตัดช่องท้องมาก่อน แผลผ่าตัดจะมีขนาดใหญ่กว่า และใช้เวลาฟื้นตัวนานกว่า การผ่าตัดผ่านกล้อง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลประวัติส่วนตัวและการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
<p>การรักษา</p>	<p>ผู้ป่วยทำผ่าตัด Open cholecystectomy หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ย้ายผู้ป่วยไปตึกไอซียู ศัลยกรรม หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยเหนื่อย แพทย์เอกซเรย์ปอดพบมี ปัญหา Plural effusion Rt Lung</p>  <p>ใส่สายระบายทรวงอก ต่อระบบ 2 ขวด หลังใส่ เหนื่อยลดลง เข้าแพทย์สั่ง Film Chest พบ Pleural effusion Lt Lung แพทย์ใส่สายระบายทรวงอก ต่อระบบ 2 ขวด content สีเหลืองออกเล็กน้อย จนวันที่ 7 หลังผ่าตัด สายระบายทรวงอก ไม่มี content ออก แพทย์พิจารณาถอดสายระบายทรวงอกทั้ง 2 ข้างออก</p>	<p>ผู้ป่วยทำผ่าตัด Open cholecystectomy ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาหัวใจเต้นเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจ 158 ครั้งต่อนาที ตรวจคลื่นหัวใจ พบ atrial fibrillation with RVR</p>  <p>ให้ยา Cordarone 150 มก. ใน 5% D/W 100 มล. ใน 30 นาที หมดยอดด้วย Cordarone 900 มก. ใน 5% D/W 500 มล. ใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดใส่เครื่องช่วยหายใจ และสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ใน วันที่ 3 หลังผ่าตัด และใส่ Oxygen mask with bag 10 LPM หลังผ่าตัดวันที่ 6 ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากขึ้น อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 182 ครั้งต่อนาที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ atrial fibrillation with RVR</p>	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ทำผ่าตัดเหมือนกัน โดยแพทย์จะผ่าตัดเปิดบริเวณช่องท้องฝั่งซ้ายโครงด้านขวา ขนาดแผลยาวประมาณ 6 - 10 ซม.ตีเมตร แล้วนำถุงน้ำดีพร้อมกับนิ้วออก หลังกลับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ทั้ง 2 กรณี ใช้เวลาในการผ่าตัดนานและมีปัญหาหัวใจเต้นผิดปกติจังหวะชนิด สิ้นพลัง ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ กรณีศึกษารายที่ 1 หลังผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อที่ตึกไอซียูศัลยกรรม ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 หลังผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจ แต่อยู่ที่ตึกศัลยกรรมหญิงเหมือนเดิม เนื่องจากเตียงไอซียูเต็ม กรณีศึกษารายที่ 1 หลังผ่าตัดวันที่ 3 มีปัญหา Plural effusion both Lung จำเป็นต้องใส่สายระบายทรวงอกทั้ง 2 ข้าง แต่ไม่มีปัญหาหัวใจเต้นผิดปกติจังหวะ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทาน ยาโรคหัวใจ ต่อเนื่อง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีปัญหาหัวใจเต้นผิดปกติ</p>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลประวัติส่วนตัวและการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การรักษา		แพทย์สั่งเริ่ม Cordarone 150 มก. ใน 5% D/W 100 มล. ใน 30 นาที หมดย่อยด้วย Cordarone 900 มก. ใน 5% D/W 500 มล. ใน 24 ชั่วโมง ให้ HHHFN 40 LPM	ตั้งแต่ก่อนไปห้องผ่าตัด แพทย์รักษาโดยการให้ยา Cordarone ตั้งแต่ก่อนไปห้องผ่าตัด จนกระทั่งกลับจากห้องผ่าตัดยังคงให้ ยา Cordarone ต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการ
ระยะเวลาในการผ่าตัด	1.30 ชั่วโมง	1.30 ชั่วโมง	ระยะเวลาในการผ่าตัดเท่ากัน ทั้ง 2 กรณี
ภาวะแทรกซ้อน	Pleural effusion both Lung	Atrial fibrillation with RVR, Delirium	กรณีศึกษารายที่ 1 มีปัญหา Pleural effusion both Lung ซึ่งเป็นภาวะที่มีของเหลวปริมาณมากเกินไปในช่องเยื่อหุ้มปอด โดยปริมาณน้ำที่มากจะไปกดทับปอด ส่งผลให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อย ต้องใส่ท่อช่วยหายใจหลายวัน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีปัญหาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพริ้ว (Atrial fibrillation with RVR) ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ร่วมกับเกิดภาวะสับสนวุ่นวายเฉียบพลัน (Delirium) เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีความวิตกกังวลสูง เครียด ส่งผลให้ผู้เกิดภาวะสับสนวุ่นวายได้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลประวัติส่วนตัวและการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
วันนอน โรงพยาบาล	11	11	ระยะเวลาในการนอนพัก รักษาตัวเท่ากันทั้ง 2 กรณี
ค่ารักษาพยาบาล	128,259	94,961	กรณีศึกษารายที่ 1 มีค่ารักษา พยาบาลสูงกว่ากรณีศึกษา รายที่ 2 เนื่องจากกรณีศึกษา รายที่ 1 ต้องเข้ารับการรักษา ในห้องไอซียูและเกิดภาวะ แทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทำให้ ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 2 ตารางการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลตนเอง	ผู้ป่วยรับรู้สุขภาพของตนเอง รับรู้ถึงอาการเจ็บป่วย แต่มี ความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยเคยผ่าตัดเนื้องอก ในมดลูกไม่รู้ว่าจะปลอดภัย เหมือนครั้งก่อนหรือไม่	ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย มีความวิตกกังวล และเครียดต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ เนื่องจากไม่เคยผ่าตัดมาก่อน กลัว โรคที่เป็นจะรักษาไม่หาย กลัวสร้าง ความลำบากให้กับบุตร
2. โภชนาการและการเผาผลาญ อาหาร	ก่อนการเจ็บป่วยรับประทาน อาหารวันละ 3 มื้อ ชอบ รับประทานผัก ปกติดื่มน้ำวันละ 1,000-1,500 ซีซี BMI = 23.33 แสดงว่าดัชนีมวลกายอยู่ใน เกณฑ์ปกติ	ก่อนการเจ็บป่วยรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ ชอบรับประทานอาหาร มันๆ ปกติดื่มน้ำวันละ 1,000-2,000 ซีซี BMI = 30.91 แสดงว่า ดัชนีมวล กายอยู่ในภาวะอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัย เสี่ยงต่อการเกิดโรค
3. การขับถ่ายของเสีย	ประวัติการขับถ่ายปัสสาวะ 4-6 ครั้ง อุจจาระวันละ 1 ครั้ง ขณะรักษา ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ หลังผ่าตัด ไม่มีปัญหาปัสสาวะออกน้อย	ประวัติการขับถ่ายปัสสาวะ 5-6 ครั้ง อุจจาระวันที่ 1 ครั้ง ขณะรักษาใส่ สายสวนปัสสาวะไว้ หลังผ่าตัดไม่มี ปัญหาปัสสาวะออกน้อย

ตารางที่ 2 ตารางการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4.การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	- ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ - ทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ต้องมีผู้ช่วยเหลือ - สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/62 มิลลิเมตรปรอท	- ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ - ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อย ต้องมีผู้ช่วยเหลือตลอดเวลา - สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที หายใจ 27 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/71 มิลลิเมตรปรอท
5.การพักผ่อนนอนหลับ	ไม่สุขสบาย เนื่องจากมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด มีอาการเหนื่อย นอนหลับง่าย ตื่นเร็ว	ไม่สุขสบาย เนื่องจากมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด มีอาการเหนื่อย นอนหลับยาก วุ่นวาย
6.การรับรู้สติปัญญาและความเชื่อ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้วัน เวลา สถานที่ รับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้วัน เวลา สถานที่ รับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด
7.การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพา ตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วยยอมรับสภาพว่ามีความเจ็บป่วย	มีความเครียดที่ต้องมานอนรักษาในโรงพยาบาล ไม่อยากให้ลูกและหลานลำบาก
8.บทบาทและความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	ผู้ป่วยอยู่กับลูกสาว สัมพันธภาพครอบครัวรักใคร่กันดี ได้รับการดูแลจากลูกเป็นอย่างดี ขณะรักษามีลูก คอยดูแลตลอด	ผู้ป่วยอยู่กับลูกสาวและหลาน ส่วนใหญ่หลานจะเป็นคนดูแล ในครอบครัวรักใคร่กันดี ขณะนอนรักษามีหลานคอยเฝ้าตลอด
9.เพศและการเจริญพันธุ์	มีพฤติกรรมที่สมวัยเพศหญิง วัย 90 ปี ไม่มีประวัติโรคทางเพศสัมพันธ์	มีพฤติกรรมที่สมวัยเพศหญิง วัย 86 ปี ไม่มีประวัติโรคทางเพศสัมพันธ์
10.การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ก่อนเจ็บป่วย เมื่อมีปัญหาจะพูดคุยกับลูกสาว ขณะรักษาปรับตัวกับโรค แต่มีความกังวลเมื่อรู้ว่าต้องผ่าตัด	ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยแสดงออกถึงความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาอย่างชัดเจน
11.ความเชื่อและค่านิยม	ความเชื่อเรื่องเวรกรรม นับถือศาสนาพุทธ เชื่อในเรื่องเวรกรรม	ความเชื่อเรื่องเวรกรรม นับถือศาสนาพุทธ เชื่อในเรื่องบาปบุญคุณความดีที่สร้าง

สรุป

จากการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผน Gordon พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีมิติที่พบปัญหา ได้แก่ แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องโรค การผ่าตัด และขาดความรู้ในการดูแลตนเอง แบบแผนโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหารของผู้ป่วย พบว่ากรณีศึกษารายที่ 2 มีปัญหาในการรับประทานอาหาร จากเดิมรับประทานอาหารได้มาก มีค่า BMI สูง มีภาวะอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงเป็นเหตุให้ปริมาณโคเลสเตอรอลในน้ำดีเพิ่มขึ้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เหมือนเดิม ส่งผลเสียทำให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานไม่เพียงพอ เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย และแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ การจัดการกับความเครียด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองในภาพรวมและในแต่ละคุณลักษณะ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล จึงนำมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลได้เหมาะสม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณและสังคม เพื่อนำไปปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการวางแผนจำหน่าย ประเมินผลและสรุปในกรณีศึกษา แยกเป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลก่อนผ่าตัด การพยาบาลหลังผ่าตัด และการพยาบาลวางแผนจำหน่าย

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบ่งตามระยะของการดูแลผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>การพยาบาลก่อนผ่าตัด</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ปวดท้องเฉียบพลัน เนื่องจากการหดเกร็งของท่อน้ำดี จากการอักเสบติดเชื้อ หรืออุดตันของท่อน้ำดี (กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ป่วยบอกปวดท้อง ไม่มีอาเจียน สีหน้าไม่สุขสบาย รู้สึกหงุดหงิด ไม่อยากพูดคุย ตอบคำถาม pain score 7 คะแนน</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 : ผู้ป่วยบอกปวดท้องมาก ไม่เรอ ไม่ผายลม นอนงอตัว สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง หายใจเร็ว RR 28 ครั้ง/นาที สีหน้าไม่สุขสบาย pain score 8</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้อาการปวดลดลง ผู้ป่วยสุขสบาย พักผ่อนได้</p> <p>เกณฑ์การประเมิน ระดับความปวดลดลงจนผู้ป่วยสามารถทนได้ มีความปวดไม่เกิน 3 คะแนนจาก 10 คะแนน</p> <p>ผลการประเมิน กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ป่วยปวดท้องทุเลาลง pain score 3 คะแนน เรอและผายลมได้</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 : ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น อาการปวดทุเลาลง pain score 4 คะแนน พักผ่อนได้</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินลักษณะการปวด ตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของการปวด โดยใช้ pain score ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนและนอนท่า fowler's position (ศีรษะสูง 45-60 องศา) บริเวณข้างอ 15-20 องศา เพื่อลดแรงดันของกระบังลมต่อบริเวณที่อักเสบ และช่วยให้ลดอาการปวด พูดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจ เข้าใจถึงความเจ็บปวด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อลดการกระตุ้นความเจ็บปวด ใช้เทคนิคการควบคุมความปวดด้วยวิธีอื่น ๆ ร่วมกับการให้ยา ได้แก่ การหายใจเข้าและลึก เพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและลดความเจ็บปวด เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารตามแผนการรักษา เพื่อลดการกระตุ้นการหลั่งน้ำดี และลดอาการปวด และให้ผู้ป่วยบ้วนปากหรือแปรงฟัน เพื่อให้ปากชุ่มชื้นเกิดความสบาย ในรายที่รับประทานอาหารได้ แนะนำการรับประทานอาหารไขมันต่ำ ดูแลให้ยาแก้ปวด Morphine 3 mg vein for severe pain ทุก 4 hr.

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลแบ่งตามระยะของการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 2 ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การรักษา และวิธีปฏิบัติตัว (กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ป่วยและญาติสอบถามว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง กรณีศึกษาที่ 2 : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการและการรักษาทุกครั้งที่พบพยาบาล</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวล และมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสีหน้าสดชื่น พูดคุยกับพยาบาลด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม มีความรู้ เข้าใจสาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัว การมาตามนัด สามารถดูแลตนเองได้</p> <p>ผลการประเมิน กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ป่วยและญาติรับรู้สุขภาพของตนเองถึงอาการเจ็บป่วย มีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัว สามารถอธิบายแนวทางการรักษาได้ถูกต้อง สีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล กรณีศึกษาที่ 2 : ผู้ป่วยและญาติรับรู้สุขภาพของตนเองถึงอาการเจ็บป่วย รับทราบแนวทางการรักษา มีความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว คลายความวิตกกังวลลง พูดคุยกับพยาบาลมากขึ้น รู้สึกไว้วางใจ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้คำพูดสุภาพ พูดคุยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ประเมินความวิตกกังวลจากสีหน้า ท่าทาง อาการแสดง เต็มใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร 2. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย 3. แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ในเรื่องการดูแลบาดแผล การบรรเทาอาการปวด การเลือกรับประทานอาหาร การประคบแผลเวลาไอ หรือขยับตัว เพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ 4. แนะนำการใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น หายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ และการเบี่ยงเบนความสนใจ 5. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างความไว้วางใจและเล่าสิ่งที่วิตกกังวลให้ฟัง 6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและข้อสงสัยต่าง ๆ รวมทั้งระบายความวิตกกังวล 7. ประสานงานกับทีมแพทย์ผู้รักษา เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา ผลตรวจรักษา และแนวทางการรักษาที่วางแผนต่อไปในระยะยาว ตอบคำถามอย่างชัดเจนเพื่อลดความวิตกกังวล 8. แนะนำการรับยาตามแผนการรักษา พร้อมให้คำแนะนำ การสังเกตอาการหลังให้ยา 9. นำผลการประเมินที่ได้ไปวางแผนการพยาบาล โดยยึดหลักให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งวิถีชีวิตและความเป็นอิสระแห่งตน ดูแลให้มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปจากเดิมให้น้อยที่สุด

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบ่งตามระยะของการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>การพยาบาลหลังผ่าตัด</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3</p> <p>เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจ เนื่องจากไอไม่มีประสิทธิภาพ (กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>กรณีศึกษาที่ 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. On ET tube no.7.5 depth 20 cm. 2. ผู้ป่วยสูงอายุ 90 ปี <p>กรณีศึกษาที่ 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากขึ้น RR 28 ครั้ง/นาที 2. ผู้ป่วยสูงอายุ 87 ปี <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยหายใจได้ ไม่เหนื่อย 2. สัญญาณชีพปกติ <p>ผลการประเมิน</p> <p>กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่เหนื่อย , oxygen sat 98 %</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 : สัญญาณชีพปกติ, ฟังเสียงลมหายใจผ่านปอดปกติ ทั้งสองข้าง, ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกปอดขยายตัวดี, ผล ABG ค่าปกติ หรือดีขึ้นกว่าเดิม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ ตรวจสอบ ET-tube ขนาด ความลึก วัด cuff pressure ไม่เกิน 25 mmHg 2. การตรวจร่างกายทั่วไป อาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ลักษณะการหายใจที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ฟังเสียงปอด 3. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ กระบังลมหย่อนตัว และเพิ่มปริมาตรในช่องอก ทำให้ปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้น และสอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) 4. ดูแลดูดเสมหะให้ เมื่อมีเสมหะอยู่ในลำคอหรือในปาก โดยการดูดในปากก่อนแล้วค่อยดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการสำลักและป้องกันการติดเชื้อ ใช้แรงดันในการดูดเสมหะไม่เกิน 120 มิลลิเมตรปรอท และทำความสะอาดช่องปากทุก 2-4 ชั่วโมง 5. เผื่อระวัง Hypoxia ได้แก่ ซึม สับสน กระสับกระส่าย หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าซีด เขียวคล้ำ เป็นต้น 6. ดูแลให้ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะตามแผนการรักษา 7. ติดตามผล ABG ตามแผนการรักษา หากพบความผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ 8. ประเมินสัญญาณชีพ วัดความดันโลหิตทุก 15 นาที 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน Keep Spo2 \geq 90% 9. กระตุ้นและสอนให้ผู้ป่วยไออย่างถูกวิธี และให้ผู้ป่วยหายใจลึก ๆ และเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ เพื่อให้เสมหะขับออกได้สะดวกขึ้นและช่วยให้ปอดขยายตัวได้ทั่วถึงทุกส่วน 10. ติดตามผลภาพถ่ายรังสีปอดและรายงานผลให้แพทย์ทราบ 11. รายงานอาการให้แพทย์ทราบทันที เมื่อพบความผิดปกติ เช่น หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น หรือหายใจลำบาก เป็นต้น เพื่อร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 12. ประสานส่งปรึกษา PT เพื่อทำ chest physical therapy ให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษา

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลแบ่งตามระยะของการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 4 มีภาวะการขาดสารน้ำและเกลือแร่เนื่องจากการย่อยและการดูดซึมผิดปกติ (กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 : 1. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ได้รับการดื่มน้ำและอาหาร 2. ผลตรวจ Na 131 mmol/L, K 3.12 mmol/L, Cl 100 mmol/L, CO2 19 mmol/L</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 : 1. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ได้รับการดื่มน้ำและอาหาร 2. ผลตรวจ Na 135 mmol/L, K 2.92 mmol/L, Cl 102 mmol/L, CO2 20 mmol/L 3.ผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ 2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3. ผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ปกติ</p> <p>ผลการประเมิน กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ปริมาณน้ำเข้า/น้ำออก คือ 910 มล./ 1,740 มล.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ Na 132 mEq/L, K 3.49 mEq/L, Cl 100 mEq/L, CO2 20 mEq/L กรณีศึกษาที่ 2 : ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ปริมาณน้ำเข้า/น้ำออก คือ 2,269 มล./ 1,400 มล.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ Na 138 mEq/L, K 3.56 mEq/L, Cl 113 mEq/L, CO2 20 mEq/L</p>	<ol style="list-style-type: none"> อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและความจำเป็นในการดื่มน้ำและอาหารทางปาก ประเมินภาวะการขาดน้ำและอาหาร โดยสัมผัสผิวหนัง ประเมินความชุ่มชื้น เช่น ปากแตก เยื่อปากแห้ง โดยใช้ไม้พันสำลี ชุบน้ำเช็ดบริเวณเยื่อช่องปาก ลิ้น กระพุ้งแก้มและริมฝีปาก เพื่อให้เกิดความชุ่มชื้น ใส่สายยางจากจมูกสู่กระเพาะอาหารตามแผนการรักษาตั้งสายยางให้เหมาะสมหลีกเลี่ยงการกด ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษา ประเมินสัญญาณชีพ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ ดูแลทำความสะอาดช่องปากบ่อย ๆ บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยรับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงของหมักดองและอาหารรสจัดทุกชนิด แนะนำดื่มน้ำ 2-3 ลิตร/วัน ติดตามผลการตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ รายงานแพทย์ทราบกรณีผลตรวจเกลือแร่ผิดปกติ ประเมินอาการและอาการแสดงของ Electrolyte imbalance เช่น อ่อนแรง สับสน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ติดตามตรวจค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดจากปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลแบ่งตามระยะของการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมอง และภาวะหัวใจหยุดเต้น จากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิดสั่นพลิ้ว (กรณีศึกษาตอนที่ 2)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน อัตราการเต้นของหัวใจ 158 ครั้ง/นาที หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที EKG พบ Atrial Fibrillation</p> <p>วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมองและภาวะหัวใจหยุดเต้น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 60 – 120 ครั้ง/นาที</p> <p>ผลการประเมิน : ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมอง และส่วนต่างๆของร่างกาย สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 60 – 100 ครั้ง/นาที</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor EKG และบันทึกสัญญาณชีพทุก 30 นาที เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง 2. ประเมินอาการใจสั่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัสสาวะออกน้อยความดันโลหิตต่ำ 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ oxygen nasal cannula อัตราไหล 3 ลิตรต่อนาที 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Amiodarone 900 มิลลิกรัม + 5%DW 500 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ ใน 24 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจทุก 2 ชั่วโมง ถ้าความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ครั้ง ต่อนาที ควรหยุดการให้ยา และรายงานแพทย์ 5. ดูแลให้ได้รับยา warfarin 3 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน วันละ 8 ชั่วโมง 7. ประเมินความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสมอง โดยประเมินและสังเกตอาการ Glasgow coma scale ขนาดของ pupil อาการชัก ความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น หากมีสัญญาณเตือนเกิดขึ้น เตรียมพร้อมให้การช่วยเหลือด้วยความรวดเร็ว 8. ประเมินอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ประเมินการหายใจ หายใจหอบลึก ไอ เหนื่อยขณะพัก บันทึกออกซิเจนปลายนิ้ว 9. ประเมินอาการลิ่มเลือดอุดตันอวัยวะส่วนปลาย (Lower extremity deep venous thrombosis (DVT)) เช่น อาการปลายมือปลายเท้าเย็น ปวดกล้ามเนื้อ แขนขาอ่อนแรง

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลแบ่งตามระยะของการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (กรณีศึกษาตอนที่ 2)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยสับสน ไม่นอน พุดเพ้อ 2. ผู้ป่วยอายุมาก มีความเครียด <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถรับรู้หรือรู้คิดอย่างมีเหตุผล</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถรับรู้หรือรู้คิดได้</p> <p>ผลการประเมิน ผู้ป่วยและญาติรับรู้อาการ สามารถควบคุมอารมณ์ได้นอนพักหลับได้ ไม่วุ่นวาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การค้นหาสาเหตุ และการรักษาสาเหตุ โดยพยาบาลต้องค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยของภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยแต่ละราย และให้การดูแลรักษาพยาบาลเพื่อลดหรือกำจัดสาเหตุออกไป 2. การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย <ol style="list-style-type: none"> 2.1 จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมโดยลดสิ่งกระตุ้นสิ่งเร้า และมีแสงสว่างเพียงพอ 2.2 จัดสิ่งแวดล้อมลดความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ เช่น มีไม้กั้นเตียง ราวเกาะ เป็นต้น 2.3 มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และเฝ้าระวังอย่างเหมาะสมเพียงพอ และให้กิจกรรมการพยาบาลเท่าที่จำเป็น 2.4 ผูกยึดผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น หรือบางส่วนและต้องได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยหรือญาติ 2.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาเท่าที่จำเป็น เพื่อลดอาการวิตกกังวล และอาการวุ่นวาย โดยต้องสังเกตผลข้างเคียงของยาที่อาจมีผลต่ออาการสับสนเฉียบพลันมากขึ้น 3. การดูแลช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจและความสุขสบายต่าง ๆ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ให้การดูแลเอาใจใส่เฝ้าระวังเป็นกรณีพิเศษแตกต่างจากผู้ป่วยรายอื่น ๆ 3.2 การเริ่มต้นการสนทนากับผู้ป่วย ควรมีการระบุชื่อผู้ป่วยก่อนเสมอ สร้างความคุ้นเคยให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับเรื่องต่าง ๆ ตามความเหมาะสม 3.3 สื่อสารกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน ไม่เร็วเกินไป 3.4 ทบทวนการรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลบ่อย ๆ เมื่อไปตรวจเยี่ยม 3.5 ลดสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง เช่น รูปภาพ โทรทัศน์ 4. ติดตามอาการและให้การช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลแบ่งตามระยะของการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>การพยาบาลวางแผนจำหน่าย</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 7</p> <p>เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำจากพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (กรณีศึกษาตอนที่ 1 และ 2)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ป่วยอายุมาก มีโรคร่วม คือ เบาหวาน โรคหัวใจ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย</p> <p>ญาติสอบถามการดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 : ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ จะกลับเป็นได้อีกหรือไม่ ยังไม่ค่อยมั่นใจในการดูแลตนเอง มีสีหน้ากังวล</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับบ้าน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แผลไม่บวม ไม่ปวด ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้องในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p>ผลการประเมิน</p> <p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน และสามารถบอกอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ได้</p>	<p>1. ประเมินความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยและญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้าน โดยการสอบถามข้อสงสัยในเรื่องโรค การดูแลรักษา การป้องกันการฟื้นฟูสมรรถภาพที่สามารถทำได้</p> <p>2. ให้ข้อมูลการดูแลรักษา การป้องกัน โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ และประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติ</p> <p>3. ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติ โดยใช้หลัก D-METHOD มีกิจกรรมการพยาบาลดังนี้</p> <p>3.1 D (Disease) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งโรคร่วมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ การปฏิบัติตัวโดยการคุยกับครอบครัว (Family meeting) เพื่อการรับรู้ร่วมกัน</p> <p>3.2 M (Medication) ให้คำแนะนำการรับประทานยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้านรวมทั้งยาโรคประจำตัว โดยเฉพาะยา Metoprolol 100 mg ¼ tab oral OD ตามขนาดที่แพทย์สั่งตรงเวลาทุกวัน ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้ แนะนำการตรวจติดตามชีพจรอย่างต่อเนื่อง และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์</p> <p>3.3 E (Environment/Economic) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน เช่น การแนะนำให้ไป รพ.สต. ใกล้บ้าน</p> <p>3.4 T (Treatment) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการของตนเองดูแลแผล ห้ามให้แผลถูกน้ำจนกว่าจะครบเปิดแผล 10 วัน ตัดไหมตามคำสั่งแพทย์</p> <p>3.5 H (Health) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตน เช่น ข้อจำกัด ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งคำแนะนำที่สำคัญ คือการให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ ที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจเร็วและเหนื่อย และมีจุดเลือดออกตามร่างกาย</p>

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลแบ่งตามระยะของการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>3.6 O(Outpatient referral) ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจความสำคัญของการมาตรวจตามนัด</p> <p>3.7 D(Diet) แนะนำเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค เนื่องจากผู้ป่วยจะมีภาวะท้องอืดง่าย ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ หมูสามชั้น เป็นต้น และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูง เช่น ขนมหวาน กะทิ น้ำอัดลม เป็นต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน</p> <p>4. สังเกตอาการผิดปกติของแผลผ่าตัด เพื่อเฝ้าระวังแผลติดเชื้อ หากพบความผิดปกติให้มาพบแพทย์</p>

สรุปกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีอีกเสบ พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความเหมือนกันคือ เป็นผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัวร่วม ต้องได้รับการดูแลอย่างละเอียดในทุกช่วงของการรักษา ทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น พบว่าในกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องรับการผ่าตัด พยาบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญ ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลิ้วหลังผ่าตัด(Postoperative atrial fibrillation : POAF) ภาวะสับสนเฉียบพลัน(Delirium) และภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและมักพบในผู้สูงอายุ (สิรินทร์ อภิญาสวัสดิ์, 2564) สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่พบในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือ (1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลิ้วมากกว่าคนวัยทั่วไปหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น และภาวะทางกายที่อ่อนแอลง ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตและการพักรักษาตัว ในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น และ (2) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) พบในกรณีศึกษารายที่ 1 ซึ่งต้องทำการรักษาโดยการใส่สายระบายทรวงอกเพื่อป้องกันการสะสมของลมในช่องปอด การดูแลภาวะนี้จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และภาวะสับสนเฉียบพลัน(Delirium) พบในกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลอย่างรวดเร็วอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของปอดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานคุณภาพการพยาบาล เน้นการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะนอนโรงพยาบาล ภายหลังจากพ้นภาวะวิกฤต เข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ การวางแผนจำหน่ายเมื่อกลับบ้าน การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปัญหาทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมด 7 ข้อ ได้รับการแก้ไข โดยการใช้กระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตาม D-METHOD การประเมินอย่างต่อเนื่อง และการวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุได้ การดูแลอย่างรอบคอบและเคร่งครัด ตามมาตรฐาน จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการผ่าตัด

วิจารณ์

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุก่อนและหลังการผ่าตัดเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ รวมถึงการมีโรคประจำตัวที่ซับซ้อน การประเมินและวางแผนการพยาบาลจึงต้องครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (สุณี เวชประสิทธิ์, ปุณรดา พวงสมัย, ทศนีย์ ทองประทีป, 2562) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วหลังผ่าตัด (Postoperative atrial fibrillation : POAF) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ซึ่งอาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ภาวะนี้สามารถนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอาการ การประเมินความเสี่ยง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย ความเครียดและความวิตกกังวล ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดีขึ้นหลังผ่าตัด นอกจากนี้การวางแผนการดูแลผู้ป่วยต้องทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ทั้งในด้านการรักษา การฟื้นฟูหลังการผ่าตัด และการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยต้องให้คำแนะนำที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ดังนั้นพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมดูแล มีบทบาทสำคัญ จึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ มีทักษะการประเมิน สามารถวิเคราะห์ความรุนแรง ความเสี่ยงเฉพาะโรค และวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการทรุดลงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย การวางแผนกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรครอบคลุมทุกมิติ รวมถึงการประสานงาน กับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพหลังการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ความกลัวต่อการผ่าตัด มีความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่าย

2. พยาบาลควรคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติ การเจ็บป่วย การรักษาในอดีต และปัจจุบัน เพื่อกำหนดกระบวนการพยาบาล ในการประเมิน การวางแผน การดูแล การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัว ที่ครอบคลุมครบถ้วนในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอดจนจนถึงการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

3. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะ และประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อควบคุมให้อาการของโรคไม่รุนแรงเพิ่มขึ้น และพร้อมช่วยเหลือทันทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

4. มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย และแนวทางการดูแลฟื้นฟูสภาพแก่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และนัดมาติดตามประเมินผลเป็นระยะ

อ้างอิง

- เขมรดี มาสิงบุญ ,นิภาวรรณ สามารถกิจ และนลินี เขยกลิ่นพุด.(2560).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคภายหลังตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. “นิ่วในถุงน้ำดี”.
(รศ. นพ.ตรินทร โล่ห์ศิริวัฒน์). (ออนไลน์).(12 พ.ย.2563).
- ภิญญลักษณ์ เรวัตพัฒนกิตต์.การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีและมีโรคร่วม:กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม2563; 17(1).
- สิรินทร์ อภิญาสวัสดิ์,MD.ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นระรัว Patients with Atrial Fibrillation สืบค้นจาก:https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicine_book1/atrial%20fibrillation.pdf เมื่อ 30 สิงหาคม 2566.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข และชนันท์ ครุฑกุล. (2555). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation (AF) ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2562): รายงานประจำปี สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- สุณี เวชประสิทธิ์ ,ปุณรดา พวงสมัย และทัศนีย์ ทองประทีป.(2562).การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช กรุงเทพฯ วารสารเกื้อการุณย์ ปีที่ 26 ฉบับที่ 1
- ALTurki A., Marafi,M.,Proietti,R.,Cardinale,D.,Blackwell,R.,Dorian,P.,...& Huynh, T.(2020).Major adverse cardiovascular events associated with postoperative atrial fibrillation after noncardiac surgery: A systematic review and meta-analysis. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*,13(1), e007437. doi:10.1161/CIRCEP.119.007437
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill.
- Prince-Wright, L. H., Akinyemi, O., Nnorom, S. O., Bauer, E. S., Cornwell lii, E. E., & Fullum, T. M. (2022). Postoperative atrial fibrillation following non-cardiac surgery: predictors and risk of mortality. *The American Journal of Surgery*, 224(4), Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2022.07.010>