



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ
ที่ ขก.0032.305.9 / ๒๒๔ วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566

เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่ผลงานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่มารับการผ่าตัด
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวิดีโอทัศน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

ด้วยข้าพเจ้านางสาวศิริพร ทูลพุทธา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล
วิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ ได้จัดทำผลงาน “การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ
ทั่วร่างกาย ที่มารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวิดีโอทัศน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย”
ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ ข้าพเจ้านางสาวศิริพร ทูลพุทธา จึงใคร่ขออนุมัติเผยแพร่ผลงานวิชาการลงในเว็บไซต์
โรงพยาบาลชุมแพ เพื่อให้ผู้สนใจได้เรียนรู้และศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ ให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

(นางสาวศิริพร ทูลพุทธา)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(นางสาวชยานิต ศรีรักษา)
หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(นายสมเกียรติ ชูบัณฑิตกุล)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ
๑๖ พ.ย. ๒๕๖๖

เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ

เรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่มารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่
และทวารหนักผ่านกล้องวิดีโอทัศน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
ANESTHESIA NURSING CARE FOR PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC ASSISTED COLORECTAL
CANCER SURGERY : 2 COMPARATIVE CASE STUDIES

โดย

นางสาวศิริพร ทูลพุทธา

กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่มารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ผ่านกล้องวิดิทัศน์ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
ANESTHESIA NURSING CARE FOR PATIENTS UNDERGOING LAPROSCOPIC ASSISTED COLORECTAL
CANCER SURGERY : 2 COMPARATIVE CASE STUDIES

ศิริพร ทูลพุทธา, พว*
Siriporn Toolputtha, RN*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา

การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ในปัจจุบัน ศัลยแพทย์นิยมใช้การผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ เนื่องจากเป็นการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (minimally invasive surgery) ช่วยทำให้การกลับมาทำงานของลำไส้เร็วขึ้น ลดความเจ็บปวดของแผลหลังผ่าตัด ลดความต้องการใช้ยาระงับปวด ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยการผ่าตัดจะใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เพราะมีการตั้งรับของอวัยวะต่างๆ ภายในช่องท้อง และเป็นหัตถการที่ยุงยาก ซับซ้อน ใช้เวลาผ่าตัดนาน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวิดิทัศน์: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

วิธีดำเนินงาน: ศึกษาผู้ป่วย 2 รายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลชุมแพ โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และวางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยอายุ 75 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มาด้วยอาการถ่ายอุจจาระปนเลือด สลับกับถ่ายเหลว แพทย์วินิจฉัย fit test positive ทำ colonoscopy พบ CA recto-sigmoid colon กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยอายุ 65 ปี มีโรคอ้วนและมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง มาด้วยอาการถ่ายอุจจาระปนเลือด สลับกับถ่ายเหลว แพทย์วินิจฉัย fit test positive ทำ colonoscopy พบ CA sigmoid colon ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้และทวารหนักผ่านกล้องวิดิทัศน์ ประเมินปัญหาและความต้องการของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน 6 ข้อคือ 1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจและภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งจากการผ่าตัด 5. เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และ 6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ต่างกันมี 3 ข้อคือ 1. มีภาวะหนาวสั่น (shivering) พบในผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และ 3. เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้าปอด ซึ่งพบในกรณีศึกษาที่ 2 ได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะให้ยาระงับความรู้สึกและระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก อธิบายแนวทางการรักษาและการให้ยาระงับความรู้สึกให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้การรักษาและการพยาบาล

สรุป: กรณีศึกษานี้ทำให้เห็นกระบวนการพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งลำไส้และทวารหนักผ่านกล้องวิดิทัศน์ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการผ่าตัด รวมถึงการให้ความรู้และความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมได้ตามอัตรภาพ

คำสำคัญ: การผ่าตัดด้วยกล้อง, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, กระบวนการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

*Registered Nurse, Professional level, Chumphae Hospital, KhonKaen Province.

Abstract

Background: In contemporary medicine, surgeons commonly employ laparoscopic techniques for the treatment of large bowel cancer. This minimally invasive surgery approach minimizes postoperative discomfort, speeds up intestinal recovery, reduces the need for pain medication, shortens hospital stays, and is known to be less invasive than traditional surgery. General anesthesia is administered during the procedure due to the manipulation of internal organs within the abdominal cavity, making it a complex and time-consuming surgery.

Objective: The objective of this study is to compare and analyze the nursing care provided to patients who have undergone laparoscopic surgery for large bowel and rectal cancer. We present two case studies for this comparison.

Methods: We conducted a study involving two male patients who were treated at the Male Surgical Department of Chulalongkorn Hospital. Patient data was collected from medical records, interviews with the patients and their relatives, and analyzed based on Gordon's 11 Functional Health Patterns framework. Nursing care plans were developed and implemented using evidence-based practices.

Results: Case Study 1: A 75-year-old Thai male with no comorbidities presented with symptoms of rectosigmoid colon cancer after testing positive in a fit test. Colonoscopy confirmed the diagnosis of recto-sigmoid colon cancer. Case Study 2: A 65-year-old Thai male with obesity and a history of hypertension presented with symptoms and a positive fit test for sigmoid colon cancer. Colonoscopy confirmed the diagnosis. Both patients underwent laparoscopic surgery for large bowel and rectal cancer. The nursing care assessments for both cases showed similarities in six areas: Patient anxiety regarding anesthesia and surgery. Patients' lack of understanding and knowledge regarding post-operative self-care. Risks of postoperative complications related to patient positioning. Risks of cardiovascular and respiratory complications. Risks of inadequate oxygenation. Discomfort due to abdominal incision pain. However, three nursing assessments were different between the two cases: Shivering was observed in Case Study 1. Case Study 2 had higher risks of postoperative complications due to hypertension. Case Study 2 had a higher risk of inadequate oxygenation and aspiration. Nursing care was tailored to address these unique needs in both cases, spanning the pre-operative, intra-operative, and post-operative phases. Patients and their relatives were educated about the treatment and anesthesia, and they successfully avoided postoperative complications.

Conclusion: This study highlights the nursing process involved in providing anesthesia care for patients undergoing laparoscopic surgery for large bowel and rectal cancer, from the preoperative to postoperative phases, ensuring their safe return to normal life in their families and communities.

Keywords: Laparoscopic surgery, large bowel and rectal cancer, nursing care process.

บทนำ

ปัจจุบันมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทยพบมากเป็นอันดับ 3 ในเพศชายและอันดับ 2 ในเพศหญิง จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักปี 2564 – 2566 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยวันละ 44 ราย หรือปีละ 15,939 ราย และพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคร้ายนี้เฉลี่ยวันละ 15 ราย หรือปีละ 5,476 ราย พบอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ปี¹ การรักษาโดยการผ่าตัดมีหลากหลายวิธี แต่วิธีที่นิยมมากที่สุดวิธีหนึ่งคือการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ (laparoscopic assisted colorectal cancer surgery) ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ศัลยแพทย์นิยมมากขึ้น รวมทั้งมีการพัฒนาเทคนิคและวิธีการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาที่ดีที่สุด จากการศึกษาพบว่า การผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้องเป็นการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (minimal invasive surgery) อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขไทย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดความแออัด ลดค่าใช้จ่ายจากการรับไว้ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้ยังมีข้อดีหลายข้อ เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดด้วยวิธีเปิดช่องท้องกับการผ่าตัดแบบทั่วไปคือช่วยให้การกลับมาทำงานของลำไส้เร็วขึ้น ลดความเจ็บปวดของแผลหลังผ่าตัด ลดความต้องการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมารับประทานอาหารได้เร็วขึ้น ลดระยะเวลาของผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น แผลผ่าตัดสวยงาม²

โรงพยาบาลชุมแพ ได้เริ่มผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวิดิทัศน์ ในปีพ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้มารับบริการ ตั้งแต่ปี 2564 – 2566 มีดังนี้ 2, 5 และ 14 รายตามลำดับ³ ซึ่งพบว่าการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวิดิทัศน์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น การพัฒนาการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวิดิทัศน์ ซึ่งถือว่าเป็นการผ่าตัดเทคนิคพิเศษ วิสัญญีพยาบาลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย รวมทั้งต้องเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญในการให้ยาระงับความรู้สึกที่มีทักษะทางคลินิกเฉพาะ ในเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีการอัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง การปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยขณะผ่าตัดในท่าชันขาหยั่งและศีรษะต่ำมาก เพราะการจัดท่าผ่าตัดแบบนี้ส่งผลต่อระบบไหลเวียนเลือด มีผลเพิ่ม cardiac output เมื่อมีการยกขาทั้งสองข้างสูงขึ้น เป็นผลให้ปริมาณเลือดดำที่ไหลเข้าสู่หัวใจมากขึ้น ผลต่อระบบหายใจ ทำให้ tidal volume และ compliance ของปอดลดลง จากท่าที่ทำให้อวัยวะในช่องท้องดันกระบังลมขึ้นไปทางศีรษะ และผลต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ การจัดท่าชันขาหยั่งทำให้ความโค้งของกระดูกสันหลังส่วนเอว (lumbar lordosis) หายไป กระดูกสันหลังอยู่ในแนวราบ กล้ามเนื้อหลังตึงตัว ทำให้เกิดอาการปวดหลังได้⁴

ดังนั้น วิสัญญีพยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วทั้งตัวที่มารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวิดิทัศน์ ให้ครอบคลุมทุกระยะของการระงับความรู้สึก รวมทั้งต้องมีความรู้เรื่องพยาธิสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด โรคประจำตัวของผู้ป่วย และต้องทราบภาวะแทรกซ้อนที่มีความเฉพาะสำหรับการผ่าตัดชนิดนี้ แล้วต้องมีความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของสถานการณ์ การตัดสินใจร่วมกับศัลยแพทย์ในการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวิดิทัศน์ กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วย 5 อันดับโรคแรกของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้องวิดิทัศน์
3. ขออนุมัติผู้บังคับบัญชา และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย
4. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กายวิภาค และสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัย และการผ่าตัดผ่านกล้อง การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคอ้วน ทฤษฎีทางการพยาบาล และกระบวนการพยาบาล

5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ดังนี้

- 5.1 ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย โดยใช้แนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ แห่งประเทศไทย

- 5.1.1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

- 5.1.2 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพผู้ป่วย (11 แบบแผนของกอร์ดอน)

- 5.1.3 การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

- 5.1.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ พร้อมทั้งแปลผลการตรวจ

- 5.1.5 แผนการรักษาของแพทย์

- 5.1.6 ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษา

- 5.1.7 สรุปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ

- 5.2 วินิจฉัยการพยาบาล

- 5.3 แผนการพยาบาล

- 5.4 ปฏิบัติการพยาบาล

- 5.5 ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

6. สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค ประเด็นที่จะนำมาใช้ประโยชน์และข้อเสนอแนะ

7. นำเสนอผลการศึกษาต่อคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลชุมแพ

8. เขียนรายงานการศึกษาและจัดทำรูปเล่ม

9. เผยแพร่ผลงาน

สถานที่ศึกษาดำเนินการศึกษา : โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ผู้ให้ข้อมูล : ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ จำนวน 2 ราย และญาติผู้ป่วย จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา : ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและแบบสังเกตอย่างไม่เป็นทางการ

ผลการศึกษา : ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลและการให้บริการทางวิสัญญีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวิดิทัศน์ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	75	65
สถานภาพสมรส	สมรส	สมรส
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ/สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ปริญญาตรี
อาชีพ/รายได้	ทำนา	ข้าราชการบำนาญ รายได้ 25,000 บาท/เดือน
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	สวัสดิการข้าราชการ
รวมวันนอนรักษาในโรงพยาบาล	14 วัน	20 วัน

จากตารางที่ 1 พบว่า

- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นเพศชาย ผู้สูงอายุ สถานภาพสมรส และเป็นคนไทย
- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีข้อมูลทั่วไปที่แตกต่างกัน คือ
 1. การศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษา โดยกรณีศึกษารายที่ 1 จบประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพทำนา ใช้สิทธิบัตรทอง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 จบปริญญาตรี เป็นข้าราชการเกษียณ ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ
 2. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล โดยกรณีศึกษารายที่ 2 นอนโรงพยาบาลนานกว่ากรณีศึกษารายที่ 1

2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพกรณีศึกษา

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2

ประวัติสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
- อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ถ่ายอุจจาระปนเลือด สลับกับถ่ายอุจจาระเหลว เป็นมา 1 เดือน	ถ่ายอุจจาระปนเลือด เป็นมา 1 เดือน
- ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	3 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลถ่ายอุจจาระปนเลือด สลับกับถ่ายอุจจาระเหลว วันละ 2 ครั้ง 1 เดือนก่อนมาถ่ายอุจจาระปนเลือดมากขึ้นและตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผล fit test positive วันนีจึงมาโรงพยาบาล	1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลถ่ายอุจจาระปนเลือด ตรวจรักษาที่คลินิก ผล stool occult blood positive วันนีจึงมาโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

ประวัติสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มี	ความดันโลหิตสูง เป็นมา 15 ปีรับยาประจำที่คลินิก ได้รับยา losartan 50 mg 1 tab Oral เช้า และ manidipine 20 mg 1 tab Oral เช้า
-ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มี	มารดาเป็นความดันโลหิตสูง
- ประวัติการแพ้อาหาร และสารเคมี	ไม่มี	ไม่มี
- ประวัติการผ่าตัด	ไม่มี	ไม่มี
- ประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึก	ไม่มี	ไม่มี
- การวินิจฉัยโรคหลัก	CA recto-sigmoid colon	CA sigmoid colon

จากตารางที่ 2 พบว่า

- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน คืออาการสำคัญ และอาการเจ็บป่วยปัจจุบันที่ทำให้ต้องมารับการรักษา
- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพส่วนที่แตกต่าง คือ
 1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีโรคประจำตัว กรณีศึกษารายที่ 2 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และรับยาโรคประจำตัวประจำไม่ขาดยา สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี
 2. ประวัติการดื่มสุราและสูบบุหรี่พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่สูบบุหรี่ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 สูบบุหรี่ทุกวัน วันละ 5-6 มวน เพิ่งหยุดมาประมาณ 1 เดือน

ตารางที่ 3 ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's functional health patterns) เปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	เมื่อพยาบาลถามว่าเป็นโรคอะไรถึงต้องผ่าตัด ผู้ป่วยพูดว่า “หมอบอกเป็นเนื้อร้าย ต้องดมยาสลบ ต้องผ่าตัด” แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่ามีอาการเจ็บป่วยคือน้ำหนักลด เหนื่อย อ่อนเพลีย ผลการคัดกรองพบ Fit test positive จึงมาพบแพทย์และตรวจวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะได้รับการผ่าตัดแบบส่องกล้องและระงับความรู้สึกผ่าตัดแบบดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย	เมื่อพยาบาลถามว่ารู้ไหมว่าเป็นโรคอะไรถึงต้องผ่าตัด ผู้ป่วยพูดว่า “เป็นมะเร็งต้องดมยาสลบและต้องผ่าตัด” แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง เนื่องจากผล stool occult blood positive จึงมาพบแพทย์ และได้ตรวจส่องกล้อง Colonoscope พบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะได้รับการผ่าตัดแบบส่องกล้องและระงับความรู้สึกผ่าตัดแบบดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย

จากการเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ยอมรับการรักษาและยินยอมให้ทำการระงับความรู้สึกผ่าตัดแบบดมยาสลบแบบทั่วทั้งตัว

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ก่อนเจ็บป่วยรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ไม่ตรงเวลา อาหารที่ชอบ คือ อาหารทอด อาหารรสจัด เคยมีประวัติปวดท้อง เป็นพักๆ ท้องอืด ไปรักษาที่อนามัยใกล้บ้านรับประทานยาแล้วอาการดีขึ้น ขณะเจ็บป่วยรับรู้ว่าต้องงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด 8 ชั่วโมง รูปร่างผอม น้ำหนัก 42 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI)= 18.66 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัมใน 6 เดือน	ก่อนเจ็บป่วยรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ตรงเวลา อาหารที่ชอบรับประทานคืออาหารประเภทผัด และทอด เคยมีประวัติปวดท้อง ท้องอืด หลังรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไปรักษาที่คลินิก รับประทานยาแล้วอาการดีขึ้น ขณะเจ็บป่วยรับรู้ว่าต้องงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด 8 ชั่วโมง รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 85 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI)= 33.20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักตัวไม่เปลี่ยนแปลง

จากการเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีส่วนที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ไม่ค่อยตรงเวลา อาหารที่ชอบรับประทานคืออาหารทอด อาหารรสจัด รูปร่างผอม BMI = 18.66 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ก่อนผ่าตัด) น้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัมใน 6 เดือน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ตรงเวลา อาหารที่ชอบรับประทานคือ อาหารประเภทผัด และทอด รูปร่างอ้วน BMI = 33.20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักตัวไม่เปลี่ยนแปลง

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง ถ่ายอุจจาระแข็งสลับอุจจาระเหลว มีมูกเลือดปน ตรวจร่างกายพบว่า หน้าท้องอ่อนนุ่ม ไม่แข็ง บริเวณรอบทวารหนักกดนุ่มไม่แข็ง ผล Lab: fit test positive	ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ถ่ายอุจจาระแข็ง ท้องผูก อุจจาระมีเลือดปนบางครั้ง ตรวจร่างกายพบว่า หน้าท้องอ่อนนุ่ม ไม่แข็ง บริเวณรอบทวารหนักกดนุ่มไม่แข็งและผล Lab: stool occult blood positive
----------------------------------	--	---

จากการเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพที่ 3 การขับถ่าย พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีส่วนที่เหมือนกันคือผล ผล Lab : Fit test positive ในกรณีศึกษารายที่ 1 และ stool occult blood positive ในกรณีศึกษารายที่ 2 มีส่วนที่แตกต่างกันคือ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ถ่ายอุจจาระวันละ 2 ครั้ง ถ่ายอุจจาระแข็งสลับอุจจาระเหลว มีมูกเลือดปน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ถ่ายอุจจาระแข็ง ท้องผูก อุจจาระมีเลือดปนบางครั้ง

แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ประกอบอาชีพทำนา ตั้งแต่เช้าถึงเย็นทุกวัน	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ออกกำลังกาย 2-3 วันต่อสัปดาห์ โดยการเดินสายพาน ครั้งละประมาณ 30 นาที เป็นข้าราชการบำนาญ
--	--	--

จากการเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีส่วนที่ต่างกันคือ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เอง ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ประกอบอาชีพทำนา ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ออกกำลังกาย 2-3 วันต่อสัปดาห์ โดยการเดินสายพาน ครั้งละประมาณ 30 นาที เป็นข้าราชการบำนาญ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยนอนหลับตอนกลางคืนวันละ 6-7 ชั่วโมง โดยเข้านอนเข้านอนประมาณ 21.00 น. ตื่นนอนเวลา 03.00 น. – 04.00 น. ของทุกวัน ไม่ใช้ยานอนหลับ ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยพูดว่า “นอนที่โรงพยาบาล ไม่ค่อยหลับเลย กังวลเรื่องผ่าตัดแล้วอาการจะแย่ลง” ทำทางอ่อนเพลีย	ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยนอนหลับตอนกลางคืนวันละ 7-8 ชั่วโมง โดยเข้านอนตอนประมาณ 21.00 น. ตื่นนอนเวลา 04.00 น. – 05.00 น. ของทุกวัน ไม่ใช้ยานอนหลับ ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยพูดว่า “นอนไม่ค่อยหลับเลย ไม่เหมือนนอนที่บ้าน แผลกที่นอน” ทำทางอ่อนเพลีย
จากการเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีส่วนที่เหมือนกันคือขณะเจ็บป่วย นอนไม่ค่อยหลับ ทำทางอ่อนเพลีย แต่สาเหตุต่างกันเนื่องจากกรณีศึกษารายที่ 1 นอนไม่หลับเนื่องจากกังวลเรื่องผ่าตัดแล้วอาการจะแย่ลง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 นอนไม่ค่อยหลับเนื่องจากแผลกที่นอน		
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	รับรู้การเตรียมตัวก่อนระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เข้าใจแผนการรักษา และการเตรียมตัวก่อนระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด	รับรู้การเตรียมตัวก่อนระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด เรียนจบปริญญาตรี เข้าใจแผนการรักษา และการเตรียมตัวก่อนระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด
จากการเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เรียนจบปริญญาตรี แต่ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เข้าใจแผนการรักษา และการเตรียมตัวก่อนระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด		
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ยอมรับสภาพของตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ เข้าใจแผนการรักษา การผ่าตัดและการระงับความรู้สึก แต่ยังวิตกกังวล จากผู้ป่วยกล่าวว่า “กังวลเรื่องผ่าตัดแล้วอาการจะแย่ลง” สิ้นหวังวิตกกังวล สิ้นหวังวิตกกังวล แต่สามารถระบายให้ภรรยาและบุตรฟังได้	ผู้ป่วยบอกว่าวิตกกังวลเรื่องการผ่าตัด ยอมรับสภาพของตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ เข้าใจแผนการรักษา การผ่าตัดและการระงับความรู้สึก แต่ยังวิตกกังวล จากผู้ป่วยกล่าวว่า “กังวลเรื่องผ่าตัดแล้วจะหายไหม จะปวดมากไหม” สิ้นหวังวิตกกังวล แต่สามารถระบายให้ภรรยาและบุตรฟังได้
จากการเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีส่วนที่เหมือนกันคือยอมรับสภาพของตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ เข้าใจแผนการรักษา และการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด มีส่วนที่ต่างกันคือผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 วิตกกังวลเรื่องผ่าตัดแล้วอาการจะแย่ลง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 วิตกกังวลเรื่องผ่าตัดแล้วจะหายจากอาการเจ็บป่วยหรือไม่ จะมีอาการปวดมากไหม		
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว มีภรรยาเป็นคอยห่วงใย คอยดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วย	ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว มีภรรยาและบุตรคอยห่วงใย คอยดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วย

จากการเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีส่วนที่เหมือนกันคือ เป็นหัวหน้าครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	มีสัมพันธภาพที่ดีกับคู่สมรส ไม่เคยมีประวัติติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์ เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศหลังผ่าตัดสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ แต่จะสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้หลังผ่าตัด 6 เดือน เนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่	มีสัมพันธภาพที่ดีกับคู่สมรส ไม่เคยมีประวัติติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์ เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศหลังผ่าตัดสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ แต่จะสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้หลังผ่าตัด 6 เดือน เนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่

จากการเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีส่วนที่เหมือนกันคือ มีสัมพันธภาพที่ดีกับคู่สมรส ไม่เคยมีประวัติติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์ เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศหลังผ่าตัด ว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้หลังผ่าตัด 6 เดือนเนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	ผู้ป่วยบอกว่าวิตกกังวลเรื่องผ่าตัดแล้วจะไม่ฟื้น อาการแย่งลง จากผู้ป่วยกล่าวว่า “ผ่าตัดแล้วจะหายไหมหมอ” “กลัวผ่าตัดแล้วอาการจะแย่งลง” แต่ก็สามารถระบายความเครียดที่มีกับภรรยาได้ ทุกเรื่อง สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ดี มีสีหน้าวิตกกังวล	ผู้ป่วยบอกว่าวิตกกังวลเรื่องผ่าตัดแล้วจะไม่ฟื้น อาการแย่งลง จากผู้ป่วยกล่าวว่า “ผ่าตัดแล้วจะเป็นยังไง จะหายไหม จะปวดมากหรือเปล่า” แต่ก็สามารถระบายความเครียดที่มีกับภรรยาได้ทุกเรื่อง สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ดี มีสีหน้าวิตกกังวล
---	---	---

จากการเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีส่วนที่เหมือนกันคือ มีความวิตกกังวลเรื่องการผ่าตัด แต่สามารถระบายความเครียดกับญาติได้ และสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ดี

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	Subjective data	Subjective data
	ผู้ป่วยและครอบครัว นับถือศาสนาพุทธมีความเชื่อทางศาสนา ไปวัดทำบุญในวันสำคัญ นอกจากนี้สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยคือคนในครอบครัวที่คอยเป็นห่วง มีภรรยาและหลานคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง สังเกตมีสิ่งที่นับถือบูชา มีพวงมาลัยที่หัวเตียง มีความเชื่อว่าเมื่อผ่าตัดแล้วจะหายเป็นปกติ	ผู้ป่วยและครอบครัว นับถือศาสนาพุทธ เมื่อมีโอกาสก็จะไปทำบุญที่วัดเป็นครั้งคราว นอกจากนี้สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยคือคนในครอบครัวที่คอยเป็นห่วง มีภรรยาบุตรและหลาน คอยดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง สังเกตมีสิ่งที่นับถือบูชา ห้อยพระ และมีพวงมาลัยที่หัวเตียง มีความเชื่อว่าเมื่อผ่าตัดแล้วจะหายเป็นปกติ

จากการเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพที่ 11 ความเชื่อ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีส่วนที่เหมือนกันคือ นับถือศาสนาพุทธมีความเชื่อทางศาสนา มีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยคือคนในครอบครัว สังเกตมีสิ่งที่นับถือบูชา มีพวงมาลัยที่หัวเตียง มีความเชื่อว่าเมื่อผ่าตัดแล้วจะหายเป็นปกติ

สรุปจากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีแบบแผนสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน คือ

- แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ที่ไม่ปกติจึงไปพบแพทย์ เมื่อแพทย์จำเป็นต้องทำการรักษาหรือผ่าตัด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ยอมรับการรักษาและยินยอมให้ทำการรักษา

- แบบแผนการขับถ่าย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีจำนวน ลักษณะ สีของอุจจาระที่เหมือนกัน และผลการตรวจร่างกายที่คล้ายคลึงกันคือ ผล Lab : Fit test positive ในกรณีศึกษารายที่ 1 และ stool occult blood positive ในกรณีศึกษารายที่ 2

- แบบแผนกิจวัตรประจำวัน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ ต่างกันเรื่องของอาชีพ
- แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีลักษณะการเข้านอนและจำนวนชั่วโมงการพักผ่อนที่เหมือนกัน และเมื่อต้องเข้าพักรักษาที่โรงพยาบาลนอนไม่หลับ จากความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและแปลกสถานที่
- แบบแผนการรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายยอมรับสภาพของการเจ็บป่วยและการผ่าตัดและการให้ยา ระวังความรู้สึกในครั้งนี้อยู่ มีความวิตกกังวลการหายจากโรคที่เป็นอยู่
- แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ เป็นผู้นำครอบครัว และลักษณะครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวที่รักใคร่กัน และพร้อมที่จะดูแลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย
- แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และรับทราบว่าหลังผ่าตัดสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ แต่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้หลังผ่าตัด 6 เดือน เนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่
- แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการไม่ฟื้นจากยาระงับความรู้สึกและการปวดผ่าตัด
- แบบแผนเรื่องความเชื่อ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความเชื่อเรื่องศาสนาพุทธ และการนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีแบบแผนสุขภาพที่แตกต่างกัน คือ
- แบบแผนโภชนาการ กรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และมีรูปร่างผอม ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 รับประทานอาหารตรงเวลา 3 มื้อ รูปร่างอ้วน
- แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ กรณีศึกษารายที่ 1 จบประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 กรณีศึกษารายที่ 2 จบระดับปริญญาตรี ซึ่งส่งผลต่อการเข้าใจและการรับรู้ พยาบาลจำเป็นต้องมีการประยุกต์และการปรับใช้ให้เหมาะสมการใช้ภาษาง่าย ๆ ที่เข้าใจง่ายในการแนะนำและการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1

ตารางที่ 4 การประเมินสภาพตามแนวทางราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์และการวางแผนให้ยาระงับความรู้สึก เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลประเมินสภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
- ASA status Class	2	3
- ฟัน (Denture)	(สูงอายุ และมีภาวะซีดเล็กน้อย) ไม่มีฟัน ไม่ได้ใส่ฟันปลอม	(สูงอายุ อ้วน เป็นความดันโลหิตสูง) ไม่มีฟันโยก มีฟันครบทุกซี่
- คาง (Mandible)	ปกติ ไม่ยื่น	คางสั้น
- Neck extension & flexion	สามารถก้มคอและหันหน้าได้ปกติ	สามารถก้มคอและหันหน้าได้ปกติ
- Airway	mallampati class 2 (คาดว่าจะใส่ท่อช่วยหายใจง่าย)	mallampati class 3 (คาดว่าจะใส่ท่อช่วยหายใจยาก)
- Problem List	aging, major – operation, Anemia	aging, major -operation, obesity , hypertention
- Anesthesia Plan	General anesthesia with ETT with balance technique	General anesthesia with ETT with balance technique
- pre-operation anesthesia management	Drug : fentanyl , propofol , Succinyl choline, cisatracurium ยากลุ่ม vasopressors : norepinephrine , ephedrine , อุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ ยาก (Video Laryngoscope)	Drug : fentanyl , propofol , succinyl choline , cisatracurium ยากลุ่ม vasopressors : norepinephrine , ephedrine ยาลดความดัน: nicardipine , อุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจยาก (Video Laryngoscope)
- post -operation anesthesia management	Morphine	morphine

จากตารางที่ 4 พบว่า

- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีการประเมินสภาพที่คล้ายคลึงกันคือ ผู้ป่วยทั้งสองรายสูงอายุ และทำผ่าตัดใหญ่ (major -operation) เหมือนกันคือการผ่าตัดแบบผ่านกล้องวิดิทัศน์ และใช้ GA with ETT with balance technique เหมือนกัน

- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีการประเมินสภาพที่แตกต่างกันคือ

1. ลักษณะรูปร่างของร่างกาย กรณีศึกษาที่ 2 มีรูปร่างที่อ้วน ลำคอที่หนา ผันหน้าอกหนา ส่วนกรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีพันแก้มตอ ส่งผลให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจยากขณะการให้ยาระงับความรู้สึก

2. กรณีศึกษารายที่ที่ 2 มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ได้รับยา pre-med คือ manidipine 20 mg 1 tab oral และ losartan 50 mg 1 tab oral ส่วนกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีโรคประจำตัว

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลการประเมินก่อน ระหว่างและหลังให้ยาระงับความรู้สึก (ในท้องผ่าตัด) เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
- Pre diagnosis	CA recto-sigmoid colon	CA sigmoid colon
- Pre operation	laparoscopic Low anterior resection (Lap LAR)	laparoscopic sigmoidectomy
- Pre - medication	No	manidipine 20 mg 1 tab oral losartan 50 mg 1 tab oral
- สัญญาณชีพก่อนผ่าตัด	ความดันโลหิต 123/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 16-18 ครั้ง/นาที	ความดันโลหิต 145/92 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที
ระยะให้ยาระงับความรู้สึก	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
- Position	ชันขาหยั่ง และศีรษะต่ำ	ชันขาหยั่ง และศีรษะต่ำ
- ยาระงับความรู้สึกที่ได้	sevoflurane cisatracurium, morphine, fentanyl	desflurane cisatracurium, morphine, fentanyl, nicardipine
ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
- Post diagnosis	CA sigmoid Colon	CA sigmoid Colon
- Post operation	Laparoscopic Low anterior resection (Lap LAR)	Laparoscopic sigmoidectomy
- สัญญาณชีพก่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด	ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-18 ครั้ง/นาที	ความดันโลหิต 170/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที
- ความสมบูรณ์ของออกซิเจน	99%	97 %
- การหายใจ	หายใจได้เอง มากกว่า Tidal volume 6 cc/kg	หายใจได้เอง มากกว่า Tidal volume 6 cc/kg
- ระยะเวลาการผ่าตัด	2 ชั่วโมง 30 นาที	4 ชั่วโมง 40 นาที
- ปริมาณการเสียเลือด	50 ซีซี	150 ซีซี
- ระยะเวลาอยู่ห้องพักฟื้น	1 ชั่วโมง	1 ชั่วโมง

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลการประเมินก่อน ระหว่างและหลังให้ยาระงับความรู้สึก (ในห้องผ่าตัด) เปรียบเทียบกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
-ระดับคะแนนความปวดก่อนได้รับยาระงับปวด	8 คะแนน	8 คะแนน
-ระดับคะแนนความปวดหลังได้รับยาระงับปวด	4 คะแนน	5 คะแนน

จากตารางที่ 5 ข้อมูลการประเมินก่อน ระหว่างและหลังให้ยาระงับความรู้สึก (ในห้องผ่าตัด) พบว่า ส่วนที่เหมือนกัน คือ

1. ผู้ป่วยทั้งสองราย Diagnosis เหมือนกันคือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. Operation เหมือนกันคือผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวิดิทัศน์

ส่วนที่แตกต่างกัน คือ

1. สัญญาณชีพก่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัดและหลังย้ายออกจากห้องผ่าตัด พบผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนรายที่ 1 ปกติ
2. ระยะเวลาในการผ่าตัดของผู้ป่วย รายที่ 1 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที รายที่ 2 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง 40 นาที ซึ่งใช้เวลานานกว่ารายที่ 1 อยู่ 2 ชั่วโมง 10 นาที
3. ปริมาณการเสียเลือดของผู้ป่วยรายที่ 1 = 50 ซีซี และรายที่ 2 = 150 ซีซี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ในกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามระยะของการให้บริการทางวิสัญญี ระยะก่อนระงับความรู้สึก

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 - ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยถามว่า “ดมยาสลบแล้วจะฟื้นหรือไม่ ผ่าตัดแล้วจะหายหรือไม่” O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 - ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยถาม “ว่าดมยาสลบแล้วจะฟื้นหรือไม่ ผ่าตัดแล้วจะหายหรือไม่” O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติโดยการพูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร 2. ให้โอกาสผู้ป่วยและญาติพูดคุยระบายความรู้สึกกังวลและความกลัวและซักถามข้อสงสัยพร้อมอธิบายข้อสงสัย 3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกถึงวิธีการและขั้นตอนต่างๆ วิธีปฏิบัติตัวในการให้ยาระงับความรู้สึก 4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติให้มีความมั่นใจในทีมให้ยาระงับความรู้สึกว่าจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จากวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลในการดูแลตลอดระยะเวลาผ่าตัด 5. ให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการทำผ่าตัดตามความจำเป็น แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด สภาพของห้องผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติ <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและญาติของกรณีศึกษาทั้งสองราย มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ท่าทางวิตกกังวลน้อยลง สีหน้าท่าทางผ่อนคลายและมีความมั่นใจในการรักษาพยาบาล 2. สามารถอธิบายเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและเข้าใจวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกได้อย่างถูกต้อง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ระยะก่อนระงับความรู้สึก (ต่อ)		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2</p> <p>- ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวในการให้ยา</p> <p>ระงับความรู้สึกและการผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยบอก “ไม่เคยมียาสลบ”</p> <p>S: ผู้ป่วยถามว่า “ผ่าตัดแล้วกินข้าวได้ตอนไหน”</p> <p>S: ผู้ป่วยถามว่า “แผลใหญ่มี้ย”</p> <p>O: ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวลมองไปรอบๆ ห้อง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2</p> <p>- ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวในการให้ยา</p> <p>ระงับความรู้สึกและการผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยบอก “ไม่เคยมียาสลบ”</p> <p>S: ผู้ป่วยถามว่า “หลังผ่าตัดแล้วจะเป็นอย่างไร จะปวดแผลมากมี้ย”</p> <p>O: ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวลมองไปรอบๆ ห้อง</p>	<p>1. อธิบายให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำ สระผม การฝึกหายใจอย่างถูกวิธี วิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ และการงนน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน</p> <p>2. อธิบายให้ผู้ป่วยให้ทราบถึงขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก ดังนี้</p> <p>2.1 เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลประเมินผู้ป่วยซ้ำดังนี้โดยตรวจสอบ ชื่อ - นามสกุล อายุ เพศ การวินิจฉัยโรคการผ่าตัด การงนน้ำและอาหาร บันทึกการส่งผ่าตัด และบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย</p> <p>2.2 ขั้นตอนนำสลบ จัดทำนอนหงาย ติดอุปกรณ์เครื่องติดตามสัญญาณชีพ</p> <p>2.3 ชี้นำสลบฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อผู้ป่วยหลับจะมีการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อควบคุมการหายใจ</p> <p>2.4 จัดทำขึ้นขาหยั่ง</p> <p>2.5 ระหว่างผ่าตัดถ้ามี ฟังผิดติดมากและผ่าตัดลำบากอาจจำเป็นต้องเปิดแผลใหญ่ขึ้นและถ้าเสียเลือดอาจจำเป็นต้องให้เลือดทดแทน</p> <p>2.6 ระหว่างผู้ป่วยผ่าตัดอยู่จะมีวิสัญญีพยาบาลดูแลตลอดเวลา</p> <p>2.7 หลังผ่าตัดเสร็จวิสัญญีพยาบาลจะถอนฤทธิ์ยาสลบออก ผู้ป่วยจะเริ่มได้ยินเสียงเรียกชื่อ และให้ทำตามคำแนะนำ หากทำได้ตามเกณฑ์จะพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ ให้ผู้ป่วยหายใจเอง ถ้าหายใจดีแล้วและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะนำส่งไปห้องพักฟื้นและหอบผู้ป่วยตามลำดับ</p> <p>2.8 หลังผ่าตัดถ้ายังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้อาจต้องรอเวลาให้ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจไว้ ก่อนและจะถอดให้เมื่อผู้ป่วยตื่นดี หายใจดี</p> <p>3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพหลังผ่าตัด โดยจะมีสายน้ำเกลือ 2 เส้น มีสายอื่นๆ ติดตามวัดความดันโลหิตแบบตลอดเวลาที่ข้อมือซ้าย มีแผลเล็กๆ ประมาณ 4 แผลและแผลกว้างประมาณ 5 เซนติเมตร อีก 1 แผล มีสายใส่ทางจมูก NG tube with bag มีสายท่อปัสสาวะคาไว้ก่อน และถ้ามีอาการปวดแผลมากจะมียาบรรเทาอาการปวดฉีดให้ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือ สามารถบอกขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง</p> <p>2. ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการเตรียมตัวรับการให้ยาระงับความรู้สึกมีความพร้อมในการให้ยาระงับความรู้สึก</p>

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ระยะให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ไม่พบ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 - เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและ สำลักรน้ำย่อยเข้าปอด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: ผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนมีค่า BMI = 33.20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร O: จากการประเมินการตรวจ STOP-BANG = 4 (แบบประเมินภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (STOP-Bang Questionnaire) O: ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบระยะเวลาการงดน้ำ และอาหารครบ 8 ชั่วโมง ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก 2. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 % 10 ลิตร/นาที นาน 5 นาที ทางหน้ากากช่วยหายใจ 3. เตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะให้พร้อมใช้งาน ติดเครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดและเครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกตลอดเวลา ปรับการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม เพื่อรักษาความดันโลหิตให้อยู่ในช่วง 100-150/60-90 มิลลิเมตรปรอท ติดตามผ้าระวางการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจสอบเครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้มีการหัก พับ งอ รัด และระมัดระวังข้อต่อต่างๆ ไม่เกิดการหลุด ขณะให้การพยาบาล หรือปรับเปลี่ยนท่าขณะผ่าตัดฟังปอดเพื่อให้ได้ยินเสียงปกติ 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ ต่อเครื่องช่วยหายใจโดยตั้ง mode pressure control ให้ออกซิเจน 60% เนื่องจากขณะให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง 5. สังเกตเลือดที่ออกจากบาดแผล สีเล็บ ริมฝีปาก ไม่มีสีคล้ำ <p>การประเมินผล - การพยาบาลระยะนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจในกรณีศึกษารายที่ 2 ผ่านไปโดยราบรื่น ไม่มีการสำลักรน้ำหรืออาหารเข้าปอด ฟังปอดโล่งเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีภาวะเขียว หรือพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100% ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 30-34 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100-150/60-90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70-110 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม</p>
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการจัดท่าผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: ท่าผ่าตัดคือท่าชันขาหยั่ง (modified lithotomy with allen stirrups) ร่วมกับท่าศีรษะต่ำ (trendelenburg position)</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการจัดท่าผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: ท่าผ่าตัดคือท่าชันขาหยั่ง (modified lithotomy with allen stirrups) ร่วมกับท่าศีรษะต่ำ (trendelenburg position)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เตรียมอุปกรณ์การจัดท่าผ่าตัด ในท่าชันขาหยั่ง (modified lithotomy) โดยใช้ allen stirrups และการจัดท่าต้องพิจารณาความถูกต้อง ตามหลักกายวิภาค ใช้เครื่องบีบเค้นด้วยแรงลมเป็นระยะ (pneumatic pump) พันรอบขาทั้ง 2 ข้างก่อนยกขาชันขาหยั่งพร้อมกัน เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ วิทยาลัยพยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ระยะให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัด (ต่อ)		
กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O: ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้</p> <p>O: ทำในผ่าตัดการ จัดทำขึ้นขาหยั่ง ร่วมกับทำศีรษะต่ำ</p> <p>O: การทำผ่าตัดใช้เวลานานมากกว่า 2 ชั่วโมง 30 นาที</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O: ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้</p> <p>O: ทำในผ่าตัดการ จัดทำขึ้นขาหยั่ง ร่วมกับทำศีรษะต่ำ</p> <p>O: การทำผ่าตัดใช้เวลานานมากกว่า 4 ชั่วโมง 40 นาที</p> <p>O: ผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนมีค่า BMI = 33.20 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีผนังหน้าอกหนา</p>	<p>- ระบบไหลเวียนเลือด มีผลเพิ่ม cardiac output เมื่อมีการยกขาทั้งสองข้างสูงขึ้น เป็นผลให้ปริมาณเลือดดำที่ไหลเข้าสู่หัวใจมากขึ้น</p> <p>- ผลต่อระบบหายใจ ทำให้ tidal volume และ compliance ของปอดลดลง จากการจัดท่านี้ทำให้อวัยวะในช่องท้องดันกระบังลมขึ้นไปทางศีรษะ</p> <p>- ผลต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ การจัดทำขึ้นขาหยั่งทำให้ความโค้งของกระดูกสันหลังส่วนเอว (lumbar lordosis) หายไป กระดูกสันหลังอยู่ในแนวราบกล้ามเนื้อหลังจึงตัวทำให้เกิดอาการปวดหลังได้</p> <p>2. เก็บแขนขานบนตัวตามหลักกายวิภาค และใช้ผ้าห่อคลุมให้เรียบร้อย</p> <p>3. ใช้หมอนเจลกลมรองศีรษะและใช้ที่ประคองไหล่เพื่อป้องกันการเคลื่อนตัว</p> <p>4. จัดทำผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ระมัดระวัง ไม่ให้มีการเคลื่อนส่วนต่างๆ ของร่างกาย</p> <p>5. ดูแลระวังสายต่างๆ เช่น สายต่อจากหลอดเลือดแดงเพื่อวัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และสายสวนปัสสาวะไม่ให้ตึงรั้ง</p> <p>6. ดูแลระหว่างผ่าตัดในการปรับเตียง โดยศัลยแพทย์จะประสานงานกับวิสัญญีพยาบาลโดยตรงในการปรับเตียงในช่วงการผ่าตัด</p> <p>การประเมินผล</p> <p>1. ศัลยแพทย์ ทำผ่าตัดได้สะดวกผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า ไม่พบการบาดเจ็บของเส้นประสาท ไม่เกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน</p> <p>2. หลังจากผ่าตัด ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย ปลอดภัยจากการจัดท่าและสามารถยกขาได้ตามปกติ</p>
กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4</p> <p>- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน : ระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจและภาวะก๊าซ คาร์บอนไดออกไซด์คั่งจากการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้อง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5</p> <p>- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน : ระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจและภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งจากการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้อง</p>	<p>1. เฝ้าระวังสัญญาณชีพของผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระหว่างได้ยาระงับความรู้สึกพร้อมบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที</p> <p>2. เฝ้าระวังระดับความดันของเครื่องจ่ายก๊าซให้อยู่ระดับที่เหมาะสม</p> <p>3. ตลอดระยะเวลาที่มีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องผู้ป่วย เฝ้าระวังสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง</p> <p>4. ประสานงานกับศัลยแพทย์ที่ผ่าตัดในขณะที่กำลังใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องผู้ป่วย และเฝ้าระวังการ</p>

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ระยะให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัด (ต่อ)		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O: การผ่าตัดมดแม็วเร่งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้อง มีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ในการทำผ่าตัดและมีการการดูดซึ่มก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายเพิ่มขึ้น</p> <p>O: มีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในการทำผ่าตัดความดันที่ใส่เข้าไปในช่องท้อง มีผลให้ระบบไหลเวียนเลือด และระบบหายใจเปลี่ยนแปลง</p> <p>O: มีการจัดทำผู้ป่วยในขณะผ่าตัดศีรษะต่ำ (Trendelenburg position)</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O: การผ่าตัดมดแม็วเร่งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้อง มีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ในการทำผ่าตัดและมีการการดูดซึ่มก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายเพิ่มขึ้น</p> <p>O: มีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในการทำผ่าตัดความดันที่ใส่เข้าไปในช่องท้อง มีผลให้ระบบไหลเวียนเลือด และระบบหายใจเปลี่ยนแปลง</p> <p>O: มีการจัดทำผู้ป่วยในขณะผ่าตัดศีรษะต่ำ (Trendelenburg position)</p>	<p>เปลี่ยนแปลงขณะใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ตลอดเวลา เมื่อสัญญาณชีพเริ่มผิดปกติ โดยประสานงานกับศัลยแพทย์ในการลดอัตราการเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ของเครื่องจ่ายก๊าซลง หรือหยุดการผ่าตัดชั่วคราวเพื่อหาสาเหตุและแก้ไข</p> <p>5. เฝ้าระวังระดับระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (ETCO₂) พร้อมปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม เพื่อรักษาระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (ETCO₂) ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>6. ช่วยหายใจผู้ป่วยด้วย Tidal volume 6-8 มิลลิลิตร/กิโลกรัม และจำกัดความดันในทางเดินหายใจ (peak inspiratory pressure) ให้ต่ำกว่า 35 เซนติเมตรน้ำ</p> <p>7. ประเมินผิวหนังของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมงจนถึงระยะพักฟื้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณท้องหน้าอก ที่อาจจะเกิดก๊าซ CO₂ (คาร์บอนไดออกไซด์) คั่งอยู่บริเวณใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema)</p> <p>การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยทั้งสองราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ค่าความดันในช่องท้อง (Intra-abdominal pressure) อยู่ในระดับ 12-14 มิลลิเมตรปรอท สัญญาณชีพของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดงอยู่ในช่วง 100-150/60-90 มิลลิเมตรปรอท จังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ (normal sinus rhythm) อัตราการเต้น 62-100 ครั้งต่อ/นาที ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (ETCO₂) อยู่ระหว่าง 32-36 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันในทางเดินหายใจของผู้ป่วย (PIP) อยู่ในช่วง 15-18 เซนติเมตรน้ำ ประเมินผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณท้อง หน้าอก ไม่เกิดภาวะก๊าซ CO₂ (คาร์บอนไดออกไซด์) แทรกอยู่ใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema)</p> <p>2. ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะ ETCO₂ สูง ได้ปรับค่า tidal volume respiratory rate และ PEEP เพิ่มขึ้นเพื่อให้อยู่ในค่าปกติ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p>
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ไม่พบ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6</p> <p>- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O: ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>O: วันที่ 22 สิงหาคม 2566 (ก่อนผ่าตัด) เวลา 22.00 น.</p>	<p>1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที และสังเกตอาการความดันโลหิตต่ำกว่า 100/60 หรือ มากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท และชีพจรเต้นมากกว่า 100 ครั้ง/นาที</p> <p>2. ดูแลและรักษาระดับความลึกของการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม</p> <p>3. เตรียมยาลดความดันโลหิต เช่น nicardipine ให้พร้อมใช้เมื่อเกิดภาวะ hypertensive crisis</p>

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ระยะให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัด (ต่อ)		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
	BP=170/92 มิลลิเมตรปรอท วัดซ้ำ 160/86 มิลลิเมตรปรอท O: มีการจัดทำขึ้นขาหยั่ง ศีรษะต่ำกว่าระหว่างผ่าตัด	การประเมินผล - ความดันโลหิต 140-160/60-95 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยา nicardipine รวม 1.0 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ค่าความอิมตัวของออกซิเจนขณะผู้ป่วยหายใจเองได้ 99 % อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 - มีภาวะหนาวสั่น (shivering) ข้อมูลสนับสนุน O: ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดที่มีอุณหภูมิต่ำ เมื่อออกมาสู่ภายนอกห้องผ่าตัดที่มีอุณหภูมิสูงกว่าร่างกายจึงเกิดอาการหนาวสั่นเพื่อปรับตัวให้เข้ากับอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลง O: อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส	ไม่พบ	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหนาวสั่น โดยการสังเกตและสอบถามผู้ป่วย คือผู้ป่วยจะรู้สึกหนาวร่วมกับกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะ ใบหน้า ลำคอ และลำตัวมีอาการสั่นพลิ้ว หรือมีอาการสั่นเกร็ง 2. วัดอุณหภูมิกายเพื่อประเมินและหาสาเหตุของอาการหนาวสั่น 3. ดูแลจัดท่านอนให้สุขสบายและผ่อนคลาย 4. ท่วมผ้าให้ปิดมิดชิดและให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้เครื่องให้ความอบอุ่นร่างกาย 5. ดูแลให้ได้รับ oxygen mask with bag 8-10 ลิตร/นาที เนื่องจากการ shivering ทำให้ร่างกายต้องกายออกซิเจนเพิ่มขึ้น 6 เท่า ⁷ 6. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ pethidine 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้อาการหนาวสั่น ทุเลาลงและหายไป 7. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที พร้อมประเมินอาการและอาการแสดงซ้ำ ก่อนส่งต่ออาการผู้ป่วยให้หอผู้ป่วย การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่มีหนาวสั่น มีร่างกายอบอุ่นขึ้น 2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5-37.0 องศาเซลเซียส นอนหลับพักผ่อนได้
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัด		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 - เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง ข้อมูลสนับสนุน O: หลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยหายใจดี ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด 94 %	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 - เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่า “นอนกรนตอนกลางคืน” และ “บางวันตื่นขึ้นมาตอนกลางคืน” O: ผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนมีค่า BMI = 33.20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	1. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหนุนหมอนศีรษะสูง 30-45 องศา ตะแคงหน้าไปทางด้านซ้าย เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ^{7,8} 2. ให้ออกซิเจน mask with bag 8 ลิตรต่อนาที สังเกตลักษณะหายใจและอัตราการหายใจ 3. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 5 นาที โดยเฉพาะความอิมตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา 4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการไอ เพื่อขับเสมหะ หรือใช้เครื่องดูดเสมหะออกให้ 5. สังเกตสีผิว ปลายมือ และปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ระยะหลังรับยาระงับความรู้สึกผ่าตัด (ต่อ)		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p>O: V/S= หายใจ 18 ครั้ง/นาที</p> <p>ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที</p> <p>ความดันโลหิต 100/70 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>O: ผู้ป่วยมีฤทธิ์ยาหมดสลบและ ยาระงับความรู้สึกคงค้างอยู่ในร่างกาย</p> <p>O: ผู้ป่วยแก้มตอบ ไม่มีฟัน</p>	<p>O: จากการประเมินการตรวจ STOP-BANG = 4 คะแนน</p> <p>O: หลังถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วย หายใจตื่นทรวงอกขยายตัวได้น้อย</p> <p>ลิ้นตก ไอและขับเสมหะได้น้อย</p> <p>O: V/S= หายใจ 18 ครั้ง/นาที</p> <p>ชีพจร 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 94 % ขณะ room air</p>	<p>6. ดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และเมื่อทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสามารถแก้ไขได้อย่างทันที่</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยหายใจได้อย่างเพียงพอ สม่่าเสมอดี ทรวงอกเคลื่อนไหว สม่่าเสมอ 2. ความอิ่มตัวของออกซิเจนขณะผู้ป่วยหายใจเองได้ 99 % หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท 3. ผู้ป่วยไม่มีภาวะผิวหนังเขียวและสีเล็บปกติสีแดงดี
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7</p> <p>- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยบ่น “ปวดแผลผ่าตัดที่หน้าท้องเวลาขยับตัวคะแนน ความเจ็บปวด 8 คะแนน”</p> <p>O: ผู้ป่วยหน้านิ่งคิ้วขมวดเวลาขยับตัวและนอนนิ่งๆบนเตียงไม่ค่อยขยับตัว</p> <p>O: มีแผลผ่าตัด 5 จุดที่หน้าท้อง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8</p> <p>- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยบ่น “ปวดแผลผ่าตัดที่หน้าท้องเวลาขยับตัวคะแนน ความเจ็บปวด 8 คะแนน”</p> <p>O: ผู้ป่วยหน้านิ่งคิ้วขมวดเวลาขยับตัวและนอนนิ่งๆบนเตียงไม่ค่อยขยับตัว</p> <p>O: มีแผลผ่าตัด 5 จุดที่หน้าท้อง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข Numeric rating scale 0-10 คะแนน 2. จัดท่านอนที่สุขสบาย แผลไม่ถูกดึงรั้ง โดยจัดศีรษะสูงเล็กน้อย 30-45 องศา (semi fowler's position) 3. ดูแลสายระบายไม่ให้เกิดการดึงรั้งแผลของผู้ป่วย และไม่ให้สายหัก พับงอ ซึ่งจะก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อแผลผ่าตัด 4. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์คือ morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการปวดมาก ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา 5. แนะนำให้มีการประคบแผลผ่าตัด ขณะที่ผู้ป่วยต้องเคลื่อนไหวร่างกายหรือมีการไอ 6. บรรเทาอาการปวดด้วย เทคนิคการผ่อนคลาย การนวดหรือใช้ดนตรีบำบัด 7. ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต, ชีพจร และอัตราการหายใจ <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย ปวดแผลผ่าตัดพอทน ระดับคะแนนความปวด 3-5 คะแนน 2. สีหน้าผ่อนคลาย นอนหลับพักผ่อนได้ มีความสุขสบายมากขึ้น สามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ตามปกติ ทำกิจกรรมต่างๆได้มากขึ้น 3. ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีอาการหรือพฤติกรรมที่แสดงว่ามีอาการเจ็บปวด เช่น นอนนิ่งคิ้วขมวด กระสับกระส่าย 4. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าความดันโลหิต 140/86 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตรา หายใจ 18 ครั้งต่อนาที

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน 6 ข้อ คือ 1.ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด 2.ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวในการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำผ่าตัด 4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจและภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งจากการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้อง 5.เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง และ 6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ต่างกันมี 3 ข้อคือ 1.มีภาวะหนาวสั่น (shivering) ซึ่งพบในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และ 3.เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลักรน้ำย่อยเข้าปอด ซึ่งพบในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 แต่ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลและการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลทางวิสัญญี จึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัย

อภิปรายผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สามารถบรรลุเป้าหมายทุกข้อ แต่เนื่องจากผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคอ้วนทำให้มีพยาธิสภาพที่รุนแรงกว่า ส่งผลทำให้เพิ่มโอกาสในการขาดออกซิเจนจากการใส่ท่อช่วยหายใจยากมากกว่า⁴ การพยาบาลเพิ่มเติมในผู้ป่วยรายนี้คือการเตรียมอุปกรณ์ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจยาก และการวางแผนสำรองหากเกิดเหตุการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ ซึ่งความรุนแรงที่กล่าวข้างต้นสามารถป้องกันได้จากความรู้และความชำนาญของวิสัญญีพยาบาล ที่มีความแม่นยำในการสังเกต จากการเยี่ยมประเมิน และวางแผนก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก และส่งต่อข้อมูลให้วิสัญญีแพทย์เพื่อวางแผนการพยาบาลร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนขณะใส่ท่อช่วยหายใจและระหว่างการผ่าตัด²⁻⁵ สิ่งที่เป็นในผู้ป่วยรายนี้อีกประการหนึ่งคือการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ จากภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด⁶ ดังนั้นพยาบาลวิสัญญีจำเป็นต้องมีความรู้ในการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตให้เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย ยังรวมถึงยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำและยาดมสลบที่ให้ต้องเหมาะสม เช่น การเลือกใช้ยา succinyl choline ในการใส่ท่อช่วยหายใจให้ได้เร็ว ลดการเกิดภาวะขาดออกซิเจน การเลือกใช้ยาดมสลบ desflurane ที่ไม่สะสมในชั้นไขมัน เนื่องจากผู้ป่วยโรคอ้วนมักมีไขมันสะสมในร่างกายมาก มีโอกาสเกิดการสะสมของยาดมสลบส่งผลให้ผู้ป่วยตื่นช้า หายใจได้น้อย⁶ เป็นต้น ส่วนกรณีศึกษารายที่ 1 มีส่วนที่แตกต่างคือการควบคุมอุณหภูมิร่างกายหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุการเก็บและรักษาอุณหภูมิในร่างกายทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้เกิดภาวะหนาวสั่นหลังผ่าตัด⁷ การใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อนมีส่วนสำคัญในการเก็บรักษาอุณหภูมิร่างกาย การควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้เหมาะสม การอุ่นสารน้ำตลอดระยะเวลาการผ่าตัด และการให้ออกซิเจนเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย⁸ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้เกิดจากองค์ความรู้ของวิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้สูงอายุที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก

หลังจากผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตามกระบวนการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายอาการดีขึ้นตามลำดับ จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหารการพยาบาล

1. จัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะในด้านเทคนิคและความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวีดิทัศน์ เพื่อให้ทันต่อการรักษาที่ทันสมัยอยู่เสมอ มีการทำงานเป็นทีม และเพื่อพัฒนาตนเองและบุคลากรในหน่วยงาน

2. จัดทำแผนพัฒนาทีมวิสัญญีพยาบาลร่วมกับวิสัญญีแพทย์ ในการฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจยาก (video laryngoscope) เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลมีความเชี่ยวชาญในการใช้อุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจยาก ทันต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ซับซ้อนและการรักษาที่ทันสมัยขึ้นในปัจจุบัน

ด้านบริการพยาบาล

ในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด การให้ความรู้ และคำแนะนำ ควรจัดทำสื่อการสอนที่มีรูปภาพประกอบ เช่น สื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เกิดความสนใจอยากเรียนรู้

สรุป

การพยาบาลระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวีดิทัศน์ และการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ 1) การประเมิน วางแผน และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการให้ยาระงับความรู้สึกล่วงหน้าก่อนผ่าตัด เพื่อตรวจหาความผิดปกติและช่วยลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ และเป็นเตรียมความพร้อมก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัด เพื่อเลือกเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกที่เหมาะสม 2) การเตรียมยาและอุปกรณ์เวชภัณฑ์ให้พร้อม ขณะที่ให้ยาระงับความรู้สึกทั้งระยะก่อนระงับความรู้สึก ระยะระงับความรู้สึก และระยะหลังระงับความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย 3) การจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดและการให้ยาระงับปวดกลุ่มต่างๆ แก่ผู้ป่วยให้เหมาะสม 4) การติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังการให้ยาระงับความรู้สึก 5) การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ซึ่งจะส่งผลต่อแบบแผนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในฐานะบทบาทของวิสัญญีพยาบาลต้องใช้ความรู้ และทักษะความเชี่ยวชาญอย่างสูงในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกและการประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ให้เร็วเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขทันทีและมีประสิทธิภาพสูงสุด จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และฟื้นตัวได้เร็วหลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่. (ออนไลน์); 2565 สืบค้น 4 ตุลาคม 2566. เข้าถึงได้จาก <http://tcb.nd.goth/CWEB/cwebBase.do mode Initial Application>.
2. ธรรมนูญ ยอดดกกิจ, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และรังสิมา เทียงเชียรธรรม. การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง. วารสารการปฏิบัติ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. กรุงเทพฯ: 2561; 1-18.
3. งานเวชสถิติโรงพยาบาลชุมแพ. ข้อมูลสถิติการผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมแพ. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น: โรงพยาบาลชุมแพ; 2566.
4. จิตติภิญญา ดวงรัตน์, วิมลรัตน์ ศรีราช, อรลักษณ์ รอดอนันต์, นฤตม์ เรือนอนุกุล, บรรณาธิการ. ก้าวไกลวิสัญญี 4.0 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลส จำกัด; 2562; 249-267.
5. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. แนวทางปฏิบัติทางวิสัญญีในการให้การระงับ ความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ เพื่อช่วยสนับสนุนและส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After surgery หรือ ERAS for colon cancer). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; 2563.
6. ปราณีย์ ฟูไพบีระ. คู่มือยา. (พิมพ์ครั้งที่14). กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership; 2559.
7. ประไพ ผลอิน, กฤษณา วันขวัญ, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, อชฌา ญัฐวิงโสม, และอุษา วงษ์อนันต์ .ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด. (ออนไลน์); 2564 สืบค้น 4 ตุลาคม 2566. เข้าถึงได้จาก <https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh/article/view/2111>.
8. จันทนา คำนาค, พรพนิต ผุดเพชรแก้ว, ยุพา แก้วอ้วน, และตรุณี จินดาสุรารักษ์. ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี วิทยาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใต้การยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายระหว่างฟื้นตัวจากการ ระงับความรู้สึก. วารสารโรงพยาบาลแพร์: 2561;2(1); 48- 58.

