

การพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ทะลุที่มีโรคร่วม ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care for patients with intestinal obstruction who have co-morbidities Receiving
prosthetic fistula surgery: 2 case studies.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

จันทราภา นิกอร์¹
Chandrapa Nikorn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ทะลุที่มีโรคร่วม ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลขอนแก่น วิธีดำเนินการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยลำไส้ทะลุ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษา: การศึกษาทางการพยาบาล พบว่าในระยะก่อนผ่าตัดพบปัญหาที่เหมือนกันคือญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ได้รับ ในระยะวิกฤต ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดเหมือนกัน ที่ต่างกันคือแต่ละกรณีศึกษามีโรคร่วมที่ต่างกัน ในกรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และหายใจหอบเหนื่อย มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ กรณีศึกษาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน มีภาวะน้ำเกิน และมีภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย การพยาบาลที่สำคัญทั้ง 2 รายคือ การเตรียมความพร้อม ด้านร่างกาย และจิตใจให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยให้ข้อมูลการรักษาและการผ่าตัดเกี่ยวกับทวารเทียม เพื่อรักษาและบรรเทาปัญหาเฉียบพลันที่กำลังคุกคามชีวิต และผู้ป่วยทุกรายเมื่อพ้นภาวะวิกฤตแล้วต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลทวารเทียม การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากมีทวารเทียม การให้ความรู้ ฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติในการดูแล และเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อนจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการดูแลกรณีศึกษารายที่ 1 จำนวน 16 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 จำนวน 35 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, ลำไส้ทะลุ, ผ่าตัดเปิดทวารเทียม

Abstract

This study was 2 case study. The objective is to study and compare nursing care for patients with intestinal obstruction. There were 2 cases who received artificial anus surgery and were admitted for treatment. Khon Kaen Hospital How to perform specific selection procedures in patients with intestinal obstruction who received artificial anus surgery by collecting information from illness history, treatment, medical records, interviews, and assessing health status, determining nursing diagnoses using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 health models. Plan nursing action according to nursing diagnosis. Summarize and evaluate results

Results of the study: Nursing results found that in the preoperative period, the same problems were encountered, namely relatives and patients worried about the condition. Diseases and surgical treatment received during the critical period are also uncomfortable due to pain from the surgical wound. The difference is that each case study has different comorbidities. In case study 1, there was hyperglycemia. and breathing heavily Having low potassium. Case study 2. Risk of acute heart attack. have overhydration and has a lack of oxygen Have an infection in the body Important nursing care in both cases is physical and

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

mental preparation for patients and relatives. It provides information on treatment and surgery regarding anal prostheses. To treat and relieve acute life-threatening problems. And every patient, once they are out of critical condition, must be prepared to take care of their artificial fistula. Total care period for case study number 1 was 16 days, case study case number 2 was 35 days

Keywords: Nursing care, intestinal obstruction, Colostomy

บทนำ

โรคลำไส้ลำไส้ทะลุ จากภาวะการอักเสบของกระเพาะของลำไส้ใหญ่ (colonic diverticulum)⁹ เนื่องจากกระเพาะดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้ในอวัยวะใดก็ตาม ที่มีลักษณะเป็น ท่อกลวง (hollow structure) และไม่ได้เป็นลักษณะปกติแต่เกิดขึ้นจากการโป่งพองของเยื่อลำไส้ผ่านผนังที่มีความอ่อนแอเมื่อแรงดันภายในท่ออวัยวะนั้นเพิ่มมากขึ้น¹⁰ สำหรับลำไส้ใหญ่ตำแหน่งที่มักเกิด diverticulum ได้แก่บริเวณที่มีเส้นเลือดทางผ่านชั้นกล้ามเนื้อในผนังลำไส้ (vasa recta brevia) และบริเวณที่เกิด diverticulum มากที่สุดในลำไส้ใหญ่ คือ sigmoid colon ความดันภายในที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลมากที่สุด ต่อผนังลำไส้ส่วนที่เล็กที่สุดซึ่ง ได้แก่ sigmoid colon มักพบได้มากขึ้น ตามอายุของผู้ป่วย จากการสำรวจพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มี diverticulosis แต่อัตราการพบภาวะนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 70 ปี⁷ และจากรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในประชากรที่อายุน้อยกว่า 40 ปี พบ diverticulosis เพิ่มร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับ ร้อยละ 80 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 80 ปี เมื่อเกิดภาวะ diverticulosis ขึ้น สิ่งนี้อาจเกิดขึ้นตามมาอันเนื่องมาจาก diverticulosis ได้แก่ การเกิดเลือดออก (diverticulosis bleeding) และการอักเสบ (diverticulitis) ซึ่งทั้งนี้ผู้ป่วยไม่จำเป็นที่จะต้องมีอาการหรืออาการแสดงดังกล่าวเสมอไป⁶ และจากการสังเกตผู้ป่วยที่มี diverticulosis พบว่า จากผู้ป่วย 100 คนที่พบภาวะนี้ มีผู้ป่วย 10 คนที่จะมีอาการหรืออาการแสดงเกิดขึ้นอันเกิดจาก diverticula (กลายเป็น diverticular disease 10%) และในผู้ป่วย

diverticular disease มี 10% ที่ต้องเข้ารับรักษาตัวภายในโรงพยาบาล จากการเกิด diverticular disease ซึ่งเท่ากับ 1 คน จาก 100 คนของผู้ป่วย diverticulosis และในจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวภายในโรงพยาบาล มี 20 - 50% ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเพื่อรักษาภาวะที่เกิดขึ้น ดังนั้นโดยรวมแล้วผู้ป่วย < 1% ที่มีภาวะ diverticulosis จะต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแต่ทั้งนี้ การเลือกวิธีการผ่าตัดแบบนี้ต้องตัดสินจากสถานะของผู้ป่วย ดังนั้นในปัจจุบัน เพื่อรักษา acute Ruptured diverticulitis¹ ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยบางคนศัลยแพทย์สามารถให้การผ่าตัดโดยการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนที่มีพยาธิสภาพตัดต่อลำไส้ใหญ่ (Sigmoidectomy or Subtotal colectomy) เปิดทวารเทียมที่หน้าท้องเพื่อยกลำไส้ใหญ่ ให้มาเปิดที่หน้าท้องเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้อุจจาระวิ่งผ่านลงไปยังลำไส้ใหญ่ ส่วนที่มีพยาธิสภาพ (diverting colostomy) โดยหวังว่าจะสามารถควบคุมการแตกทะลุของลำไส้ใหญ่บริเวณดังกล่าวได้ แต่ทั้งนี้การเลือกให้การผ่าตัดรักษาด้วยวิธีนี้ ศัลยแพทย์ต้องเลือกผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินด้วยภาวะ acute Ruptured diverticulitis ส่วนใหญ่จะมีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ไม่มากนักน้อยหากเกิดผลข้างเคียงจากการผ่าตัดได้⁴

โรงพยาบาลขอนแก่นจากรายงานทะเบียน พ.ศ. 2564 - 2566 พบผู้ป่วยลำไส้ทะลุ จำนวน 148 ,154 และ 248 คน ตามลำดับ และมีการผ่าตัดทวารเทียม พ.ศ. 2564 - 2566 พบผู้ป่วยลำไส้ทะลุ จำนวน 148 ,154 และ 248 คน ตามลำดับจากสถิติ พบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมมารับประทานอาหาร จากพฤติกรรมกินและการ

ใช้ชีวิต การรับประทานยา Steroid หรือรับประทานยา NSAIDs โรคอ้วน น้ำหนักเกินมาตรฐาน ผู้ป่วยวัยสูงอายุการบริโภคอาหารที่มีปริมาณไฟเบอร์ต่ำ และเนื้อแดงในปริมาณสูง ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยและไฟเบอร์ต่ำ ไม่มีแบบแผนในการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง รับประทานอาหารสุกๆดิบๆลำไส้ทะลุ เป็นภาวะฉุกเฉิน ที่ต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที/ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ การรักษาคือการผ่าตัดลำไส้ที่มีพยาธิสภาพทั้ง ร่วมกับทำทวารเทียม (colostomy)การผ่าตัดมีทวารเทียม⁵ มักมีความเครียดและมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของตนเองจากร่างกายปกติ มาเป็นบุคคลที่ต้องขับถ่ายทางหน้าท้อง ซึ่งไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ อาจจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตในสังคม และอาจกระทบถึงบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องทวารเทียม และการดูแลทวารเทียม ทั้งนี้ก่อนการผ่าตัดทำทวารเทียมผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเลือกและวิธีใช้ผลิตภัณฑ์รองรับของเสีย ซึ่งในปัจจุบันมีให้เลือกใช้ได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้ดูแลทวารเทียมด้วยตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁸

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ทะลุมีโรคร่วม ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมจำนวน 2 ราย
2. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ทะลุมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม

วิธีดำเนินการ

ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(Case study) ในผู้ป่วยลำไส้ทะลุมีโรคร่วม ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ใช้กระบวนการพยาบาล และแนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปการเจ็บป่วย 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและ 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. ข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.สถานภาพ/อายุ	หญิงไทย/อายุ 63 ปี	หญิงไทย/อายุ 76 ปี
2.ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6	มัธยมศึกษาปีที่ 3
3.อาชีพ	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ
4.ที่อยู่	อ.ชุมแพ จ.ขอนแก่น	อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น
5.น้ำหนัก	77	42
6.BMI	31.64	17.94

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
7.ผู้ดูแล 8.สิทธิบัตร	บุตรสาว บัตรทอง	บุตรสาว บัตรทอง
9.อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มาด้วยอาการปวดท้อง อาเจียน 1 วันก่อน	มาด้วยอาการถ่ายเหลว ปวดท้องน้อยทั้ง 2 ข้าง ก่อนมาโรงพยาบาล
10.อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ผลการวินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid โรคประจำตัว เบาหวาน และไขมันในร่างกายสูง ความดันโลหิตสูงรับยาที่ โรงพยาบาลชุมแพกินยาต่อเนื่องมาด้วยอาการปวดท้อง อาเจียน 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล วินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid ผ่าตัด EL c Hartmann resection of rectum c colostomyในวันที่ 30 กรกฎาคม 2566ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแล ทวารเทียม การให้ความรู้ ฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติ ก่อนจำหน่ายระยะเวลาการดูแล จำนวน 16 วัน	ผลการวินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid diverticulitis โรคประจำตัว หัวใจรับยาที่ โรงพยาบาลน้ำพอง กินยาต่อเนื่องมาด้วยอาการถ่ายเหลว ปวดท้องน้อยทั้ง 2 ข้าง ก่อนมาโรงพยาบาล วินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid diverticulitis ในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ดูแลในระยะวิกฤติ และติดตามการแก้ไขจนปลอดภัย ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแล ทวารเทียม การให้ความรู้ ฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติ ก่อนจำหน่ายระยะเวลาการดูแล จำนวน 35 วัน

จากตารางที่ 1 จากการเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษา 2 ราย จากทั้งประวัติเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน จะเห็นได้ว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี เหมือนกัน อาการสำคัญ โดยกรณีศึกษาที่ 1 มาด้วยอาการปวดท้อง อาเจียน 1 วันก่อน

ผลการวินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid โรคประจำตัว เบาหวาน และไขมันในร่างกายสูง ความดันโลหิตสูงรับยาที่ โรงพยาบาลชุมแพกินยาต่อเนื่องมาด้วยอาการปวดท้อง อาเจียน 1 วันก่อน มาโรงพยาบาล ผ่าตัด EL c Hartmann resection of rectum c colostomyในวันที่ 30 กรกฎาคม 2566ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลทวารเทียม การให้ความรู้ ฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติ ก่อนจำหน่ายระยะเวลาการดูแล จำนวน 16 วัน ส่วน

กรณีศึกษาที่ 2 มาด้วยอาการถ่ายเหลว ปวดท้องน้อยทั้ง 2 ข้าง ก่อนมาโรงพยาบาล ผลการวินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid diverticulitis โรคประจำตัว หัวใจรับยาที่ โรงพยาบาลน้ำพอง กินยาต่อเนื่องมาด้วยอาการถ่ายเหลว ปวดท้องน้อยทั้ง 2 ข้าง ก่อนมาโรงพยาบาล ในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ดูแลในระยะวิกฤติ และติดตามการแก้ไขจนปลอดภัย ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลทวารเทียม การให้ความรู้ ฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติ ก่อนจำหน่ายระยะเวลาการดูแล จำนวน 35 วัน ข้อมูลพบว่าทั้งจากข้อมูลดังกล่าวนำมาเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษาได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	-รับรู้ว่าตนเองป่วยมีโรคประจำตัวที่ต้องกินยาต่อเนื่อง และมีน้ำหนักตัวเกิน วิตกกังวลมาก กลัวปวดท้องมากในวันแรกที่ มา รพ เมื่อรักษาจึงได้ทราบว่าต่อไป ตนเองจะต้อง	- เป็นผู้สูงอายุ รับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจ ต้องกินยาต่อเนื่อง และต้องผ่าตัดเปิดทวาร และหลังผ่าตัดไปต้องถ่ายทางหน้าท้อง กังวลกลัวเป็นภาระของลูก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
	ถ่ายทางทวารเทียม	
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	-รับประทานอาหารอ่อนได้ปกติ	-รับประทานอาหารอ่อน และอาหารเสริมได้
3. การขับถ่าย	-การขับถ่ายทางทวารเทียม ขับถ่ายอุจจาระ 1-2 ครั้ง/วัน ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง/วัน	-ขับถ่ายทางทวารเทียม ถ่ายอุจจาระ 1-2 ครั้ง/วัน ปัสสาวะวันละ 3-6 ครั้ง/วัน
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	-ดูแลกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วน เดินได้โดยใช้รองเท้า ต้องระวังเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากเจ็บบริเวณเท้า น้ำหนักตัวเยอะ	-ดูแลกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วนมีบุตรสาวคอยดูแล ต้องระวังเกิดอุบัติเหตุ
5. การพักผ่อน นอนหลับ	-กลางคืนนอน 8-10 ชั่วโมง -กลางวันนอนวันละ 1-2 ชั่วโมง	-กลางคืนนอน 8-10 ชั่วโมง -กลางวันนอนวันละ 1-2 ชั่วโมง
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	- รับรู้ และพูดคุยรู้เรื่อง รับทราบปัญหา ความเจ็บป่วยของตนเอง และพยายามช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด	- รับรู้ว่าตนป่วย และรับทราบปัญหาตนเองได้ และมีบุตรสาวคอยช่วยเหลือ
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	-ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะต้องมารักษาตามนัดทุกครั้ง	-ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะต้องมารักษาตามนัดทุกครั้ง
8. บทบาทและความสำคัญในครอบครัว	-สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี สมาชิกครอบครัว 6 คน ไม่ได้ทำงานเป็นผู้สูงอายุ	-สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี สมาชิกครอบครัว 7 คน ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อยู่ที่บ้านบุตรสาวเป็นคนดูแล
9. เพศและการเจริญพันธุ์	-ไม่มีความผิดปกติใดๆ ของอวัยวะเพศ	-ไม่มีความผิดปกติใดๆ ของอวัยวะเพศ
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	-มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคประจำตัว และการขับถ่ายที่เปลี่ยนไป	-กังวลเกี่ยวกับการขับถ่ายของตนเอง หลังเปิดทวาร
11. ค่านิยมและความเชื่อ	-นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามโอกาส	-นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามโอกาส และไปสม่ำเสมอเวลา ที่หมู่บ้านมีงานบุญ

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน นำมาตั้งข้อ

วินิจฉัยทางการพยาบาลได้ดังนี้

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 3 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
1.ระยะก่อนผ่าตัด	1 ไม่สุขสบายปวดท้อง เนื่องจากการอักเสบติดเชื้อในร่างกาย 2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก มีโรคประจำตัวเบาหวาน 3 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	1 ไม่สุขสบายปวดท้อง เนื่องจากการอักเสบติดเชื้อในร่างกาย 2 เสี่ยงต่อการเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากขับถ่ายเป็นน้ำ 5-6 ครั้ง 3 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก มีโรคประจำตัวเบาหวาน 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ตารางที่ 3 การวินิจฉัยทางการแพทย์

การวินิจฉัยทางการแพทย์	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
2.ระยะวิกฤติ	4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 5.ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากการมีการถูกทำลายเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องจากการผ่าตัด 6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เนื่องจากการมีทางเข้าออกของเชื้อโรค 7. ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากการบาดเจ็บของช่องท้อง 8. เสี่ยงต่อการระคายเคืองบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์รับรองการขับถ่าย 9.เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤติ และ NPO เป็นเวลานาน 10.ความสามารถในการดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม 11.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 6.ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากการมีการถูกทำลายเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องจากการผ่าตัด 7. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เนื่องจากการมีทางเข้าออกของเชื้อโรค 8. ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากการบาดเจ็บของช่องท้อง 9. เสี่ยงต่อการระคายเคืองบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์รับรองการขับถ่าย 10. เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากการเสียเลือดและอิเล็กโทรไลต์ 11.เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤติ และ NPO เป็นเวลานาน 12.ความสามารถในการดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม 13.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
3.ระยะหลังผ่าตัด	12. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนไปเนื่องจากการขับถ่ายทางหน้าท้อง 13. ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	14. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนไปเนื่องจากการขับถ่ายทางหน้าท้อง 15. ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

3. ผลลัพธ์ทางการแพทย์ จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่คล้ายคลึงกัน แบ่งระยะการดูแลเป็น 3 ระยะคือ การพยาบาลก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะวิกฤติ การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ได้ดังนี้ กรณีศึกษา รายที่ 1 หญิงไทยอายุ 63 ปี อาชีพผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน มาด้วยอาการปวดท้อง อาเจียน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผลการวินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการผ่าตัด EL c Hartmann resection of rectum c colostomy

สาเหตุการเกิดโรค เนื่องจากการมี Risk factor จากผู้ป่วยมีโรคร่วม เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีที่ว่ามักเกิดกับผู้สูงอายุ ไขมันในเลือดสูง เมื่อ

เกิดการอักเสบ จะทำให้เกิดภาวะลำไส้ทะลุ พบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ได้ 13 ข้อดังนี้ 1) ไม่สบายปวดท้อง เนื่องจากการอักเสบติดเชื้อในร่างกาย 2) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 3) วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 5) ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากการมีการถูกทำลายเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องจากการผ่าตัด 6) เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เนื่องจากการมีทางเข้าออกของเชื้อโรค 7) ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากการบาดเจ็บของช่องท้อง 8) เสี่ยงต่อการระคายเคืองบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม

ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์รับรองการขับถ่าย 9) เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤต และ NPO เป็นเวลานาน 10) ความสามารถในการดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม 11) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 12) วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปเนื่องจากการมี การขับถ่ายทางหน้าท้อง 13) ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน กรณีศึกษา รายที่ 2 หญิงไทยอายุ 76 ปี อาชีพผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน มาด้วยอาการถ่ายเหลว ปวดท้องน้อยทั้ง 2 ข้าง ก่อนมาโรงพยาบาล ผลการวินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid diverticulitis โรคประจำตัว คือหัวใจ ได้รับการผ่าตัด EL c Sigmoidectomy c Hartmann procedure c small bowel resection c Colostomy Risk factor จากผู้ป่วย มีโรคร่วม คือโรคหัวใจ และกินยารักษาต่อเนื่อง เป็นเวลานานและเป็นผู้สูงอายุ

พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้ 15 ข้อ ดังนี้ 1) ไม่สุขสบายปวดท้อง เนื่องจากการอักเสบติดเชื้อในร่างกาย 2) เสี่ยงต่อการเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการขับถ่ายเป็นน้ำ 5-6 ครั้ง 3) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก ภาวะน้ำเกินจากโรคหัวใจ 1) ไม่สุขสบายปวดท้อง เนื่องจากการอักเสบติดเชื้อในร่างกาย 2) เสี่ยงต่อการเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการขับถ่ายเป็นน้ำ 5-6 ครั้ง 3) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก ภาวะน้ำเกินจากโรคหัวใจ 4) วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypovolemic shock เนื่องจากการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 6) ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากการถูกทำลายเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องจากการผ่าตัด 7) เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เนื่องจากการมีทางเข้าออกของเชื้อโรค 8) ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากการบาดเจ็บของ

ช่องท้อง 9) เสี่ยงต่อการระคายเคืองบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์รับรองการขับถ่าย 10) เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากการเสียเลือดและอิเล็กโทรไลต์ 11) เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤต และ NPO เป็นเวลานาน 12) ความสามารถในการดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม 13) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 14) วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปเนื่องจากการมี การขับถ่ายทางหน้าท้อง 15) ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ซึ่งแผนการพยาบาลทั้งหมดบรรลุวัตถุประสงค์ทุกข้อ

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นลำไส้ทะลุที่มีโรคร่วม แตต่างกันตรงโรค กรณีศึกษาที่ 1 เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง กรณีศึกษา 2 โรคประจำตัว คือหัวใจ และเป็นผู้สูงอายุ และผ่าตัดเปิดทวารเทียมเหมือนกัน การพยาบาลแต่ละระยะมีเป้าหมายต่างกัน การพยาบาลก่อนผ่าตัด เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะลำไส้ทะลุ และการจัดการอาการปวด ระยะวิกฤติ เป้าหมายการดูแลต้องให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และการจัดการอาการ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ต้องพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยให้ข้อมูลการรักษาและการดูแลทวารเทียม ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการประเมิน รวบรวมข้อมูลวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ⁹ ด้วยความเชี่ยวชาญมีการประเมิน ผู้ป่วยได้รวดเร็วมีความรู้เรื่องโรค และแผนการรักษา มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นรวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหา ภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที¹⁰

ข้อเสนอแนะ

การวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้านมีการติดตามเยี่ยม
และการส่งต่อข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล

รักษาพยาบาลอย่างดีเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มารับ
การรักษาต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษาและมี
คุณภาพชีวิตที่ดีการนำผลการศึกษาไปใช้ด้าน
บริหารเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหารใช้ในการพัฒนา
ระบบบริการรายโรคอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาร พรประสิทธิ์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง:ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.จำกัด. 2558.
2. อีรณัฐ บุญพิพัฒน์พงศ์. ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม. ในจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง. คู่มือการดูแลบาดแผลและทวารเทียม. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. 2551.
3. นัทธมน วุฒานนท์. (2554). การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกศัลยกรรม. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติง.
4. ประทีน ไชยศรี. คู่มือการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดเปิดช่องทวารใหม่ (colostomy). พิมพ์ครั้งที่ 1.เชียงใหม่: ดาราวรรณการพิมพ์. 2554.
5. วิภาวดี ว่องวานนท์. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลระดับ บตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ . [อินเทอร์เน็ต ต]. มปท; c2560 [เข้า ถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566].เข้าถึงได้จาก: <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/12975/1/418856.pdf>
6. วุฒิชัย ธนาพงศ์ธร และปริญญา อัครนุรักษ์กุล (บรรณาธิการ). (2554). ตำราพื้นฐานศัลยศาสตร์และโรคทางศัลยกรรมสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. สมุทรปราการ: สันทวิกิจพรินติง.
7. นกขัญ เอื้อประเสริฐ. Chulalongkornhematologyhandbook. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2555. 82 – 87..
8. สมพร วรณวงศ์. การดูแลทวารเทียมและรูเปิดปัสสาวะทางหน้าท้อง ในอีรณัฐ บุญพิพัฒน์พงศ์ และสมพร วรณวงศ์. การดูแลบาดแผลและทวารเทียม. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. 2553.
9. สุภาณี เสนาดีสัย, วรณภา ประไพพานิช (บรรณาธิการ). (2560). การพยาบาลพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : จุฑทอง.
10. American Cancer Society. Colorectal cancer risk factors [Internet]. Atlanta, GA: ACS; 2018 [cited 2020 Jan 27]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>