

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้อง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Nursing care for patients undergoing colonoscopy: A comparative case study of two cases,
Kalasin Hospital.

(Received: February 13,2026 ; Revised: February 21,2026 ; Accepted: February 23,2026)

วิมลรัตน์ ธารเลิศ¹

Wimonrat Thanlert¹

บทคัดย่อ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้อง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้อง โดยใช้วิธีเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน - ตุลาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือการศึกษา ได้แก่ แบบเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจร่างกาย และการศึกษาเวชระเบียน ตามแนวคิดการประเมิน 11 แบบแผนของกอร์ดอน และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ครอบคลุมทั้ง ระยะก่อนส่องกล้อง ระยะขณะส่องกล้อง ระยะหลังส่องกล้อง และ ระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี มีอาการถ่ายเป็นมูกเลือดเรื้อรัง มีโรคประจำตัวเบาหวาน ชนิดที่ 2 กรดไหลย้อน และโรคความวิตกกังวลทั่วไป ผลการส่องกล้องพบก้อนเนื้อ (cauliflower mass) ขนาด 7-8 เซนติเมตร บริเวณ sigmoid colon ห่างจากทวารหนัก 20 เซนติเมตร ผลการตรวจชิ้นเนื้อยืนยัน well-differentiated adenocarcinoma กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 75 ปี มีอาการถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด คลำพบบก้อนที่ท้องซ้าย น้ำหนักลด 5-6 กิโลกรัมใน 6 เดือน มีโรคประจำตัวเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3A มีภาวะโลหิตจางรุนแรง (Hb 6.20 g/dL) ผลการส่องกล้องพบก้อนอุดกั้น (obstructing mass) บริเวณ descending colon ผลการตรวจชิ้นเนื้อยืนยัน poorly differentiated adenocarcinoma ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีประเด็นที่เหมือนกัน คือ มีความวิตกกังวล ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง การไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง มีสัมพันธภาพครอบครัวดี มีประเด็นที่แตกต่างกัน ดังนี้ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความวิตกกังวล ระดับสูง คุณภาพการเตรียมลำไส้ การได้รับการระงับความรู้สึกแบบ moderate sedation การส่องกล้องสมบูรณ์เข้าถึง cecum ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง คุณภาพการเตรียมลำไส้ระดับพอใช้ ได้รับการดมยาสลบทั่วร่างกายและใส่ท่อช่วยหายใจ การส่องกล้องไม่สมบูรณ์เนื่องจากมีก้อนอุดกั้น มีภาวะซีดต้องได้รับเลือดก่อนและหลังส่องกล้อง การใช้กระบวนการพยาบาลที่ดีและถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีความพร้อมในการรับบริการการรักษาค่าดี

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยแบบส่องกล้อง, มะเร็งลำไส้ใหญ่, กรณีศึกษาทางการพยาบาล

Abstract

Nursing care for patients undergoing colonoscopy: A comparative case study of two cases, Kalasin Hospital. This study aimed to examine the nursing care of patients undergoing colonoscopy using a comparative case study approach of two cases conducted between June and October 2025. Data collection tools included questionnaires, interviews, observations, physical examinations, and medical record reviews, guided by Gordon's 11 Functional Health Patterns and Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory, covering four phases: pre-colonoscopy, during colonoscopy, post-colonoscopy, and discharge with follow-up care.

The findings revealed that Case Study 1 was a 65-year-old Thai female presenting with chronic mucoid bloody diarrhea, with underlying conditions including type 2 diabetes mellitus, gastroesophageal reflux disease, and generalized anxiety disorder. Colonoscopy findings showed a cauliflower mass measuring 7-8 centimeters in the

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษด้วยการส่องกล้อง
กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

sigmoid colon, 20 centimeters from the anal verge. Histopathological examination confirmed well-differentiated adenocarcinoma. Case Study 2 was a 75-year-old Thai male presenting with melena, hematemesis, a palpable left abdominal mass, and weight loss of 5-6 kilograms over six months, with underlying conditions including type 2 diabetes mellitus, hypertension, dyslipidemia, and chronic kidney disease stage 3A, with severe anemia (Hb 6.20 g/dL). Colonoscopy revealed an obstructing mass in the descending colon. Histopathological examination confirmed poorly differentiated adenocarcinoma. Both patients shared similarities including anxiety, good compliance with instructions, absence of colonoscopy complications, and strong family relationships. Differences included: Patient 1 had high anxiety levels, good bowel preparation quality, received moderate sedation, complete colonoscopy reaching the cecum, and shorter hospital stay, while Patient 2 had moderate anxiety levels, fair bowel preparation quality, received general anesthesia with endotracheal intubation, incomplete colonoscopy due to obstructing mass, required blood transfusions before and after the procedure, and longer hospital stay. The application of proper nursing processes resulted in both patients being safe from complications, able to appropriately care for themselves, and ready to receive further treatment.

Keywords: nursing care for colonoscopy patients, colorectal cancer, nursing case study

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสามของโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองจากโรคมะเร็งทุกชนิด โดยในปี 2563 มีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 1.93 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 935,000 ราย¹ อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหาร รูปแบบการดำเนินชีวิต และการขาดการออกกำลังกาย² องค์การอนามัยโลก รายงานว่าหากตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้น อัตราการรอดชีวิต 5 ปีสูงถึงร้อยละ 90 แต่หากตรวจพบในระยะลุกลามจะลดลง³ เหลือเพียงร้อยละ 14 การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ถือเป็นมาตรฐานทองคำในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจากสามารถมองเห็นพยาธิสภาพทั้งหมดของลำไส้ ตัดติ่งเนื้อ และเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจได้ในขั้นตอนเดียวกัน⁴ อย่างไรก็ตาม การส่องกล้องเป็นหัตถการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการเตรียมลำไส้ให้สะอาด การงดอาหาร และการจัดการความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออก ลำไส้ทะลุ ภาวะขาดออกซิเจน และความดันโลหิตผิดปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว⁵

สถานการณ์ในประเทศไทย พบมะเร็งลำไส้

ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยอันดับสามในผู้ชายและอันดับสี่ในผู้หญิง⁶ ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าในปี 2564 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ทั้งสิ้น 8,247 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 11.70 ต่อประชากร 100,000 คน โดยพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลามแล้ว ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิต 5 ปี⁷ อยู่เพียง ร้อยละ 56.20 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มประชากรอายุ 50-70 ปี โดยใช้วิธี Fecal Immunochemical Test หากพบผลผิดปกติจะส่งตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่⁸ ในปี 2566 มีประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองทั้งสิ้น 2,847,632 ราย พบผลผิดปกติ 142,381 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 แต่มีเพียงร้อยละ 68.50 เท่านั้นที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตามนัด⁹

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ให้บริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แก่ประชาชนในพื้นที่ ข้อมูลการให้บริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ออนหลัง 3 ปี พบว่า ในปี 2565 มีผู้มารับบริการทั้งสิ้น 676 ราย พบความผิดปกติ 137 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.27 ในปี 2566 มีผู้มารับบริการ 1,618 ราย พบความผิดปกติ 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.48 และในปี 2567 มีผู้มารับบริการ 1,658 ราย พบความผิดปกติ 108 ราย¹⁰ คิดเป็นร้อยละ 6.51 (ห้องส่องกล้อง

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2568) จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าจำนวนผู้มารับบริการและอัตราการพบความผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลัองลำไส้ใหญ่เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และศิลปะในการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน¹¹ เป็นเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุม 11 มิติ และทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม¹² ที่เน้นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยทฤษฎีนี้มีแนวคิดหลักว่าคุณคนมีความสามารถและความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง แต่เมื่อเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล ปัญหาทางการพยาบาลในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากการสังเกตพบปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อหัตถการในระดับปานกลางถึงสูง โดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การส่องกล้องมาก่อน ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวไม่เพียงพอ โดยพบว่าร้อยละ 12.35 มีการเตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์¹⁰ ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวร่วมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการติดตามดูแลหลังการส่องกล้องยังไม่ต่อเนื่อง โดยพบว่าร้อยละ 8.24 ของผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหลังกลับบ้านแต่ไม่กลับมารับการรักษาทันที การให้บริการในปัจจุบันเป็นแบบวันเดียวกลับ การประเมินภาวะสุขภาพยังไม่เป็นระบบและไม่ครอบคลุมทุกมิติ การขาดแนวทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและสอดคล้องกับทฤษฎีทางการพยาบาล ทำให้การดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับประสบการณ์และดุลยพินิจของพยาบาลแต่ละคน

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้องแบบเปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อให้ได้แนว

ทางการพยาบาลที่เหมาะสมและเป็นระบบสำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะและความต้องการแตกต่างกัน โดยครอบคลุมการดูแลทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนส่องกล้อง ระยะขณะส่องกล้อง ระยะหลังส่องกล้อง และระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อน และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้องตามกรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน
2. เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนส่องกล้อง ระยะขณะส่องกล้อง ระยะหลังส่องกล้อง และระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพยาบาล เปรียบเทียบความเหมือนความแตกต่างและบทเรียนจากการดูแลผู้ป่วย 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้อง กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case Study) โดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's 11 Functional Health Patterns) และทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) ทำการศึกษาในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 7 เดือน การดำเนินงานศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การพยาบาล และระยะวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงาน

โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test ผิดปกติและเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ณ ห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปีงบประมาณ 2568 โดยเป็นทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการนัดหมายจากแพทย์เพื่อทำการส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ห้องส่องกล้อง กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย โดยคัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คือ เป็นผู้ป่วยที่มีผล Fecal Immunochemical Test ผิดปกติ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดี ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคประจำตัว โดยผู้ศึกษาเลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะความซับซ้อนและโรคประจำตัวแตกต่างกัน เพื่อให้เห็นความหลากหลายของการดูแลพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. กระบวนการศึกษารายกรณี การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณีเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติ ร่วมกับการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การประเมินภาวะสุขภาพโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกาย การซักประวัติ และการศึกษาจากเอกสาร จนได้ประวัติครบถ้วนตามที่ต้องการ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและในปัจจุบัน ประวัติครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. เครื่องมือแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและ

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่อย่างเป็นระบบและครอบคลุมทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนส่องกล้อง ระยะขณะส่องกล้อง ระยะหลังส่องกล้อง และระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

3. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ชุดที่ 2 แบบเก็บข้อมูลจากการรักษา ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค อาการสำคัญ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ผลการตรวจคัดกรอง Fecal Immunochemical Test ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ คุณภาพการเตรียมลำไส้ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ** การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยดำเนินการ โดยการจัดระบบข้อมูล (Organizing) จัดเรียงข้อมูลตามผู้ป่วยแต่ละราย ระยะเวลาการเก็บข้อมูล และประเด็นหลักตามกรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การวิเคราะห์และตีความข้อมูล ตามกรอบแนวคิดทางทฤษฎี กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วิเคราะห์การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม และประเมินผลลัพธ์การพยาบาลในแต่ละระยะ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) โดยเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต การศึกษาเวรระเบียน และข้อมูลจากญาติ ผู้ดูแล รวมทั้งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล (Peer Review) เพื่อยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

2. **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ** การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ

ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คะแนน Aldrete Score และคุณภาพการเตรียมลำไส้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง และความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย 2 ราย เพื่อแสดงให้เห็นความเหมือนและความแตกต่างอย่างชัดเจน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาดำเนินการพิทักษ์สิทธิของประชากรที่ศึกษา โดยได้ขออนุญาตผู้ป่วยโดยการเชิญชวน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก และเก็บข้อมูลตามสิทธิกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยก่อนดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิในการให้ข้อมูลรวมทั้งการตอบรับ หรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษา โดยจะไม่มีผลต่อการมารับบริการใดๆ การเก็บข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวมของการศึกษาเพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. การประเมินภาวะสุขภาพและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้องตามกรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

1.1 กรณีศึกษารายที่ 1

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี สถานภาพสมรส ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพแม่บ้านและค้าขาย มีบุตร 4 คน อาศัยอยู่กับครอบครัวในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ นับถือศาสนาพุทธ

น้ำหนัก 47 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 20.89 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ด้วยอาการถ่ายเป็นมูกเลือดเรื้อรัง 5-6 ครั้งต่อวัน นาน 1 เดือน มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง เคยได้รับยาปฏิชีวนะจากสถานีอนามัยแต่อาการไม่ดีขึ้น แพทย์ได้ตรวจคัดกรองด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test พบผลผิดปกติ จึงส่งตัวเข้ารับการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยรับเข้าโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2568 เพื่อเตรียมตัวส่องกล้อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมด้วยยารับประทาน โรคกรดไหลย้อน โรคท้องเสียเรื้อรัง และโรคความวิตกกังวลทั่วไป ได้รับการรักษาด้วยยา Omeprazole 20 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด ก่อนอาหาร Tranxene 5 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด หลังอาหาร Sertraline 50 มิลลิกรัม ครั้งเมื่อก่อนนอน และ Lorazepam 2 มิลลิกรัม 1 เมื่อก่อนนอน ไม่มีประวัติการผ่าตัด ไม่แพ้ยา ไม่แพ้อาหาร ไม่มีประวัติมะเร็งในครอบครัว

การตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อรับเข้าโรงพยาบาล สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.50 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 129/74 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 98.00 ร้อยละ การตรวจร่างกาย พบผู้ป่วยรูปร่างผอม คู่อ่อนแรง มีตาซีด เยื่อบุตาซีด ระบบทางเดินหายใจปกติ หัวใจเต้นสม่ำเสมอ มีเสียงหัวใจผิดปกติเล็กน้อย ท้องอ่อนนุ่ม กดเจ็บเล็กน้อย บริเวณท้องน้อยซ้าย ไม่คลำพบก้อน เสียงลำไส้เคลื่อนไหวปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาว 7,600 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ฮีโมโกลบิน 12.70 กรัมต่อเดซิลิตร ฮีมาโตคริต 38.80 ร้อยละ เกล็ดเลือด 255,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ค่าไนโตรเจนยูเรียในเลือด 13.00 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ครีเอตินิน 0.47 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัตราการกรองของไต 104.00 มิลลิตรต่อนาทีต่อ

พื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร โซเดียม 138.60 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 4.20 มิลลิโมลต่อลิตร น้ำตาลในเลือด 133.00 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การทำงานของตับปกติ ภาพรังสีทรวงอกปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Sinus rhythm ค่าแกนของหัวใจเบี่ยงไปทางซ้ายเล็กน้อย

การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยแรกเริ่มคือ โรคท้องเสียเรื้อรัง สงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความวิตกกังวลทั่วไป มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องคือ ถ่ายเป็นมูกเลือดเรื้อรังไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ เพื่อวินิจฉัยแยกโรคและตัดติ่งเนื้อมะเร็งลำไส้ใหญ่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะก่อนส่องกล้อง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับหัตถการและผลการตรวจ มีความพร้อมในความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวและการส่องกล้อง มีภาวะอ่อนเพลียจากการสูญเสีย น้ำและอิเล็กโทรไลต์ และมีความดันโลหิตเล็กน้อย ระยะส่องกล้อง มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนจากยาระงับความรู้สึก และเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงจากยาระงับความรู้สึก ระยะหลังส่องกล้อง มีความไม่สุขสบายจากอาการปวดท้องและท้องอืดเล็กน้อย เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกหลังการเก็บชิ้นเนื้อ และเสี่ยงต่อการหกล้มจากผลของยาระงับความรู้สึก ระยะจำหน่าย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจและการรักษาต่อ และมีความพร้อมในความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน

กรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 75 ปี สถานภาพสมรส ศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพเกษตรกร ปลูกข้าว มีบุตร 6 คน อาศัยอยู่กับครอบครัวในจังหวัดกาฬสินธุ์ นับถือศาสนาพุทธ น้ำหนัก 52.00 กิโลกรัม ส่วนสูง 160.00 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 20.31 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2568 เวลา 12.17 นาฬิกา ด้วยอาการถ่ายเหลวและถ่ายดำ 1 ครั้ง มีอาการอาเจียนเป็นเลือด

คล้ายกับก้อนที่ท้องข้างซ้ายมา 1 เดือน น้ำหนักลด 5-6 กิโลกรัมใน 6 เดือน มีอาการอ่อนเพลีย ซีด เคยตรวจคัดกรองด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test พบผลผิดปกติ แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเลือดออกทางเดินอาหารส่วนล่าง มีก้อนในช่องท้อง น้ำหนักลด ภาวะโลหิตจาง จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวส่องกล้อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมด้วยอินซูลิน Mixtard 70/30 ขนาด 22 หน่วยก่อนอาหารเช้าและ 20 หน่วยก่อนอาหารเย็น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไขสันหลังตีบ และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3A ได้รับการรักษาด้วยยา Amitriptyline 10 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ดก่อนนอน Lorazepam 0.5 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ดก่อนนอน Calcium carbonate 600 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ดหลังอาหาร Atorvastatin 40 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ดก่อนนอน Amlodipine 10 มิลลิกรัม ครึ่งเม็ดหลังอาหาร Cardura 2 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอนและ Sodamint 300 มิลลิกรัม วันละ 2 เม็ด 2 ครั้งหลังอาหาร มีประวัติการผ่าตัดถุงน้ำดี เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2564 โดยเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ไม่แพ้ยา ไม่แพ้อาหาร ไม่มีประวัติมะเร็งในครอบครัว

การตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อรับเข้าโรงพยาบาล สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.40 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 154/72 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดย่อยละ 96.00 การตรวจร่างกายพบผู้ป่วยรูปร่างผอม ดูซีดมาก มีเยื่อปอดซีด ระบบทางเดินหายใจปกติ หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ท้องอ่อนนุ่มไม่กดเจ็บ คลำพบก้อนที่ท้องซ้ายบนขนาดประมาณ 3 เซนติเมตร ขอบเรียบ เสียงลำไส้เคลื่อนไหวปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ เม็ดเลือดขาว 19,400 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ฮีโมโกลบิน 6.20 กรัมต่อเดซิลิตร ฮีมาโตคริต 22.10 ร้อยละ เกล็ดเลือด 451,100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ค่าขนาดเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย 61.90 เฟมโตลิตร ค่าฮีโมโกลบิน

ในเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย 17.40 พิโคกรัม แสดงถึงภาวะโลหิตจางชนิดเม็ดเลือดแดงเล็ก ค่าไนโตรเจนยูเรียในเลือด 25.20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ครีเอตินิน 1.48 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัตราการกรองของไต 45.63 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร แสดงถึงโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3A โซเดียม 130.20 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 4.44 มิลลิโมลต่อลิตร ไบคาร์บอเนต 18.20 มิลลิโมลต่อลิตร น้ำตาลในเลือดขณะไม่อดอาหาร 387.00 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การทำงานของตับผิดปกติเล็กน้อย แอลบูมิน 2.99 กรัมต่อเดซิลิตร ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Sinus rhythm ค่าแกนของหัวใจเบี่ยงไปทางซ้ายเล็กน้อย

การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยแรกเริ่มคือเลือดออกทางเดินอาหารส่วนล่าง มีก้อนในช่องท้อง น้ำหนักลด ภาวะโลหิตจาง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง สงสัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขสันหลังตีบ มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องคือ

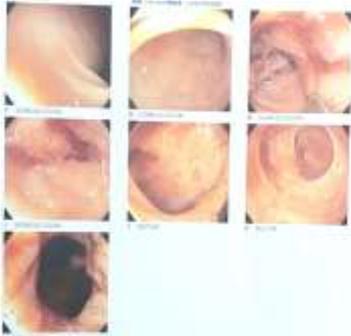
เลือดออกทางเดินอาหารส่วนล่าง มีก้อนในช่องท้อง น้ำหนักลด เพื่อวินิจฉัยแยกโรคและตัดตังเนื้อมะเร็งลำไส้ใหญ่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะก่อนส่องกล้อง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา มีความพร่องในความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวและการส่องกล้อง มีภาวะอ่อนเพลียจากการสูญเสีย น้ำและอิเล็กโทรไลต์ มีภาวะ Hyperglycemia มีภาวะซีดและความดันโลหิตสูง ระยะส่องกล้อง มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนจากยาสลบ และเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงจากยาสลบ ระยะหลังส่องกล้อง มีความไม่สุขสบายจากอาการท้องอืดเล็กน้อย เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกหลังการเก็บชิ้นเนื้อ และเสี่ยงต่อการหกล้มจากผลของยาสลบ ระยะจำหน่าย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจและการรักษาต่อเล็กน้อย และมีความพร่องในความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน ดังแสดงในตาราง

ตาราง 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อมูลทั่วไป			
เพศ อายุ	หญิง 65 ปี	ชาย 75 ปี	ผู้ป่วยรายที่ 2 มีอายุมากกว่า อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน
น้ำหนัก ส่วนสูง	47.00 กก. 150.00 ซม.	52.00 กก. 160.00 ซม.	ทั้งสองรายมีรูปร่างผอม
ดัชนีมวลกาย	20.89 กก./ม ²	20.31 กก./ม ²	ค่าดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน อยู่ในเกณฑ์ปกติ
อาการสำคัญ			
อาการหลัก	ถ่ายเป็นมูกเลือดเรื้อรัง 5-6 ครั้ง/วัน นาน 1 เดือน	ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด คลำพบก้อนที่ท้องซ้าย นาน 1 เดือน	รายที่ 1 มีอาการเรื้อรัง รายที่ 2 มาด้วยภาวะเฉียบพลัน
น้ำหนักลด	ไม่มี	ลด 5-6 กก. ใน 6 เดือน	รายที่ 2 มีการสูญเสียน้ำหนัก
อาการอ่อนเพลีย	มี	มี	ทั้งสองรายมีอาการอ่อนเพลีย
อาการซีด	มีเล็กน้อย	มีชัดเจน	รายที่ 2 มีภาวะโลหิตจางรุนแรงกว่า
โรคประจำตัว			
เบาหวาน	มี ควบคุมด้วยยา รับประทาน	มี ควบคุมด้วยอินซูลิน	รายที่ 2 มีความรุนแรงของโรคมมากกว่า
ความดันโลหิตสูง	ไม่มี	มี	รายที่ 2 มีโรคประจำตัวมากกว่า
ไขมันในเลือดสูง	ไม่มี	มี	รายที่ 2 มีโรคประจำตัวเพิ่มเติม
กรดไหลย้อน	มี	ไม่มี	รายที่ 1 มีปัญหาทางเดินอาหารส่วนบน
โรคอื่นๆ	GAD, Chronic diarrhea	Spinal stenosis, CKD stage 3A	รายที่ 1 มีปัญหาจิตเวช รายที่ 2 มีปัญหาไตและกระดูก
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ			

ตาราง 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
Hb (g/dL)	12.70	6.20	รายที่ 2 มีภาวะโลหิตจางรุนแรง
WBC (cells/mm ³)	7,600	19,400	รายที่ 2 มีเม็ดเลือดขาวสูง แสดงถึงการติดเชื้อหรือการอักเสบ
MCV (fL)	82.50	61.90	รายที่ 2 เป็นโลหิตจางชนิดเม็ดเลือดแดงเล็ก
Creatinine (mg/dL)	0.47	1.48	รายที่ 2 มีการทำงานของไตบกพร่อง
eGFR (mL/min/1.73m ²)	104.00	45.63	รายที่ 2 เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3A
DTX (mg/dL)	133.00	387.00	รายที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
Na ⁺ (mmol/L)	138.60	130.20	รายที่ 2 มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ
Albumin (g/dL)	ปกติ	2.99	รายที่ 2 มีภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ
การตรวจร่างกาย			
ความดันโลหิต (mmHg)	129/74	154/72	รายที่ 2 มีความดันโลหิตสูงกว่า
ตาซีต เยื่อบุตาซีต	มี	มี	ทั้งสองรายมีภาวะโลหิตจาง
ท้อง	อ่อนนุ่ม กดเจ็บเล็กน้อย	อ่อนนุ่ม คลำพบก้อน LUQ 3 ซม.	รายที่ 2 คลำพบก้อนชัดเจน
การวินิจฉัย			
ตำแหน่งมะเร็ง	Sigmoid colon	Descending colon	ตำแหน่งต่างกัน รายที่ 2 อยู่ใกล้ splenic flexure
ระยะห่างจากทวารหนัก	20 ซม.	ไม่สามารถวัดได้	รายที่ 1 สามารถวัดได้ชัดเจน
ขนาดก้อน	7-8 ซม.	ไม่สามารถวัดได้	รายที่ 2 มีก้อนอุดกั้น
ลักษณะก้อน	Cauliflower mass	Obstructing mass	รายที่ 2 มีการอุดกั้นลำไส้
ภาพการส่องกล้อง ประกอบยืนยันการ วินิจฉัย			

1.3 การเปรียบเทียบแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน การเปรียบเทียบแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนระหว่างผู้ป่วย 2 ราย พบว่ามีทั้งความเหมือนและความแตกต่างที่สำคัญในแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับพอใช้และปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 รู้สึกว่าสุขภาพแข็งแรงแต่กังวลเรื่องโรค ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพมากกว่า ด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ผู้ป่วยรายที่ 1 มี

น้ำหนักเพิ่มขึ้นจากความวิตกกังวล ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีน้ำหนักลด จากโรคมะเร็ง แบบแผนการขับถ่ายพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาถ่ายเป็นมูกเลือด ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาถ่ายดำและปัสสาวะน้อยลงเล็กน้อย ทั้ง 2 รายสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองและออกกำลังกายนานๆ ครั้ง แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาการนอนหลับตื่นบ่อยจากความวิตกกังวล ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 นอนหลับดี ด้านสติปัญญาและการรับรู้ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีระดับการศึกษาสูงกว่าและสื่อสารได้ดีกว่า แต่ทั้ง 2 รายสามารถตัดสินใจได้ดี ในแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตโนมัตินพบว่า

ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความวิตกกังวลสูงกว่ามาก ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ยอมรับสภาพโรคได้ดีกว่า ทั้ง 2 รายมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีและมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสาว มีกลไกการรับมือกับความเครียดที่แตกต่างกันตามวัฒนธรรมและประสบการณ์ชีวิต และทั้ง 2 รายนับถือศาสนาพุทธซึ่งช่วยให้มีกำลังใจในการรักษา การวิเคราะห์เปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรายที่ 1 แม้จะมีสุขภาพกายที่ดีกว่าแต่มีปัญหาด้านจิตใจมากกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 แม้จะมีสุขภาพกายที่ซับซ้อนกว่าแต่มีการปรับตัวทางจิตใจได้ดีกว่า ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าสุขภาพกายและสุขภาพจิตไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กันเสมอไป และการประเมินแบบองค์รวมตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนช่วยให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยในทุกมิติและสามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การวางแผนและให้การพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มให้ผู้ป่วยครอบครัวทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนส่องกล้อง ระยะขณะส่องกล้อง ระยะหลังส่องกล้อง และระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

2.1 ระยะก่อนส่องกล้อง การเตรียมร่างกาย การเตรียมร่างกายที่สำคัญที่สุดคือการเตรียมลำไส้ให้สะอาด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ที่ได้รับยาระบาย NIFLEC และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด สามารถเตรียมลำไส้ได้ในระดับดี ถ่ายอุจจาระรวม 14 ครั้ง ลักษณะใสไม่มีตะกอน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้อย่างละเอียดและมีความร่วมมือดีมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ที่ดีกว่า ส่งผลให้การตรวจชัดเจนและตรวจพบพยาธิสภาพได้มากขึ้น ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยรายที่ 2 แม้จะปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่คุณภาพการเตรียม

ลำไส้อยู่ในระดับพอใช้ ถ่ายอุจจาระรวม 9 ครั้ง ลักษณะยังขุ่น เนื่องจากมีก้อนอุดกั้นลำไส้ใหญ่ พบว่าผู้ป่วยที่มีก้อนอุดกั้นหรือมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้า มักมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ที่ไม่ดีแม้จะใช้ยาระบายเพียงพอ แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางพยาธิวิทยา มีผลต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้มากกว่าปัจจัย

พฤติกรรม นอกจากการเตรียมลำไส้แล้ว การจัดการปัญหาสุขภาพอื่นก่อนส่องกล้องก็มีความสำคัญ ผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงค่าฮีโมโกลบิน 6.20 กรัมต่อเดซิลิตร ต้องได้รับเลือดชนิด Packed Red Cells 1 ยูนิตก่อนส่องกล้อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงมีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะช็อกระหว่างการส่องกล้องสูงกว่าผู้ที่มีค่าฮีโมโกลบินปกติ การเตรียมจิตใจ การจัดการความวิตกกังวลเป็นสิ่งสำคัญในระยะก่อนส่องกล้อง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงสูง กลัวผลตรวจ กลัวการผ่าตัด และกลัวทวารเทียม มีประวัติเป็นโรคความวิตกกังวลทั่วไป ได้รับยาลดความวิตกกังวล 2 ชนิด พยาบาลได้ใช้กลยุทธ์หลายอย่างในการลดความวิตกกังวล ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ข้อมูลที่ชัดเจน การอธิบายว่าตำแหน่งเนื้องอกที่ 20 เซนติเมตรสามารถรักษาทวารหนักไว้ได้ การให้ครอบครัวอยู่เป็นเพื่อน และการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย พบว่าการให้ข้อมูลที่เพียงพอและการสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยรายที่ 2 แม้จะมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง แต่กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา มากกว่า พยาบาลได้ประสานงานแพทย์สังคมเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาและระบบประกันสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโล่งใจและพร้อมรับการรักษา การพยาบาลแบบองค์รวมที่เน้นว่าปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจมีผลต่อภาวะสุขภาพและการรักษา การให้ความรู้ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการเตรียมตัว ขั้นตอนการส่องกล้อง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือและลดความวิตกกังวล จากการศึกษาพบว่าพยาบาลได้ให้ความรู้แบบตัวต่อตัว แจกเอกสารคำแนะนำ ให้ญาติช่วยจดบันทึก ซักถามความเข้าใจ และให้หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อหากมีปัญหา พบว่าการให้ความรู้แบบหลายวิธีร่วมกันมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความรู้เพียงวิธีเดียว สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีโรคเบาหวานควบคุมด้วย

อินซูลินและมีโรคไตเรื้อรัง การให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างงดอาหารและการติดตามการทำงานของไตมีความสำคัญ พยาบาลได้ประสานงานแพทย์เพื่อปรับขนาดอินซูลินและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 6 ชั่วโมง แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องงดอาหาร และแนะนำให้ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิดและปรับขนาดยาตามความเหมาะสม

2.2 ระยะเวลาส่องกล้อง การระงับความรู้สึก การเลือกวิธีการระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย ความซับซ้อนของหัตถการ และความเสียวต่อภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรายที่ 1 ที่มีสุขภาพค่อนข้างแข็งแรงได้รับการระงับความรู้สึกแบบ Sedation ด้วยยา Fentanyl ระดับความรู้สึกตัวตามมาตรวัด Ramsay Sedation Scale อยู่ที่ระดับ 2 ซึ่งเหมาะสมสำหรับหัตถการที่ไม่ซับซ้อน โดยการแนะนำว่าการระงับความรู้สึกแบบ Moderate sedation เหมาะสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรง มีโรคประจำตัวหลายโรค และมีก้อนอุดักน้ำลำไส้ใหญ่ ได้รับการดมยาสลบทั่วร่างกายและใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากความเสียวสูงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างหัตถการ การใส่ท่อช่วยหายใจช่วยให้สามารถควบคุมทางเดินหายใจได้ดีและลดความเสี่ยงต่อการสำลัก พบว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงควรได้รับการดมยาสลบทั่วร่างกายเพื่อความปลอดภัย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดระหว่างการส่องกล้องเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีสัญญาณชีพคงที่ตลอดหัตถการ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แสดงให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดช่วยลดความเสี่ยงได้ พบว่าการเฝ้าระวังอย่างเหมาะสมช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความสมบูรณ์ของการส่องกล้อง ผู้ป่วยรายที่ 1 ที่มีคุณภาพการเตรียมลำไส้ดีและไม่มีก้อนอุดักน้ำ กล้องสามารถเข้าถึงลำไส้ใหญ่ส่วน Cecum

ได้ ตรวจได้ครบทุกส่วน แนะนำว่าการส่องกล้องที่สมบูรณ์ควรเข้าถึงส่วน Cecum เพื่อให้แน่ใจว่าได้ตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีก้อนอุดักน้ำบริเวณ Descending colon กล้องสามารถเข้าถึงได้เพียง Descending colon ไม่สามารถผ่านตำแหน่ง Splenic flexure ได้ แม้จะใช้เวลาเพิ่มขึ้นและอยู่ภายใต้การดมยาสลบทั่วร่างกาย พบว่าก้อนอุดักน้ำลำไส้ใหญ่เป็นข้อจำกัดทางกายภาพที่สำคัญของการส่องกล้อง ในกรณีเช่นนี้ แพทย์ต้องพิจารณาใช้วิธีการตรวจอื่นเพิ่มเติม เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อประเมินส่วนที่กล้องเข้าไม่ถึง

2.3 ระยะเวลาหลังส่องกล้อง การประเมินการฟื้นตัว การประเมินการฟื้นตัวหลังการส่องกล้องโดยใช้เกณฑ์ Aldrete Score เป็นมาตรฐานในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยพร้อมจำหน่ายจากห้องพักฟื้นหรือไม่ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีคะแนน Aldrete Score อยู่ที่ 9-10 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถจำหน่ายได้ มาตรฐานการปฏิบัติที่แนะนำว่าผู้ป่วยควรมีคะแนนอย่างน้อย 9 คะแนนก่อนจำหน่ายจากห้องพักฟื้น ผู้ป่วยรายที่ 1 ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ Sedation ใช้เวลาฟื้นตัวประมาณ 15 นาที จากสภาพง่วงเป็นรู้สึกตัวดี ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 ที่ได้รับการดมยาสลบทั่วร่างกายฟื้นตัวเร็วกว่า เนื่องจากถอดท่อช่วยหายใจออกในห้องส่องกล้องแล้ว และยาสลบที่ใช้เป็นยาที่ขับออกจากร่างกายเร็ว พบว่าการใช้ยาสลบสมัยใหม่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น การจัดการอาการไม่สุขสบาย ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการปวดท้องและท้องอืดเล็กน้อยหลังการส่องกล้อง ระดับความปวด 2 จาก 10 พยาบาลได้จัดพอนอน Semi-Fowler's 30 องศา ส่งเสริมการเดินเพื่อขับลม และประคบท้องอุ่นเบาๆ ทำให้อาการดีขึ้นภายใน 1 ชั่วโมง พบว่าการจัดท่านอนที่เหมาะสมและการเคลื่อนไหวช่วยลดอาการท้องอืดหลังการส่องกล้อง ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มีอาการปวดท้องหรือท้องอืดหลังการส่องกล้อง อาจเนื่องจากการได้รับการดมยาสลบทั่วร่างกายซึ่งยังมีฤทธิ์ระงับความรู้สึกปวดอยู่บ้าง และการส่องกล้องไม่สมบูรณ์ทำให้มีการพองลมในลำไส้เล็กน้อย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน แม้ว่า

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายจะไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องกล้อง แต่การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดยังคงมีความสำคัญ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกหลังการเก็บชิ้นเนื้อ พยาบาลได้เฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในช่วงแรก จากนั้นทุก 30 นาที ในช่วงที่สอง และทุก 1 ชั่วโมง ในช่วงต่อมาจนกว่าจะคงที่ สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงเดิม การเฝ้าระวังอาการชีวิตเพิ่มและความเสี่ยงต่อเลือดออกมีความสำคัญมากกว่า พยาบาลได้ติดตามอย่างใกล้ชิดและพร้อมที่จะส่งตรวจค่าฮีโมโกลบิน หากสงสัยเลือดออก

2.4 ระบุจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง การให้ความรู้ก่อนจำหน่าย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัว จากการศึกษาพบว่าพยาบาลได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การพักผ่อน อาการเตือนที่ต้องกลับมาพบแพทย์ และการนัดติดตามผล โดยใช้เอกสารคำแนะนำประกอบและซักถามความเข้าใจ พบว่าการให้ความรู้แบบหลายวิธี ร่วมกับการให้เอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรช่วยเพิ่มความเข้าใจและการปฏิบัติตาม สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีโรคประจำตัวหลายโรค การให้ความรู้เพิ่มเติม เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและโรคไต และการติดตามการทำงานของไตมีความสำคัญ พยาบาลได้ประสานงานคลินิกเบาหวานและคลินิกโรคไต เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลแบบสหวิชาชีพที่เน้นการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย การจัดการความวิตกกังวล ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจ และการผ่าตัด โดยเฉพาะกลัวต้องทำทวารเทียม พยาบาลได้อธิบายว่าตำแหน่งของเนื้องอกอยู่ที่ 20 เซนติเมตรจากทวารหนัก สามารถรักษาทวารหนักไว้ได้ ไม่ต้องทำทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโล่งใจขึ้นมาก พบว่าการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับแผนการรักษาช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ผู้ป่วยรายที่ 2 แม้จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งชนิดแบ่งเซลล์ไม่

ดีซึ่งมีความรุนแรงมากกว่า แต่สามารถยอมรับสภาพโรคได้ดีและมีความกังวลน้อยกว่า อาจเนื่องจากปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์ชีวิต และการสนับสนุนจากครอบครัว การปรับตัวต่อโรคเป็นกระบวนการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล การติดตามอย่างต่อเนื่อง การติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจพบปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนได้ทันเวลา จากการศึกษาพบว่าพยาบาลได้ติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 1 ออกเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2-3 และติดตามผลการรักษาในสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การฟื้นตัวระยะแรกจนถึงการเตรียมตัวผ่าตัด พบว่าการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 ผ่าตัดสำเร็จในสัปดาห์ที่ 6 ไม่ต้องทำทวารเทียม ผลหายดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับเลือดเพิ่มเติมรวม 4 ยูนิต ค่าฮีโมโกลบินเพิ่มเป็น 9.80 กรัมต่อเดซิลิตร พร้อมเข้ารับการผ่าตัดลำไส้ส่วนซ้าย แสดงให้เห็นว่าการติดตามและการจัดการอย่างเหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยพร้อมรับการรักษาต่อ

3. การประเมินผลลัพธ์การพยาบาล เปรียบเทียบความเหมือนความแตกต่าง และบทเรียนจากการดูแลผู้ป่วย 2 ราย

3.1 การประเมินผลลัพธ์การพยาบาล
 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง ทั้งระหว่างและหลังหัตถการ แสดงให้เห็นว่าการประเมินความเสี่ยงอย่างรอบคอบ การเตรียมความพร้อมที่เหมาะสม และการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย พบว่าการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ แม้ว่าการศึกษาคั้งนี้จะไม่ได้อัดความพึงพอใจอย่างเป็นทางการ แต่จากการสังเกตและการติดตามพบว่าผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 ราย มีความพึงพอใจต่อการดูแล โดยเฉพาะด้านการให้ข้อมูล การให้กำลังใจ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

พบว่าการสื่อสารที่ดี การให้ความสำคัญกับความรู้สึกของผู้ป่วย และการให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ ผลลัพธ์ด้านความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 รายสามารถอธิบายการดูแลตนเองหลังจำหน่ายได้ถูกต้อง ปฏิบัติตามคำแนะนำ และมาตรวจตามนัด แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้แบบหลายวิธีร่วมกับการให้เอกสารและการติดตามอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ โดยเน้นว่าเป้าหมายของการพยาบาลคือการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลลัพธ์ด้านการเตรียมตัวสำหรับการรักษาต่อผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการเตรียมตัวอย่างเหมาะสมสำหรับการผ่าตัด ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รู้สึกโล่งใจที่ไม่ต้องทำทวารเทียม ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 แม้จะต้องใช้เวลานานกว่าในการปรับสภาพร่างกาย แต่ก็สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพต่างๆ จนมีความพร้อมเข้ารับการรักษาที่เน้นความต่อเนื่องของการดูแลตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการรักษาขั้นสุดท้าย

3.2 การเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่าง ความเหมือน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความเหมือนกันในหลายประเด็น ได้แก่ การมีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ การได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ การมีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัว การปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี การไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดี และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างดี ความเหมือนเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยจะมีความแตกต่างกัน แต่ก็มีประเด็นร่วมที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญ ความแตกต่าง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความแตกต่างกันในหลายประเด็นสำคัญ ได้แก่ อายุและเพศ ความรุนแรงของโรค จำนวนโรคประจำตัว ระดับความวิตกกังวล คุณภาพการเตรียมลำไส้ วิธีการระงับความรู้สึก ความสมบูรณ์ของการส่องกล้อง ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และวิธีการผ่าตัด ความแตกต่างเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลต้องปรับให้เหมาะสมกับความต้องการและสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย การที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความซับซ้อนสูงกว่าแต่

สามารถยอมรับสภาพโรคและปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ที่มีความซับซ้อนน้อยกว่า แสดงให้เห็นว่าความซับซ้อนทางกายภาพไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับความซับซ้อนทางจิตใจ ปัจจัยอื่นๆ เช่น บุคลิกภาพ ประสบการณ์ชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อ ล้วนมีผลต่อการปรับตัวและผลลัพธ์การรักษา

3.3 บทเรียนที่ได้รับ ความสำคัญของการประเมินแบบองค์รวม การใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอนช่วยให้พยาบาลไม่มองข้ามมิติสำคัญของสุขภาพ โดยเฉพาะด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีผลต่อผลลัพธ์การรักษาไม่น้อยไปกว่าด้านร่างกาย ความจำเป็นในการปรับระบบการพยาบาลตามความสามารถของผู้ป่วย การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเรียมช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดบทบาทที่เหมาะสมในแต่ละระยะของการดูแล โดยเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ความสำคัญของการจัดการความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้อง การให้ข้อมูลที่เพียงพอและชัดเจน การสร้างสัมพันธภาพที่ดี และการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรคต้องการการประเมินและการจัดการที่ซับซ้อนกว่า การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ มีความสำคัญอย่างยิ่ง คุณค่าของการติดตามอย่างต่อเนื่อง การติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจพบปัญหาได้ทันเวลา ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว พลังของการสนับสนุนจากครอบครัว ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์การรักษา การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการดูแลช่วยเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยและการดูแลที่บ้าน และความยืดหยุ่นในการปรับแผนการพยาบาล แม้จะมีแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจน แต่พยาบาลต้องสามารถปรับแผนให้

เหมาะสมกับสภาพและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผล

การใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เนาวรัตน์ แก้วตา และคณะ¹³ และสอดคล้องกับ ทิพย์รัตน์ กันทะวงค์ และคณะ¹⁴ การประเมินแบบแผนโภชนาการพบว่าผู้ป่วยรายที่ 2 มีการสูญเสียน้ำหนักจากโรคมะเร็ง แม้ผู้ป่วยรายที่สองมีอายุมากกว่าและมีโรคประจำตัวหลายโรค แต่สามารถยอมรับสภาพโรคและปรับตัวได้ดี สอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มที่เน้นว่าบุคคลมีความสามารถและความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง¹² การประเมินแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับพบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงมีปัญหาการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ ประจวบกลาง¹⁵ การประเมินแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพพบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีและได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี การประเมินแบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียดพบว่าผู้ป่วยมีกลไกการรับมือที่แตกต่างกันตามวัฒนธรรมและประสบการณ์ แสดงให้เห็นความสำคัญของการเคารพและสนับสนุนกลไกการรับมือที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล

การวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 ระยะ ในระยะก่อนส่องกล้อง การเตรียมลำไส้เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดต่อความสำเร็จของการส่องกล้อง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายที่หนึ่งปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ในระดับดี ขณะที่ผู้ป่วยรายที่สองมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ระดับพอใช้เนื่องจากมีก้อนอุดกั้นลำไส้ใหญ่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนาวรัตน์ แก้วตา และคณะ¹³ โดยผู้ป่วยที่มีก้อนอุดกั้นหรือการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้ามักมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ไม่ดีแม้จะใช้ยาระบาย

เพียงพอ การจัดการปัญหาสุขภาพอื่นก่อนส่องกล้องมีความสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงต้องได้รับเลือดก่อนหัตถการเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การจัดการความวิตกกังวลในระยะก่อนส่องกล้องเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์และข้อมูลที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์รัตน์ กันทะวงค์ และคณะ¹⁴ การให้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับแผนการรักษาช่วยลดความกังวล การให้ความรู้แบบหลายวิธีร่วมกันมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความรู้เพียงวิธีเดียว ในระยะขณะส่องกล้อง การเลือกวิธีการระงับความรู้สึกที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยและความซับซ้อนของหัตถการ ผู้ป่วยที่มีสุขภาพค่อนข้างแข็งแรงได้รับการระงับความรู้สึกแบบ moderate sedation ขณะที่ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงได้รับการดมยาสลบทั่วร่างกายและใส่ท่อช่วยหายใจ การเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังส่องกล้อง การประเมินการฟื้นตัวด้วย Aldrete Score เป็นมาตรฐานในการตัดสินใจจำหน่ายจากห้องพักรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ ประจวบกลาง¹⁵ การจัดการอาการไม่สบายเช่นปวดท้องและท้องอืดด้วยการจัดท่านอนที่เหมาะสมและส่งเสริมการเคลื่อนไหวมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะเลือดออกหลังการเก็บชิ้นเนื้อมีความสำคัญในผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจาง ในระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง การให้ความรู้ก่อนจำหน่ายแบบหลายวิธีร่วมกับเอกสารช่วยเพิ่มความเข้าใจและการปฏิบัติตามสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์รัตน์ กันทะวงค์ และคณะ¹⁴

การประเมินผลลัพธ์การพยาบาล เปรียบเทียบความเหมือนความแตกต่าง และบทเรียนจากการดูแลผู้ป่วย 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง แสดงให้เห็นว่าการประเมินความเสี่ยงอย่างรอบคอบและการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมช่วยเพิ่มความปลอดภัย ผลลัพธ์ด้านความรู้และความสามารถในการดูแล

ตนเองพบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายการดูแลตนเองหลังจำหน่ายได้ถูกต้องและปฏิบัติตามคำแนะนำ แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการให้ความรู้แบบหลายวิธีร่วมกับการติดตามต่อเนื่อง สอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มที่เน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง¹² แม้ผู้ป่วยรายที่สองต้องใช้เวลาช้านานกว่าในการปรับสภาพร่างกาย แต่การจัดการอย่างเหมาะสมทำให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจนมีความพร้อม การเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยสองรายแสดงให้เห็นว่าแม้จะมีความเหมือนกันในหลายประเด็น เช่น การมีโรคเบาหวาน การปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี และการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี แต่ก็มีความแตกต่างสำคัญในเรื่อง ความรุนแรงของโรค ระดับความวิตกกังวล และวิธีการรับมือกับความเครียด ความแตกต่างเหล่านี้แสดงให้เห็นความจำเป็นในการปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล บทเรียนที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยสองรายแสดงให้เห็นความสำคัญของการประเมินแบบองค์รวม การปรับระบบการพยาบาลตามความสามารถของผู้ป่วย การจัดการความวิตกกังวล การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การติดตามต่อเนื่อง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และความยืดหยุ่นในการปรับแผนการพยาบาล ทั้งหมดนี้สอดคล้องกับหลักการพยาบาลสมัยใหม่ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย¹²

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับแนวทางให้เหมาะสมกับบริบท การนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับกลับบ้านให้ใหญ่ไปใช้ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง โดยศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และภาวะแทรกซ้อน ความพร้อม

ด้านบุคลากร อุปกรณ์ ระบบระดับความรู้สึกร่วมกัน โครงสร้างพื้นฐาน ระบบสารสนเทศ และวัฒนธรรมการทำงาน

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพ ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และภาวะแทรกซ้อน เทคนิคการประเมินผู้ป่วยด้วยกรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม การเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่งกลับ การให้ยาระบายและการประเมินคุณภาพการเตรียมลำไส้ การดูแลผู้ป่วยระหว่างการระงับความรู้สึกและการส่งกลับ การเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน การประเมินความพร้อมจำหน่ายด้วย Aldrete Score การให้สุขศึกษาและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การใช้แนวทางการดูแลทางคลินิกและ Clinical Pathway การติดตามดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน และการใช้ระบบสารสนเทศในการบันทึกและติดตามข้อมูล

3. ควรมีการสร้างความรู้และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้สื่อการสอนที่หลากหลายและเข้าใจง่าย เช่น คู่มือการเตรียมตัวและการดูแลตนเอง วิดีโอ รูปภาพ แผ่นพับ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย

4. ควรมีการพัฒนาระบบการส่งต่อและการติดตามต่อเนื่อง ควรพัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพโดยกำหนดเกณฑ์การส่งต่อที่ชัดเจน ใช้แบบฟอร์มการส่งต่อมาตรฐานที่มีข้อมูลครบถ้วน สร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการตอบกลับผลการรักษาจากโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ จัดทำระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างเป็นระบบผ่านการโทรศัพท์ในสัปดาห์แรก การเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่สอง และการตรวจติดตามในสัปดาห์ที่หก ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

และอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามดูแลผู้ป่วย
ในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้
ใหญ่ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และภาคี
เครือข่าย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีใน

กระบวนการศึกษาทุกขั้นตอน ขอขอบคุณ
ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพ
เครื่องมือ รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่
ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูล จนกระทั่งประสบ
ความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- 1.Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.(2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49.
- 2.Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F.(2017). Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut.* 2017;66(4):683-91.
- 3.World Health Organization.(2022). *Cancer country profiles – Thailand.* Geneva: WHO; 2022.
- 4.Rex DK, Boland CR, Dominitz JA, Giardiello FM, Johnson DA, Kaltenbach T, et al.(2017). Colorectal cancer screening: Recommendations for physicians and patients from the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol.* 2017;112(7):1016-30.
- 5.Reumkens A, Rondagh EJ, Bakker CM, Winkens B, Masclee AA, Sanduleanu S. Post-colonoscopy complications: A systematic review, time trends, and meta-analysis of population-based studies. *Am J Gastroenterol.* 2016;111(8):1092-101.
- 6.ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล.(2564). รายงานสถานการณ์มะเร็งในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- 7.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.(2565). รายงานสถิติผู้ป่วยมะเร็ง พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- 8.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.
- 9.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2567). รายงานสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ประจำปี พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- 10.ห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.(2568). รายงานสถิติการให้บริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พ.ศ. 2565-2567. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
- 11.Gordon M.(1994). *Manual of nursing diagnosis.* 12th ed. Jones & Bartlett Learning.
- 12.Orem DE.(2001). *Nursing: Concepts of practice.* 6th ed. Mosby.
- 13.เนาวรัตน์ แก้วตา, สุตารัตน์ บรรหารักษ์, ธีระวัฒน์ อภิชาติวัลลภ.(2568). การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักแบบผู้ป่วยนอกในผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ และสุขภาพ.* 2568;48(1):92-110.
- 14.ทิพย์รัตน์ กันทะวงศ์, วรรณภา วงศ์ทองแก้ว, วัลลดา จันทร์เรืองวนิช, อวยพร เก้าสมบัติวัฒนา.(2565). ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องด้วยการสื่อสารทางไกลต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก: การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม. *วารสารสภาการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย.* 2565;37(3):161-76.
- 15.ลัดดาวัลย์ ประจวบกลาง.(2568). บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ที่โรงพยาบาลรามารามิบัติ. *วารสารการพยาบาล.* 2568;27(1):97-109.