

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต: กรณีศึกษา 2 ราย

Application of Orem's theory in caring for end-stage chronic kidney disease patients undergoing kidney transplantation: 2 case studies

สมบุญ บัวศักดิ์*

Somboon Buasak*

ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก
Medicine Intensive Care Unit 1, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: sbmed248132@gmail.com

(Received: October 30, 2024; Revised: December 20, 2024; Accepted: March 24, 2025)

บทคัดย่อ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายพบเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด เพราะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ แต่การพยาบาลหลังผ่าตัดพบความเสี่ยงการทำงานของไตล่าช้า ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ภาวะปฏิเสธไตเฉียบพลัน และการติดเชื้อ อีกทั้งผู้ป่วยจะต้องมีความรู้และต้องปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวต่อไป

การศึกษาค้นคว้านี้ นำทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม 3 ระบบ คือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด 2) ระบบทดแทนบางส่วน และ 3) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มาประยุกต์ให้การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำนวน 2 ราย โดยรายที่ 1 เป็นเพศชาย รับไตจากผู้บริจาคสมองตาย หลังผ่าตัดพบการทำงานของไตล่าช้า สารน้ำและเกลือแร่ไม่สมดุล และภาวะช็อค รายที่ 2 เป็นเพศหญิง รับไตจากผู้บริจาคมีชีวิต หลังผ่าตัดไตใหม่ทำงานได้ดี แต่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและปรับสมดุลสารน้ำและเกลือแร่อย่างใกล้ชิด ทั้งสองรายได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะจำหน่าย รวมถึงการฝึกทักษะการดูแลตนเอง ผลลัพธ์การพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความปลอดภัยและสามารถดูแลตนเองได้ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 21 วัน และ 11 วัน ตามลำดับ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาล ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ทฤษฎีพยาบาลของโอเร็ม, ไตวายระยะสุดท้าย, ผ่าตัดปลูกถ่ายไต, กรณีศึกษา

Abstract

End-stage Renal Disease (ESRD) has emerged as a critical public health issue at the national level due to the increasing number of patients. Kidney transplantation is the most effective treatment as it enhances patient survival rates and quality of life. However, post-operative nursing care faces challenges such as delayed graft function, fluid and electrolyte imbalances, acute rejection episodes, and infections. Additionally, patients must acquire adequate knowledge and adhere strictly to self-care practices to prevent complications and maintain a good quality of life in the long term.

This study applied Orem's nursing system theory, incorporating three systems: 1) wholly compensatory system, 2) partially compensatory system, and 3) supportive-educative system, to provide nursing care for two patients with ESRD undergoing kidney transplantation. The first case was a male recipient of a kidney from a brain-dead donor. Post-surgery, he experienced delayed graft function, fluid and electrolyte imbalances, and anemia. The second case was a female recipient of a kidney from a living donor. Her new kidney functioned well post-surgery, but she required close monitoring for complications and adjustments in fluid and electrolyte balance. Both patients received comprehensive care during the pre-operative, post-operative, and discharge phases, including self-care skill training. The nursing outcomes showed that the patients were safe and capable of self-care, with discharge times of 21 and 11 days, respectively. The application of Orem's theory enhanced nursing quality by ensuring patient safety, reducing the risk of complications, and effectively promoting self-care capabilities.

Keywords: Orem's nursing theory, end-stage renal disease, kidney transplantation, case study

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease, ESRD) เป็นภาวะที่ไตสูญเสียการทำงานจนไม่สามารถขับของเสียได้ ส่งผลให้เกิดการคั่งค้างของของเสียจำนวนมากจนเกิดภาวะยูรีเมีย หากไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว จากสถิติปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 1,062,756 คน โดย 70,474 คน อยู่ในระยะสุดท้ายที่ต้องการการบำบัดทดแทนไต (สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย, 2566) ปัจจุบันการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Renal Transplantation, RT) เป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดเนื่องจากช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าวิธีอื่น และลดค่ารักษาได้เป็นอย่างมาก (Chang et al., 2004) แต่ปี 2567 มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเพียง 810 คน ขณะที่ยังมีผู้รอรับบริจาคไตถึง 5,038 คน (สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย, 2567) ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศ

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้เริ่มให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคมีชีวิตตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2538 จำนวน 118 ราย ปัจจุบัน ปี พ.ศ.2567 ได้ขยายการผ่าตัดรับไตจากผู้บริจาคสมองตายเพิ่มขึ้น (โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 2567) เพื่อเพิ่มโอกาสของผู้ป่วยและลดระยะเวลาการรอคอยไต แต่การพยาบาลมีความยุ่งยากซับซ้อนหลังผ่าตัดพบการทำงานของไตล่าช้า เสี่ยงต่อการสูญเสียอวัยวะ การติดเชื้อ (จักรพงษ์ บรมินهنนท์, 2567) และมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีความรู้ในเรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและการบริหารยาตามคู่มือที่กำหนดภายใน 30 นาที ก่อนเข้าผ่าตัด หลังผ่าตัดต้องส่งเสริมการฟื้นตัวของไตที่ปลูกถ่ายโดยการควบคุมสารน้ำและเกลือแร่ที่เหมาะสม การให้ยาควบคุมภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา การป้องกันภาวะปฏิเสธไตเฉียบพลันและการติดเชื้อ (จิรารัตน์ สุพร, 2567) โดยเฉพาะการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (พิชญา ประจันพาณิชัย, 2563) พยาบาลยังต้องมีทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม เพื่อการผ่าตัดที่รวดเร็วซึ่งจะช่วย

ลดระยะเวลาการทำงานของไตล่าช้าได้ มีทักษะในการประเมิน วางแผน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงทักษะในการสอน ชี้แนะ สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา กฎมณเฑาะว์กันให้ถูกต้อง การป้องกันการติดเชื้อการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตและไขมันในเลือดสูงหลังผ่าตัด (อิสริยาภรณ์ แสงสวย, 2560) ส่งเสริมให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ 3 ลิตรต่อวัน ฝึกการวัดไข้ วัดความดันโลหิต การประเมินอาการปฏิเสธได้แก่ ความดันโลหิตสูง ปวดบริเวณไตที่ปลูกถ่าย มีไข้หนาวสั่น ปัสสาวะออกน้อย บวมขึ้น ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที และต้องมาตรวจตามนัด จากที่กล่าวมาพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระยะจำหน่ายในการเฝ้าระวังภาวะปฏิเสธไตเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ การปรับตัว พัฒนาทักษะการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ของโอเร็ม อธิบายบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง แบ่งการพยาบาล เป็น 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด ซึ่งพยาบาลช่วยผู้ป่วยแทนความสามารถทั้งหมดของตนเอง 2) ระบบทดแทนบางส่วน ที่พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันดูแล และ 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Orem, 2001) ที่พยาบาลช่วยส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะต้องทำหน้าที่ช่วยเหลือ ชี้แนะ สนับสนุน สอน และสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถพึ่งพาตนเองต่อไป จากการศึกษาทฤษฎีของโอเร็มได้รับการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะวิกฤตและกลุ่มโรคเรื้อรัง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (สุนิสา เดชพิชัย และจิราภรณ์ ชูวงศ์, 2563) การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด (นิดา ประสานเกษม, 2567) และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (พารุณี วงษ์ศรี และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, 2561) ผลการศึกษาพบว่าทฤษฎีของโอเร็มช่วยส่งเสริมบทบาทหน้าที่อิสระของพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางที่ช่วยสนับสนุนพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต พร้อมทั้งกระตุ้นการเรียนรู้และความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ให้การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองและความรู้หลังการผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะจำหน่าย แก่วิชาชีพพยาบาลและผู้ที่สนใจสามารถนำความรู้ไปใช้ในการพยาบาลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาการนำทฤษฎีของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

วิธีดำเนินการวิจัย

เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคมีชีวิตและผู้บริจาคสมองตาย ที่เข้ารับการรักษาในศูนย์ผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำนวน 2 ราย ระหว่างวันที่ 6 - 27 มิถุนายน 2567 และวันที่ 2 - 13 สิงหาคม 2567

กรณีศึกษารายที่ 1

1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 35 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย จบการศึกษาปริญญาตรี อาชีพรับข้าราชการตำรวจ รายได้ 25,000 บาท/เดือน

2. อาการสำคัญ แพทย์นัดมาผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตาย

3. ประวัติปัจจุบัน 3 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจสุขภาพประจำปี พบมีความดันโลหิตสูงและมีภาวะไตวายระยะที่ 4 มารับการรักษาต่อเนื่อง ไม่มีภาวะซีด ปัสสาวะยังออกได้ ไม่มีอาการบวม

9 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการอ่อนเพลียง่าย ปัสสาวะออกลดลง มาตรวจพบมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เริ่มทำ Hemodialysis (HD) โดยการใส่สายฟอกเลือดชนิดชั่วคราวไว้ที่บริเวณคอด้านขวา (right internal jugular vein) เริ่มทำ HD 3 ครั้ง/สัปดาห์ วันที่ 8 สิงหาคม 2566 และมีการเตรียมความพร้อมการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตาย

วันนี้ แพทย์นัดมาเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตาย

4. ประวัติเจ็บป่วยในอดีต พบเป็นโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุ 32 ปี รับประทาน Lasix (500) ½ tab PO OD สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

5. การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 77.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 183 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 23.32 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ฟังเสียงลมผ่านเข้าออกปอดโล่งดี มีสายฟอกเลือดชนิดชั่วคราวไว้ที่บริเวณคอด้านขวา (right internal jugular vein) แผลแห้งดี ความดันโลหิต 160/92 mmHg ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 99% อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส มีสีผิวคล้ำเล็กน้อย เยื่อบุตาไม่ซีด แขนขาเคลื่อนไหวได้ปกติ ขา 2 ข้างไม่บวม ปัสสาวะออก 500 mL/day อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ

6. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก CXR ปกติ

7. ผล Ultrasound transplant 9 มิถุนายน 2567: Retroperitoneal perinephric hematoma along the superoposterior part transplanted kidney.

8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ วันที่ 6 มิถุนายน 2567: จังหวะการเต้นของหัวใจปกติ อัตรา 92 ครั้ง/นาที และวันที่ 8 มิถุนายน 2567: จังหวะการเต้นของหัวใจปกติ อัตรา 98 ครั้ง/นาที EKG พบ tall peaked T waves at Lead II.

9. ผลการตรวจ Human leukocyte antigen typing (HLA typing): mismatch 2 ages (HLA-B and HLA-DR), crossmatch: T cell, B cell: negative, Human leukocyte antibody (panel reaction antibody: PRA): O, Blood group: O Rh positive.

10. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC Hb 14.8 g% Hct 45.5% WBC 12,050 cells/cu.mm. Platelet 270,000 cell/mm³ Coagulogram PTT 28.3 sec. PT 12.3 sec. BUN 48 mg% creatinine 11.52 g/dL eGFR 5 mL/min/1.73 m² Na 133 mmol/L K 4.6 mmol/L Chloride 103 mmol/L CO₂ 17 mmol/L glucose 70 mg%

สรุปอาการและการรักษาของแพทย์

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 35 ปี วินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการฟอกเลือด HD 3 ครั้ง/สัปดาห์ มา 9 เดือน เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตาย วันที่ 7 มิถุนายน 2567 โดยไตของผู้บริจาคแช่อยู่ในน้ำแข็ง 21 ชั่วโมง 3 นาที หลังการผ่าตัดพบการทำงานของไตล่าช้า มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ รักษาโดยทำ HD 3 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง ไตใหม่เริ่มทำงานได้ดี (post op day 16) ปัสสาวะออกดี มีภาวะสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ค่าการทำงานของไตดีขึ้น จาก creatinine 12.81 g/dL, eGFR 7 mL/min/1.73 m² ลดลงเหลือ 2.92 g/dL และ eGFR เพิ่มขึ้นเป็น 44 mL/min/1.73 m² หลังการผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยมีภาวะซีดลง ผลอัตราขาวด์พบมีเลือดออกบริเวณหลังไตที่ปลูกถ่ายหยุดได้เอง ค่าความเข้มข้นเลือดลดลงจาก Hct 39.4% เป็น 24.6% รับประทานกระตุ่นการสร้างเม็ดเลือดแดง ค่าความเข้มข้นเลือดคงที่ ปริมาณน้ำเลือดในขวตระบายลดลงสามารถนำออกได้

แผลผ่าตัดติดดี ตัดไหมได้ (post op day 13) หลังตัดไหม 1 วัน พบแผลผ่าตัดแยกระดับผิวหนัง 1 เซนติเมตร ดูแลที่แผลจนหายไม่พบการติดเชื้อ ผู้ป่วยมีความรู้สามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง แพทย์ให้จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 27 มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 21 วัน และนัดมาติดตามการทำงานของไต และ นำยาละลายลิ่มเลือดในท่อไตออก 1 สัปดาห์ วันที่ 2 กรกฎาคม 2567 จากการติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และสามารถดูแลตนเองได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้น

กรณีศึกษารายที่ 2

1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 31 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพ อิสระ รายได้ 10,000 บาท/เดือน

2. อาการสำคัญ แพทย์นัดมาผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคมีชีวิต

3. ประวัติปัจจุบัน 5 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการชั๊ตอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ปัสสาวะออกน้อยลง ไปตรวจโรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวร บอกว่าเป็นไตเสื่อม มีภาวะโพแทสเซียมสูง ร่วมกับมีภาวะชั๊ต ได้รับเลือด 1 ถัง ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 แพทย์วินิจฉัยไตวายระยะสุดท้าย สงสัยจากภาวะไตอักเสบไอจีเอ (IgA nephropathy) ได้เริ่มทำ HD โดยการใส่สายฟอกเลือดชนิดชั่วคราวที่บริเวณคอด้านขวา (Right internal jugular vein)) เริ่มทำ HD 3 ครั้ง/สัปดาห์ วันที่ 9 มีนาคม 2566 และมีการเตรียมความพร้อมการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคมีชีวิตและผู้บริจาคสมอตาย

วันนี้ มาตรวจตามนัดเพื่อเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคมีชีวิต (มารดาให้ไต)

4. ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธการเจ็บป่วยที่รุนแรง ไม่เคยตรวจพบโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคติดเชื้ออื่นๆ

5. การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยหญิงไทย รู้สึกตัวดี รูปร่างผอม น้ำหนัก 43.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 18.06 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ฟังเสียงลมผ่านเข้าออกปอดโล่งดี มีสายฟอกเลือดชนิดชั่วคราวไว้ที่บริเวณคอด้านขวา (Right internal jugular vein) แผลผ่าตัด ความดันโลหิต 130/91 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 99% อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส และสีผิวคล้ำเล็กน้อย เยื่อปอดไม่ซีด แขนขาเคลื่อนไหวได้ปกติ ขา 2 ข้างไม่บวม ปัสสาวะออก 300 ml/day อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ

6. การวินิจฉัยโรค ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage Renal Disease)

7. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก CXR ปกติ

8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ: จังหวะการเต้นของหัวใจปกติ อัตรา 80 ครั้ง/นาที

9. ผลการตรวจ Human leukocyte antigen typing (HLA typing): Haploidentical, mismatch 1 age (HLA-DQB1), crossmatch: T cell, B cell: negative, Human leukocyte antibody (panel reaction antibody: PRA): 0, Blood group: O Rh positive

10. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC : Hb 11.7 g%, Hct 36.1%, WBC 5,230 cells/cu.mm, Platelet 210,000 cell/mm³, Coagulogram PTT 28.2 sec., PT 11.7 sec., BUN 38 mg%, creatinine 7.35 g/dL, eGFR 7 ml/min/1.73 m², Na 137 mmol/L, K 4.8 mmol/L, Chloride 99 mmol/L, CO₂ 21 mmol/L, glucose 72 mg%

สรุปอาการและการรักษาของแพทย์

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 31 ปี ได้รับการวินิจฉัยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประมาณ 17 เดือน ได้รับการฟอกเลือด HD 3 ครั้ง/สัปดาห์ มา 5 เดือน เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคมีชีวิต (มารดาให้ไต) วันที่ 6 สิงหาคม 2567 โดยไตของผู้บริจาคอยู่ในน้ำแข็ง 13 นาที หลังการผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน ปัสสาวะออกดี การทำงานไตดีขึ้น จาก creatinine 7.35 g/dL, eGFR 7 ml/min/1.73 m² ลดลงเหลือ 0.83 g/dL และ eGFR เพิ่มขึ้น เป็น 94 ml/min/1.73 m² แผลผ่าตัดติดดี ผู้ป่วยมีความรู้สามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้ แพทย์ให้จำหน่าย

กลับบ้านได้ วันที่ 13 สิงหาคม 2567 รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 11 วัน และนัดมาติดตามการทำงานของไต และ
 นัดนำสายระบายน้ำปัสสาวะในท่อไตออก 1 สัปดาห์ วันที่ 20 สิงหาคม 2567 จากการติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน
 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และสามารถดูแลตนเองได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้น

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ตารางที่ 1 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

วินิจฉัยการพยาบาล	ระบบพยาบาล วัตถุประสงค์	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
1. มีภาวะของเสียคั่ง จากการทำงานของไต ลดลง ข้อมูลสนับสนุน <u>กรณีศึกษาที่ 1:</u> วันที่ 6 มิ.ย. 2567 - BUN 34 mg/dL creatinine 10.03 mg/dL eGFR 5 mL/min/1.73 m ² ปัสสาวะออก 100 mL/day <u>กรณีศึกษาที่ 2:</u> วันที่ 3 ส.ค. 2567 - BUN 38 mg/dL creatinine 7.35 mg/dL eGFR 5 mL/min/1.73 m ² ปัสสาวะออก 300 mL/day	ระบบการพยาบาล ระยะทดแทน บางส่วน สนับสนุนและให้ ความรู้ วัตถุประสงค์ - ปกติภัยไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจาก ภาวะของเสียคั่ง เกณฑ์ประเมินผล - ระดับความรู้ตัว ปกติ - อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที - SpO ₂ 95-100 % - นอนราบได้ ฟัง เสียงปอดปกติ ไม่มี เสียง crepitation	- ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว เช่น ระดับความรู้ สติ เปลี่ยนแปลงซึม สับสน อ่อนเพลีย บวม กระสับกระส่าย หายใจหอบ คลื่นไส้อาเจียน ความดันโลหิตสูง บันทึกรายงานเพื่อการ แก้ไข - ประเมินภาวะน้ำเกิน ได้แก่ อาการหายใจ เหนื่อย ไอมีเสมหะเหลว ฟัง lung พบเสียง crepitation, SpO ₂ ในเลือดลดลง - ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง - ติดตามสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง - ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารจัด จำกัดน้ำ ดื่ม - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำ HD โดยรายแรก ทำ วันที่ 6 มิ.ย.2567 รายที่ 2 ทำ HD วันที่ 3 และ 5 ส.ค.2567 ก่อนผ่าตัด - แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังทำ HD ได้แก่ sign Disequilibrium syndrome ถ้ามีอาการอ่อนเพลียเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อแขนขา อ่อนแรง เกร็งกระตุก ให้แจ้งทันที	กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 6 มิ.ย. 2567 - รู้สึกตัวดี นอนราบได้ ฟังปอดปกติ - อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที - SpO ₂ 98 % - หลังทำ HD อาการ ปกติ No Ultrafiltration (UF) กรณีศึกษาที่ 2: วันที่ 3, 5 ส.ค. 2567 - รู้สึกตัวดี นอนราบได้ ฟังปอดปกติ - อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที - SpO ₂ 99 % - หลังทำ HD อาการ ปกติ No UF
2. วิดกกังวลเนื่องจาก พร่องความรู้ในการ ผ่าตัดปลูกถ่ายไต ข้อมูลสนับสนุน <u>กรณีศึกษาที่ 1:</u> วันที่ 6 มิ.ย. 2567 <u>กรณีศึกษาที่ 2:</u> วันที่ 3 ส.ค. 2567 - ผู้ป่วยบอกไม่มี ความรู้ - การผ่าตัดครั้งนี้เป็น ครั้งแรก	ระบบการพยาบาล สนับสนุนและให้ ความรู้ วัตถุประสงค์ - สามารถปฏิบัติตัว ได้ถูกต้องเกี่ยวกับ การเตรียมตัวก่อน ผ่าตัดและหลังผ่าตัด เกณฑ์ประเมินผล - สามารถบอกข้อดี ความเสี่ยงที่จะ เกิดขึ้นได้ - ยินยอมผ่าตัด	- ให้ความรู้เรื่องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ข้อดี คือ ผู้ป่วยไม่ต้องกลับไปทำ HD และจำกัดอาหาร ความเสี่ยง ได้แก่ ภาวะปฏิเสธไตเฉียบพลัน การ ทำงานของไตใหม่ล่าช้า การติดเชื้อพบมากคือ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเสียเลือด จากการผ่าตัด - ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลัง ผ่าตัดปลูกถ่ายไต ดังนี้ 1) ระยะเตรียมผ่าตัด ให้ความรู้ ได้แก่ - การเตรียมผ่าตัดโดยทั่วไป เช่น การตรวจ เลือด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การถ่ายภาพ เอกซเรย์ทรวงอก และการงดอาหารและน้ำ - การเตรียมร่างกาย ได้แก่ การดูแลความ สะอาดร่างกาย อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บให้สั้น	กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 6 มิ.ย. 2567 กรณีศึกษาที่ 2: วันที่ 3 ส.ค. 2567 - ผู้ป่วยมีความรู้เรื่อง ข้อดี ยอมรับความเสี่ยง ที่จะเกิดขึ้นได้ พร้อมลง นามยินยอมผ่าตัด - สามารถบอกปฏิบัติ ตัวก่อนและหลังการ ผ่าตัดได้ถูกต้อง - สามารถทำกายภาพ ได้ถูกต้อง

วินิจฉัยการพยาบาล	ระบบพยาบาล วัตถุประสงค์	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
- ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับการผ่าตัดด้วยสีหน้ากังวล	- สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งก่อนผ่าตัดและหลังการผ่าตัด - มีสีหน้าคลายกังวล	ไม่สวมใส่ของมีค่า ฟันปลอม ชุดชั้นในเข้าห้องผ่าตัด - สอนการหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ การไอขับเสมหะที่ถูกต้องเพื่อลดอาการเจ็บแผลผ่าตัดและฝึกการลุกเคลื่อนไหว - การเตรียมลำไส้ให้สะอาดก่อนผ่าตัด 2) ระบายผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ให้ความรู้ได้แก่ - ระบายผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับยาสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ หลังผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยจะได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ จะมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องด้านข้าง มีสายให้น้ำเกลือ สายระบายน้ำเลือดและสายระบายน้ำปัสสาวะ - ผู้ป่วยจะได้รับยากดภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการปฏิเสธไต การเจาะเลือด และการเก็บปัสสาวะส่งตรวจเพื่อดูการทำงานของไตเป็นระยะๆ - จะมีอาการปวดแผล และการได้รับยาแก้ปวด - แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดตามที่สอนเพื่อการฟื้นตัวที่ดีและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น 3) ระบายจำหน่าย - ผู้ป่วยจะได้รับการสอนในเรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัด การมาตรวจตามนัดจากแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ยกเว้นกรณีศึกษาที่ 2 จะเริ่มเรียนรู้ในเรื่องการฝึกวัดไข้ วัดความดันโลหิต ยากดภูมิคุ้มกันและการป้องกันการติดเชื้อก่อนผ่าตัด เนื่องจากนัดมาเตรียมตัวก่อนผ่าตัด 3 วัน	- สามารถบอกอาการผิดปกติของการได้รับยากดภูมิคุ้มกันได้ - บอกมีความพร้อมเรียนรู้ก่อนการจำหน่าย - ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวล กรณีศึกษาที่ 2: วันที่ 5 ส.ค. 2567 - สามารถวัดไข้ วัดความดันโลหิต บอกการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน และการป้องกันการติดเชื้อได้
3.เตรียมความพร้อมผ่าตัดปลูกถ่ายไต ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 6 มิ.ย. 2567 กรณีศึกษาที่ 2: วันที่ 3 ส.ค. 2567 - ได้รับการคัดเลือกผ่าตัด - ผู้ป่วยรับทราบข้อดี/ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น - ลงนามยินยอมผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว	ระบบการพยาบาลระยะทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนให้ความรู้ วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงและมีความพร้อมผ่าตัดปลูกถ่ายไตตามกำหนด เกณฑ์ประเมินผล - ได้รับการประเมินความเสี่ยง - คลื่นไฟฟ้าหัวใจ	- ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนการได้รับการผ่าตัด ได้แก่ การประเมินโรคประจำตัว การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือด ยาละลายลิ่มเลือด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภาพเอกเรย์ทรวงอก หมู่เลือดความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อ (HLA typing,Crossmatching) - ประสานทีมสหวิชาชีพ ติดตามการประเมินความพร้อมตามแนวปฏิบัติมาตรฐานการผ่าตัดผู้ป่วยปลูกถ่ายไต - เตรียมอุปกรณ์ ยา สารน้ำ โดยตรวจสอบความถูกต้อง วันหมดอายุ เตรียมเครื่องควบคุมการหยุดของสารน้ำ/ยา เครื่องวัดและแสดงสัญญาณชีพ และเตรียมห้องปราศจากเชื้อโรค	กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 7 มิ.ย. 2567 - Hct 45.5% Platelet 210,000 cell/mm3 PT 12.3 sec. PTT 28.3 sec. - ค่าความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อ mismatch 2 ages (HLA-B and HLA-DR) กรณีศึกษาที่ 2: วันที่ 6 ส.ค. 2567

วินิจฉัยการพยาบาล	ระบบพยาบาล วัตถุประสงค์	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
	ภาพเอกซเรย์ทรวงอกปกติ ได้รับการหยุดยาด้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือด หยุดยาละลายลิ่มเลือด 7 วันก่อนการผ่าตัด - Hct > 30%, Platelet > 100,000 cell/mm3 - PT 10-12.9 sec. PTT 20.9-31.11 sec. - ผลการตรวจค่าความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อ สามารถผ่าตัดได้	- group match LPRC 2 unit for OR - Set ผ่าตัด โดยต้องตรวจสอบความถูกต้องตามมาตรฐานการผ่าตัด - สวน Unison enema ก่อนการผ่าตัด - ให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำดื่ม 8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด - ดูแลให้ได้รับยาคุมภูมิคุ้มกัน กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 ดังนี้ simulect 20 mg + 0.9% NSS 100 ml vein drip in 30 min ส่วนยา prograf(1) กรณีศึกษาที่ 1 ให้รับประทาน 5 cap กรณีศึกษาที่ 2 ให้รับประทาน 2 cap (คำนวณตามน้ำหนักตัว) ก่อนเข้าห้องผ่าตัด 2 ชั่วโมง เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ผื่น ลมพิษ แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หรือมีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ บ่นทิกและรายงานแพทย์ทันที - ให้กำลังใจผู้ป่วย และส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด พร้อมอุปกรณ์ ยาตามแนวทางการผ่าตัดผู้ป่วยปลูกถ่ายไต	- Hct 36.1 % Platelet 210,000 cell/mm3 PT 11.7 sec. PTT 28.2 sec. - ค่าความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อ mismatch 1 age (HLA-DQB1) ผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีศึกษา - คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภาพเอกซเรย์ทรวงอกปกติ ไม่มีประวัติได้รับยาด้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือด ยาละลายลิ่มเลือด - ผล crossmatch: T cell, B cell: negative ผลการตรวจ PRA: 0 - หลังได้รับยาคุมภูมิคุ้มกันไม่พบผลข้างเคียงจากยา - ผู้ป่วยมีความพร้อมสามารถผ่าตัดได้

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ตารางที่ 2 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

วินิจฉัยการพยาบาล	การวางแผน/ ระบบพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
4. เสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดกั้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> <u>กรณีศึกษาที่ 1:</u> วันที่ 7 มิ.ย. 2567 <u>กรณีศึกษาที่ 2:</u> วันที่ 6 ส.ค. 2567 - ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่ว	ระบบทดแทนทั้งหมดด้วยวิธีการกระทำหรือกระทำแทน วัตถุประสงค์ - ปลอดภัยไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น เกณฑ์การประเมินผล - อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที - BP 100/60-160/90 mmHg - ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที	- จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง มากกว่า 30 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวหายใจได้สะดวก - ประเมินระดับความรู้สึกตัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ กระตุ้นการไอขับเสมหะ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้ ช่วยดูดเสมหะให้ทางเดินหายใจโล่ง - เฝ้าระวังดูสีผิวผู้ป่วยริมฝีปาก ปลายนิ้วมือ เปลี่ยนเป็นสีเขียวคล้ำหรือไม่ ถ้ามีริบหาสาเหตุและแก้ไขทันที - ดูแลให้ได้รับออกซิเจน cannula 3 L/min - สังเกตลักษณะ อัตราการหายใจ ฟังปอด และวัดสัญญาณชีพ SpO ₂ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้น ทุก 1 ชั่วโมง	กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 7 มิ.ย. 2567 - ผู้ป่วยรู้ตัวดี อัตราการหายใจ 16-18 ครั้ง/นาที BP 159/83-180/113 mmHg ชีพจร 98 - 108 ครั้ง/นาที กรณีศึกษาที่ 2: วันที่ 6 ส.ค. 2567 - ผู้ป่วยรู้ตัวดี อัตราการหายใจ 14-16 ครั้ง/นาที BP

วินิจฉัยการพยาบาล	การวางแผน/ระบบพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
ร่างกาย (general anesthesia) - ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมจากยาระงับความรู้สึก Sedation Score = 1 คะแนน	- SpO ₂ 95-100% - ฟังปอดปกติ ไม่มีเสียงครีตคราด - ผู้ป่วยตื่นและไอขับเสมหะออกได้		159/55-162/102 mmHg ชีพจร 90 - 100 ครั้ง/นาที ทั้ง 2 กรณีศึกษา ฟังเสียงปอดโล่ง ไอขับเสมหะออกได้ SpO ₂ 98-99 %
5. มีภาวะ delay graft function ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 8 มิ.ย. 2567 - หลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต BUN 55 mol/L Creatinine 12.81 g/dL (เพิ่มขึ้น) - sodium 126 mmol/L - Potassium 7 mmol/L - EKG: tall peaked T waves at Lead II. - ปัสสาวะออก 20-50 ml/hr - I/O 6,450/1,690 ml/hr	ระบบทดแทนบางส่วน วัตถุประสงค์ - ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก delay graft function เกณฑ์การประเมินผล - ไม่มีภาวะน้ำเกิน อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที - ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที - ค่า SpO ₂ 95-100 % - Creatinine ลดลงต่อเนื่อง - sodium 137-150 mmol/L - Potassium 3.5-5.1 mmol/L	- ประเมินภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะน้ำเกิน หายใจเหนื่อย ฟังปอด มีเสียง crepitation ค่า SpO ₂ < 95% - ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะของเสียคั่ง ได้แก่ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ มึนงง สับสน คลื่นไส้อาเจียน - ประเมินภาวะโพแทสเซียมในร่างกายสูง ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดกล้ามเนื้อ เกร็งกระตุก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าระดับโพแทสเซียมมากกว่า 5.5 mmol/L ถ้าพบการเปลี่ยนแปลงของ peak T wave, widened QRS, prolong PR interval, decrease P wave, progress to ventricular tachycardia ให้รายงานแพทย์ทันที - ประเมินภาวะโซเดียมในร่างกายต่ำ ได้แก่ เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็งกระตุก - วัดสัญญาณชีพ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ทุก 1 ชั่วโมง - ดูแลควบคุมปริมาณสารน้ำเข้าตามแผนการรักษา - ประเมินจำนวนปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำ HD 3 ครั้ง/สัปดาห์ จนกว่าไตใหม่จะเริ่มทำงานได้ดี - ปรึกษานักโภชนาการให้กำหนดอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารจำกัด โปรตีน 0.6-0.8 กรัม/น้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม จำกัดอาหารโพแทสเซียมสูงในช่วงที่มีภาวะ delay graft function - ติดตามการตรวจค่าการทำงานของไตและเกลือแร่วันละ 1 ครั้ง หรือตามแผนการรักษา	กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 8 มิ.ย. 2567 - ผู้ป่วยรู้ตัวดี อัตราการหายใจ 16-18 ครั้ง/นาที BP 159/83-180/113 mmHg ชีพจร 98 - 108 ครั้ง/นาที ค่า SpO ₂ 98-99 % - ฟังเสียงปอดโล่ง วันที่ 9-21 มิ.ย. 2567 - หลังทำ HD 6 ครั้ง Creatinine ลดลงเหลือ 4.58 g/dL ปัสสาวะออก 600-1,000 ml/8 hr - sodium 131-140 mmol/L - Potassium 3.2-4.5 mmol/L - ผู้ป่วยสามารถหยุดการทำ HD post op day 17 วันที่ 24 มิ.ย. 2567 กรณีศึกษาที่ 2: ไม่พบปัญหานี้

วินิจฉัยการพยาบาล	การวางแผน/ระบบพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
6. ไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 7 มิ.ย. 2567 กรณีศึกษาที่ 2: วันที่ 6 ส.ค. 2567 - มีแผลผ่าตัดปลูกถ่ายไตบริเวณท้องด้านซ้ายยาวประมาณ 20 เซนติเมตร - ปวดแผลผ่าตัด pain score 10/10 คะแนน - มีหน้ามืดวิงเวียน	ระบบทดแทนบางส่วนและระบบสนับสนุนให้ความรู้ วัตถุประสงค์ - ปวดแผลผ่าตัดลดลง เกณฑ์การประเมินผล - ผู้ป่วยบอกปวดแผลผ่าตัดลดลง - pain score น้อยกว่า 4/10 คะแนน - มีสีหน้าสดชื่น นอนหลับพักผ่อนได้	- ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด โดยใช้ numeric rating scale ร่วมกับการประเมินสีหน้าท่าทาง - ดูแลให้ยาแก้ปวด กรณีศึกษาที่ 1 morphine 4 mg vein PRN ทุก 4 ชั่วโมง และ morphine 3 mg vein PRN ทุก 4 ชั่วโมง ในกรณีศึกษาที่ 2 ฝาระวังอาการข้างเคียงของยาได้แก่ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน ท้องผูก ถ้าพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้ฉีด plasil 10 mg vein ก่อนให้ยา morphine 15 นาที - ประเมินอาการปวดแผลหลังฉีดยา 10-30 นาที - จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศาเพื่อลดอาการตึงของแผลผ่าตัด - ดูแลแผลผ่าตัดบริเวณกล้ามเนื้อด้านหลังเพื่อบรรเทาอาการปวด - แนะนำเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อบรรเทาอาการปวด ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆ ฯลฯ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หลังฉีดยาผู้ดูแลปวด pain score 4 คะแนน สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ - หลัง post op day 2 ทั้ง 2 กรณีศึกษา pain score < 4/10 คะแนน สรุปผู้ป่วยได้ยาฉีด morphine กรณีศึกษาที่ 1: จำนวน 2 ครั้ง และ กรณีศึกษาที่ 2: จำนวน 1 ครั้ง เฉพาะวันที่ผ่าตัด
7. มีภาวะเสียเลือดจากการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 7 มิ.ย. 2567 - Blood loss ในห้องผ่าตัด 700 ml - เลือดออกในขวด - vacuum drain ขวด 1 = 30 ml/hr ขวด 2 = 50 ml/hr วันที่ 9 มิ.ย. 2567 - Hct 28% กรณีศึกษาที่ 2: วันที่ 6 ส.ค. 2567 - Blood loss ในห้องผ่าตัด 100 ml - vacuum drain ขวด 1 = 10 ml/hr ขวด 2 = 5 ml/hr	ระบบทดแทนทั้งหมดด้วยวิธีการกระทำหรือกระทำแทน วัตถุประสงค์ - ปลอดภัยจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล - BP 100/60-160/90 mmHg - ชีพจร 60-120 ครั้ง/นาที - Hct ไม่ลดลงมากกว่า 3% ของ Hct เดิม - ผู้ป่วยไม่อาเจียน - ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ml/hr - ปริมาณเลือดออกในขวด vacuum drain < 50 ml/hr	- วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้น ทุก 1 ชั่วโมง - ประเมินและบันทึกการสูญเสียเลือดบริเวณตำแหน่งแผลผ่าตัด ถ้ามีปวด อึดแน่นท้องเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดออกในขวด vacuum drain มากกว่าหรือเท่ากับ 50 ml/hr ให้รายงานแพทย์ทันที - กรณีศึกษาที่ 1 เจาะและติดตามค่า Hct ทุก 6 ชั่วโมง (วันที่ 9-12 มิ.ย. 2567) จากมีเลือดออกในห้องผ่าตัดมาก ส่วนรายที่ 2 เจาะ Hct 1 วัน ถ้าพบลดลงมากกว่า 3% ของ Hct เดิม ให้รายงานแพทย์ทันที - ดูแลสาย vacuum drain ไม่ให้อุดตัน และหักพับงอและอยู่ในระบบปิดเสมอ - ดูแลให้ยาฉีด transamin 500 mg vein ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อระงับภาวะเลือดออก (กรณีศึกษาที่ 1) - เตรียมผู้ป่วยส่งอัลตราซาวด์ เพื่อประเมินภาวะเลือดออก (กรณีศึกษาที่ 1 วันที่ 9 มิ.ย. 2567)	กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 8 มิ.ย. 2567 - ค่า Hct 32-34% วันที่ 9 มิ.ย. 2567 Hct 20.6% (ลดลง) - Ultrasound transplant พบ retroperitoneal perinephric hematoma along the transplanted kidney no active bleeding. - vacuum drain ออก 15-20 ml/hr/ขวด - ไม่มีอาการซีด Hct 24.6% (24 มิ.ย. 2567)

วินิจฉัยการพยาบาล	การวางแผน/ระบบพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
		- เตรียมความพร้อมผู้ป่วยส่งเข้าห้องผ่าตัดกรณีเลือดออกไม่หยุด (กรณีศึกษาที่ 1) - ดูแลให้ยาฉีด Eposis 15,000 unit vein OD จำนวน 3 ครั้ง ในกรณีศึกษาที่ 1 เพื่อกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง โดยการเก็บรักษายาที่อุณหภูมิ 2 - 8 องศา ใช้ syringe ดูดยาช้าๆ ไม่เขย่าขวดยาเนื่องจากจะทำให้ยาเสื่อมสภาพ และตรวจสอบความถูกต้องตามหลัก 10R (กรณีศึกษาที่ 1) - เจาะ CBC และติดตามผล (กรณีศึกษาที่ 1)	กรณีศึกษาที่ 2: วันที่ 7 ส.ค. 2567 - vacuum drain ออก 5-10 mL/hr/ขวด - Hct 34-36%
8. เสี่ยงต่อภาวะปฏิเสธไตเฉียบพลัน ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 7 มิ.ย.2567 - HLA typing: mismatch 2 ages (HLA-B and HLA-DR) - cold ischemic time 21 ชั่วโมง 3 นาที - I/O positive balance - ผล BUN 55 mg/dl - creatinine 12.81 mg/dl (เพิ่มขึ้น) กรณีศึกษาที่ 2: วันที่ 6 ส.ค.2567 - HLA typing: Heploidentical, mismatch 1 age (HLA-DQB1)	ระบบทดแทนบางส่วนและระบบสนับสนุนให้ความรู้ วัตถุประสงค์ - ไม่มีภาวะปฏิเสธไตเฉียบพลัน เกณฑ์การประเมินผล - graft ไม่บวม ปวด ไม่มีไข้หนาวสั่น - BP 100/60-160/90 mmHg - ชีพจร 60-120 ครั้ง/นาที - แผลผ่าตัด vacuum drain ปริมาณเลือดออกเล็กน้อยหรือไม่มี - ปัสสาวะสีเหลืองใสออก > 200 mL/hr - BT > 37.5 องศาเซลเซียส - น้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้น > 1 กิโลกรัม/วัน - ผล BUN/creatinine ลดลงต่อเนื่อง - ระดับยา prograf level 5-15 ng/mL	- ประเมินภาวะปฏิเสธไตเฉียบพลัน ได้แก่ ปวดบริเวณตำแหน่งปลูกถ่ายไต มีไข้หนาวสั่น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตสูง - ประเมินเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด ปริมาณเลือดออกในขวด vacuum drain ถ้า > 50 mL/hr ให้รายงานแพทย์ทันที - ดูแลให้สารน้ำให้เพียงพอตามแผนการรักษา - ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า BP > 160/90 mmHg ชีพจร > 120 ครั้ง/นาที เบาเร็ว ให้รายงานแพทย์ - ประเมินลักษณะสีปัสสาวะและตวงปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง ใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด หลังจากนั้น ทุก 2 ถึง 4 ชั่วโมง ถ้าพบมีเลือดออกมากขึ้น ปัสสาวะออก < 200 mL/hr ให้รายงานแพทย์ทันที - วัดไข้ ทุก 4 ชั่วโมง - ชั่งน้ำหนักประเมินความสมดุลของสารน้ำวันละ 1 ครั้ง - ให้อาากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัดในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2 ได้แก่ methylprednisolone 500 mg vein OD หลังจากนั้นลดลงวันละ 50% จากวันก่อนหน้า จนถึง post op day 3 และ day 4 เปลี่ยนเป็น prednisolone 4 tab PO tid pc, กรณีศึกษาที่ 1 ให้ prograf (1) 5 cap PO q 12 hr, myfortic (150) 3 cap PO bid ac กรณีศึกษาที่ 2 ให้ prograf (1) 3 cap PO q 12 hr, myfortic (150) 2 cap PO bid ac จากมีน้ำหนักตัวน้อยกว่ากรณีศึกษารายที่ 1 - ให้ความรู้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาากดภูมิคุ้มกัน ถูกต้อง ตรงเวลา เพื่อป้องกันการปฏิเสธไต	กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 23 มิ.ย.2567 ไม่มีภาวะปฏิเสธไต แต่มีภาวะ delay graft function ปัสสาวะออก 15-20 mL/hr หลังผ่าตัด ต้องทำ HD 3 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง post op day 16 ปัสสาวะเริ่มออกดี แพทย์ให้หยุดทำ HD ได้ - ค่า BUN 40 mg%, creatinine 2.92 mg% (วันที่ 27 มิ.ย. 2567) - prograf level 3.63-9.54 ng/mL กรณีศึกษาที่ 2: วันที่ 13 ส.ค.2567 ไม่มีภาวะสลดไตเฉียบพลัน - หลังผ่าตัดปัสสาวะออกดี - ค่า BUN 24 mg%, creatinine 0.83 mg% - prograf level 9.89-12.56 ng/mL

วินิจฉัยการพยาบาล	การวางแผน/ระบบพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
9. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากได้รับยากดภูมิคุ้มกัน	ระบบทดแทนบางส่วนและระบบสนับสนุนให้ความรู้	- ติดตามผล BUN, creatinine, ระดับยากดภูมิคุ้มกัน	
ข้อมูลสนับสนุน - ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน Simulect, prograf, myfortic และ methylprednisolone	วัตถุประสงค์ - ไม่เกิดการติดเชื้อในร่างกาย	- ให้การพยาบาลด้วยหลักเทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 23 มิ.ย.2567
- กรณีศึกษาที่ 1 มีแผลผ่าตัดแยก 1 เซนติเมตร (วันที่ 21 มิ.ย.2567)	เกณฑ์การประเมินผล - BT< 37.5 องศาเซลเซียส	- จัดให้ผู้ป่วยนอนพักในห้องแยก อนุญาตให้ญาติเยี่ยมได้เฉพาะบริเวณหน้าห้องพัก	- ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดดี
- ใส่สายระบาย vacuum drain และสายสวนปัสสาวะ	- แผลผ่าตัดไม่มีอาการบวม แดง ร้อน	- ดูแลความสะอาดร่างกาย ช่องปาก อวัยวะสืบพันธุ์เวลาเช้าและเย็น	- ปัสสาวะสีเหลืองใสและไม่พบอาการแสดงของการติดเชื้อระบบอื่น
	- ปัสสาวะสีเหลืองใส	- ดูแลทำแผลผ่าตัดวันละ 1 ครั้ง หรือพบว่าแผลมีสารคัดหลั่งซึม	- ผล CBC
	- WBC ในเลือด 5000 - 12,000 cells/cu.mm	- สังเกตอาการอาการแสดงที่บ่งบอกว่าการติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ แผลผ่าตัดบวม แดง ร้อน	WBC 11,340 cells/cu.mm
		- อูจจาระเหลว มีมูกเลือด เป็นต้น	กรณีศึกษาที่ 2: วันที่ 13 ส.ค. 2567
		- ประเมินอุณหภูมิของร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง	ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดดี
		- ติดตามผล CBC ตามแผนการรักษา	- ปัสสาวะสีเหลืองใสและไม่พบอาการแสดงของการติดเชื้อระบบอื่น
			- ผล CBC,WBC 10,020 cells/cu.mm

การพยาบาลระยะจำหน่าย

ตารางที่ 3 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

วินิจฉัยการพยาบาล	ระบบพยาบาลวัตถุประสงค์	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
10. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต	ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้	- ประเมินความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง	กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 26 มิ.ย. 2567
ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน	- ให้ความรู้ ฝึกให้จำชื่อยา การรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน(กรณีศึกษาที่ 2 เพิ่มความรู้เรื่องยาลดความดันโลหิต) และผลข้างเคียงของยา เน้นย้ำให้รับประทานยาตรงเวลา	กรณีศึกษาที่ 2: วันที่ 12 ส.ค. 2567
กรณีศึกษาที่ 1: วันที่ 11 มิ.ย. 2567	ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน	- สอนและฝึกให้วัดความดันโลหิต วัดไข้ ชั่งน้ำหนัก (กรณีศึกษาที่ 2 เป็นการฝึก ทบทวนความรู้) ฝึกทวงน้ำดื่ม	- จำชื่อยา
กรณีศึกษาที่ 2: วันที่ 10 ส.ค. 2567	สามารถบอกขั้นตอนการมา ตรวจตามนัด	ปัสสาวะ และจดบันทึกในสมุดประจำตัว ให้นำมาพบแพทย์ในวันที่มาตรวจตามนัด	ผลข้างเคียง การรับประทานยากดภูมิคุ้มกันได้
		- แนะนำให้รักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อม สุขอนามัยส่วนบุคคล ใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับบุคคลอื่น	

วินิจฉัยการพยาบาล	ระบบพยาบาล วัตถุประสงค์	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
- ผู้ป่วยสอบถาม เรื่องการดูแล ตนเองหลังปลูก ถ่ายไตต้องทำ อะไรบ้าง	อาการผิดปกติที่ควร มาพบแพทย์ได้ เกณฑ์ประเมินผล - สามารถตอบคำถาม เกี่ยวกับเชื้อยา ผลข้างเคียง การ รับประทานยากด ภูมิคุ้มกันถูกต้อง - ผู้ป่วย/ญาติมีความ มั่นใจสามารถบอก การดูแลตนเองได้ ถูกต้อง	และหลีกเลี่ยงไปในที่ชุมชนแออัด เนื่องจากมีโอกาสติด เชื้อได้ - แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ สุก ใหม่ สะอาด งดรับประทานของหมักดอง ผักสด ผลไม้ โดยเฉพาะส้มโอ ส้มเขียว ทับทิม เกรฟฟรุต เพราะมีผล ต่อการดูดซึมของยากดภูมิคุ้มกัน - แนะนำการออกกำลังกายโดยการเดินระยะสั้นและ ค่อยๆเพิ่มระยะทาง ยืดเหยียดร่างกาย หลีกเลี่ยงการ เล่นกีฬาที่มีโอกาสกระทบกระเทือนไตได้ - แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ มีอาการปวดบริเวณไตที่ปลูกถ่าย บวม น้ำหนักเพิ่ม มากขึ้น ปัสสาวะออกน้อยลง เป็นต้น	- ผู้ป่วย/ญาติบอก มีความมั่นใจใน การดูแลตนเอง - บอกอาการ ผิดปกติที่ควรมา พบแพทย์ได้ ถูกต้อง - ผู้ป่วยสามารถ บอกขั้นตอนการ มาตรวจตามนัด การเจาะเลือด ตรวจวัดระดับยา กดภูมิคุ้มกัน กรณีศึกษาที่ 1 วันที่ 2 ก.ค.2567 และ กรณีศึกษาที่ 2 วันที่ 20 ส.ค. 2567
- ผู้ป่วยจำเชื้อยา ยากดภูมิคุ้มกัน ผลข้างเคียงของ ยาไม่ได้	มั่นใจสามารถบอก การดูแลตนเองได้ ถูกต้อง	- แนะนำให้มาตรวจตามนัด การเจาะเลือดตรวจระดับยา กดภูมิคุ้มกัน ให้เจาะเลือดก่อนรับประทานยา 30 นาที - เปิดโอกาสให้สอบถาม มอบคู่มือการปฏิบัติตัว ให้ ข้อมูลการติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วย/และให้คำปรึกษา ผ่านทาง application Line, โทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน และส่งต่อให้สถานพยาบาลติดตามเยี่ยมทาง Thai COC หลังจำหน่าย	
- ผู้ป่วยและญาติ สอบถามเรื่องการ มาตรวจตามนัด	ถูกต้อง		

สรุปกรณีศึกษา

จากการศึกษาทั้ง 2 กรณี พบปัญหาและความต้องการการพยาบาล การรักษาและการพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงกัน จึงนำมาสรุปและเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตดังนี้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1	ข้อวินิจฉัยพยาบาล กรณีศึกษาที่ 2
1. มีภาวะของเสียคั่งจากการทำงานของไตลดลง	1. มีภาวะของเสียคั่งจากการทำงานของไตลดลง
2. วิตกกังวลเนื่องจากพร่องความรู้ในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต	2. วิตกกังวลเนื่องจากพร่องความรู้ในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
3. เตรียมความพร้อมผ่าตัดปลูกถ่ายไต	3. เตรียมความพร้อมผ่าตัดปลูกถ่ายไต
4. เสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดกั้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย	4. เสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดกั้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
5. มีภาวะ delay graft function	5. ไม่สบายจากอาการปวดแผลผ่าตัด
6. ไม่สบายจากอาการปวดแผลผ่าตัด	6. มีภาวะเสียเลือดจากการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
7. มีภาวะเสียเลือดจากการผ่าตัดปลูกถ่ายไต	7. เสี่ยงต่อภาวะปฏิเสธไตเฉียบพลัน
8. เสี่ยงต่อภาวะปฏิเสธไตเฉียบพลัน	8. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายนอกจากได้รับยากดภูมิคุ้มกัน
9. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายนอกจากได้รับยากดภูมิคุ้มกัน	9. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต
10. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต	

อภิปรายผล

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต 2 ราย โดยรายที่ 1 เป็นเพศชาย ได้รับไตจากผู้บริจาคสมองตาย และรายที่ 2 เป็นเพศหญิงได้รับไตจากผู้บริจาคมีชีวิต ซึ่งทั้ง 2 ราย ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดภาวะไตวายแน่ชัด เนื่องจากพ ร่องความรู้ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นการผ่าตัดนำไตของผู้บริจาคมาปลูกถ่ายไตให้กับผู้รับบริจาค ซึ่งไตของผู้บริจาคเก็บรักษาอยู่ในน้ำแข็งนาน 21 ชั่วโมง 3 นาที และ 13 นาที ในกรณีศึกษารายแรก และรายที่ 2 ตามลำดับ และมีความเข้ากันไม่ได้ของเนื้อเยื่อบางส่วนจึงต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันต่อเนื่อง หลังการผ่าตัดกรณีศึกษารายแรกมีภาวะการทำงานของไตล่าช้า มีความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ภาวะช็อคจากการเสียเลือด ซึ่งกรณีศึกษารายที่ 2 หลังผ่าตัดไตใหม่ทำงานได้ดีจากไตขาดเลือดน้อยกว่า แต่ต้องมีการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะเฉพาะทางการพยาบาล การนำทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ให้การพยาบาลผู้ป่วย 3 ระบบ คือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด 2) ระบบทดแทนบางส่วน และ 3) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ถือเป็นเครื่องมือสำคัญครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด โดยพยาบาลต้องให้ความรู้กับผู้ป่วย และครอบครัวถึงข้อดี ภาวะแทรกซ้อน และการเตรียมความพร้อมการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เพื่อคลายความกังวลและเกิดความร่วมมือ มีความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งจะส่งผลดีในระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพถึงการเตรียมความพร้อมผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ในระยะหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองจากภาวะวิกฤต มีอาการปวดแผลผ่าตัด พยาบาลต้องให้การพยาบาลทดแทนทั้งหมด อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดจนคอยเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและรายงานทีมสหวิชาชีพได้ทันที เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไตใหม่ทำงานได้ดีขึ้น ในระยะจำหน่าย พยาบาลจะต้องประเมินความรู้ ความสามารถ ทักษะในการดูแลตนเอง เป็นผู้คอยช่วยเหลือสนับสนุนให้ความรู้ สอน ฝึกทักษะ ส่งเสริมพลังอำนาจในการเรียนรู้ และประสานส่งต่อชุมชนติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ดังนั้นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาล ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต
2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. เป็นแนวทางในการเขียนบทความและการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะอื่นๆ และกลุ่มโรคที่ต้องการการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยปลูกถ่ายไขกระดูก เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- จิรารัตน์ สุพร. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตกรณีหมู่เลือดเข้ากันไม่ได้. *ยโสธรวารสาร*, 26(2), 33-45.
- จักรพงษ์ บรมินهنนท์. (2567). การติดเชื้อในผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ. สำนักพิมพ์รามาริบัติ.
- นิตา ประสานเกษม. (2567). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 9(2), 582-579.
- พารุณี วงษ์ศรี และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำ
- ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 209-219.
- พิชญา ประจันพานิชย์. (2563). ผลการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตายและผลแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 28(2), 212-218.
- โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2567). รายงานสถิติผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ปี 2567 (เอกสารที่ไม่ได้เผยแพร่).
- สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย. (2566). ศูนย์ข้อมูลปลูกถ่ายอวัยวะปี 2566. สืบค้นจาก <http://www.nephrothai.org>
- สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย. (2567). ศูนย์ข้อมูลปลูกถ่ายอวัยวะปี 2567. สืบค้นจาก <http://www.nephrothai.org>
- สุนิสา เดชพิชัย และจิราภรณ์ ชวงค์. (2563). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(2), 207-222.
- อิสริยาภรณ์ แสงสว. (2560). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์. สืบค้นจาก <https://digital.car.chula.ac.th/do/search/?q>
- Chang, C. F., Winsett, R. P., Gaber, A. O., & Hathaway, D. K. (2004). Cost-effectiveness of post-transplantation quality of life intervention among kidney recipients. *The Journal of Clinical and Translational research*, 18(4), 407-414. <https://doi.org/10.1111/j.1399-0012.2004.00181.x>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.