

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีที่มีโรคร่วม : กรณีศึกษา 2 ราย

จินตนา นัมพิศุทธิ์¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัด และมีโรคร่วม

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน เปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การวิเคราะห์ข้อมูล จากพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาโดยการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทั้งใน ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระยะดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการวางแผนจำหน่าย โดยดำเนินการศึกษาในช่วง วันที่ 15 พฤศจิกายน 2568 ถึง 15 มกราคม 2569

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 66 ปี มีประวัติเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตเรื้อรังระยะที่ 3 รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลมุกดาหาร และควบคุมอาการเจ็บป่วยได้ดี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวด จุกเสียดแน่นท้อง คลื่นไส้ไม่อาเจียน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน แพทย์วินิจฉัย Acute Cholecystitis ได้รับการผ่าตัด Open Cholecystectomy รวมระยะเวลาผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเป็นเวลา 13 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 83 ปี มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือด รับการรักษาที่ โรงพยาบาลมุกดาหาร และควบคุมอาการเจ็บป่วยได้ดี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง เหนื่อย หายใจไม่ อิ่ม เป็นก่อนโรงพยาบาลมา 1 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัย Acute Cholecystitis ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Open Cholecystectomy รวมระยะเวลาผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 16 วัน

สรุป : ผลลัพธ์การพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งด้านความปลอดภัย การฟื้นฟูร่างกาย การลดภาวะแทรกซ้อน และความพร้อมก่อนจำหน่าย สะท้อนถึงประสิทธิผลของการพยาบาลแบบองค์รวม และการใช้บทบาทพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมสูงอายุที่มีความซับซ้อน

คำสำคัญ : นิ่วในถุงน้ำดี, การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบเปิด

¹ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร

วันรับบทความ

21 มกราคม 2569

แก้ไขบทความ

6 มีนาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์

13 มีนาคม 2569

Nursing care for cholecystectomy with underlying disease : 2 case study

Jintana Nimpisut

Abstract

Objective: To compare nursing care outcomes in patients with gallstone disease undergoing open cholecystectomy who had underlying comorbidities.

Methods: This study employed a comparative case study design involving two patients with gallstone disease and comorbid conditions. Data were obtained from inpatient medical records and analyzed using Gordon's 11 Functional Health Patterns framework. The analysis focused on pathophysiology, clinical manifestations, surgical treatment, nursing problems, and nursing diagnoses across the preoperative, postoperative, and continuing care phases, including discharge planning. The study was conducted between November 15, 2025 and January 15, 2026.

Results: Case 1 A 66-year-old Thai female with diabetes mellitus, hypertension, and stage 3 chronic kidney disease. She presented with abdominal pain and nausea for one day before admission and was diagnosed with acute cholecystitis. The patient underwent open cholecystectomy with a hospital stay of 13 days.

Case 2 A 83-year-old Thai male with hypertension and ischemic heart disease. He presented with abdominal pain, dyspnea, and fatigue for one hour before admission and was diagnosed with acute cholecystitis. The patient underwent open cholecystectomy with a hospital stay of 16 days.

Conclusion: The nursing care outcomes achieved the planned goals in terms of patient safety, postoperative recovery, complication prevention, and discharge readiness. The findings highlight the importance of holistic nursing care and the critical role of nurses in managing complex surgical patients with comorbidities, particularly among older adults.

Keywords: gallstones, cholecystectomy, surgical nursing, comorbidity

ปัญหาและความสำคัญ

โรคนิ่วในถุงน้ำดี เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยทั่วโลก มีความชุกในประชากรผู้ใหญ่อยู่ที่ประมาณร้อยละ 10–20 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมถึงการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹ ผู้ป่วยที่มีอาการหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากนิ่วในถุงน้ำดีจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด หรือการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง² ความท้าทายสำคัญไม่ได้จำกัดอยู่ที่เทคนิคการผ่าตัดเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับลักษณะของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อแผลผ่าตัด การหายใจของแผลลำไส้ ความไม่คงที่ของระบบไหลเวียนโลหิต และการฟื้นตัวล่าช้า³ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้บทบาทของการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการ และการดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุดและเกิดผลลัพธ์การรักษาที่ดี

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีอุบัติการณ์การเกิดนิ่วในถุงน้ำดี ร้อยละ 6 โดยพบในหญิงมากกว่าชายใน อัตราส่วน 1.5:1 ส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า 40 ปี ในคนอายุ 70 ปี พบได้ประมาณร้อยละ 15-30⁴ งานวิจัยในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีจำนวนมากเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและระยยะเวลานอนโรงพยาบาล⁵ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในบริบทของระบบบริการสุขภาพไทยยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นตัวเร็ว และลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเรื้อรัง⁵

จากข้อมูลสถิติของหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 จำนวน 345, 372 และ 386 ราย จำนวนผู้ป่วยที่รับการรักษาผ่าตัดถุงน้ำดี มีจำนวน 209, 227 และ 224 รายตามลำดับ⁶ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีที่มีโรคร่วมดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญ และการตัดสินใจทางคลินิกอย่างรอบคอบ ตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ตลอดจนการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่ายอย่างปลอดภัย และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัด และมีโรคร่วม เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมแบบองค์รวมต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยนิวโมเนียในต่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร จากเวชระเบียน โดยศึกษาเวชระเบียนระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน 2568 – 15 มกราคม 2569 จำนวน 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแล 11 แบบแผนของ Gordon⁷ และการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล⁸

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การวิเคราะห์ข้อมูล และการวิเคราะห์เปรียบเทียบ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง จากผู้ป่วยนิวโมเนียในต่อน้ำดี ที่มีโรคร่วมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิด 2 ราย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกกรณีศึกษา โดยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่เป็นผู้ป่วยนิวโมเนียในต่อน้ำดีที่มีโรคร่วมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิด อยู่โรงพยาบาลอย่างน้อย 3 วัน ที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน 2568 – 15 มกราคม 2569
2. เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนกรณีศึกษาที่สนใจ ที่มีความซับซ้อนของพยาธิสภาพของโรค การรักษา และการปฏิบัติการพยาบาล
3. ดำเนินการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และ ศัลยแพทย์
4. ดำเนินการวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา วางแผนการพยาบาล นำสู่การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	66 ปี	83 ปี
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาต้น	ปริญญาตรี
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
อาชีพ	ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน	ผู้สูงอายุเกษียณไม่ได้ทำงาน
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพ	จ่ายตรง
วันที่เข้ารับการรักษา	1 พฤษภาคม 2568	17 มิถุนายน 2568
วันที่จำหน่ายในโรงพยาบาล	14 พฤษภาคม 2568	3 กรกฎาคม 2568
การวินิจฉัยโรค	Acute Cholecystitis	Acute Cholecystitis
	U/D DM, HT, CKD	U/D HT, IHD
การผ่าตัด	Open cholecystectomy	Open cholecystectomy

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาครั้งที่1	กรณีศึกษาครั้งที่2
อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	ปวดจุกเสียดแน่นท้อง คลื่นไส้ไม่อาเจียน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน	ปวดท้อง เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เป็นก่อน โรงพยาบาลมา 1 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ ปวดแน่นท้องเป็นๆหายๆ ขับถ่าย อุจจาระลำบาก รับการรักษาที่คลินิก แพทย์เฉพาะทาง ตรวจพบว่ามีก้อนในถุง น้ำดี แพทย์จึงนัดเพื่อรับการผ่าตัด 1 วันก่อนมีอาการปวดจุกเสียดแน่นท้อง คลื่นไส้ไม่อาเจียน จึงมาโรงพยาบาลก่อน วันนัด	3 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ ปวดแน่นท้องปวดเป็นๆหายๆ ถ่าย อุจจาระเหลว พบแพทย์เฉพาะทางที่ คลินิก สงสัยเป็นนิ่วในถุงน้ำดี จึงส่ง ต่อมาที่โรงพยาบาลมุกดาหาร แพทย์นัด นอนโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจเพิ่ม 1 ชั่วโมง ปวดท้อง เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม จึงมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด
ประวัติการเจ็บป่วย ในอดีต และโรค ประจำตัว	โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และ CKD stage 3 รับ ยาที่โรงพยาบาลมุกดาหารต่อเนื่อง ได้รับ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเรื่องโรคไต	โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาด เลือด รับประทานยาที่โรงพยาบาลมุกดาหาร ต่อเนื่อง และสามารถควบคุมอาการได้
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
อาการแสดงแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Pain score 2 คะแนน น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 142 ซม. สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.0°ซ ซีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/57 มม.ปรอท	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Pain score 2 คะแนน น้ำหนัก 62 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 ซม. สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.1°ซ ซีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความ ดันโลหิต 106/94 มม.ปรอท
ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	Hct 34% Platelet 254,000/ mm ³ , WBC 13,900 cel/mm ³ , PMN 94%, BUN 10 mg/dl Cr 0.57 mg/dl, Total Bilirubin 2.5 mg/dl, Direct Bilirubin 1.9 mg/dl, SGOT 161 U/L, SGPT 114 U/L, Alkaline phosphatase 150 U/L, PT 12.8 sec PTT 22.2 sec INR 1.0	Hct 33.5% Platelet 257,000/ mm ³ , WBC 7,450 cel/mm ³ , PMN 64%, BUN 9 mg/dl, Cr 0.67 mg/dl, Total Bilirubin 1.2 mg/dl, Direct Bilirubin 0.6 mg/dl, SGOT 20 U/L, SGPT 14U/L, Alkaline phosphatase 70 U/L, PT 12.1 sec, PTT 21.2 sec INR1.0
ระยะเวลานอน โรงพยาบาล	13 วัน	16 วัน

ตารางที่ 3 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 66 ปี โรคประจำตัว DM, HT, CKD stage 3 ดัชนีมวลกาย 26.3 kg/m ² (อ้วน) ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และการนอนโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อครอบครัว	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 83 ปี โรคประจำตัว HT, IHD ดัชนีมวลกาย 21.5 kg/m ² (ปกติ) ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และการนอนโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อครอบครัว
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ จะพยายามเลือกอาหารเฉพาะโรค วันละ 3 มื้อ ดrink และอาหารวันผ่าตัด หลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมงเริ่มจิบน้ำ	ผู้ป่วยไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ลูกจะเตรียมอาหารไว้ให้บางส่วน หลังผ่าตัด ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกทำให้ต้องได้รับอาหารทางสายยาง
3. การขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระลำบาก ก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะในวันผ่าตัด หลังผ่าตัด 3 วันสามารถถอดสายสวนปัสสาวะ	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระไม่ทุกวัน ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง มีปัสสาวะตอนกลางคืน ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะขณะผ่าตัดและต้องคาสายสวนปัสสาวะหลังผ่าตัด
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง ไม่ได้ออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ หลังผ่าตัดช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ยังคงอาศัยคนช่วยพยุงเวลาลุกนั่งหรือเดิน เพราะยังมีอาการปวดแผล	ทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง ไม่ได้ออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง บางกิจกรรมที่ต้องอาศัยคนช่วย เพราะยังมีอาการปวดแผล
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับพักผ่อนที่บ้านได้ตอนกลางคืน วันละ 5-6 ชั่วโมง ขณะอยู่โรงพยาบาลนอนไม่ค่อยหลับเพราะกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	นอนหลับพักผ่อนที่บ้านได้ตอนกลางคืน วันละ 4-5 ชั่วโมง กลางวันมีหลับเป็นช่วงๆ ขณะอยู่โรงพยาบาลนอนไม่ค่อยหลับ มีความกลัว กังวลและไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่มีเสียงดัง
6. สถิติปัญญา และการรับรู้	ผู้ป่วยจบชั้นมัธยม อ่านออกเขียนได้ลงชื่อยินยอมการผ่าตัดด้วยตนเอง	ผู้ป่วยจบชั้นปริญญาตรี ปัจจุบันเขียนไม่ค่อยถนัด แต่สามารถลงชื่อยินยอมการผ่าตัดด้วยตนเอง
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากสภาพร่างกายเมื่อสูงอายุ และโรคประจำตัวที่เป็นอยู่	ผู้ป่วยคิดว่าส่วนหนึ่งเกิดจากอายุมากขึ้นและจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
8. บทบาทและสัมพันธภาพครอบครัว	ผู้ป่วยมีบทบาทแม่ เป็นผู้สูงอายุในครอบครัว การเจ็บป่วยครั้งนี้มีลูกชายและลูกสะใภ้มาดูแล	ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นพ่อ และเป็นผู้สูงอายุในครอบครัว การเจ็บป่วยครั้งนี้มีลูกสาวมาดูแล
9. เพศและการเจริญพันธุ์	พฤติกรรมทางเพศเหมาะสม แต่งงานมีบุตร ไม่ได้ทำหมัน หมดประจำเดือนเมื่ออายุประมาณ 52 ปี	พฤติกรรมทางเพศเหมาะสม แต่งงานมีบุตร ไม่ได้ทำหมัน
10. การปรับตัวและการเผชิญ ความเครียด	ปกติเมื่อมีความเครียด จะพูดคุยกับสามี การเจ็บป่วยครั้งนี้มีความวิตกกังวล แต่คิดว่าตนเองจะหายเพราะหมอมีความเชี่ยวชาญ	ปกติไม่ค่อยมีความเครียด การเจ็บป่วยครั้งนี้ปรับตัวได้ ให้ความร่วมมือดีแต่ยังกังวลในการผ่าตัด
11. ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องกรรมดี กรรมชั่ว เข้าวัดสม่ำเสมอ	เชื่อในศาสนาพุทธและสิ่งศักดิ์สิทธิ์

การวิเคราะห์

ด้านการรับรู้และการดูแลสุขภาพ ทั้งสองรายมีการรับรู้และเข้าใจภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษา การนอนโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อครอบครัว สะท้อนความกังวลด้านบทบาทและภาระการพึ่งพิง ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคเรื้อรังหลายโรคและภาวะอ้วน ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคหัวใจร่วม ทำให้ทั้งสองรายจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

ด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถปฏิบัติตามข้อจำกัดด้านอาหารของโรคเรื้อรังได้ดี ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีข้อจำกัดในการเลือกอาหารจากภาวะสูงอายุ และหลังผ่าตัดต้องได้รับอาหารทางสายยาง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ

ด้านการขยับถ่าย ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการขยับถ่ายอุจจาระลำบากก่อนเข้ารับการรักษา สะท้อนการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ลดลงจากภาวะเจ็บป่วย ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 อยู่ในระยะวิกฤตหลังผ่าตัด ต้องคาสายสวนปัสสาวะ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและความไม่สุขสบาย

ด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยทั้งสองรายสามารถช่วยเหลือตนเองได้ก่อนผ่าตัด แต่หลังผ่าตัดต้องพึ่งพาผู้อื่นบางกิจกรรม เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว

ด้านการพักผ่อนและการนอนหลับ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีการนอนหลับลดลงขณะอยู่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาเด่นชัดกว่า จากความวิตกกังวลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ด้านสติปัญญา การรับรู้ตนเอง บทบาทครอบครัว และความเชื่อ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ยอมรับการเจ็บป่วย มีครอบครัวสนับสนุน และใช้ความเชื่อทางศาสนาเป็นกลไกในการเผชิญปัญหา

การเปรียบเทียบผู้ป่วยตามหลักกระบวนการพยาบาล

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. แบบแผนสุขภาพ	
ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 66 ปี โรคประจำตัวคือ DM, HT, CKD stage 3 ดัชนีมวลกาย 26.3 kg/m ² (อ้วน)	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 83 ปี โรคประจำตัว คือ HT, IHD ดัชนีมวลกาย 21.5 kg/m ² (ปกติ)
การวิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีสาเหตุการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยรายที่ 1 เพศหญิง เกิดจากปัจจัยด้านโรคเมตาบอลิก และภาวะอ้วน ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศชาย เกิดจากปัจจัยด้านอายุและการเสื่อมของอวัยวะ ทั้งสองกรณีจะมีกลไกปลายทางร่วมกันคือการคั่งของน้ำดีและการตกผลึกของคอเลสเตอรอล	
2. พยาธิสภาพ อาการและการแสดง	
มีอาการปวดแน่นท้องเป็นๆหายๆ ร่วมกับขับถ่ายอุจจาระลำบาก	มีอาการปวดแน่นท้องเป็นๆหายๆ ร่วมกับขับถ่ายอุจจาระเหลว
การวิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการปวดแน่นท้องเป็นๆ หายๆ จากการบีบตัวของถุงน้ำดีในขณะที่มีนิ่วอุดกั้น ส่งผลให้เกิดแรงดันภายในถุงน้ำดีและอาการปวดแบบ biliary colic ¹ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ร่วมกับการไหลของน้ำดีเข้าสู่ลำไส้ลดลง ส่งผลให้อุจจาระลำบาก ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีการไหลของน้ำดีเข้าสู่ลำไส้ไม่สม่ำเสมอและมากเกินไปเป็นบางช่วง ทำให้เกิดการกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้และอุจจาระเหลวจากฤทธิ์ของกรดน้ำดี ² แสดงให้เห็นว่านิ่วในถุงน้ำดีสามารถก่อให้เกิดอาการทางระบบทางเดินอาหารที่หลากหลาย เน้นความสำคัญของการประเมินอาการแบบองค์รวมในการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย	
3. การรักษา	
ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบเปิด	
การวิเคราะห์ การผ่าตัดถุงน้ำดีมี 2 วิธี ³ ได้แก่ 1.การ ผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง 2.การผ่าตัดแบบส่องกล้อง ทั้งสองรายนี้รักษาโดยการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม และมีลักษณะของโรคที่ซับซ้อน การเลือกวิธีการผ่าตัดดังกล่าวช่วยให้ศัลยแพทย์สามารถเห็นโครงสร้างทางกายวิภาคได้ชัดเจน ลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของทางเดินน้ำดี และภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด ¹ แม้ว่าการผ่าตัดแบบเปิดจะเพิ่มภาระการดูแลหลังผ่าตัดและความเสี่ยงด้านการฟื้นตัวที่ช้ากว่า แต่สามารถให้ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เมื่อได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดและเป็นระบบ ³	

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยในในฤกษ์น้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
ระยะก่อนการผ่าตัด	ระยะก่อนการผ่าตัด
1. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และกลัวการผ่าตัด 2. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 3. ใฝ่ระวังอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน	1. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และกลัวการผ่าตัด 2. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 3. ใฝ่ระวังอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง
ระยะหลังผ่าตัด	ระยะหลังผ่าตัด
4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 5. เสี่ยงต่อภาวะ Hypo- Hyperglycemia จากโรคเบาหวาน 6. ใฝ่ระวังภาวะ Hypertension Crisis จากโรคความดันโลหิตสูง 7. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ 8. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก 9. เสี่ยงต่อการเกิดท้องอืดเนื่องจากการเคลื่อนไหวน้อย 10. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากการเจ็บป่วยหลังผ่าตัด	4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 5. ใฝ่ระวังภาวะ Hypertension Crisis จากโรคความดันโลหิตสูง 6. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ 7. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก 8. มีภาวะพร่องออกซิเจนจากการหายใจล้มเหลว 9. เสี่ยงต่อการเกิดท้องอืดเนื่องจากการเคลื่อนไหวน้อย 10. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากการเจ็บป่วยหลังผ่าตัด
ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู	ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู
11. ใฝ่ระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 12. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล 13. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง 14. ใฝ่ระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ	11. ใฝ่ระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 12. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล 13. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง 14. ใฝ่ระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ
ระยะเตรียมจำหน่าย	ระยะเตรียมจำหน่าย
15. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากการพร่องการดูแลตนเอง เรื่องความรู้ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 16. เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก METHOD	15. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากการพร่องการดูแลตนเอง เรื่องความรู้ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 16. เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก METHOD

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)	
การวิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด ส่งผลให้เกิดการตอบสนองต่อความเครียดจากการผ่าตัดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่คล้ายคลึงกัน ตามแนวคิดพยาธิสรีรวิทยาของการผ่าตัด² ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบร่วมกัน ได้แก่ ความวิตกกังวลและการขาดความรู้ก่อนผ่าตัด อาการปวดแผลและไข้หลังผ่าตัด ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึก การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ การเคลื่อนไหวลดลง และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหา¹¹ และหลักการพยาบาลฟื้นฟูในผู้ป่วยสูงอายุ¹² อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทั้งสองรายมีความแตกต่างด้านโรคร่วมและความรุนแรงหลังผ่าตัด ส่งผลให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาเด่นด้านการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิต ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่คงที่ของระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดมากกว่า มีปัญหาด้านระบบหายใจและสมดุลอิเล็กโทรไลต์ ความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยวิธีเดียวกัน แต่การพยาบาลจำเป็นต้องปรับแผนการดูแลรักษาพยาบาลตามปัจจัยเสี่ยงเฉพาะราย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและผลลัพธ์การรักษาที่เหมาะสม	
5. การปฏิบัติการ ทางการพยาบาล	
5.1 ระยะก่อนผ่าตัด	
1. เยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด 2. สร้างสัมพันธภาพ บอกจุดมุ่งหมายของการเยี่ยม ศึกษาประวัติจากบันทึกรายงานผู้ป่วยในเวชระเบียน 3. ชักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติม 3.1 ประเมินลักษณะการปวดท้อง การเคลื่อนไหว ของลำไส้ การกดเจ็บ 3.2 ประเมินภาวะขาดน้ำ และการเสียสมดุลของ เกลือแร่ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3.3 ดูแลการได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษา คือ Acetar 1000 ml rate 80 ml/hr และติดตามค่า น้ำตาลในเลือด DTX ทุก 6 ชั่วโมง 3.4 ชักประวัติโรคประจำตัว การแพ้ยา และอาหาร ประวัติการผ่าตัด การดื่มสุรา สูบบุหรี่ สารเสพติด	1. เยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด 2. สร้างสัมพันธภาพ บอกจุดมุ่งหมายของการเยี่ยม ศึกษาประวัติจากบันทึกรายงานผู้ป่วยในเวชระเบียน 3. ชักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติม 3.1 ประเมินลักษณะการปวดท้อง การเคลื่อนไหว ของลำไส้ การกดเจ็บ 3.2 ประเมินภาวะขาดน้ำ และการเสียสมดุลของ เกลือแร่ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3.3 ดูแลการได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษา คือ Acetar 1000 ml rate 80 ml/hr 3.4 ชักประวัติโรคประจำตัว การแพ้ยา และอาหาร ประวัติการผ่าตัด การดื่มสุรา สูบบุหรี่ สารเสพติด

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยในในกรณีที่ได้รับ การผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
5. การปฏิบัติการ ทางพยาบาล (ต่อ)	
5.1 ระยะก่อนผ่าตัด	
4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด 5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึง การรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย 6. แจ้งผู้ป่วยและญาติทราบถึงเวลาที่ผู้ป่วยจะไปห้องผ่าตัด เวลาโดยประมาณที่จะออกจากห้องผ่าตัด 7. แนะนำการปฏิบัติตัวของญาติต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด และอาการหลังผ่าตัด 8. ให้ข้อมูลที่สำคัญก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร การทำความสะอาดของร่างกายทั่วไปก่อนผ่าตัด ถอดฟันปลอม เลนส์เทียม ของมีค่าต่างๆก่อนไปห้องผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ งดใช้เครื่องสำอาง ตัดเล็บให้สั้นไม่ทาสีเล็บ 9. แนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด และ สาธิตวิธีการทำให้ผู้ป่วยฝึกหัดทำ ก่อนผ่าตัด ในเรื่องของการหายใจเข้าเต็มที่ช้าๆ และหายใจออกยาว ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังขาทั้ง 2 ข้าง การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอน 10. ประเมินสภาพด้านจิตใจ ระดับความวิตกกังวล	4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด 5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึง การรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย 6. แจ้งผู้ป่วยและญาติทราบถึงเวลาที่ผู้ป่วยจะไปห้องผ่าตัด เวลาโดยประมาณที่จะออกจากห้องผ่าตัด 7. แนะนำการปฏิบัติตัวของญาติต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด และอาการหลังผ่าตัด 8. ให้ข้อมูลที่สำคัญก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร การทำความสะอาดของร่างกายทั่วไปก่อนผ่าตัด ถอดฟันปลอม เลนส์เทียม ของมีค่าต่างๆก่อนไปห้องผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ งดใช้เครื่องสำอาง ตัดเล็บให้สั้นไม่ทาสีเล็บ 9. แนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด และ สาธิตวิธีการทำให้ผู้ป่วยฝึกหัดทำ ก่อนผ่าตัด ในเรื่องของการหายใจเข้าเต็มที่ช้าๆ และหายใจออกยาว ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังขาทั้ง 2 ข้าง การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอน 10. ประเมินสภาพด้านจิตใจ ระดับความวิตกกังวล
การวิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง พยาบาลดูแลให้ได้รับยาความดันโลหิตสูงและเผื่อระวังผลข้างเคียงจากยา แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความดันโลหิตสูง 192/97 มม.ปรอท ดูแลให้ Nicardipine 2 มก. ทางหลอดเลือดดำ stat และ ตรวจระดับน้ำตาล DTX 229 มก./ดล. ดูแลให้ RI 4 U ได้ผิวหนัง ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการผ่าตัดและไม่เคยดมยาสลบมาก่อน มีการนำเครื่องมือประเมินความวิตกกังวลมาใช้และให้การพยาบาลตามระดับความวิตกกังวล ผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูล และคำแนะนำจากพยาบาล แพทย์วิสัญญี จนคลายกังวล สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ตามแผนการรักษา ซึ่งประเมินภาวะวิตกกังวลเป็นการประเมินตามความรู้สึกส่วนบุคคล การใช้แบบประเมินที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นมาตรฐานจะช่วยให้การประเมินได้ถูกต้องตรงกับปัญหาผู้ป่วย¹³	

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยนิวในอุ้งน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. การปฏิบัติการ ทางพยาบาล (ต่อ)	
5.2 ระยะหลังผ่าตัด	
1. ประเมินและเฝ้าระวังอาการ - ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด โดยวัดทุก 15 นาที X 4 ครั้ง/ ทุก 30 นาที X 2 ครั้ง/ ทุก 1 ชม. X 1 ครั้ง/ ถ้า Stable ทุก 2 ชม. จนครบ 24 ชม. 2. ด้านการหายใจและออกซิเจน จัดทำนอนศีรษะสูง 30–45 องศา ส่งเสริมการหายใจลึกและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลการให้ออกซิเจน 3. ด้านการควบคุมความปวด ประเมินระดับความปวด Pain score ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 4. การพยาบาลด้านการควบคุมโรคร่วม เฝ้าระวัง Hypo-/Hyperglycemia เฝ้าระวัง Hypertensive crisis ให้ยาตามแผนการรักษา 5. ด้านสารน้ำ โภชนาการ และระบบทางเดินอาหาร เพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงานเพียงพอและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากระบบทางเดินอาหาร บันทึก Intake–Output เฝ้าระวังอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน เริ่มจิบน้ำตามแผนการรักษา ประเมินภาวะขาดสารอาหารและเกลือแร่ 6. ด้านแผลผ่าตัดและการป้องกันการติดเชื้อ ประเมินแผลผ่าตัดทุกเวร เปลี่ยนแผลเมื่อแผลเปื้อน เฝ้าระวังไข้และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดูแลสายสวนปัสสาวะด้วยหลักปราศจากเชื้อ สอนการล้างมือแก่ผู้ป่วยและญาติ 7. ด้านการเคลื่อนไหวและฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือขณะลุกเดินเพื่อลดการพลัดตกหกล้ม 8. ด้านจิตใจและครอบครัว รับฟังความกังวลและให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เสริมแรงทางบวกและให้กำลังใจ	1. ประเมินและเฝ้าระวังอาการ - ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด โดยวัดทุก 15 นาที X 4 ครั้ง/ ทุก 30 นาที X 2 ครั้ง/ ทุก 1 ชม. X 1 ครั้ง/ ถ้า Stable ทุก 2 ชม. จนครบ 24 ชม. 2. ด้านการหายใจและออกซิเจน จัดทำนอนศีรษะสูง 30–45 องศา ส่งเสริมการหายใจลึกและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลการให้ออกซิเจน 3. ด้านการควบคุมความปวด ประเมินระดับความปวด Pain score ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 4. การพยาบาลด้านการควบคุมโรคร่วม เฝ้าระวัง Hypertensive crisis เฝ้าระวังอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น ECG ผิดปกติ ให้ยาตามแผนการรักษา 5. ด้านสารน้ำ โภชนาการ และระบบทางเดินอาหาร เพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงานเพียงพอและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากระบบทางเดินอาหาร บันทึก Intake–Output เฝ้าระวังอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ดูแลการให้อาหารทางสายยาง เฝ้าระวังการสำลัก ประเมินภาวะขาดสารอาหารและเกลือแร่ 6. ด้านแผลผ่าตัดและการป้องกันการติดเชื้อ ประเมินแผลผ่าตัดทุกเวร เปลี่ยนแผลเมื่อแผลเปื้อน เฝ้าระวังไข้และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดูแลสายสวนปัสสาวะด้วยหลักปราศจากเชื้อ สอนการล้างมือแก่ผู้ป่วยและญาติ 7. ด้านการเคลื่อนไหวและฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือขณะลุกเดินเพื่อลดการพลัดตกหกล้ม 8. ด้านจิตใจและครอบครัว รับฟังความกังวลและให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เสริมแรงทางบวกและให้กำลังใจ

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยในในอุ้งน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. การปฏิบัติการ ทางกายภาพ (ต่อ)	
5.2 ระยะหลังผ่าตัด	
การวิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด ซึ่งก่อให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การอักเสบหลังผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนตามกลไก surgical stress response การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดจึงมีเป้าหมายร่วมคือ ความปลอดภัย การลดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความแตกต่างด้านโรคร่วมและความรุนแรงหลังผ่าตัดทำให้การพยาบาลต้องปรับเฉพาะราย² การพยาบาลที่เหมือนกันของผู้ป่วยทั้งสองรายนี้ คือ (1) การเฝ้าระวังอาการและสัญญาณชีพ อาการปวดระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณการติดเชื้อ เนื่องจากการผ่าตัดแบบเปิดเพิ่มความเสี่ยงต่อเลือดออก การติดเชื้อ และความไม่คงที่ของระบบไหลเวียน เพราะการประเมินเชิงรุกและต่อเนื่องจะช่วยให้ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะต้นและลดอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์¹⁴ (2) การควบคุมความปวดเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวทั้งสองราย จากแนวคิด ERAS ระบุว่า การควบคุมความปวดที่เหมาะสมช่วยให้หายใจลึก เคลื่อนไหวเร็ว และลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด¹⁵ (3) การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดและการติดเชื้อจากสายสวน ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแผลและการคาสายสวนปัสสาวะ การพยาบาลจึงต้องใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ประเมินแผลอย่างสม่ำเสมอ และถอดสายสวนออกเมื่อไม่จำเป็น จาก CDC ชี้ว่าการปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน SSI อย่างเคร่งครัดลดอัตราการติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁶ และ(4) การฟื้นฟูสมรรถภาพและการเคลื่อนไหวเร็วทั้งสองรายต้องได้รับการส่งเสริมให้ลุกนั่งและเดินเร็วตามศักยภาพเพื่อลดปวดแผล ลิ่มเลือดอุดตัน และกล้ามเนื้อลีบ จาก ERAS สนับสนุนว่าการเคลื่อนไหวเร็วช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพการฟื้นตัว¹⁴ การพยาบาลที่แตกต่างกันของผู้ป่วยทั้งสองราย คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 มี DM, HT, CKD stage 3 การพยาบาลหลังผ่าตัดให้ความสำคัญการควบคุมเมตาบอลิก และสมดุลสารน้ำ ได้แก่ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันภาวะ hypo/hyperglycemia การเฝ้าระวังความดันโลหิต และการจัดการสารน้ำ ยา อย่างระมัดระวังเนื่องจากไตเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและไตเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อแผลหายช้า และการติดเชื้อสูง ต้องเน้นการประเมินแผลและการปรับการพยาบาลเฉพาะราย¹² ผู้ป่วยรายที่ 2 มี HT, IHD และภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดที่ยังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ทันที การพยาบาลหลังผ่าตัดให้ความสำคัญกับระบบหายใจและหัวใจ ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน การดูแลทางเดินหายใจ การติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจน และการสังเกตอาการหัวใจขาดเลือดหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ รวมถึงการจัดการสารเกลือแร่ จากการศึกษาว่าผู้ป่วยที่มี IHD และภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อเหตุการณ์หัวใจและระบบหายใจสูง การเฝ้าระวังเชิงรุกช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนรุนแรง²	

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยนิวในอุ้งน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. การปฏิบัติการ ทางพยาบาล (ต่อ)	
5.3 ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู	
1. การประเมินและเฝ้าระวังต่อเนื่อง (Focused assessment) ประเมินสัญญาณชีพทุก 2- 4 ชั่วโมง ประเมินแผล ประเมินระดับปวดและผลกระทบ ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินสมดุลสารน้ำ และประเมินการขับถ่าย 2. การควบคุมความปวดและส่งเสริมการเคลื่อนไหว (Pain-Mobility bundle) ให้ยาแก้ปวดตามแผน และประเมินซ้ำ สอนการประคบแผลเวลาลูกนั่ง ไอ จาม วางแผนลุกเดินแบบขึ้นบันได ส่งเสริมการบริหารขา/ข้อเท้า และเปลี่ยนท่าทุก 2 ชม. 3. การควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตในระยะฟื้นฟู (Chronic disease stabilization) จัดเวลาอาหารและยาให้สอดคล้องกับแผน วัดความดันก่อนให้ยาควบคุมความดัน และเฝ้าระวังอาการปวด ความวิตกกังวลที่ทำให้ความดันโลหิตสูง 4. โภชนาการและการทำงานของลำไส้ ประเมินการทานอาหาร เสี่ยงลำไส้ แนะนำอาหารย่อยง่าย ไขมันต่ำ ร่วมกับแนวทางอาหารเฉพาะโรค ป้องกันท้องผูก เพิ่มใยอาหารตามเหมาะสม ส่งเสริมการเคลื่อนไหว พิจารณายาระบาย 5. การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดและการติดเชื้อปัสสาวะ ทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ ดูแลสายสวนปัสสาวะ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ประเมินความพร้อมถอดสายเมื่อไม่จำเป็น 6. การฟื้นฟู ADL และเตรียมกลับบ้านตั้งแต่วินาที ฟื้นฟู ประเมินความสามารถ ADL รายวัน วางแผนให้ญาติฝึกช่วยเท่าที่จำเป็น สอนการดูแลแผล การรับประทานยา การควบคุมโรคประจำตัว และอาการผิดปกติ	1. การประเมินและเฝ้าระวังระบบหัวใจและปอดแบบเน้นย้ำ (Cardio-resp surveillance) เฝ้าระวังการหายใจ การไอมีเสมหะ ฟังปอด ติดตามความอึดตัวของออกซิเจน และประเมินความต้องการออกซิเจนต่อเนื่อง เฝ้าระวังอาการเจ็บแน่นหน้าอกใจสั่น เหนื่อยผิดปกติ ชีพจรเร็ว/ไม่สม่ำเสมอ เฝ้าระวังเกลือแร่ โดยเฉพาะโพแทสเซียม 2. การฟื้นฟู การหายใจ (Pulmonary rehabilitation) จัดท่า semi-Fowler's เปลี่ยนท่าเป็นระยะ ส่งเสริม deep breathing ใช้ incentive spirometry และไออย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้ลุกเดินเร็ว 3. การควบคุมความปวดแบบคำนึงถึงหัวใจ (Pain with cardiac consideration) เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะกระตุ้นหัวใจเกินจากอาการปวด หรือภาวะเครียด ประเมินอาการปวดสม่ำเสมอ ให้ยาแก้ปวดตามแผน เลือกใช้วิธีลดปวดร่วม เช่น การจัดท่า ประคบแผล เฝ้าระวังผลของความปวดต่อ hemodynamic 4. โภชนาการและทางเดินอาหาร ประเมินอาการแน่นท้อง เสี่ยงลำไส้ การผายลม การขับถ่ายอุจจาระ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวและปรับอาหารตาม step diet 5. การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดและการติดเชื้อปัสสาวะ ทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ ดูแลสายสวนปัสสาวะ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ประเมินความพร้อมถอดสายเมื่อไม่จำเป็น 6. การฟื้นฟู ADL แบบค่อยเป็นค่อยไป ภายใต้ข้อจำกัดหัวใจ ปอด วางแผนกิจกรรมเป็นช่วงสั้นๆ ให้ญาติช่วยเฉพาะกิจกรรมที่เสี่ยงล้ม/เหนื่อยมาก

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยในในถิ่นน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. การปฏิบัติการ ทางพยาบาล (ต่อ)	
5.3 ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู	
การวิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้มีความคล้ายคลึงกัน คือ การเน้นการควบคุมอาการปวด การป้องกันติดเชื้อ การส่งเสริมการลุกเดิน ฟื้นฟู ADL ดูแลโภชนาการ และมีการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ตาม METHOD ตั้งแต่ระยะฟื้นฟู รวมทั้งส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุ เรื่องโรคเพื่อลดการติดเชื้อซ้ำ จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายแตกต่างกัน คือ ในผู้ป่วยรายที่ 1 ติดตามด้านโรคเมตาบอลิก โรคไต การหายของแผลและการติดเชื้อ เนื่องจากมีโรคร่วมคือ DM, HT, CKD และการจัดการอาการท้องผูก รายที่ 2 ติดตามเรื่องระบบหัวใจ ปอด และเกลือแร่ จากโรคร่วม คือ IHD เคยมีอาการพร่องออกซิเจน และการเพิ่มกิจกรรมแบบค่อยเป็นค่อยไปด้วย โดยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด	
5.4 ระยะเตรียม จำหน่าย	
1) การประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย (Discharge Readiness Assessment) ช่วยลดการเกิดปัญหาหลังจำหน่ายและ readmission ประเมินสัญญาณชีพ ความปวด แผลผ่าตัด การหายใจ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน - ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลแผล การรับประทานยา อาหารและกิจกรรมที่เหมาะสม อาการผิดปกติ - ประเมินบทบาทผู้ดูแลในครอบครัว ความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และทรัพยากร 2) กิจกรรมการพยาบาลตามหลัก M-E-T-H-O-D 2.1 M: Medication (การใช้ยา) - อธิบายชื่อยา ขนาด วิธีใช้ เวลา และผลข้างเคียงที่ควรเฝ้าระวัง แนะนำไม่หยุดยาเอง และนำยาทั้งหมดไปพบแพทย์ทุกครั้ง 2.2 E: Environment (สิ่งแวดล้อม) เพื่อลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด แนะนำจัดบ้านให้ปลอดภัย จัดพื้นที่พักผ่อนใกล้ห้องน้ำในช่วงแรก	1) การประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย (Discharge Readiness Assessment) ช่วยลดการเกิดปัญหาหลังจำหน่ายและ readmission ประเมินสัญญาณชีพ ความปวด แผลผ่าตัด การหายใจ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน - ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลแผล การรับประทานยา อาหารและกิจกรรมที่เหมาะสม อาการผิดปกติ - ประเมินบทบาทผู้ดูแลในครอบครัว ความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และทรัพยากร 2) กิจกรรมการพยาบาลตามหลัก M-E-T-H-O-D 2.1 M: Medication (การใช้ยา) - อธิบายชื่อยา ขนาด วิธีใช้ เวลา และผลข้างเคียงที่ควรเฝ้าระวัง แนะนำไม่หยุดยาเอง และนำยาทั้งหมดไปพบแพทย์ทุกครั้ง 2.2 E: Environment (สิ่งแวดล้อม) เพื่อลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด แนะนำจัดบ้านให้ปลอดภัย จัดพื้นที่พักผ่อนใกล้ห้องน้ำในช่วงแรก

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยนิวในอุ้งน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. การปฏิบัติการ ทางพยาบาล (ต่อ)	
5.4 ระยะเตรียม จำหน่าย	
2.3 T: Treatment (การรักษา การดูแลต่อเนื่อง) แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด รักษาแผลให้สะอาดและแห้ง 2.4 H: Health (การส่งเสริมสุขภาพ) เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกาย ส่งเสริมการออกกำลังกายตามศักยภาพ แนะนำพักผ่อนเพียงพอ 2.5 O: Outpatient (การติดตามต่อเนื่อง) แจ้งวันนัดพบแพทย์ นัดตัดไหม ตรวจแผล แนะนำการติดต่อโรงพยาบาลเมื่อมีปัญหา ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหากผู้ป่วยต้องการการดูแลต่อเนื่อง 2.6 D: Diet (อาหาร) เพื่อลดอาการแน่นท้อง ป้องกันปัญหาทางเดินอาหาร แนะนำอาหาร ย่อยง่าย ไขมันต่ำ ปรับอาหารตามโรคเบาหวานและไต รับประทานอาหารเป็นเวลา ดื่มน้ำพอเพียง 3) การทบทวนความเข้าใจ (Teach-back) เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความถูกต้องในการดูแลตนเองที่บ้าน ให้ผู้ป่วยหรือญาติอธิบายซ้ำ 4) อาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ทันที เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น แผลแดง บวม ร้อน มีหนอง ปวดท้องรุนแรง ระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตผิดปกติควบคุมไม่ได้ มีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย	2.3 T: Treatment (การรักษา การดูแลต่อเนื่อง) แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด รักษาแผลให้สะอาดและแห้ง เฝ้าระวังอาการแน่นหน้าอก เหนื่อย และใจสั่น 2.4 H: Health (การส่งเสริมสุขภาพ) เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกาย ส่งเสริมการออกกำลังกายตามศักยภาพ แนะนำพักผ่อนเพียงพอ 2.5 O: Outpatient (การติดตามต่อเนื่อง) แจ้งวันนัดพบแพทย์ นัดตัดไหม ตรวจแผล แนะนำการติดต่อโรงพยาบาลเมื่อมีปัญหา ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหากผู้ป่วยต้องการการดูแลต่อเนื่อง 2.6 D: Diet (อาหาร) เพื่อลดอาการแน่นท้อง ป้องกันปัญหาทางเดินอาหาร แนะนำอาหาร ย่อยง่าย ไขมันต่ำ รสจืด รับประทานอาหารเป็นเวลา ดื่มน้ำพอเพียง 3) การทบทวนความเข้าใจ (Teach-back) เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความถูกต้องในการดูแลตนเองที่บ้าน ให้ผู้ป่วยหรือญาติอธิบายซ้ำ 4) อาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ทันที เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น แผลแดง บวม ร้อน มีหนอง ปวดท้องรุนแรง แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ระดับความดันโลหิตผิดปกติควบคุมไม่ได้
การวิเคราะห์ การพยาบาลระยะจำหน่ายของผู้ป่วยทั้งสองรายเหมือนกันในแกนของการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การให้ความรู้แบบเป็นระบบ การยืนยันความเข้าใจ (teach-back) อาการผิดปกติ และการนัดติดตาม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด transitional care และทฤษฎี stress-coping ที่ลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือ¹⁶ ความแตกต่างของโรคร่วมทำให้องค์กรการสอนและระบบสนับสนุนต่างกัน โดยผู้ป่วยรายที่ 1 เน้นการจัดการโรคเบาหวาน โรคไต และแผลผ่าตัด ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เน้นการเฝ้าระวังเรื่องหัวใจ ปอดและการทำกิจกรรมแบบค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎี self-care ของ Orem ที่มุ่งเน้นการลดช่องว่างความสามารถในการดูแลตนเองเฉพาะราย¹⁸	

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
6. การประเมินผลการพยาบาล	
ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น เข้าใจเหตุผลในการรักษาให้ความร่วมมือในการรักษา การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีอาการปวดแน่นท้อง ปวดแผลเล็กน้อย ระดับความปวด 3 คะแนน รับประทานอาหารได้ ไม่มีการติดเชื้อ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5°ซ ซีพจร 70 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/73 มม.ปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% ก่อนจำหน่ายเน้นเรื่องการมาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติ ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด	ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น เข้าใจเหตุผลในการรักษาให้ความร่วมมือในการรักษา การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีอาการปวดแน่นท้อง ปวดแผลเล็กน้อย ระดับความปวด 4 คะแนน รับประทานอาหารได้ ไม่มีการติดเชื้อ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.3°ซ ซีพจร 96 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 137/77 มม.ปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% ก่อนจำหน่ายเน้นเรื่องการมาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติ ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด
การวิเคราะห์ จากการประเมินผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยทั้งสองรายมีผลลัพธ์การพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการดูแลแบบองค์รวมและการพยาบาลเชิงรุกอย่างเป็นระบบดังนี้ 1. ผลลัพธ์การพยาบาลด้านร่างกาย (Physiological outcomes) ผู้ป่วยทั้งสองรายมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัด และมีความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ แสดงถึงการฟื้นตัวของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สอดคล้องกับเป้าหมายการพยาบาลด้านความปลอดภัยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่ามีความแตกต่างเล็กน้อยในระดับความปวด โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีระดับความปวด 3 คะแนน ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีระดับความปวด 4 คะแนน ซึ่งยังอยู่ในระดับที่ยอมรับได้และไม่รบกวนการทำกิจกรรมพื้นฐาน 2. ผลลัพธ์การพยาบาลด้านอาการและการทำกิจกรรม (Functional outcomes) ผู้ป่วยทั้งสองรายสามารถรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการผิดปกติของระบบทางเดิน ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการส่งเสริมการฟื้นฟูการหายใจ การออกกำลังกาย 3. ผลลัพธ์การพยาบาลด้านจิตใจและพฤติกรรม (Psychosocial & behavioral outcomes) ผู้ป่วยทั้งสองรายมีสีหน้าสดชื่น แสดงถึงการลดลงของความวิตกกังวล เข้าใจเหตุผลและให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่ 2 หลังได้รับการอธิบายและการให้กำลังใจ พบว่าสีหน้าผ่อนคลายและมีความมั่นใจมากขึ้น สะท้อนผลลัพธ์ของการพยาบาลด้านการสื่อสาร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการเสริมพลังผู้ป่วย 4. ผลลัพธ์การพยาบาลด้านความรู้และการเตรียมความพร้อมจำหน่าย (Knowledge & discharge readiness) ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจำหน่าย การมาตรวจตามนัด และสัญญาณอันตรายที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด แสดงถึงความพร้อมในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของความสำเร็จในการวางแผนจำหน่าย	

อภิปรายผล

การศึกษากรณีผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดที่มีโรคร่วมจำนวน 2 ราย พบว่าผลลัพธ์การพยาบาลโดยรวมเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งด้านความปลอดภัย การฟื้นตัวทางร่างกาย การลดภาวะแทรกซ้อน และความพร้อมก่อนจำหน่าย สะท้อนถึงประสิทธิผลของการพยาบาลแบบองค์รวมและการใช้บทบาทพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมสูงอายุที่มีความซับซ้อน

พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นไปด้วยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แผลผ่าตัดสะอาด ไม่พบการติดเชื้อ และสามารถรับประทานอาหารได้ก่อนจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) ที่ระบุว่าการควบคุมความปวดอย่างเหมาะสม การส่งเสริมการเคลื่อนไหวเร็ว และการฟื้นฟูโภชนาการอย่างเป็นขั้นตอน ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยศัลยกรรม¹⁵

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยทั้งสองราย พบว่าผลลัพธ์การพยาบาลมีความแตกต่างกันเล็กน้อยในบางประเด็น โดยผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งมีอายุสูงกว่าและมีโรคหัวใจขาดเลือด มีระดับความปวดหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 เล็กน้อย และต้องการการฝึกฟื้นฟูด้านการหายใจและการเคลื่อนไหวอย่างใกล้ชิดมากกว่า อย่างไรก็ตาม ระดับความปวดดังกล่าวยังอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้และไม่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการฟื้นฟู สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคร่วมด้านหัวใจมักมีการฟื้นตัวช้ากว่า และต้องการการเฝ้าระวังและการพยาบาลเฉพาะรายมากขึ้น¹²

ผลการประเมินก่อนจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา การดูแลตนเอง หลังผ่าตัด และการมาตรวจตามนัด มีสีหน้าผ่อนคลาย ความวิตกกังวลลดลง และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ผลดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการพยาบาลด้านการสื่อสาร การให้ข้อมูล และการเสริมพลังผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของ Lazarus และ Folkman ที่อธิบายว่าการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและการสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย¹¹ นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบตามหลัก M-E-T-H-O-D และการใช้แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (transitional care) ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายและการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Naylor และคณะ ที่พบว่าการดูแลต่อเนื่องอย่างมีระบบช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและลด readmission ในผู้ป่วยสูงอายุ¹⁷

ผลการศึกษาายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ko-lam และคณะ ที่ระบุว่าปัจจัยด้านอายุ โรคร่วม และการดูแลหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล โดยการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและการฟื้นฟูที่เหมาะสมสามารถช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและส่งเสริมผลลัพธ์การรักษาที่ดีได้ แม้ว่าการศึกษานี้เป็นเพียงกรณีศึกษา 2 ราย แต่ผลที่ได้แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลเชิงรุกและการปรับการดูแลตามบริบทเฉพาะรายมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีที่มีโรคร่วม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีที่มีโรคร่วมโดยใช้การประเมินเชิงลึกและการพยาบาลแบบเฉพาะราย (individualized care) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายระบบ เพื่อคาดการณ์ความเสี่ยง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูหลังผ่าตัดแบบเร่งรัด (ERAS) ที่มุ่งเน้นความปลอดภัยและการฟื้นตัวอย่างมีประสิทธิภาพ
 2. ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบและคุณภาพการพยาบาล ควรพัฒนาแนวทางหรือแบบแผนการพยาบาลในรูปแบบ clinical pathway หรือ care map สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีที่มีโรคร่วม ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะฟื้นฟู และระยะจำหน่าย พร้อมกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่ชัดเจน เพื่อใช้ติดตามและพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง
 3. ข้อเสนอแนะต่อการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว ควรพัฒนาเอกสารหรือสื่อการสอนที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ครอบคลุมการดูแลแผล การใช้ยา การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรม และสัญญาณอันตรายหลังผ่าตัด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
 4. ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น หรือการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบ เพื่อยืนยันผลลัพธ์การพยาบาลและประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีที่มีโรคร่วม รวมถึงการศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวหลังจำหน่าย เช่น คุณภาพชีวิต การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
-

เอกสารอ้างอิง

1. Lammert F, Gurusamy K, Ko CW, Miquel JF, Mendez-Sanchez N, Portincasa P, et al. Gallstones. Nat Rev Dis Primers 2. 2016; 16024 <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.24>
2. Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, Borzellino G, Cimbanassi S, Boerna D, et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. World Journal of Emergency Surgery, 2020; 15:61. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00336-x>
3. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: Cholelithiasis and cancer. Gut and Liver 2012;6(2), 172–187. <https://doi.org/10.5009/gnl.2012.6.2.172>
4. Panpimanmas S, Manmee C. Risk factors for gallstone disease in a Thai population. Journal of Epidemiology 2009;19(3):116–121. <https://doi.org/10.2188/jea.je20080019>
5. Ko-lam W, Sandhu T, Paiboonworachet S, Pongchairerks P, Chotorosniramit A, Chotorosniramit N, et al. Predictive factors for a long hospital stay in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. International Journal of Hepatology 2017; 5497936. <https://doi.org/10.1155/2017/5497936>
6. โรงพยาบาลมุกดาหาร. สถิติผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงดีที่มีโรคร่วม ปี 2566–2568. มุกดาหาร: โรงพยาบาลมุกดาหาร; 2568.
7. Gordon M. Manual of nursing diagnosis. 13th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2014
8. สุปรานี เสนาดีชัย. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561
9. อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ และคณะ. การประเมินทางเศรษฐศาสตร์การผ่าตัดผ่านกล้องเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบเปิดในการรักษานิ่วในถุงน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Research/Attach/25640705131439PM_%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%20MIS%2020210119.pdf
10. Camilleri M. Bile acid diarrhea: Prevalence, pathogenesis, and therapy. Gut and Liver 2015; 9(3):332–339. <https://doi.org/10.5009/gnl1439>
11. Lazarus R S, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York; Springer; 1984
12. Hinkle JL, Cheever KH. (2018). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 14th ed. Pennsylvania: Wolters Kluwer; 2018
13. จิราพร คำแก้ว, สิริพรรณ พัฒนาฤดี, ณัฐดา อารีเปี่ยม. การจัดการความปวดของผู้ใหญ่หลังผ่าตัดช่องท้องแผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. ธรรมชาติเวชสาร 2558;15(1):80-91.

14. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA 1988;260(12):1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
 15. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KCH. (). Enhanced recovery after surgery: A review. JAMA Surgery 2017;152(3):292–298. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.091>
 16. Berrios-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al. Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. JAMA Surgery 2017;152(8):784–791. doi: 10.1001/jamasurg.2017.0904.
 17. Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The importance of transitional care in achieving health reform. Health Affairs 2011;30(4):746–754. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>
 18. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001
-