

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง: กรณีศึกษา 2 ราย

Palliative Care for lung cancer patients: Case study 2 Cases.

(Received: August 21,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 27,2025)

ณัฐพัชญ์ วิมลจิตร์¹Nutthaphut Wimonjit¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง: กรณีศึกษา 2 ราย ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายที่มีการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 2 ราย โดย คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งปัญหาสุขภาพองค์รวม เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 วินิจฉัย CA Lung with metastasis with Palliative care Left pleural effusion with Anemia with anemia symptoms with Diabetes mellitus type 2 with Simple Hyperglycemia กรณีศึกษารายที่ 2 วินิจฉัย CA Lung with metastasis with Palliative care with Pneumonia with Diabetes mellitus type 2 with Simple Hyperglycemia ผลการศึกษา พบว่า ก่อนจำหน่าย รายที่ 1 ประเมิน PPS 30% ญาติขอเช่า O₂ ไฟฟ้า จัดส่งข้อมูลและประสานการดูแลต่อเนื่องส่ง HHC ให้ รพ.สต. ติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ไม่มีนัดตรวจติดตาม รายที่ 2 ประเมิน PPS 60% ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้บ้าง เช่นการรับประทานอาหารเอง เดินเข้าห้องน้ำโดยญาติพยุง ตัวโรครุนแรง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ไม่มีนัดตรวจติดตาม ทั้ง 2 ราย ให้คำแนะนำหากมีอาการรบกวนต่าง ๆ เช่น อาการปวดมากขึ้น หอบเหนื่อย หอบมาก รับประทานอาหารไม่ได้ สามารถมาโรงพยาบาลได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีระยะเวลาอนโรงพยาบาล เป็นเวลา 5 วัน

คำสำคัญ: มะเร็งปอด กระบวนการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

Abstract

This case study aimed to compare palliative care for patients with terminal lung cancer: a case study of two patients admitted to the special ward at Phon Hospital, Khon Kaen Province. The study included two patients with terminal lung cancer receiving palliative care. Patients with complex health problems were selected, including comprehensive medical records. Data were collected through observation, patient and family interviews, and patient assessments using the nursing process. The results revealed that case study 1 was diagnosed with CA lung metastasis with palliative care, left pleural effusion with anemia, anemia symptoms, type 2 diabetes mellitus, and simple hyperglycemia. Case study 2 was diagnosed with CA lung metastasis with palliative care, pneumonia, type 2 diabetes mellitus, and simple hyperglycemia.

The results revealed that case study 1 had a PPS of 30% before discharge. A relative requested to rent an O₂ generator. Information was provided and ongoing care coordination was coordinated. The patient was transferred to the HHC at the subdistrict health promotion hospital for follow-up visits. The physician then cleared him to discharge. In the second case, PPS was assessed at 60%. The patient was able to perform some activities, such as eating independently and going to the bathroom with support from a family member. Due to the severe disease, the doctor allowed him to discharge. No follow-up appointments were scheduled for both cases. Advice was given for any disturbing symptoms, such as increased pain, dyspnea, severe shortness of breath, or inability to eat. He was able to come to the hospital. Both cases had admitted for 5 days.

Keywords: lung cancer, nursing process, palliative care

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

มะเร็งปอดเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1-2 บทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญในการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง อย่างมีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมทุกมิติในการดูแล¹

โรงพยาบาลพล ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย พบว่ามีผู้ป่วยประคับประคองกลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 37.70 โรคมะเร็งที่พบบ่อยได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม มะเร็งกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยประคับประคองกลุ่มโรคมะเร็งที่ไม่ใช่มะเร็งที่เข้าสู่ระยะท้ายหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาพบร้อยละ 62.30 ผู้ป่วยมะเร็งปอด ระหว่างปี 2563-2567 มีจำนวน 194 ราย, 182 ราย, 292 ราย, 353 ราย และ 485 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้าเกณฑ์ Palliative Care จำนวน 11 ราย, 9 ราย, 17 ราย, 20 ราย และ 18 ราย ตามลำดับ และเป็นมะเร็งปอดที่เสียชีวิต 5 ราย, 3 ราย, 7 ราย, 8 ราย และ 7 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาการที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ 3 อันดับ คือ 1) อาการปวด (Pain) มีอาการปวดระดับรุนแรง Pain score > 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 52.78, 49.57, 48.53, 59.32 และ 52 ตามลำดับ 2) อาการเหนื่อยล้า (Fatigues) คิดเป็นร้อยละ 86.72, 72.30, 58.44, 74.44 และ 89 ตามลำดับ 3) อาการหายใจลำบาก ภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea) คิดเป็นร้อยละ 80.07, 89.32, 77.26, 92.23 และ 94.10 ตามลำดับ² โดยส่วนใหญ่ผู้ระยะท้ายมีอาการไม่สุขสบายทางกายที่พบบ่อยได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก หอบเหนื่อย นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านจิตใจ สังคมและความต้องการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ³

ผู้ศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตลอดระยะเวลาที่เหลืออยู่ ซึ่งผู้ป่วยต้องการการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึง

การเตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย และญาติในการเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย ทีมพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเยียวยาจิตใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อลดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย บรรเทาอาการหรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากพยาธิสภาพของโรคที่ลุกลาม และเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะการดำเนินของโรค จนถึงในระยะสุดท้าย พยาบาลจึงให้ความสำคัญและเน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ราย กรณีศึกษานี้จะมีส่วนช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดในระยะท้ายได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคองจำนวน 2 ราย
2. เพื่อพัฒนากระบวนการแนวทางการการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการพยาบาลและดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายที่มีการดูแลแบบประคับประคองย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายที่มีการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 2 ราย โดย คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งปัญหาสุขภาพองค์รวม ที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลพล
3. ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นรายกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา

รวบรวมประวัติการเจ็บป่วย มีการประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินการปรับตัวของญาติ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนการให้การพยาบาล โดยใช้องค์ความรู้ตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาลของวัตสัน⁴ ขออนุมัติหัวหน้าพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย

4. ศึกษาเอกสาร ค้นคว้าจากตำรา งานวิชาการ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน วิเคราะห์ เปรียบเทียบกรณีศึกษา
6. สรุปผลการศึกษา
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report⁵ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการพยาบาล พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษา โดยจะไม่มีผลต่อการรับการรักษาใดๆ การนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>อาการสำคัญ : เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม ซีด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม ไม่มีไข้ ไอแห้ง ๆ ญาติจึงพามาโรงพยาบาล</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : มะเร็งปอด รักษาที่ รพ.ขอนแก่น แบบประคับประคอง เบาหวาน รับการรักษาที่โรงพยาบาลพล รับประทานยาสม่ำเสมอ</p> <p>ประวัติการใช้ยาและสิ่งเสพติด : ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา</p>	<p>อาการสำคัญ : หายใจเหนื่อยหอบ ใจสั่น นอนราบไม่ได้ ไอ มีเสมหะ เป็นมา 1 สัปดาห์</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไอบ่อยครั้ง มีเสมหะสีเหลือง หายใจเหนื่อยหอบ ต้องลุกมานั่งหายใจในเวลากลางคืน นอนหนุนหมอน 2 ใบ นอนราบไม่ได้ ร่วมกับมีอาการใจสั่น ไม่เจ็บหน้าอก ญาติจึงพามาโรงพยาบาล</p> <p>ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต : มะเร็งปอด รักษาที่ รพ.ขอนแก่น แบบประคับประคอง เบาหวาน รับการรักษาที่โรงพยาบาลพล รับประทานยาสม่ำเสมอ</p> <p>ประวัติการใช้ยาและสิ่งเสพติด : ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา</p>

2. เปรียบเทียบการรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์ข้อมูล
<p>ชายไทย อายุ 57 ปี มาด้วยอาการ เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม ซีด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ญาติจึงพามาโรงพยาบาล</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : มะเร็งปอด รักษาที่ รพ.ขอนแก่น แบบประคับประคอง เบาหวาน รับการรักษาที่โรงพยาบาลพล รับประทานยาสม่ำเสมอผู้ป่วยซึม ถามตอบซ้ำ GCS E4V4M6, pupil 3 mm RTLBE อุณหภูมิ 36.9°C ชีพจร 134 ครั้ง/นาที หายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/74 mmHg O₂ saturation 97% (O₂ mask with bag 10 LPM) ประเมิน Pain score ≥ 7 คะแนน ประเมิน PPS 30 % ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย PC ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ตัวโรค</p>	<p>ชายไทย อายุ 65 ปี มาด้วยอาการ หายใจเหนื่อยหอบ ใจสั่น นอนราบไม่ได้ เป็นมา 1 สัปดาห์ แรกรับที่ ER GCS E4V5M6 อุณหภูมิ 36.8 °C, ชีพจร 118 ครั้ง/นาที, หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/80 mmHg, เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม O₂ saturation 97% on O₂ canular 3 LPM PPS 30% สามารถทำกิจกรรมได้บ้าง เช่น การทานอาหารเอง เดินเข้าห้องน้ำโดยญาติ พยุง ตัวโรคเริ่มรุนแรง โรคประจำตัว DM, HT ประเมิน Pain Score 5 คะแนน, ประเมิน Pain เป็นระยะ Pain score 5 คะแนน คะแนน Palliative Performance Scale</p>	<p>รายที่ 1 มีปัญหา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) กินได้น้อย 2. หายใจเหนื่อยหอบ ให้ O₂ mask with bag 10 LPM 3. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย 4. แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด 5. ลูกกลมแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง 6. มีภาวะกรดจากการเผาผลาญ 7) มีภาวะซีด <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหา ดังนี้</p>

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์ข้อมูล
รุนแรง ประเมิน Pain score 8 คะแนน คะแนน Palliative Performance Scale (PPSv2) PPS 30% บรรเทาปวดดูแลให้ MO 3 mg. IV, MO 10 mg sc drip in 24 hr. กินได้น้อย 2-3 คำ เบื่ออาหาร นอนซึม เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 cc IV 80 cc/hr. ผล CXR massive pleural effusion lung แพทย์ได้ pleural Tapping ได้รับ PRC blood gr. B Rh positive จำนวน 7-unit วันที่ 2 มกราคม 2568 ล่าสุด Hct 29 % ดูแลให้ได้รับยา Lasix 40 mg. IV, CPM 1 amp ก่อนให้ PRC ดูแลให้ได้รับยา ปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD, DTX stat 386 mg% ดูแลให้ได้รับ RI 10 unit sc stat และติดตามผล DTX ต่อเนื่อง	(PPSv2) PPS 60% บรรเทาปวดดูแลให้ MO 2.5 mg po prn q 4 – 6 hr., Lorazepam (1) 1 tab SL prn for dyspnea กินอาหารได้น้อย ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 cc IV 80 cc/hr., CXR massive no pleural effusion lung, Lung: Clear both lung ดูแลให้ได้รับ ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD, FBS 130 mg% ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และติดตามผล DTX ต่อเนื่อง	1.มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) กินได้น้อย 2.หายใจเหนื่อยหอบ ให้ O2 canular 3 LPM 3.ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย 4.แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด 5. ลูกกลมแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง 6)มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

3. เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ข้อที่เหมือนกันคือ 1) ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดจากการลุกลามของมะเร็ง 2) หายใจเหนื่อยหอบ จากการติดเชื้อที่ปอด 3) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย 4) แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปอดมีการลุกลาม

แพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง และ 5) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) จากการรวบรวมข้อมูลข้างต้น นำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ตรงตามเป้าหมาย

4. เปรียบเทียบการวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ	เป้าหมาย	การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การจัดการความปวด	เพื่อลดอาการปวด	ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ pain score ดูแลให้ MO 3 mg iv Mo 30 mg Subcutaneous in 24 hr.	ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ pain score ดูแลให้ MO 2.5 mg po prn q 4-6 hr.
การจัดการหอบเหนื่อย	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ	ประเมิน O ₂ sat 97% On O ₂ mask with bag 10 LPM Keep O ₂ sat ≥ 94% ดูแลให้ Lorazepam 1 tab SL prn for dyspnea	O ₂ sat 97% On O ₂ canular 3 LPM Lorazepam 1 tab SL prn for dyspnea
จัดการภาวะซีด	ไม่มีภาวะซีด Hct อยู่ในเกณฑ์ ≥ 30 vol%	ให้ PRC 7 unit Hct จาก 14.3 vol% เพิ่มขึ้น 30 vol%	-
ร่างกายรับสารน้ำ สารอาหารได้ลดลง	ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำทางปาก อย่างเพียงพอ โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา	0.9% NSS 1000 ml iv 80 cc/hr ให้รับประทานอาหารปกติ จัดอาหารเสริมระหว่างมื้อ	0.9% NSS 1000 ml iv 80 cc/hr ให้รับประทานอาหารปกติ จัดอาหารเสริมระหว่างมื้อ
มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 80/120 mg%	DTX stat 386 mg% ดูแลให้ RI 10 unit iv stat	273 mg% ดูแลให้ RI 4 unit sc และ 322 mg% ดูแลให้ RI 8 unit sc

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ	เป้าหมาย	การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
มีภาวะติดเชื้อที่ปอด	ลดการติดเชื้อ	Ceftriaxone 2 gm iv OD c stat + NSS 100 ml	ATB Ceftriaxone 2 gm iv OD with stat + NSS 100ml 19/4/2568 - off ceftriaxone 2 gm - Ceftazidime 2 gm iv q 8 hr.
มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	ลดการติดเชื้อ	-	ATB Ceftriaxone 2 gm iv OD with stat + NSS 100ml 19/4/2568 - off ceftriaxone 2 gm - Ceftazidime 2gm iv q 8 hr.
จัดการเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลลดลง	ผู้ป่วยและญาติซักถามน้อยลง เข้าใจในคำแนะนำและแนวทางการรักษาอย่างถูกต้อง	ผู้ป่วยและญาติซักถามน้อยลง เข้าใจในคำแนะนำและแนวทางการรักษาอย่างถูกต้อง
การวางแผนการจำหน่าย	ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลและวางแผนการจำหน่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง	ทำ Family meeting ระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ญาติมีความเห็นตรงกันต้องการนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้านในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ทีมได้จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น O ₂ ไฟฟ้า ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่ง HHC พร้อมประสานงานเครือข่าย เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน	ทำ Family meetingระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ญาติมีความเห็นตรงกัน ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง มีอาการดีขึ้นขอไปพักที่บ้านเพื่ออยู่กับภรรยาและลูก ความต้องการของผู้ป่วยขอรักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตทีมได้จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่ง HHC พร้อมประสานงานเครือข่ายเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน

5. เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากอาหารปวดจากการลูกกลมของมะเร็ง กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยา Opioids เช่น ง่วงนอน ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เพื่อ กวดการหายใจ คั่น กล้ามเนื้อกระดูก 2.ประเมิน Pain Score โดยใช้ Face Scale of pain 8 คะแนน ดูแลให้ MO 10 mg Subcutaneous in 24 hr. ตามแผนการรักษาการ Monitor MO เรื่องการหายใจ ซีฟจร ความดันโลหิต อาจเกิดหายใจลำบาก การกวดการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจช้า, เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น เนื่องจากผู้ป่วย ได้รับยา Lorazepam ร่วมด้วย อาจเพิ่มความ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากอาหารปวดจากการลูกกลมของมะเร็ง กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมิน Pain score โดยใช้ Face Scale if pain 5 คะแนน ดูแลให้ MO 2.5 mg po ๆ 4-6 hr.ตามแผนการรักษา 2.ประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังได้รับยาบรรเทาความปวด 3.ประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยา Opioids เช่น ง่วงนอน ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เพื่อ กวดการหายใจ คั่น กล้ามเนื้อกระดูก 4.เบี่ยงเบนความปวดโดยให้ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบ แนะนำให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามความเหมาะสม เพื่อลดความปวด เช่น การฟังเพลง การ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>เสี่ยงในการกระระบบประสาท กระบบหายใจ ทำให้เกิดอาการโคม่าและนำไปสู่การเสียชีวิตได้</p> <p>3.ประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวด</p> <p>4.เปรียบเทียบความปวดโดยให้ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบ แนะนำให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามความเหมาะสม เพื่อลดความปวด เช่น การฟังเพลง การนวด การทำสมาธิ การฝึกลมหายใจ การประคบด้วยความร้อนหรือเย็น เป็นต้น</p> <p>5.ดูแลจัดท่านอน fowler's position ในท่าที่สุขสบาย ให้เคลื่อนไหว อิริยาบถช้า ๆ</p> <p>6.ประเมินสัญญาณชีพตามชนิดของยาลดปวดที่ได้รับทั้งก่อนและหลังได้รับยาลดปวด</p> <p>7.ดูแลให้ O2 mask with bag 10 LPM</p> <p>8.ประเมิน PPS ทำให้ทราบการพยากรณ์โรคและประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย PPS < 50% ผู้ป่วยและญาติได้รับการทำ Advance care plan เตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานเมื่อระยะสุดท้าย</p> <p>9. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การพักผ่อนไม่มีเสียงดังรบกวน ประเมินความพึงพอใจในการจัดการกับความเจ็บปวด</p> <p>10.ติดตามอาการ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ</p> <p>11.ดูแลให้ได้รับยา Lorazepam (1) 1x1 © hs ลดอาการหอบ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ซีพจร การหายใจ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เร็ว ไม่หอบผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ - ไม่กระสับกระส่าย สีหน้าสดชื่นขึ้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น - บ่นปวดลดลง Pain 1 – 2 คะแนน 	<p>นวด การทำสมาธิ การฝึกลมหายใจ การประคบด้วยความร้อนหรือเย็น เป็นต้น</p> <p>5.ดูแลจัดท่านอน fowler's position ในท่าที่สุขสบาย ให้เคลื่อนไหว อิริยาบถช้า ๆ</p> <p>6.ประเมินสัญญาณชีพตามชนิดของยาลดปวดที่ได้รับทั้งก่อนและหลังได้รับยาลดปวด</p> <p>7.ดูแลให้ O2 canular 3 LPM</p> <p>8.ประเมิน PPS</p> <p>9.ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การพักผ่อน ไม่มีเสียงดังรบกวน</p> <p>10.ประเมินความพึงพอใจในการจัดการกับความเจ็บปวด</p> <p>11.ติดตามอาการ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ</p> <p>12.ดูแลให้ได้รับยา Lorazepam (1) 1x1 © hs ลดอาการหอบเวลากลางคืน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ - บ่นปวดลดลง Pain 1 – 2 คะแนน - ไม่กระสับกระส่าย สีหน้าสดชื่นขึ้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากการติดเชื้อที่ปอด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 2 – 4 ชม. โดยเฉพาะอัตราการหายใจ</p> <p>2.ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจใน ซีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อปิวหนัง ลักษณะการขีด ถ้า O2 sat < 95% ขณะ On O2 canular 3 LPM plan เปลี่ยนเป็น O2 mask with bag 10 LPM ตามแผนการรักษา</p> <p>3.ดูแลให้ยาลดอาการหอบเหนื่อย Lorazepam 1 tab © pm ทุก 2-4 hr.</p> <p>4.ดูแลจัดท่านอน fowler's position</p> <p>5.ดูแลประเมิน Lung ประเมิน O2 saturation</p> <p>6.ให้ O2 mask with bag 10 LPM ตามแผนการรักษา</p> <p>7.ดูแล Hygiene care</p> <p>8.ดูแลให้พักผ่อนหรือจำกัดกิจกรรมตามความจำเป็น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากการติดเชื้อที่ปอด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 2 – 4 ชม. โดยเฉพาะอัตราการหายใจ</p> <p>2.ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจใน ซีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อปิวหนัง ลักษณะการขีด ถ้า O2 sat < 95% ขณะ On O2 canular 3 LPM plan เปลี่ยนเป็น O2 mask with bag 10 LPM ตามแผนการรักษา</p> <p>3.ดูแลให้ยาลดอาการหอบเหนื่อย Lorazepam 1 tab © pm ทุก 2-4 hr.</p> <p>4.ดูแลจัดท่านอน fowler's position</p> <p>5.ดูแลประเมิน Lung ประเมิน O2 saturation</p> <p>6.ให้ O2 canular 3 LPM ตามแผนการรักษา</p> <p>7.ดูแล Hygiene care</p> <p>8.ดูแลให้พักผ่อนหรือจำกัดกิจกรรมตามความจำเป็น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p>

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>- อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 24 – 26 ครั้ง/นาที ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ</p> <p>- O2 saturation มากกว่า 95%</p> <p>- ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าซีด เขียว</p>	<p>- อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 24 – 26 ครั้ง/นาที ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ</p> <p>- O2 saturation มากกว่า 95%</p> <p>- ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าซีด เขียว</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะซีดเนื่องจากโรคเรื้อรังร่วมกับการทำงานของไตบกพร่อง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.Hct อยู่ในเกณฑ์ > 30 vol%</p> <p>2.สามารถทำกิจกรรมได้บ้าง</p> <p>3.อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 24 – 26 ครั้ง/นาที ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ</p> <p>4.O2 sat < 95%</p> <p>5.ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าซีด เขียว</p> <p>6.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือปฏิกิริยาการแพ้เลือด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.ประเมินอาการแสดงภาวะซีด ได้แก่ เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง</p> <p>2.ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ</p> <p>3.ดูแลให้ได้รับ PRC Blood gr. B rh+ ตามแผนการรักษา 30/12/2567 ให้ PRC 2 unit 31/12/2567 ให้ PRC 2 unit 1/1/2568 ให้ PRC 1 unit 2/2/2568 ให้ PRC 2 unit</p> <p>1)ก่อนให้เลือด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการบ่งชี้ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยอ่านชื่อสกุลของตนเองที่ใบคล้องเลือด สอบถามกลุ่มเลือดของผู้ป่วย หากพบที่ไม่ตรงกันห้ามให้เลือด ต้องทำการตรวจสอบกลุ่มเลือดของผู้ป่วยซ้ำกับ LAB</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.ไม่แสดงอาการติดเชื้อ เช่น ไข้สูงหนาวสั่น</p> <p>2.UA: WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชม. โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย</p> <p>2.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษา3.การประเมินการติดเชื้อสังเกตอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้สูงหนาวสั่น</p> <p>4.ดูแลให้ได้รับ ATB Ceftriaxone 2 gm iv q 8 hr. ตามแผนการรักษา observe อาการข้างเคียงเช่น หายใจหรือกลืนอาหารได้ลำบาก เสียงแหบ เจ็บคอ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ผลข้างเคียงของยาอย่างรุนแรงทำให้เกิดภาวะช็อกจากการแพ้ยา</p> <p>5.แนะนำให้ดื่มน้ำมาก ๆ โดยการเตรียมน้ำให้เวลาละ 1,000 มล. ประเมินทุกเวลาไม่ให้กลืนปัสสาวะ</p> <p>6.ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol (500) 1 tab po q 4-6 hr. เมื่อมีไข้</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เนื่องจากตับอ่อนพร่องการทำงาน</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.ประเมินสัญญาณชีพให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>2.จัดอาหารที่มีประโยชน์ เหมาะสมกับโรคที่เป็น</p> <p>3.เน้นความสำคัญในการรับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษา</p> <p>4.เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการเหนื่อยเพลีย ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออกมาก5.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ DTX premeal, hs keep 80-180 mg%</p> <p>6.ดูแลให้ยา RI ฉีดใต้ผิวหนัง ได้ตามแผนการรักษา เมื่อ DTX > 300 mg% ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด, HR, อาการ hypoglycemia ภายใน 60 นาทีหลังให้ยา พบ อาการใจสั่น เหงื่อออกมาก หน้ามืด เป็นลม รายงานแพทย์</p> <p>7.ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 cc iv 80 cc/hr.</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 80 -180 mg%</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เนื่องจากตับอ่อนพร่องการทำงาน</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินสัญญาณชีพให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>2.จัดอาหารที่มีประโยชน์ เหมาะสมกับโรคที่เป็น</p> <p>3. เน้นความสำคัญในการรับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษา</p> <p>4.เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการเหนื่อยเพลีย ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออกมาก</p> <p>5.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ DTX premeal, hs keep 80-180 mg%</p> <p>6.ดูแลให้ยา RI ได้ตามแผนการรักษา</p> <p>7.ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 cc iv 80 cc/hr</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 80 -180 mg%</p>

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ร่างกายรับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำ ทางปาก อย่างเพียงพอ โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา 2.ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 cc iv 80 cc/hr. ตามแผนการรักษา 3.จัดอาหารเสริมระหว่างมือโดยญาตินำอาหารที่ผู้ป่วยชอบทานมาเพิ่มรวมทั้งผลไม้ 4.ให้อาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง 5.ดูแลความสะอาดปากและฟันก่อนและหลังรับประทานอาหาร 6.ให้กำลังใจในการรับประทานอาหาร 7.แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค และอาการเจ็บป่วย ปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารที่ผู้ป่วย ต้องการ 8.ประเมินความสมดุล กรด-ด่าง โดยติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Electrolyte 9.สังเกตอาการแสดงของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะขาดน้ำ ความตึงตัวของผิวหนัง ปากแห้ง อ่อนเพลีย ปัสสาวะน้อย 10.ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 11.ประสานโภชนาการ ประเมินความเพียงพอของการได้รับสารอาหารและอาหารเสริมเพิ่ม <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ไม่มีภาวะน้ำตาลต่ำมีอาการเหนื่อยเพลีย ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออกมาก 2.ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร เช่น น้ำหนักลดมาก ผิวแห้ง ริมฝีปากแห้ง 	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ร่างกายรับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำ ทางปาก อย่างเพียงพอ โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา 2.ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 cc iv 80 cc/hr. ตามแผนการรักษา 3.จัดอาหารเสริมระหว่างมือโดยญาตินำอาหารที่ผู้ป่วยชอบทานมาเพิ่มรวมทั้งผลไม้ 4.ให้อาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง 5.ดูแลความสะอาดปากและฟันก่อนและหลังรับประทานอาหาร 6.ให้กำลังใจในการรับประทานอาหาร 7.แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค และอาการเจ็บป่วย ปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารที่ผู้ป่วย ต้องการ 8.ประเมินความสมดุล กรด-ด่าง โดยติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Electrolyte 9.สังเกตอาการแสดงของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะขาดน้ำ ความตึงตัวของผิวหนัง ปากแห้ง อ่อนเพลีย ปัสสาวะน้อย 10.ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 11.ประสานโภชนาการ ประเมินความเพียงพอของการได้รับสารอาหารและอาหารเสริมเพิ่ม <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ไม่มีภาวะน้ำตาลต่ำมีอาการเหนื่อยเพลีย ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออกมาก 2.ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร เช่น น้ำหนักลดมาก ผิวแห้ง ริมฝีปากแห้ง
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ให้กำลังใจด้วยท่าทางเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความใส่ใจ หมั่นตรวจเยี่ยมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ 2.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ ผลลัพธ์ในการรักษาตามความเป็นจริง 3.ดูแลเรื่องภาวะโภชนาการของผู้ป่วย หากรับประทานอาหารได้มากขึ้น ผู้ป่วยสามารถทนต่อกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น 4.ช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>-ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การลุกนั่งบนเตียง การเคลื่อนไหวเอง การขับถ่าย การรับประทานอาหารได้เอง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ให้กำลังใจด้วยท่าทางเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความใส่ใจ หมั่นตรวจเยี่ยมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ 2.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ ผลลัพธ์ในการรักษาตามความเป็นจริง 3.ดูแลเรื่องภาวะโภชนาการของผู้ป่วย หากรับประทานอาหารได้มากขึ้น ผู้ป่วยสามารถทนต่อกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น 4.ช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>-ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การลุกนั่งบนเตียง การเคลื่อนไหวเอง การขับถ่าย การรับประทานอาหารได้เอง</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p>

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ให้กำลังใจด้วยท่าทางเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความใส่ใจ หมั่นตรวจเยี่ยมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ</p> <p>2.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ ผลลัพธ์ในการรักษาตามความเป็นจริง</p> <p>3.ให้กำลังใจและเข้าใจผู้ป่วยและญาติ โดยใช้คำพูดสุภาพ ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล</p> <p>4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยและอธิบายเพิ่มเติม</p> <p>5.ฝึกการผ่อนคลายให้ผู้ป่วย เช่น จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย หรือ ฝึกการหายใจเข้า - ออก ช้า ๆ ฝึกการทำสมาธิ</p> <p>6.ดูแล ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ป้อนข้าว ป้อนยา</p> <p>7.การสังเกตและประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วยเป็นระยะ</p> <p>8.ให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะ ไม่ควรให้ครั้งเดียวพร้อมตรวจสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่ อย่างไร และมีการให้ข้อมูลซ้ำเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจได้ถูกต้อง</p> <p>9.หลีกเลี่ยงคำพูดที่บั่นทอนความหวังของผู้ป่วย</p> <p>10.เมื่อผู้ป่วยมีท่าที่สบายขึ้น ทราบความกังวลของผู้ป่วยและสาเหตุจึงเริ่มสรุปข้อมูลและร่วมวางแผนในเรื่องต่าง ๆ กับผู้ป่วยรวมทั้งการดูแลต่อเนื่องในขั้นตอนต่าง ๆ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล -ผู้ป่วยและญาติซักถามน้อยลง เข้าใจในคำแนะนำ และแนวทางการรักษาของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง</p>	<p>1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ให้กำลังใจด้วยท่าทางเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความใส่ใจ หมั่นตรวจเยี่ยมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ</p> <p>2.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ ผลลัพธ์ในการรักษาตามความเป็นจริง</p> <p>3.ให้กำลังใจและเข้าใจผู้ป่วยและญาติ โดยใช้คำพูดสุภาพ ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล</p> <p>4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยและอธิบายเพิ่มเติม</p> <p>5.ฝึกการผ่อนคลายให้ผู้ป่วย เช่น จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย หรือ ฝึกการหายใจเข้า - ออก ช้า ๆ ฝึกการทำสมาธิ</p> <p>6.ดูแล ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ป้อนข้าว ป้อนยา</p> <p>7.การสังเกตและประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วยเป็นระยะ</p> <p>8.ให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะ ไม่ควรให้ครั้งเดียวพร้อมตรวจสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่ อย่างไร และมีการให้ข้อมูลซ้ำเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจได้ถูกต้อง</p> <p>9.หลีกเลี่ยงคำพูดที่บั่นทอนความหวังของผู้ป่วย</p> <p>10.เมื่อผู้ป่วยมีท่าที่สบายขึ้น ทราบความกังวลของผู้ป่วยและสาเหตุจึงเริ่มสรุปข้อมูลและร่วมวางแผนในเรื่องต่าง ๆ กับผู้ป่วยรวมทั้งการดูแลต่อเนื่องในขั้นตอนต่าง ๆ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล -ผู้ป่วยและญาติซักถามน้อยลง เข้าใจในคำแนะนำ และแนวทางการรักษาของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีภาวะไม่ยอมรับการเจ็บป่วย กลัวที่จะเผชิญหน้ากับภาวะสุดท้าย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.ประเมินภาวะสุขภาพและความพร้อมในการดูแลต่อเรื่องที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว ตามแนวทาง INHOMESSS การดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้าน</p> <p>2.ทีมสหสาขาวิชาชีพสอน/ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติและผู้ดูแลตามปัญหาที่พบ</p> <p>3.ประเมินความพร้อมความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและดูแลต่อเรื่องที่บ้านของผู้ป่วย</p> <p>4.ประสานเป้าหมายการดูแลร่วมกัน</p> <p>เครือข่ายที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย แผนการต่อเนื่องเพื่อเยี่ยมอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เตียง O2 และ ที่นอนลม การใช้ Syringe Driver การใช้ อุปกรณ์ O2</p> <p>5.วางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ได้แก่ ให้ข้อมูลเรื่องโรคเกี่ยวกับการใช้ยาในการบรรเทาอาการปวด มีการประสาน HHC ประสานทีมส่งต่อปัญหาในการออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามเยี่ยมภายใน 1-2 สัปดาห์</p> <p>6.ส่งเสริมการดูแลด้านจิต สังคม จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกัน</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีภาวะไม่ยอมรับการเจ็บป่วย กลัวที่จะเผชิญหน้ากับภาวะสุดท้าย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.ประเมินภาวะสุขภาพและความพร้อมในการดูแลต่อเรื่องที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว ตามแนวทาง INHOMESSS การดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้าน</p> <p>2.ทีมสหสาขาวิชาชีพสอน/ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติและผู้ดูแลตามปัญหาที่พบ</p> <p>3.ประเมินความพร้อมความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและดูแลต่อเรื่องที่บ้านของผู้ป่วย</p> <p>4.ประสานเป้าหมายการดูแลร่วมกัน</p> <p>เครือข่ายที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย แผนการต่อเนื่องเพื่อเยี่ยมอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เตียง O2 และ ที่นอนลม การใช้ Syringe Driver การใช้ อุปกรณ์ O2</p> <p>5.วางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ได้แก่ ให้ข้อมูลเรื่องโรคเกี่ยวกับการใช้ยาในการบรรเทาอาการปวด มีการประสาน HHC ประสานทีมส่งต่อปัญหาในการออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามเยี่ยมภายใน 1-2 สัปดาห์</p> <p>6.ส่งเสริมการดูแลด้านจิต สังคม จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกัน</p>

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
7. ประเมินทักษะการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง เป็นต้น และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	7. ประเมินทักษะการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง เป็นต้น และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
8. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก	8. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก
เกณฑ์การประเมินผล	เกณฑ์การประเมินผล
1. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกความต้องการ	1. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกความต้องการ
2. ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย สามารถเลือกและวางแผนการเสียชีวิตอย่างสงบ ตามความปรารถนาถึงแก่กรรมโรงพยาบาลหรือที่บ้าน	2. ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย สามารถเลือกและวางแผนการเสียชีวิตอย่างสงบ ตามความปรารถนาถึงแก่กรรมโรงพยาบาลหรือที่บ้าน
3. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ	3. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ
4. ผู้ป่วยพึงพอใจการดูแลของแพทย์ และเจ้าหน้าที่สุขภาพ	4. ผู้ป่วยพึงพอใจการดูแลของแพทย์ และเจ้าหน้าที่สุขภาพ

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 วินิจฉัย CA Lung with metastasis with Palliative care Left pleural effusion with Anemia with anemia symptoms with Diabetes mellitus type 2 with Simple Hyperglycemia กรณีศึกษารายที่ 2 วินิจฉัย CA Lung with metastasis with Palliative care with Pneumonia with Diabetes mellitus type 2 with Simple Hyperglycemia ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จำนวนวันที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากันคือ 5 วัน ซึ่งมีผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาที่พบดังนี้

มีสาเหตุของการปวดเนื่องจากมีการกระจายลูกกลมของเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยรายที่ 1 ระยะแรก Pain score 10 คะแนน หลังได้รับยา Pain score ลดลง ≤ 7 คะแนน และยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้ ได้รับ Opioids ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด และชั้นใต้ผิวหนัง ผู้ป่วยปวดลดลง สามารถนอนพักได้ ไม่กระสับกระส่าย ไม่หอบเหนื่อยมาก และยังได้รับ O₂ mask with bag 10 LPM อย่างต่อเนื่อง และได้รับยา Lorazepam (1) 1x1 © hs ลดอาการหอบ ส่วนรายที่ 2 ระยะแรกรับ Pain Score 5 คะแนน หลังได้รับยา Pain Score ลดลง ≤ 5 คะแนน

และยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แต่น้อย ได้รับ Opioids ชนิดกิน ผู้ป่วยปวดลดลง สามารถนอนพักได้ ไม่หายใจหอบช่วงกลางคืน และยังได้รับ O₂ canular 3 LPM อย่างต่อเนื่อง และได้รับยา Lorazepam (1) 1x1 © hs ลดอาการหอบเวลากลางคืน

มีสาเหตุภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการติดเชื้อมีปอดและมีการกระจาย ลูกกลมของเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยรายที่ 1 ระยะแรกรับ หายใจ 32 ครั้ง/นาที นาที CXR massive pleural effusion lung, Lung crepitation ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ไหล่ช่วยหายใจ On O₂ canular 3 LPM Plan เปลี่ยนเป็น O₂ mask with bag 10 LPM O₂ sat 97% และยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ได้ ได้รับ Opioids ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด และชั้นใต้ผิวหนัง ผู้ป่วยปวดลดลง สามารถนอนพักได้ ไม่กระสับกระส่าย ไม่หอบเหนื่อยมาก ได้รับ O₂ mask with bag 10 LPM อย่างต่อเนื่อง และได้รับยา Lorazepam (1) 1x1 © hs ลดอาการหอบ ส่วนรายที่ 2 ระยะแรกรับ หายใจ 24 ครั้ง/นาที นาที CXR massive pleural effusion lung Lung crepitation ได้ทำ O₂ saturation 97% O₂ canular 3 LPM และยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย

ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ แต่น้อย ได้รับ Opioids ชนิดกิน ผู้ป่วยปวดลดลง สามารถนอนพักได้ ไม่หายใจหอบช่วงกลางคืน และยังได้รับ O₂ canular 3 LPM อย่างต่อเนื่อง และได้รับยา Lorazepam (1) 1x1 © hs ลดอาการหอบเวลากลางคืน

มีภาวะซีด (anemia) ผู้ป่วยรายที่ 1 ราย เป็นผลจากการรับ CMT: Taxel + Carbo after 3 cycle ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง จึงทำให้การทำงานของไตบกพร่อง ทำให้มีการสร้างสาร Erythropoietin (อิริโทรโพอิติน) ซึ่งเป็นฮอร์โมนในร่างกายที่ผลิตขึ้นจากไต ทำหน้าที่ช่วยสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงที่มีส่วนสำคัญในการเพิ่มระดับฮีโมโกลบิน จึงทำให้ผู้ป่วยซีดได้ มีภาวะซีด เนื่องจากมีโรคประจำตัว DM ภาวะโลหิตจาง ที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานนั้นจะเกิดขึ้นที่ละน้อย ยิ่งกินน้ำตาล หรือร่างกายเสื่อมไม่สามารถเผาผลาญพลังงานที่ได้จากอาหาร ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะ Hct ต่ำกว่าปกติ ได้รับ PRC Blood gr. B rh⁺ HCT หลังให้เลือด 14.3 vol% เพิ่มเป็น 34 vol% แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ระดับ HCT มีค่าปกติ ผู้ป่วยได้รับการรักษาบรรเทาความปวด ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับ MO 30 mg Subcutaneous in 24 hr และ MO 3 mg iv บรรเทาอาการหายใจเหนื่อยหอบ On O₂ mask with bag 10 LPM Keep O₂ sat ≥ 94% และ ผล CXR massive pleural effusion lung ได้ Set thoracocentesis lt. 2 ครั้ง lease 300 ml, 200 ml CXR หลัง tab ปอด ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับ Lorazepam 1 tab SL pm for dyspnea, MO 2.5 mg po pm q 4-6 hr., On O₂ canular 3 LPM Keep O₂ sat ≥ 95

มีภาวะการติดเชื้อในร่างกาย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะการติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยรายที่ 1 ผล Lab WBC 17,190 cell/mm³, Neutrophil 93%, PLT 867,000 cell/mm³, eGFR 116.41 ml/m, Creatinine 0.6 mg/dl, BUN 18 mg/dl, NA 132 mmol/L, K4 mmol/L, CL 95 mmol/L, CO₂ 26 mmol/L, Blood Ketone 0.2 mmol/L ส่วนรายที่ 2 มีภาวะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ WBC 16,490 cell/mm³ มีภาวะการติดเชื้อผิดปกติ คือ CBC พบ Hct

33.2%, WBC 16,490 cell/mm³, Neutrophil 91%, PLT 580,000 cell/mm³, eGFR 111.63 ml/m, Creatinine 0.5 mg/dl, BUN 10 mg/dl, NA 143 mmol/L, K 3.7 mmol/L, CL 92 mmol/L, CO₂ 25 mmol/L, UA : WBC 5-10 cell/HPF, UA : Sq.Epithelial 3-5 cell/HPF, UA : Specific gravity 1.020, ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ได้รับ ATB เพื่อลดการติดเชื้อชนิดเดียวกัน ส่วนรายที่ 2 เปลี่ยน ATB เพื่อควบคุมการติดเชื้อ จาก Ceftriaxone 2 gm day 5 เป็น Ceftazidime 2 gm iv q 8 hr. การส่งตรวจระดับ Lactate เนื่องจากการลดลงของค่า Lactate บ่งชี้ถึงการประคับประคองการไหลเวียนเลือด (Hemodynamic) ที่ดีทำให้สามารถเพิ่มการใช้ออกซิเจนระดับเซลล์ได้มีผลต่อการติดตามการรักษา และได้รับสารน้ำที่เพียงพอต่อร่างกายการตรวจน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยการล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลได้อีกด้วย ซึ่งในผู้ป่วยทั้ง 2 ใช้เวลานานในการควบคุมของการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน จึงทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และต้องปรับระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาพยาบาลตาม CPG และ CNPG Palliative care ที่ตีผู้ป่วยใน ทำ Family meeting มีอุปกรณ์ต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยและญาติต้องการที่จะกลับไปดูแลตนเอง แบบประคับประคองที่บ้านมีการประสานข้อมูล ส่ง HHC เพื่อการดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเบาหวาน หากพบภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ก็จะได้รับยา RI ฉีดเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด^๑

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย อาการเหนื่อย อ่อนเพลียจากการล้าของเซลล์มะเร็ง การรับประทานอาหารได้น้อย รวมไปถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ และมีญาติคอยช่วยเหลือ

ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี แนะนำญาติให้เพิ่มความอยากหรือกระตุ้นการอยากอาหารโดยการจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้รับประทานเป็นพิเศษ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากการลุกลามของเซลล์มะเร็งจากการประเมินผู้ป่วยสามารถปรับตัวตามกลไกของความเศร้าโศกจนถึงระยะที่ยอมรับได้ เข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวและเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถยอมรับได้ เข้าใจและสามารถ ปฏิบัติตัวและเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนรายที่ 2 ยอมรับแต่ไม่พร้อมเข้าสู่ระยะสุดท้ายเนื่องจากเป็นห่วงลูกสาวอยากมีชีวิตอยู่กับลูกนาน ๆ และญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากการลุกลามของเซลล์มะเร็งจากการประเมินผู้ป่วยสามารถปรับตัวตามกลไกของความเศร้าโศกจนถึงระยะที่ยอมรับได้ เข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวและเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนรายที่ 2 ยอมรับแต่ไม่พร้อมเข้าสู่ระยะสุดท้ายเนื่องจากเป็นห่วงลูกสาวอยากมีชีวิตอยู่กับลูกสาวนาน ๆ⁷

การวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยรายที่ 1 ประเมิน PPS 30% ญาติขอเช่า O₂ ไฟฟ้า จัดส่งข้อมูลและประสานการดูแลต่อเนื่องส่ง HHC ให้ รพ. สต. ติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ไม่มีนัดตรวจติดตาม แนะนำหากมีอาการรบกวนต่าง ๆ เช่น อาการปวดมากขึ้น หอบเหนื่อย หอบมาก ทานไม่ได้ สามารถมาโรงพยาบาลได้ รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลพล เป็นเวลา 5 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ประเมิน PPS 60% ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้บ้าง เช่น การทานอาหารเอง เดินเข้าห้องน้ำโดยญาติพยุงตัวโรครุนแรง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ไม่มีนัดตรวจติดตาม แนะนำหากมีอาการรบกวนต่าง ๆ เช่น อาการปวดมากขึ้น หอบเหนื่อย หอบมาก ทานไม่ได้ สามารถมาโรงพยาบาลได้ รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลพล เป็นเวลา 5 วัน

สำหรับความยุ่งยากในการวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยรายที่ 2 ทำ Family meeting 4 ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยยังมีความห่วงใยต่อลูกสาวอันเป็นที่รักจึงยากที่จะให้ยอมรับการเสียชีวิต เมื่อเวลานั้นมาถึง

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2558). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปอด ปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทโมฆิตการพิมพ์ จำกัด.
2. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลพล. (2568). สถิติผู้ป่วยเรื้อรังโรงพยาบาลพล ขอนแก่น. เอกสารรายงาน.
3. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2553). เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ขอนแก่น:คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
4. Jean Watson, The theory of human caring: 1979, 1988.
5. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2568).หลักจริยธรรมการวิจัยในคน.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.crecthai.crg/html/th/index.php>.
6. ดาริน จตุรภัทรพร. (2554). สุข รัก เข้าใจ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต : Palliative care. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
7. นภา ทวีรทรงกุล,สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2559). ประสบการณ์อาการและการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. Rama Nurs J Vol.21 No.1 January-April 2015:82-95.