การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการผ่าตัด :กรณีศึกษา

Nursing Care for Ovarian Cancer Patients Undergoing Surgery: Case Study.

(Received: October 2,2026 ; Revised: October 4,2026 ; Accepted: October 12,2026)

วิลาวัณย์ อภัยพงศ์[1]
Wilawan Apaipong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่เข้ารับการผ่าตัด 2 ราย ที่มีความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน เป็นกรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต และการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ร่วมกับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะจำหน่าย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทย อายุ 59 ปี มีประวัติมะเร็งเต้านมข้างขวาที่ได้รับการผ่าตัดแล้ว มาด้วยอาการปวดท้องน้อย 3 วัน ระดับความปวด 5–6 คะแนน ผลตรวจ CA 125 เท่ากับ 607 IU/mL เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องพบก้อนขนาด 7.8 × 3.7 × 7.8 เซนติเมตร ไม่พบน้ำในช่องท้อง ปัญหาทางการพยาบาลหลักคือความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความไม่สุขสบายจากแผลผ่าตัด ภายหลังผ่าตัดฟื้นตัวได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านได้ตามแผนการรักษา ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย อายุ 40 ปี มีโรคประจำตัวหลอดเลือดสมองเก่า (old CVA) มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย มาด้วยอาการท้องโต แน่นท้อง 10 วัน ร่วมกับขาซ้ายบวม ผลตรวจ CA 125 เท่ากับ 902.1 IU/mL พบก้อนขนาด 14.9 × 23.1 × 25.4 เซนติเมตร มีน้ำในช่องท้องประมาณ 5,000 มิลลิลิตร ร่วมกับภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาซ้าย ภาวะโซเดียมต่ำและโพแทสเซียมสูง และเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดภายหลังผ่าตัด ได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจนผ่านพ้นภาวะวิกฤตและฟื้นตัวได้

คำสำคัญ: มะเร็งรังไข่, การพยาบาล, กรณีศึกษา, ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก, ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด

Abstract

This study aimed to compare nursing care provided to two patients with ovarian cancer undergoing surgery who differed in disease severity and complications. A comparative case study of two patients admitted to a gynecology ward. Data were collected from medical records, interviews with patients and relatives, observation, and physical examination, and were analyzed using Gordon's 11 functional health patterns together with the five-step nursing process across the preoperative, postoperative, and discharge phases.

Results: Case 1 was a 59-year-old Thai woman with a history of right breast cancer treated surgically, presenting with three days of lower abdominal pain (pain score 5–6). CA 125 was 607 IU/mL and CT of the whole abdomen showed a 7.8 × 3.7 × 7.8 cm mass without ascites. Principal nursing problems were preoperative anxiety and postoperative wound discomfort; she recovered uneventfully and was discharged as planned. Case 2 was a 40-year-old Thai woman with an old cerebrovascular accident and left-sided weakness, presenting with ten days of abdominal distension and fullness together with left leg swelling. CA 125 was 902.1 IU/mL and CT showed a 14.9 × 23.1 × 25.4 cm mass with approximately 5,000 mL of ascites, left lower-extremity deep vein thrombosis, hyponatremia and hyperkalemia. She developed hypovolemic shock from intraoperative blood loss, required intensive monitoring, and subsequently recovered without further complications.

Keywords: ovarian cancer, nursing care, case study, deep vein thrombosis, hypovolemic shock

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตรัง

บทนำ

มะเร็งรังไข่ (ovarian cancer) เป็นมะเร็งนรีเวชที่มีความรุนแรงสูงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของมะเร็งในระบบสืบพันธุ์สตรี เนื่องจากรังไข่เป็นอวัยวะที่อยู่ลึกในช่องเชิงกราน เมื่อเริ่มมีพยาธิสภาพจึงไม่แสดงอาการเฉพาะเจาะจง อาการที่พบมักคลุมเครือและคล้ายโรคทางเดินอาหารทั่วไป เช่น ท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้องน้อย อิ่มเร็ว ปัสสาวะบ่อย หรือน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากมาพบแพทย์เมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลามแล้ว [1,2,3]

สถานการณ์ของโรคในประเทศไทยพบว่ามะเร็งรังไข่เป็นมะเร็งนรีเวชที่พบบ่อยเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก และมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในวัยหมดประจำเดือน ประวัติมะเร็งรังไข่ มะเร็งเต้านม หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว การกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2 ภาวะไม่เคยตั้งครรภ์ การมีประจำเดือนเร็วหรือหมดประจำเดือนช้า และภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ [4,5,6]

การวินิจฉัยอาศัยการซักประวัติ การตรวจภายใน การตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ร่วมกับการตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง CA 125 ซึ่งมีประโยชน์ทั้งในการช่วยวินิจฉัยและติดตามการตอบสนองต่อการรักษา แนวทางการรักษาหลักคือการผ่าตัดเพื่อกำหนดระยะโรคและลดปริมาณก้อนมะเร็ง (cytoreductive surgery) โดยวิธีมาตรฐานคือการตัดมดลูก ปีกมดลูก และรังไข่ทั้งสองข้าง ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองและตัดเยื่อบุช่องท้องส่วนโอเมนตัม จากนั้นจึงให้ยาเคมีบำบัดเสริมตามระยะของโรค [5,6,7]

การผ่าตัดช่องท้องส่วนล่างในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีก้อนขนาดใหญ่ มีน้ำในช่องท้องปริมาณมาก หรือมีโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและมีความสำคัญ ได้แก่ การตกเลือดและภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกซึ่งอาจลุกลามไปสู่ภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นหลอดเลือดปอด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และภาวะลำไส้ไม่ทำงานชั่วคราว [8,9,10]

นอกจากปัญหาทางกายแล้ว ผู้ป่วยยังเผชิญความทุกข์ทรมานทางจิตใจจากการรับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็ง ความกลัวการผ่าตัด ความกังวลต่อการสูญเสียอวัยวะสืบพันธุ์ ภาพลักษณ์ และความไม่แน่นอนของอนาคต [11]

พยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะเตรียมผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด จนถึงระยะวางแผนจำหน่าย การประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม การคัดกรองความเสี่ยงเฉพาะราย และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเชิงรุกจะช่วยให้ตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ 2 ราย ที่มีความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน เพื่อวิเคราะห์ความเหมือนและความต่างของปัญหาทางการพยาบาล และนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่

2.เพื่อเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ 2 ราย

3.เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่เข้ารับการผ่าตัด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นกรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (comparative case study) ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 2 ราย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรังไข่และเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 2 ราย ที่มีความแตกต่างกันของระยะโรค โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้เห็นความหลากหลายของปัญหาทางการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1.แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษ และแผนการรักษา

2.แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's 11 functional health patterns)[13]

3.แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

4.กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตพฤติกรรมและอาการแสดง การตรวจร่างกาย และการปรึกษาหารือกับทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลและองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และให้ความยินยอมด้วยวาจาก่อนเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดถูกนำเสนอในภาพรวม โดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล หรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ และใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ ปวดท้องน้อย 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ระดับความปวด 5–6 คะแนน จาก 10 คะแนน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดหน่วงบริเวณท้องน้อย ปวดมากขึ้นเป็นระยะ รับประทานยาแก้ปวดแล้วอาการไม่ทุเลา ไม่มีไข้ ไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด รับประทานอาหารได้ลดลง จึงมาตรวจที่โรงพยาบาล สัญญาณชีพแรกรับอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์วินิจฉัยโรค มะเร็งรังไข่ (carcinoma of ovary) ต้องรับการผ่าตัด total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy ร่วมกับการผ่าตัดกำหนดระยะโรค และวางแผนให้ยาเคมีบำบัดเสริมภายหลัง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา (right breast cancer) ได้รับการผ่าตัดรักษาแล้วและติดตามการรักษาต่อเนื่อง

ผลการตรวจที่สำคัญ ได้แก่ CA 125 = 607 IU/mL (ค่าปกติ < 35 IU/mL) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องทั้งหมด (CT whole abdomen) พบก้อนบริเวณปีกมดลูก ขนาดประมาณ 7.8 × 3.7 × 7.8 เซนติเมตร ไม่พบน้ำในช่องท้อง (no ascites)

กรณีศึกษาที่ 2

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 40 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากภาวะอ่อนแรงซีกซ้าย

อาการสำคัญ ท้องโต ปวดแน่นท้อง 10 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับขาซ้ายบวม

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการท้องโตขึ้นอย่างรวดเร็ว แน่นอึดอัดท้อง รับประทานอาหารได้น้อยลง อิ่มเร็ว หายใจไม่สะดวกเมื่อนอนราบ ร่วมกับสังเกตว่าขาซ้ายบวมตึงและปวด อาการเป็นมากขึ้นจนรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคหลอดเลือดสมองเก่า (old cerebrovascular accident) มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย (left-sided weakness) ทำให้เคลื่อนไหวได้จำกัด

ผลการตรวจที่สำคัญ : CA 125 = 902.1 IU/mL CT whole abdomen พบก้อนขนาดใหญ่ขนาดประมาณ 14.9 × 23.1 × 25.4 เซนติเมตร ร่วมกับน้ำในช่องท้องปริมาณมาก ประมาณ 5,000 มิลลิลิตร อัลตราซาวด์หลอดเลือดดำขาซ้าย พบภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกข้างซ้าย (left lower-extremity deep vein thrombosis) ผลอิเล็กโทรไลต์พบภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) และโพแทสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia) ภาวะซีด ความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าเกณฑ์

การวินิจฉัยโรค มะเร็งรังไข่ (carcinoma of ovary) ร่วมกับภาวะน้ำในช่องท้อง ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก และภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อายุ	59 ปี	40 ปี
อาการสำคัญ	ปวดท้องน้อย 3 วัน	ท้องโต แน่นท้อง 10 วัน ขาซ้ายบวม
ระดับความปวดแรกรับ	5–6 คะแนน	ปวดแน่นท้องรุนแรง ต้องใช้ยาระงับปวดกลุ่มแรง
โรคร่วม	มะเร็งเต้านมข้างขวา (ผ่าตัดแล้ว)	โรคหลอดเลือดสมองเก่า อ่อนแรงซีกซ้าย
CA 125	607 IU/mL	902.1 IU/mL
ขนาดก้อน	7.8 × 3.7 × 7.8 ซม.	14.9 × 23.1 × 25.4 ซม.
น้ำในช่องท้อง	ไม่พบ	ประมาณ 5,000 มล.
ภาวะอิเล็กโทรไลต์	ปกติ	โซเดียมต่ำ โพแทสเซียมสูง
ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน	ไม่พบ	พบที่ขาซ้าย (DVT)
ภาวะซีด	มีภาวะซีด	มีภาวะซีด ต้องได้รับเลือด
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	ไม่พบ	ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด
จำนวนข้อวินิจฉัยการพยาบาล	4 ข้อ	6 ข้อ
ผลลัพธ์	ฟื้นตัวดี จำหน่ายตามแผน	ผ่านพ้นภาวะวิกฤต ฟื้นตัวได้ตามแผน

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยโรคเดียวกันและได้รับการรักษาด้วยวิธีเดียวกัน แต่มีความแตกต่างอย่างชัดเจนในด้านความรุนแรงของพยาธิสภาพ โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ปัญหาทางการพยาบาล ความเข้มข้นของการเฝ้าระวัง และความซับซ้อนของแผนการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1 ข้อวินิจฉัยที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดำเนินของโรค	กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินระดับความวิตกกังวลจากคำพูด สีหน้า ท่าทาง และพฤติกรรมการนอนหลับ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ฟังอย่างตั้งใจโดยไม่ตัดสิน ประเมินความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด แล้วให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ครอบคลุมขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด สิ่งที่จะพบหลังฟื้นจากยาสลบ เช่น สายสวนปัสสาวะ สายน้ำเกลือ และแผลผ่าตัด สอนและฝึกการหายใจลึก ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการพลิกตะแคงตัวบนเตียง เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับระยะหลังผ่าตัด ส่งเสริมการใช้เทคนิคผ่อนคลาย และเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ การประเมินผล: ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลายขึ้น บอกเล่าความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดได้ถูกต้อง นอนหลับพักผ่อนได้ และให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล : ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และติดตามผลความเข้มข้นของเลือด สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ผิวหนังเย็นชื้น ซีด กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง และปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมงประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ ประเมินแผลผ่าตัดและปริมาณเลือดที่ซึมผ่านผ้าปิดแผล บันทึกปริมาณสารคัดหลั่งจากท่อระบาย บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายอย่างเคร่งครัด การประเมินผล: สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปัสสาวะออกดี
ข้อวินิจฉัยที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล : จัดท่านอนให้สุขสบาย สอนการใช้มือประคองแผลขณะไอหรือพลิกตัว สอนเทคนิคผ่อนคลาย ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึก ๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ดูแลให้ได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา สังเกตผลข้างเคียงของยาประเมินระดับความปวดด้วย numeric rating scale ทุก 4 ชั่วโมง และระเมินซ้ำหลังให้การพยาบาล 30 นาที การประเมินผล: ระดับความปวดลดลงเหลือ 2–3 คะแนน ผู้ป่วยพักผ่อนได้ และลุกเดินได้ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยที่ 4 ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน	กิจกรรมการพยาบาล : ให้คำแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด การรักษาความสะอาด และการสังเกตอาการติดเชื้อ ได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน มีหนองหรือมีไข้ แนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงเพื่อส่งเสริมการหายของแผล ดื่มน้ำให้เพียงพอ และรับประทานอาหารที่มีกากใย แนะนำการทำกิจกรรม หลีกเลี่ยงการยกของหนักและการออกแรงเบ่งในช่วง 6–8 สัปดาห์แรก อธิบายแผนการรักษาต่อเนื่องด้วยยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัว เน้นย้ำสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ ไข้สูง แผลแยกหรือมีหนอง ปวดท้องรุนแรง เลือดออกทางช่องคลอด ขาบวมข้างเดียว หรือหายใจเหนื่อยหอบ ย้ำความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติสามารถทบทวนคำแนะนำได้ถูกต้อง แสดงความมั่นใจในการดูแลตนเอง จำหน่ายกลับบ้านได้ตามแผนการรักษา
กรณีศึกษาที่ 2 ข้อวินิจฉัยที่ 1 ไม่สุขสบายจากอาการปวดแน่นท้อง เนื่องจากก้อนมะเร็งขนาดใหญ่และภาวะน้ำในช่องท้อง	กิจกรรมการพยาบาล : จัดท่านอนศีรษะสูง 30–45 องศา เพื่อลดแรงดันต่อกะบังลมและช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น ดูแลให้ได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และประเมินประสิทธิภาพของยา ประเมินลักษณะ ตำแหน่ง และระดับความปวดอย่างสม่ำเสมอ พร้อมวัดเส้นรอบเอวเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง ดูแลการระบายน้ำในช่องท้องตามแผนการรักษา สังเกตปริมาณ สี และลักษณะของสารน้ำ พร้อมเฝ้าระวังความดันโลหิตต่ำภายหลังระบายน้ำปริมาณมาก จัดอาหารมื้อเล็กแต่บ่อยครั้ง เพื่อลดอาการแน่นท้องและอิ่มเร็ว การประเมินผล: ระดับความปวดลดลง ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยที่ 2 การไหลเวียนเลือดดำส่วนปลายบกพร่องเนื่องจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาซ้าย	กิจกรรมการพยาบาล : จัดท่ายกขาข้างที่มีพยาธิสภาพให้สูงกว่าระดับหัวใจเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมการไหลกลับของเลือดดำ ห้ามนวด คลึง หรือกดบริเวณที่มีลิ่มเลือดโดยเด็ดขาด เพื่อป้องกันลิ่มเลือดหลุดไปอุดกั้นหลอดเลือดปอด ดูแลให้ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษาอย่างตรงเวลา ติดตามผลการแข็งตัวของเลือด และเฝ้าระวังภาวะเลือดออกผิดปกติ ได้แก่ จ้ำเลือดตามตัว เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะหรืออุจจาระมีเลือดปน เฝ้าระวังภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นหลอดเลือดปอดอย่างใกล้ชิด ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบเฉียบพลัน เจ็บหน้าอก ไอเป็นเลือด ชีพจรเร็ว และระดับออกซิเจนในเลือดลดลง หากพบให้รายงานแพทย์ทันทีส่งเสริมการเคลื่อนไหวเท่าที่ทำได้ตามข้อจำกัดของผู้ป่วย และกระตุ้นการบริหารข้อเท้าในข้างที่ไม่มีข้อห้ามประเมินขาซ้ายเปรียบเทียบกับขาขวาทุกเวร ได้แก่ ขนาดเส้นรอบวง สีผิว อุณหภูมิ อาการปวด และชีพจรส่วนปลาย การประเมินผล: อาการบวมและปวดที่ขาซ้ายลดลง ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นหลอดเลือดปอด และไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติจากยา
ข้อวินิจฉัยที่ 3 ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์จากภาวะน้ำในช่องท้องและการรับประทานอาหารได้น้อย	กิจกรรมการพยาบาล : ดูแลให้ได้รับสารน้ำและการแก้ไขอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ระมัดระวังอัตราการให้ และสังเกตภาวะน้ำเกิน ภาวะโซเดียมต่ำ: สังเกตอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ สับสน ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อเป็นตะคริว หรือชัก ภาวะโพแทสเซียมสูง: เฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สังเกตอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและชาปลายมือปลายเท้า บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง และชั่งน้ำหนักทุกวันในเวลาเดียวกัน ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา และรายงานแพทย์เมื่อพบค่าผิดปกติให้คำแนะนำด้านอาหารที่เหมาะสมกับภาวะอิเล็กโทรไลต์ของผู้ป่วย การประเมินผล: ค่าอิเล็กโทรไลต์กลับเข้าสู่เกณฑ์ปกติ สมดุลสารน้ำเหมาะสม ไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
ข้อวินิจฉัยที่ 4 เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดภายหลังผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล : จัดท่านอนราบยกปลายเท้าสูง ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา และให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ดูแลให้ได้รับสารน้ำและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษาอย่างรวดเร็ว ตรวจสอบความถูกต้องของเลือดก่อนให้ตามมาตรฐาน และเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการรับเลือด ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาทีในระยะวิกฤต ติดตามความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ และความอิ่มตัวของออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง ประเมินระดับความรู้สึกตัว สีผิว อุณหภูมิและความชื้นของผิวหนัง และการไหลเวียนเลือดส่วนปลาย (capillary refill) ติดตามปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง โดยรักษาให้ไม่น้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดและท่อระบายอย่างต่อเนื่อง เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ และรายงานแพทย์ทันทีเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง การประเมินผล: ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต สัญญาณชีพกลับมาคงที่ ระดับความรู้สึกตัวดี ปัสสาวะออกเพียงพอ ไม่เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลว
ข้อวินิจฉัยที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อเนื่องจากภาวะซีด	กิจกรรมการพยาบาล : ดูแลให้ได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา พร้อมเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามความเหมาะสม และติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน จัดกิจกรรมสลับกับการพักผ่อน ป้องกันการเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็วเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหน้ามืดและพลัดตกหกล้ม ซึ่งมีความสำคัญมากในผู้ป่วยที่มีภาวะอ่อนแรงซีกซ้ายอยู่เดิม ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซีด ได้แก่ เยื่อบุตาซีด ริมฝีปากซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น และวิงเวียนศีรษะ ติดตามผลความเข้มข้นของเลือดตามแผนการรักษา การประเมินผล: ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น อาการอ่อนเพลียลดลง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยที่ 6 ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	กิจกรรมการพยาบาล : ให้ความรู้เรื่องการดูแลแผล การสังเกตอาการติดเชื้อ และการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล เน้นย้ำการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่องและตรงเวลา การสังเกตภาวะเลือดออกผิดปกติ และการมาตรวจติดตามผลเลือดตามนัด แนะนำการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดซ้ำ ได้แก่ หลีกเลี่ยงการอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ บริหารข้อเท้าสม่ำเสมอ ดื่มน้ำให้เพียงพอ และการใช้ถุงน่องป้องกันหลอดเลือดดำตามคำแนะนำของแพทย์ สอนญาติเรื่องการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะอ่อนแรงซีกซ้าย อธิบายแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการปฏิบัติตัว เน้นย้ำสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที โดยเฉพาะอาการหายใจเหนื่อยหอบเฉียบพลัน เจ็บหน้าอก ขาบวมมากขึ้น หรือมีเลือดออกผิดปกติ การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและสามารถทบทวนแผนการดูแลได้ถูกต้อง จำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ 2 ราย พบว่าแม้ผู้ป่วยทั้งสองจะได้รับการวินิจฉัยโรคเดียวกันและได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีเดียวกัน แต่ความรุนแรงของพยาธิสภาพ ระยะเวลาที่มาพบแพทย์ และโรคร่วมที่มีอยู่เดิมเป็นตัวกำหนดความซับซ้อนของปัญหาทางการพยาบาลอย่างชัดเจน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 ข้อ ซึ่งเน้นด้านจิตใจและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นหลัก ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 6 ข้อ ที่ครอบคลุมทั้งปัญหาวิกฤตด้านการไหลเวียนโลหิต สมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต

ประเด็นที่ 1 การมาพบแพทย์ล่าช้ากับความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาสะท้อนธรรมชาติของมะเร็งรังไข่ที่มักไม่แสดงอาการในระยะแรก สอดคล้องกับรายงานที่ระบุว่าผู้ป่วยมะเร็งรังไข่กว่าร้อยละ 70 ได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคลุกลามแล้ว [1,2,3] กรณีศึกษาที่ 2 ซึ่งมีอาการท้องโตขึ้นอย่างรวดเร็วจนมีก้อนขนาดใหญ่กว่า 25 เซนติเมตร ร่วมกับน้ำในช่องท้องถึง 5,000 มิลลิลิตร แสดงให้เห็นถึงการดำเนินโรคที่รุนแรงกว่า และสัมพันธ์กับระดับ CA 125 ที่สูงกว่าอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าระดับ CA 125 มีความสัมพันธ์กับปริมาณก้อนมะเร็งและระยะของโรค[4,5,6] ประเด็นนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการให้ความรู้แก่สตรีในชุมชนเกี่ยวกับอาการเตือนที่ไม่จำเพาะของมะเร็งรังไข่ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพได้เร็วขึ้น

ประเด็นที่ 2 ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช กรณีศึกษาที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดหลายประการซ้อนทับกัน ได้แก่ ภาวะเลือดแข็งตัวง่ายจากตัวโรคมะเร็ง ก้อนขนาดใหญ่ที่กดเบียดหลอดเลือดดำในอุ้งเชิงกราน และภาวะเคลื่อนไหวจำกัดจากโรคหลอดเลือดสมองเดิม ซึ่งครบองค์ประกอบของ Virchow's triad ทั้งสามด้าน สอดคล้องกับรายงานที่ระบุว่าผู้ป่วยมะเร็งรังไข่มีความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันสูงกว่าประชากรทั่วไปหลายเท่า[8,9] การพยาบาลที่สำคัญคือการประเมินขาทั้งสองข้างเปรียบเทียบกันอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงการนวดบริเวณที่มีลิ่มเลือดโดยเด็ดขาด และการเฝ้าระวังภาวะ ลิ่มเลือดอุดกั้นหลอดเลือดปอดซึ่งเป็นภาวะที่อาจทำให้เสียชีวิตเฉียบพลัน ผลการศึกษานี้สนับสนุนข้อเสนอว่าควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชทุกรายตั้งแต่แรกรับ

ประเด็นที่ 3 ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด การผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีก้อนขนาดใหญ่และมีพังผืดในช่องท้องมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดปริมาณมาก ประกอบกับภาวะซีดที่มีอยู่เดิมทำให้

ผู้ป่วยทนต่อการสูญเสียเลือดได้น้อยลง[10] การที่กรณีศึกษาที่ 2 ผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้โดยไม่เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลว สะท้อนถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังเชิงรุก การประเมินสัญญาณเตือนตั้งแต่ระยะแรกของภาวะช็อก โดยเฉพาะการติดตามปริมาณปัสสาวะและระดับความรู้สึกตัวซึ่งเป็นตัวชี้วัดการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะสำคัญและการรายงานแพทย์อย่างทันท่วงที

ประเด็นที่ 4 มิติด้านจิตใจและโรคร่วม กรณีศึกษาที่ 1 แม้จะมีพยาธิสภาพไม่ซับซ้อน แต่มีประวัติมะเร็งเต้านมมาก่อน ทำให้ประสบการณ์การเป็นมะเร็งซ้ำเป็นครั้งที่สองส่งผลต่อความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอและการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจึงเป็นการพยาบาลที่สำคัญ ไม่น้อยกว่าการดูแลด้านร่างกาย[11] ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ภาวะอ่อนแรงซีกซ้ายจากโรคหลอดเลือดสมองเดิมเป็นปัจจัยที่เพิ่มทั้งความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือด ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และภาระในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายจึงต้องครอบคลุมถึงผู้ดูแลในครอบครัวด้วย

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบตั้งแต่แรกรับในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ทุกราย โดยเฉพาะการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก การประเมินภาวะน้ำในช่องท้อง และการประเมินภาวะโภชนาการ

2. ควรให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในระยะหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีก้อนขนาดใหญ่และมีภาวะซีดก่อนผ่าตัด

3. ควรวางแผนการพยาบาลเฉพาะราย โดยคำนึงถึงโรคร่วมและข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยแต่ละคน

4. ควรเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการสังเกตสัญญาณอันตรายและการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ด้านการพัฒนาระบบบริการ

1. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (clinical nursing practice guideline) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่เข้ารับการผ่าตัด ให้ครอบคลุมการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันและการเฝ้าระวังภาวะช็อก

2. ควรพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. ควรส่งเสริมการให้ความรู้แก่สตรีในชุมชนเกี่ยวกับอาการเตือนของมะเร็งรังไข่ เพื่อลดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา

ด้านการศึกษา

ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือการศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เพื่อยืนยันผลลัพธ์และขยายองค์ความรู้ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล แพทย์และทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนบุคลากรในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ยิ่ง และขอขอบพระคุณผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พร้อมทั้งญาติ ที่ให้ความร่วมมือและอนุญาตให้นำข้อมูลมาใช้ในการศึกษา ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อาบอรุณ เลิศขจรสุข.(2561). มะเร็งรังไข่. ใน: ตำราสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2561.
2. ธันวา ตันสถิตย์, วิไล ชินธเนศ.(2561). มะเร็งนรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

3. บุษบา สมใจวงษ์.(2559). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ หาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
4. วิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2562.
5. สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย, ราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษามะเร็งนรีเวช. กรุงเทพฯ: สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย; 2562.
6. กริชา ไม้เรียง.(2563). สารบ่งชี้มะเร็งกับการวินิจฉัยก้อนในอุ้งเชิงกราน. วารสารการแพทย์. 2563;15(2):45-52.
7. วสกร เสือดี.(2557). การผ่าตัดรักษามะเร็งรังไข่และการดูแลผู้ป่วยระยะผ่าตัด. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข. 2557;9(3):12-25.
8. สุเทพ จันทร์เทศ.(2561). ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยมะเร็ง: การวินิจฉัยและการรักษาวารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2561;28(2):123-132.
9. พิสมัย เจริญปัณญวิชย์, และคณะ.(2559). การป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาล. 2559;65(3):40-48.
10. อัจฉรา บุญหนุน.(2565). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2565;40(2):45-58.
11. โรงพยาบาลตรัง.(2569). แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชแบบองค์รวม. ตรัง: โรงพยาบาลตรัง; 2569.
12. ศิริวรรณ ตั้งจิตสมใจ.(2560). การประเมินภาวะสุขภาพและการวินิจฉัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุดทอง; 2560.