Original Article

ผลลัพธ์การใช้โปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์[1] , ศรีเวียง ไพโรจน์กุล[2], ณัฐชญา บัวละคร[1], แพงพรรณ ศรีบุญลือ[1], รัตนาภรณ์ ศิริเกต[1], วริศยา แก่นนาคำ[1], ชุติมา เทียนทอง[1], เฉลิมศรี สรสิทธิ์[1]
[1]หน่วยการพยาบาลประคับประคอง งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์
[2]ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ผู้รับผิดชอบบทความ: ปาริชาติ เพียสุพรรณ์ หัวหน้าหน่วยการพยาบาลประคับประคอง งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: อาการหายใจลำบาก พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากผู้ป่วยระยะท้าย มาใช้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555- 2559 โดยมีแผนการดูแล มีคู่มือ และ comfort kit สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการหายใจลำบาก ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการประเมินหลังการใช้โปรแกรมการจัดการหายใจลำบากที่มารับบริการจากศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 265 ชุด โดยการบันทึกผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จากเวชระเบียนระหว่างเดือน ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหายใจลำบาก จำนวน 265 ราย มีอาการหายใจลำบากแม้ในขณะพัก ร้อยละ 56.60 มีอาการหายใจลำบากเมื่อทำกิจกรรม ร้อยละ 43.40 อาการที่เกิดร่วมกับอาการหายใจลำบากมากที่สุด คือ อาการอ่อนล้าและอาการปวด ระดับคะแนนหายใจลำบากลดลง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ภายหลังให้การดูแลด้วยโปรแกรมการจัดการ

รับต้นฉบับ 15 พฤษภาคม 2563, ปรับปรุงต้นฉบับ 30 พฤษภาคม 2563, รับต้นฉบับตีพิมพ์ 1 มิถุนายน 2563

อาการหายใจลำบากภายใน 24-48 ชั่วโมง ร้อยละ 85.28 ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตอย่างสงบ ร้อยละ 97.66 เสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการ ร้อยละ 74.22 ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้เครื่องมือ FAMCARE กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พึงพอใจมากในทุกข้อ คะแนนความพึงใจโดยรวม ค่าเฉลี่ย 76.63 ± 8.29

สรุป: พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการนำโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากมาใช้ในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้นและช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบากในวาระสุดท้ายได้ รวมทั้งความพึงพอใจของครอบครัวต่อการได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอยู่ในระดับพึงพอใจมาก

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, โปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบาก

บทนำ

อาการหายใจลำบาก เป็นอาการพบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากกล้ามเนื้อหายใจอ่อนล้า ภาวะซูบผอม จะพบอาการหายใจลำบากร้อยละ 50 ในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต และจะพบร้อยละ 77 ในระยะใกล้เสียชีวิต[1, 2] ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถบอกถึงความรู้สึกว่าไม่สุขสบายเวลาหายใจ ความรุนแรงของอาการอาจแตกต่างกันได้เนื่องจากปัจจัยด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม[3] ทำให้ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง รู้สึกพึ่งพิงผู้อื่น โดดเดี่ยวและแยกตัวออกจากสังคม หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะทำให้ผู้ป่วยอาการซึมเศร้าตามมา[4, 5] ดังนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพต้องมีการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมีการประเมิน การจัดการอาการที่ไม่สุขสบายต่างๆ การวางแผนดูแลล่วงหน้าเพื่อป้องกันการพยุงชีพที่ไม่จำเป็น เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล[6]

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง สถิติในปี พ.ศ. 2555 ให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว 358 ราย พบผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ร้อยละ 70[7] มีการทบทวนงานวิจัยพบว่า การจัดการอาการหายใจลำบากผู้ป่วยระยะท้ายทำให้ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากลดลง[2, 8, 9] นอกจากนี้ทีมวิจัยได้เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการจากผู้เชี่ยวชาญจากประเทศออสเตรเลีย เรื่อง comprehensive management of dyspnea in palliative care ในปี พ.ศ. 2555 จึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากผู้ป่วยระยะท้าย[10] ได้จัดทำคู่มือสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการหายใจลำบาก[11] และกล่องอุปกรณ์ comfort kit ประกอบด้วย พัดลมมือถือ ลูกบอลบีบ ยาที่จำเป็น และแผนการดูแลเมื่อเกิดอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน เป็นต้น พยาบาลได้นำโปรแกรมฯมาใช้อย่าง

ต่อเนื่องเป็นเวลา 4 ปี ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการจัดการหายใจลำบากผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการจัดการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง[10] ที่ผู้วิจัยและทีมร่วมกันพัฒนาขึ้นได้จากการทบทวนงานวิจัย[2, 8, 9] และประยุกต์แนวคิด biopsychosocial model of dyspnea management[12, 13] ประกอบด้วย การประเมินปัญหาผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ การประเมินระดับความรุนแรงของอาการ และให้การดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (คะแนน 1-3) มีลักษณะอาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลัง (dyspnea on exertion) ดูแลด้วยการสอนวิธีการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยวิธีการไม่ใช้ยาอย่างเดียว ระดับปานกลาง (คะแนน 4-6) ระดับมาก (คะแนน 7-10) และระดับรุนแรงจัดการอาการยาก (มักเกิดในช่วงท้ายใกล้เสียชีวิต) มีลักษณะอาการหายใจลำบากแม้ในขณะพัก (dyspnea at rest) เลือกใช้การดูแลทั้งวิธีการใช้ยาควบคู่กับวิธีการไม่ใช้ยา โดยมีพยาบาลประเมินและติดตามให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิต

ผู้วิจัยการพัฒนาและต้องการประเมินผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยโปรแกรมฯ ประกอบด้วย **กิจกรรมครั้งที่ 1** โดย 1) ทบทวนประวัติและวางแผนการดูแลจัดการอาการ 2) แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 3) ซักประวัติ ตรวจร่างกายและประเมินระดับความรุนแรงอาการหายใจลำบาก วางแผนการดูแลร่วมกับแพทย์ สอนให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องอาการหายใจลำบาก และลงบันทึก **กิจกรรมครั้งที่ 2** โดย 1) ทบทวนความรู้การปฏิบัติตัวและตอบคำถามที่สงสัย 2) สอนเทคนิคการหายใจ การจัดการตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและการสงวนพลังงาน 3) แจกคู่มือสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการหายใจลำบาก[11] ไว้ให้อ่าน **กิจกรรมครั้งที่ 3** โดย 1) ทบทวนความรู้การปฏิบัติตัวและตอบคำถามที่สงสัย 2) สอนเทคนิคการผ่อนคลาย 3) สอนกลยุทธ์ในการเผชิญกับปัญหาและการเตรียมแผนการดูแลเมื่อมีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน 4) แจก comfort kit ประกอบด้วย พัดลมมือถือ ลูกบอลบีบ ยามอร์ฟีนน้ำเชื่อม และยา Ativan ขนาด 0.5 mg เขียนขั้นตอนในการปฏิบัติตัว กรณีเกิดภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันลงในกระดาษ เพื่อให้เข้าถึงได้ง่าย และ**กิจกรรมครั้งที่ 4** โดย 1) ทบทวนความรู้การปฏิบัติตัวและตอบคำถามที่สงสัยในทุกประเด็น 2) สอนการใช้ยามอร์ฟีน อธิบายผลข้างเคียงของยาที่อาจ

จะเกิดขึ้น 3) ประเมินอาการหายใจลำบาก ESAS 4) สอนผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน 5) นัดประชุมครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินโรคในระยะท้ายและแผนการรักษาดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เช่น สถานที่ที่ต้องการเสียชีวิตในระยะท้าย รวมถึงการตัดสินใจเลือกหรือปฏิเสธการพยุงชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในช่วงก่อนเสียชีวิต 6) หลังจากให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลครบตามโปรแกรมฯ พยาบาลทบทวน ประเมินอาการ และวางแผนการดูแลใหม่รวมถึงปรับยาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต 7) ใช้เครื่องมือ FAMCARE ประเมินความพึงพอใจของครอบครัว

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการประเมินหลังการใช้โปรแกรมการจัดการหายใจลำบากที่มารับบริการจากศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 460 ชุด ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 - กันยายน 2560 เกณฑ์การคัดเข้า โดยเลือกผู้ป่วยระยะท้ายที่มารับบริการจากศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้รับการประเมินจากแบบประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเอ็ดมันตัน (Edmonton symptom assessment system: ESAS)[13] แล้วพบว่ามีอาการหายใจลำบากหลังการใช้โปรแกรมฯที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา สิทธิการรักษา อาชีพ กลุ่มโรค โรคร่วมหรือโรคประจำตัว การรักษาทางเลือก
2. แบบประเมินและติดตามอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเอ็ดมันตัน (Edmonton symptom assessment system: ESAS)[13] ใช้ประเมินอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยระยะท้ายที่พบบ่อยรวมถึงอาการหายใจลำบาก โดยประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากเป็นค่าตัวเลข 0-10 เกณฑ์การให้คะแนนได้แก่ ระดับเล็กน้อย (คะแนน 1-3) มีลักษณะอาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลัง (dyspnea on exertion) ระดับปานกลาง (คะแนน 4-6) ระดับมาก (คะแนน 7-10) และระดับรุนแรงจัดการอาการยาก (มักเกิดในช่วงท้ายใกล้เสียชีวิต) มีลักษณะอาการหายใจลำบากแม้ในขณะพัก (dyspnea at rest)
3. แบบเก็บข้อมูลอาการหายใจลำบากและวิธีจัดการจัดการอาการ
4. แบบเก็บข้อมูลลักษณะการเสียชีวิต การได้รับการพยุงชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และสถานที่เสียชีวิต

5. แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2 scale) ของ Aoun และคณะ[14] แปลโดย ลดารัตน์ สาภินันท์ และคณะ[15] เป็นแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 17 ข้อ ใช้ประเมินระดับความพึงพอใจ 6 ระดับ ได้แก่ 0-5 คะแนน ได้แก่ ไม่พึงพอใจมาก (1) ไม่พึงพอใจ (2) เฉยๆ (3) พึงพอใจ (4) พึงพอใจมาก (5) และไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของฉัน (0)

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัยว่า มีการดำเนินของโรคในระยะลุกลามเข้าสู่ระยะท้าย หรือมีภาวะวิกฤติที่จะอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต มีเวลาเหลือไม่เกิน 6 เดือนถึง 1 ปี แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาขอรับคำปรึกษาจากทีมให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ศูนย์การุณรักษ์
2. การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) หมายถึง การดูแลโดยการป้องกันและจัดการความไม่สุขสบาย ด้วยการประเมินปัญหาผู้ป่วยแบบองค์รวม จัดการอาการปวด หายใจลำบาก หรืออาการไม่สุขสบายอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ให้การดูแลรักษาบางอย่างถ้ามีข้อบ่งชี้ตามความเหมาะสม เช่น เคมีบำบัด การฉายแสง เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น รวมถึงการสื่อสารเพื่อให้มีการวางแผนดูแลล่วงหน้า ป้องกันการพยุงชีพที่ไม่จำเป็น เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง ประสบการณ์ทางด้านความรู้สึกที่ผู้ป่วยเป็นคนบอกถึงความรู้สึกไม่สุขสบายเวลาหายใจ เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่บ่งบอกความรุนแรงของอาการที่แตกต่างกัน และไม่เท่ากันของแต่ละบุคคล มีสาเหตุร่วมกันระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลให้เกิดการตอบสนองและแสดงออกทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก โดยใช้แบบประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะท้ายของเอ็ดมันตัน (Edmonton symptom assessment scale: ESAS)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย หลังจากผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว
2. ผู้วิจัยนำแบบเก็บข้อมูลไปเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และระบบสารสนเทศของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์หรือ

พยาบาลเจ้าของไข้ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลส่วนบุคคลกับผู้ป่วยอีกครั้ง

3. หลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีปัญหา ทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ จะประสานให้การพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วย โดยการส่งต่อปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย แก่แพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องต่อไป

จริยธรรมในการวิจัย

ในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยขออนุญาตการศึกษาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์และผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครโดยนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุชื่อ นามสกุล เลขโรงพยาบาล ที่สามารถสื่อถึงตัวตนบุคคลนั้นได้ หมายเลขจริยธรรมคือ HE 611263 รับรองเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง มีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลอาการหายใจลำบากและวิธีจัดการจัดการอาการ ด้วยความถี่ และร้อยละ
3. ข้อมูลลักษณะการเสียชีวิต การได้รับการพยุงชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และสถานที่เสียชีวิต ด้วยความถี่
4. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยความถี่ และร้อยละ
5. ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. **ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างเก็บจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก 265ชุด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 27.55 เพศชาย ร้อยละ 57.74 สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.09 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.62 ใช้สิทธิการรักษาข้าราชการ ร้อยละ 49.81 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 32.45 เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 82.64 มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 14.34 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=265)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	153	57.74
หญิง	112	42.26
ช่วงอายุ (ปี)		
20-30	9	3.40
31-40	10	3.77
41-50	24	9.06
51-60	73	27.55
61-70	67	25.28
71-80	52	19.62
> 80	30	11.32
สถานภาพสมรส		
โสด	10	3.77
แต่งงาน	199	75.09
แยก/หย่า	15	5.66
หม้าย	39	14.72
อื่นๆ	2	0.75
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	116	43.77
ข้าราชการ	132	49.81
ประกันสังคม	10	3.77
รัฐวิสาหกิจ	1	0.38
จ่ายเอง	6	2.26
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	52	19.62
ค้าขาย	12	4.53
ข้าราชการบำนาญ	26	9.81
รับจ้าง	31	11.70
เกษตรกร	42	15.85
พระ/นักบวช	4	1.51
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	86	32.45
อื่นๆ	12	4.53
กลุ่มโรค		
มะเร็ง	219	82.64
ไม่ใช่มะเร็ง	46	17.36
โรคร่วม/โรคประจำตัว		
เบาหวาน	38	14.34
หัวใจ	15	5.66
ไต	18	6.79
ความดันโลหิตสูง	45	16.98
ไขมันในเลือดสูง	18	6.79

2. **ข้อมูลอาการหายใจลำบากและวิธีจัดการจัดการอาการ** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบาก อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก (7-10 คะแนน) ร้อยละ 56.60 หรือมีอาการหายใจลำบากแม้ในขณะพัก (dyspnea at rest) อาการหายใจลำบากอยู่ในระดับน้อย (1-3 คะแนน) ร้อยละ 43.40 หรือมีอาการหายใจลำบากเมื่อทำกิจกรรม (dyspnea on exertion) อาการที่เกิดร่วมกับอาการหายใจลำบาก ส่วนใหญ่คือ อาการอ่อนล้า ร้อยละ 81.89 รองลงมาเป็นอาการปวดร้อยละ 61.13 จากการประเมินปัญหาด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณ พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 22.13 รองลงมามีปัญหาด้านจิตใจ ร้อยละ 20.24 ส่วนใหญ่ใช้ทั้งวิธีการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยวิธีการใช้ยาร่วมกับวิธีการไม่ใช้ยา ร้อยละ 63.40 และใช้วิธีการไม่ใช้ยาอย่างเดียว ร้อยละ 36.60 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการหายใจลำบากและวิธีจัดการอาการ (n=265)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะอาการหายใจลำบาก		
ระดับน้อย (1-3 คะแนน)	115	43.40
ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลางถึงระดับมาก (7-10 คะแนน)	150	56.60
อาการที่เกิดร่วมกับอาการหายใจลำบาก		
Fatique	217	81.89
Pain	162	61.13
Sleep problem	126	47.55
Weight loss	102	38.49
Loss appetite	88	33.21
Anemia	79	29.81
Drowsiness	68	25.66
Constipation	67	25.28
Oral problems	66	24.91
Cough	58	21.89
Sputum	42	15.85
Cachexia	32	12.08
วิธีการดูแลและจัดการอาการ		
ใช้ยามอร์ฟีนร่วมกับวิธีการไม่ใช้ยา	168	63.40
ใช้วิธีการไม่ใช้ยา	97	36.60

3. **ลักษณะการเสียชีวิต การได้รับการพยุงชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และสถานที่เสียชีวิต** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เสียชีวิตอย่างสงบ จำนวน 260 ราย ร้อยละ 97.66 เสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการ จำนวน 190 ราย ร้อยละ 74.22 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการเสียชีวิต การได้รับการพยุงชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และสถานที่เสียชีวิตในวาระท้าย (n=265)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการเสียชีวิต		
สงบ	259	97.74
ไม่สงบ	6	2.26
ได้รับการพยุงชีพที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ก่อนเสียชีวิต		
ใส่ท่อช่วยหายใจ	6	2.26
ได้รับยาพยุง/เพิ่มความดันโลหิต	2	0.75
CPR	0	0
สถานที่เสียชีวิต		
บ้าน	198	74.72
โรงพยาบาลใกล้บ้าน	9	3.40
โรงพยาบาลศรีนครินทร์	58	21.88

4. **ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนของอาการหายใจลำบาก ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ภายหลังให้การดูแลด้วยโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากภายใน 24-48 ชั่วโมง จำนวน 226 ราย ร้อยละ 85.28 มีระดับคะแนนของอาการหายใจลำบาก ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50 ภายหลังให้การดูแลด้วยโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากภายใน 24-48 ชั่วโมง จำนวน 16 ราย ร้อยละ 6.04 มีระดับคะแนนของอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้นภายหลังให้การดูแลด้วยโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากภายใน 24-48 ชั่วโมง จำนวน 5 ราย ร้อยละ 1.89 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนของอาการหายใจลำบาก ภายหลังให้การดูแลด้วยโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบาก ภายใน 24-48 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับคะแนนของอาการหายใจลำบาก (dyspnea score) ภายหลังให้การดูแลด้วยโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากภายใน 24-48 ชั่วโมง		
Dyspnea score ลดลง ≥ ร้อยละ 50 ภายใน 24-48 ชั่วโมง	226	85.28
Dyspnea score ลดลง < ร้อยละ 50 ภายใน 24-48 ชั่วโมง	16	6.04
Dyspnea score เพิ่มขึ้น	5	1.89
ไม่ได้ลงคะแนนประเมินครั้งที่ 1 หรือ ครั้งที่ 2	18	6.80

5. **ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้เครื่องมือ** FAMCARE ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ประเมินความพึงพอใจ 6 ระดับ 0-5 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พึงพอใจมากในทุกข้อ คะแนนความพึงใจโดยรวมค่าเฉลี่ย 76.63 SD 8.29 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความพึงพอใจของครอบครัวต่อการได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้เครื่องมือ FAMCARE

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
	mean	S.D.	การแปลผล
1. ความสุขสบายของผู้ป่วย	4.51	0.51	พึงพอใจมาก
2. วิธีการที่ทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อธิบายเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วยและผลที่ดีของการดูแลรักษา	4.52	0.51	พึงพอใจมาก
3. ข้อมูลที่ทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ให้มีรายละเอียดเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการรักษา	4.53	0.48	พึงพอใจมาก
4. วิธีการที่ทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เคารพศักดิ์ศรีของผู้ป่วย	4.47	0.46	พึงพอใจมาก
5. การสนทนาปรึกษาหารือหลายครั้งกับทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและแผนการดูแลผู้ป่วย	4.50	0.48	พึงพอใจมาก
6. อาการต่างๆ ของผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว	4.55	0.51	พึงพอใจมาก
7. ความใส่ใจของทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีต่อลักษณะอาการต่างๆ ของผู้ป่วย	4.51	0.50	พึงพอใจมาก
8. วิธีการที่ทำให้ความต้องการต่างๆ ด้านร่างกายของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองให้มีความสุขสบาย	4.52	0.48	พึงพอใจมาก
9. ความพร้อมของทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่จะให้คำปรึกษากับครอบครัวของผู้ป่วย	4.54	0.49	พึงพอใจมาก

ตารางที่ 5 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความพึงพอใจของครอบครัวต่อการได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้เครื่องมือ FAMCARE (ต่อ)

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
	mean	S.D.	การแปลผล
10. การดูแลด้านอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโดยทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	4.46	0.50	พึงพอใจมาก
11. การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย โดยทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (เช่น การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาล)	4.50	0.50	พึงพอใจมาก
12. ความใส่ใจของแพทย์ต่ออาการต่างๆ ของผู้ป่วย	4.50	0.49	พึงพอใจมาก
13. การที่ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับเชิญให้มีส่วนร่วมในการตัวสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลผู้ป่วย	4.50	0.49	พึงพอใจมาก
14. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีจัดการกับอาการของผู้ป่วย เช่น อาการปวด ท้องผูก	4.49	0.47	พึงพอใจมาก
15. ประสิทธิผลของทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการจัดการบรรเทาอาการต่างๆ ของผู้ป่วย	4.49	0.48	พึงพอใจมาก
16. การตอบสนองของทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในความต้องการการดูแลของผู้ป่วย	4.51	0.48	พึงพอใจมาก
17. การดูแลด้านอารมณ์ ความรู้สึกที่ให้ต่อผู้ป่วยโดยทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	4.53	0.46	พึงพอใจมาก
พึงพอใจโดยรวม	76.63	8.29	พึงพอใจมาก

สรุปและวิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ปรึกษาทีมดูแลประคับประคองร่วมดูแลมีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับมาก โปรแกรมการจัดการหายใจลำบากที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นช่วยลดระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากได้ และช่วยให้ครอบครัวพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับจากทีมดูแลประคับประคอง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ไม่ทรมานจากอาการหายใจลำบากในระยะก่อนเสียชีวิต มีโอกาสเสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด มีบทบาทสำคัญ ในการประเมินปัญหาให้ครอบคลุมทุกมิติ ช่วยจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม ตามระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานในวาระท้ายได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรสนับสนุนให้นำโปรแกรมการจัดการหายใจลำบากที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ไปใช้อย่างต่อเนื่อง ติดตามประเมินผล และเก็บเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน

ด้านบริหารการพยาบาล เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการหายใจลำบาก นำเสนอผลการศึกษาครั้งนี้ต่อผู้บริหารทางการพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับโรงพยาบาล เพื่อขยายผลนำไปใช้กับหอผู้ป่วยอื่นๆ และกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในระดับโรงพยาบาล

ด้านการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลอื่นๆ ที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นำโปรแกรมการจัดการหายใจลำบากที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น นำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากตามความเหมาะสม เพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ และพยาบาลในหน่วยการพยาบาลประคับประคอง งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ทุกท่าน ที่ช่วยกันริเริ่มพัฒนาและนำโปรแกรมที่จัดทำขึ้นไปใช้จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ขอบคุณอาจารย์อุบล จ๋วงพานิช ที่ให้ความเมตตาสละเวลาให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ ช่วยสนับสนุน ชี้แนะ ให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยความเอื้ออาทรด้วยดีเสมอมา คุณค่าที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ขอมอบแด่ ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวทุกท่าน และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ไม่ได้ระบุนาม

เอกสารอ้างอิง

1. กิติพล นาควิโรจน์. การดูแลอาการหอบเหนื่อย (dyspnea) ในผู้ป่วยระยะท้าย.ใน: ลักษมี ชาญเวชช์, ดุสิต สถาวร, บรรณาธิการ. The dawn of palliative care in Thailand. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2556: 118-25.2.
2. Brennan C W, Mazanec P. Dyspnea Management Across the Palliative Care Continuum. Journal of Hospice & Palliative Nursing 2011; 13: 130-9.
3. Kuebler KK, Andry JM, SD. Dyspnea. In : Kuebler KK, Heidrich DE, and Esper P, Palliative & End of life Care : Clinical Practice Guidelines. Third edition. United states of America: SAUNDERS Elsevier; 2007: 377-94.
4. Booth S FM, Gysels M, Bausewein C, Higginson IJ. The impact of a breathlessness intervention service (BIS) on the lives of patients with intractable dyspnea : A qualitative phase 1 study. Palliative & Supportive Care 2006; 4: 287-93.
5. Taylor J. The non-pharmacological management of breathlessness. End of Life Care 2007; 1: 20-7.
6. Twycoss R, Wilcock A, Toller CS. Symptom management in advanced cancer.4th ed. UK: Halstan Printing Group; 2009.
7. ศูนย์การุณรักษ์. สถิติผู้ป่วยประจำปี 2555. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
8. Kamal AH, Maguire JM, Wheeler JL, Currow DC, Abernethy AP. Dyspnea review for the palliative care professional : Treatment goals and therapeutic options. Journal of Palliative Medicine 2012; 15: 106-14.
9. ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพินทุ์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธ์, ยุพยงค์ พุฒธรรม. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556; 23: 80-90.
10. ปาริชาติ เพียสุพรรณ์, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. โปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
11. ปาริชาติ เพียสุพรรณ์, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. คู่มือการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง.พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.

12. Brennan CW, Mazanec P. Dyspnea management across the palliative care continuum. Journal of Hospice & Palliative Nursing 2011; 13:130.
13. Practice Development and Quality Committee. Guidelines - reversed Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r). 2010; [Cited April 15, 2020]. Available from: http://www.palliative.org.
14. Aoun S, Bird S, Kristianson LJ, Currow D. Reliability testing of the FAMCARE-2 scale: measuring family carer satisfaction with palliative care. Palliate Med 2010; 24: 674-81.
15. ลดารัตน์ สาภินันท์. แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2 scale). เชียงใหม่: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2558.