



การจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดและหายใจลำบาก ในพระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย*

พจนนา สายัณห์ พย.ม.**

อำภาพร นามวงศ์พรหม PhD**

น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ ส.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้ เพื่อศึกษาการรับรู้อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดและหายใจลำบาก ในพระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้โมเดลการจัดการอาการของ Dodd เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ผ่านการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 12 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย และได้รับการจัดการอาการตามแนวปฏิบัติมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้อาการ และแบบประเมินการจัดการอาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย แผนภูมิ และสถิติ Wilcoxon-Signed Rank test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อาการปวดด้านความถี่บ่อยครั้ง ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้สึกทุกข์ทรมานอยู่ในระดับพอควรถึงค่อนข้างมาก ส่วนการรับรู้อาการหายใจลำบากด้านความถี่บ่อยครั้ง ความรุนแรงและความรู้สึกทุกข์ทรมานอยู่ในระดับมาก กลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับประกอบด้วย กลวิธีการจัดการอาการโดยใช้ยา และไม่ใช้ยา โดยยาหลักที่ได้รับในการจัดการอาการปวด คือ ยาในกลุ่ม Opioids ร่วมกับยาเสริมในกลุ่ม Non-opioids และยาที่ได้รับในการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย ยาในกลุ่ม Bronchodilators มากที่สุด รองลงมา คือ Corticosteroids และ Diuretics โดยได้รับอย่างสม่ำเสมอ กลวิธีการจัดการอาการปวดและหายใจลำบากโดยการไม่ใช้ยา ประกอบด้วย การพูดคุยให้กำลังใจมากที่สุด รองลงมา คือ การทำสมาธิ และการออกกำลังกายตามความเหมาะสม ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดและหายใจลำบากอยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการปวดหลังรับไว้ในความดูแลต่ำกว่าก่อนรับไว้ในความดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.002$) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการหายใจลำบากมีแนวโน้มลดลงแต่ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลวิธีในการจัดการอาการปวดและหายใจลำบาก ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ต้องการทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาาร่วมกัน ซึ่งต้องใช้อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การจัดการอาการ ปวด หายใจลำบาก พระภิกษุ โรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก เนื่องจากก่อให้เกิดความสูญเสียและความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่มีการลุกลามของโรคจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษา

จึงเป็นการรักษาตามอาการ และการดูแลแบบประคับประคอง^{1,2} ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและลดความทุกข์ทรมาน ด้วยการค้นหาอาการ ความเจ็บป่วย และปัญหาต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณให้ได้ตั้งแต่

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

**นักศึกษาลัทธิสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

***อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



เริ่มต้น และให้การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้น³

การจัดการอาการของบุคคล⁴ ประกอบด้วย มิติที่มีความสัมพันธ์กัน 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ประสบการณ์อาการ (Symptom experiences) มิติที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และมิติที่ 3 ผลลัพธ์ (Outcomes) โดยมิติที่ 1 ประสบการณ์อาการ เป็นมิติที่ครอบคลุมใน 3 กระบวนการที่เป็นพลวัตรและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ได้แก่ การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) และการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) นอกจากนี้ ในแต่ละมิติของการจัดการอาการยังมียุทธศาสตร์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการจัดการอาการในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านบุคคล (Person domain) ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) โดยเมื่อเกิดอาการผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จะมีการรับรู้ว่าร่างกายมีความผิดปกติ หรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และพิจารณาถึงความรุนแรง (Intensity) ความถี่ (Frequency) ตำแหน่งที่เกิดอาการ (Location) รวมถึงผลกระทบ (Affective impact) ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตและร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจึงเลือกใช้กลวิธีการจัดการอาการ เช่น การดูแลตนเอง การใช้ยา หรือการเลือกรับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดการอาการจะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายยังมีปัญหา และอุปสรรคเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการอยู่ ทั้งกลวิธีการจัดการอาการโดยการให้ยา และไม่ให้ยา โดยยังมีผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายอีกเป็นจำนวนมากที่ได้รับยาบรรเทาปวดไม่เหมาะสม⁵ และมีการนำกลวิธีการจัดการอาการปวดโดยการไม่ใช้ยามาใช้น้อยเพียงร้อยละ 25⁶ นอกจากนี้ ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และพบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการในพระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งเพียง 1 เรื่อง ซึ่งเป็นการศึกษา

เชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้และการจัดการความเจ็บป่วยของพระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งบริเวณลำคอ⁷ ซึ่งไม่ครอบคลุมในเรื่องของกลวิธีการจัดการอาการของพระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

หอผู้ป่วย กว.3 โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นหอที่รับผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ในความดูแล (Palliative care) จากสถิติผู้ป่วยที่รับไว้ในความดูแลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551-2554 พบว่า มีพระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งปอดมากที่สุด (ร้อยละ 24.5) และในการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาอนิจกรรม 98.9 วัน มีอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำร้อยละ 12.7 โดยอาการสำคัญที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล 3 อันดับแรก ได้แก่ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย และปวด ตามลำดับ⁸

จากการที่พระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่รับไว้ในความดูแลส่วนใหญ่ มีสาเหตุของการมาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย และปวด โดยมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน จึงอาจเป็นไปได้ที่ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความสามารถในการจัดการกับอาการดังกล่าวไม่เพียงพอ ถึงแม้ว่าการดูแลในหอผู้ป่วย กว. 3 จะมีการจัดการอาการตามแนวปฏิบัติมาตรฐาน แต่ยังไม่ได้กำหนดให้เป็นแนวปฏิบัติของหอผู้ป่วยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และยังไม่มีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่ผ่านมา ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ให้การดูแล จึงต้องการศึกษาสถานการณ์ในการดูแลเกี่ยวกับการจัดการอาการในขณะที่ยังผู้ป่วยอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเลือกศึกษาเกี่ยวกับอาการปวดและหายใจลำบาก เนื่องจากเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมากที่สุด และเป็นอาการที่ต้องได้รับการจัดการอย่างรีบด่วนเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนากระบวนการดูแลให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้อาการ กลวิธีในการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดและหายใจลำบากในพระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายนี้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาเป็นตัวกำหนด โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติ คือ มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี รับทราบการวิจัยว่าเป็น โรคกระเร้ง มีอาการปวด และ/หรือหายใจลำบาก เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล และพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยก. 3 อย่างน้อย 3 วัน มีความสามารถในการอ่านและเขียน หรือ พูดภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบ ประเมินการรับรู้อาการ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้ และ ดัดแปลงจากแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของ ผู้ป่วย (Memorial Symptom Assessment Scales: MSAS) ฉบับภาษาไทยของสุชีรา เกตุคง⁹ ซึ่งเป็นแบบ ประเมินประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยโรคกระเร้ง ระยะลุกลาม ประกอบด้วย อาการของโรคกระเร้งจำนวน 32 อาการโดยมีการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ การเกิดอาการ ความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกซทรมาน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การตอบแบบประเมินด้านการเกิด อาการให้ผู้ป่วยเลือกตอบว่า มีหรือไม่มีอาการตามที่ระบุ โดยถ้าเลือกตอบว่า มีอาการ จะต้องตอบแบบประเมินอีก 3 ด้าน คือ ความถี่ และความรุนแรงของอาการ ให้ตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) 4 ระดับ ส่วน ด้านความรู้สึกทุกซทรมาน ให้ตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ แบบสอบถามประสบการณ์การมี อาการของผู้ป่วยมีค่าความเชื่อมั่นในมิติการเกิดอาการ ความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกซทรมาน เท่ากับ .85; .81; .84 และ .88 ตามลำดับ⁹ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงโดยเลือกอาการจากแบบสอบถาม ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมาใช้เพียง 2 อาการ คือ อาการปวด และอาการหายใจลำบาก และ 3) แบบ ประเมินกลวิธีการจัดการอาการ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้ และดัดแปลงจากแบบประเมินการดูแลแบบประคับ ประคองของสุชีรา เกตุคง⁹ ซึ่งการประเมินครอบคลุมทั้ง การดูแลโดยใช้ยา และไม่ใช้ยา ในส่วนของการประเมิน การดูแลโดยใช้ยา จะระบุชนิดของกลุ่มยาที่มีการใช้ ส่วน ของการประเมินการดูแลโดยไม่ใช้ยา จะประกอบด้วย วิธีการดูแล 23 วิธีการ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มด้าน

จิตใจและสังคม กลุ่มด้านกาย-จิตและจิตวิญญาณ กลุ่มด้านร่างกาย และกลุ่มด้านแพทย์แผนโบราณ สมุนไพร และอาหาร การตอบแบบประเมินในแต่ละข้อให้เลือก ตอบว่า ใช่ และไม่ใช่ และให้คะแนนเป็น ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน และไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการใช้ยา หรือวิธีการเพื่อบรรเทาอาการมาก และในส่วนของ การดูแลโดยไม่ใช้ยา แต่ละวิธีการที่เลือก ตอบว่า ใช่ จะมีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างร่วมด้วย เพื่ออธิบายรายละเอียดของวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ แบบประเมินการดูแลแบบประคับประคองได้ผ่านการ ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ .95 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยปรับรูปแบบของแบบประเมิน เป็นตาราง เพื่อให้ง่ายต่อการบันทึก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต และโรงพยาบาลสงฆ์ และอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทุกรายทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลา ในการเก็บข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการ วิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างใน การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอน ตัวจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องอธิบาย ซึ่งจะไม่ส่งผลต่อการ ให้บริการพยาบาลหรือการได้รับการดูแลรักษาแต่อย่างใด เมื่อได้รับความยินยอมแล้วจึงให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บไว้ เป็นความลับ การบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อโดย กำหนดให้เป็นรหัสแทน ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ไปอภิปราย ในภาพรวมของผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้อาการ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดย การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในแรกของการเข้ารับการ รักษา ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยและการรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย 2) ข้อมูลเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการปวดและหายใจ ลำบากโดยใช้ยา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากบันทึกทางการ แพทย์ และบันทึกทางการพยาบาล ในเวชระเบียนผู้ป่วย



ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บตั้งแต่วันที่ 1-10 ของการพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย 3) ข้อมูลเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการโดยการไม่ใช้ยา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ถึงวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในการจัดการอาการปวดและหายใจลำบาก ในวันที่ 10 ของการพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 4) ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดและหายใจลำบาก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในวันที่ 4 (หลังจากที่กลุ่มตัวอย่างพักรักษาตัวแล้ว 3 วัน) โดยเก็บข้อมูลทุกวันและติดต่อกันจนครบ 7 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา คำนวณจากแบบประเมินการรับรู้อาการ คำนวณจากแบบประเมินกลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดและหายใจลำบาก โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ทดสอบการกระจายของคะแนนการรับรู้อาการปวดและหายใจลำบากก่อนและหลังรับไว้ในความดูแลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบว่ากระจายไม่เป็นโค้งปกติจึงวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้อาการปวดและหายใจลำบากก่อนและหลังรับไว้ในความดูแลโดยใช้สถิติ Wilcoxon-Signed Rank test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยรวม 12 ราย มีอายุระหว่าง 43-88 ปี อายุเฉลี่ย 66 ปี (SD=11.85) ระดับการศึกษาทางโลกส่วนใหญ่ (10 ราย) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพก่อนบวชมากที่สุด คือ รับจ้าง (5 ราย) รองลงมา คือ เกษตรกรรม (4 ราย) ระยะเวลาที่บวชอยู่ระหว่าง 0-56 พรรษา ระยะเวลาที่บวชเฉลี่ย 15 พรรษา (SD=15.52) ระดับการศึกษาทางธรรมส่วนใหญ่ (9 ราย) ไม่ได้ศึกษาทั้งหมด (12 ราย) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ บุคคลที่ดูแลขณะเจ็บป่วยครั้งหนึ่ง (6 ราย) เป็นภรรยาหรือบุตร รองลงมา คือ ญาติ (4 ราย) ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษาส่วนใหญ่ (8 ราย) น้อยกว่า 3 ชั่วโมง การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคเมเร็งปอด (4 ราย) รองลงมา คือ เมเร็งหลอดอาหาร (2 ราย) และเมเร็งช่องท้อง (2 ราย) อาการสำคัญที่นำส่งโรงพยาบาลมากที่สุด คือ หายใจลำบาก (5 ราย)

รองลงมา คือ ปวด (2 ราย) และอ่อนเพลีย (2 ราย) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยตั้งแต่รับทราบการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบันอยู่ระหว่าง 1-48 เดือน ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 11 เดือน (SD=12.16) การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่ (8 ราย) คือ การรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งรวมถึงการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสีและเคมีบำบัด (2 ราย) และการผ่าตัดร่วมกับฉายรังสี (2 ราย) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (8 ราย) มีโรคร่วม คือ โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคในระบบทางเดินหายใจ

การรับรู้อาการปวดและหายใจลำบากด้านความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน พบว่าก่อนรับไว้ในความดูแลพระภิกษุอาพาธด้วยโรคเมเร็งระยะสุดท้ายทั้งหมด (12 ราย) มีการรับรู้อาการปวด โดยส่วนใหญ่มีการรับรู้อาการปวดด้านความถี่บ่อยครั้ง (6 ราย) ความรุนแรงปานกลาง (9 ราย) และความรู้สึกทุกข์ทรมานพอควรถึงค่อนข้างมาก (5 ราย) ส่วนใหญ่ (7 ราย) มีการรับรู้อาการหายใจลำบาก โดยมีการรับรู้อาการหายใจลำบากบ่อยครั้ง (4 ราย) ความรุนแรงมาก (4 ราย) และความรู้สึกทุกข์ทรมานมาก (3 ราย)

กลวิธีการจัดการอาการปวดและหายใจลำบากในพระภิกษุอาพาธด้วยโรคเมเร็งระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 2 กลวิธี ดังนี้

1) กลวิธีการจัดการอาการโดยการให้ยา พบว่าผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการปวด โดยการให้ยาบรรเทาปวดร่วมกันมากกว่า 1 ชนิดต่อราย ซึ่งยาหลักที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวดทั้งหมด คือ ยาในกลุ่ม Opioids (12 ราย) ร่วมกับการให้ยาเสริมในกลุ่ม Non-opioids โดยยาเสริมที่ใช้มากที่สุด คือ Gabapentin (6 ราย) รองลงมา คือ Paracetamol (5 ราย) และได้รับอย่างสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 90 ส่วนยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการหายใจลำบากมากที่สุด คือ ยาในกลุ่ม Bronchodilators (10 ราย) รองลงมา คือ Corticosteroids (3 ราย) และ Diuretics (1 ราย) โดยได้รับอย่างสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 98

2) กลวิธีการจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา พบว่าพระภิกษุอาพาธด้วยโรคเมเร็งระยะสุดท้ายได้รับกลวิธีการจัดการด้านจิตใจ ได้แก่ การพูดคุยให้กำลังใจ (12 ราย)



ด้านกาย-จิต และจิตวิญญาณ ได้แก่ การทำสมาธิ (11 ราย) ด้านร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกายตามความเหมาะสมของตนเอง (11 ราย) ด้านแพทย์แผนโบราณ สมุนไพร และอาหาร ได้แก่ การใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมหรือวิตามิน (5 ราย) และกลุ่มวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การใช้ออกซิเจน (6 ราย) ซึ่งกลวิธีจัดการอาการดังกล่าว เกือบทั้งหมดผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่โดยส่วนใหญ่ได้รับเป็นบางวัน

3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดและหายใจลำบากซึ่งวัดจากการรับรู้การด้านความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน พบว่า อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การปวดและหายใจลำบากทั้งด้านความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีแนวโน้มลดลง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การปวดและหายใจลำบากด้านความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานก่อนและหลังรับไว้ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Wilcoxon-Signed Rank test พบว่า การรับรู้การปวดด้านความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานหลังรับไว้ในความดูแลต่ำกว่าก่อนรับไว้ในความดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) ในขณะที่การรับรู้การหายใจลำบากด้านความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานมีแนวโน้มลดลงแต่ไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผล

พระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เมื่อแรกเข้ารับการรักษามีการรับรู้การปวดด้านความถี่ บ่อยครั้ง ความรุนแรงปานกลาง และความรู้สึกความทุกข์ทรมานพอควรถึงค่อนข้างมาก ส่วนการรับรู้การหายใจลำบากด้านความถี่บ่อยครั้ง ความรุนแรงและความรู้สึกทุกข์ทรมานมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนมะเร็งทำให้เกิดการขยายของอวัยวะ มีการกดเบียดอวัยวะ หรือเส้นประสาท เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และการอุดตันของหลอดเลือด ทำให้เกิดการกระตุ้นตัวรับ ความรู้สึกเจ็บปวดส่งกระแสประสาทไปตามไขสันหลังไปยังสมองบริเวณ Reticular formation ที่ก้านสมอง ร่วมกับการทำงานระบบ Limbic กระตุ้นการตอบสนองทาง

อารมณ์ต่อความเจ็บปวด¹⁰⁻¹³ ทำให้เกิดอาการปวดบ่อยครั้ง ถึงแม้จะมีความรุนแรงในระดับปานกลาง แต่ก็สร้างความรู้สึกทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยค่อนข้างมากสอดคล้องกับการศึกษาของสุชีรา เกตุคง ที่ศึกษาประสบการณ์การเผชิญอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า อาการที่มีความถี่และความทุกข์ทรมานสูงสุด คือ อาการปวด⁹ รวมทั้งมีกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปอดมากที่สุด ร่วมกับการมีโรคร่วมในระบบทางเดินหายใจ¹⁴ จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการหายใจลำบากบ่อยครั้ง มีระดับความรุนแรง และสร้างความรู้สึกทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของรติรส แผลงภูทอง ที่ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าอาการที่สร้างความรู้สึกทุกข์ทรมานและรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด ได้แก่ อาเจียน หายใจลำบาก เสี่ยงแหบ นอนไม่หลับ และคลื่นไส้ ตามลำดับ¹⁵

กลวิธีจัดการอาการปวดและหายใจลำบากโดยการให้ยา พบว่า พระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับยาบรรเทาปวดร่วมกันมากกว่า 1 ชนิดต่อราย โดยยาหลักที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวด คือ ยาในกลุ่ม Opioids ร่วมกับการให้ยาเสริมในกลุ่ม Non-opioids ซึ่งเป็นไปตามหลักการให้ยาระงับปวด 3 ขั้นตอนขององค์การอนามัยโลก¹⁶ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความรุนแรงของอาการปวดมีแนวโน้มจะสูงขึ้น การใช้ยาบรรเทาปวดจึงต้องเริ่มจากขั้นตอนที่สูงกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะอื่นๆ และจะต้องมีการปรับขนาดยาเป็นระยะๆ โดยประเมินจากระดับความรุนแรงของอาการปวดจนกว่าจะอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยยอมรับได้¹⁷ และการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับยาบรรเทาอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ อาจเนื่องมาจากยาบรรเทาอาการปวดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับทั้งหมดอยู่ในรูปแบบของยารับประทาน พยาบาลและผู้ป่วยจึงไม่คอยกังวลเกี่ยวกับการติดยา และผลข้างเคียงของการได้รับยาบรรเทาปวดชนิดรับประทาน ส่วนยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการหายใจลำบากมากที่สุด คือ ยาในกลุ่ม Bronchodilators รองลงมา คือ Corticosteroids และ



Diuretics ซึ่งเป็นไปตามวิธีการควบคุมอาการหายใจลำบากในแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง¹⁷ โดยเริ่มจากรูปแบบของยาฉีดและยาพ่น (Nebulizer) เมื่อสามารถควบคุมอาการได้แล้วจึงปรับมาเป็นชนิดรับประทานและสูด (Inhaler) การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับยาบรรเทาอาการหายใจลำบากอย่างสม่ำเสมอ อาจเนื่องมาจากอาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรง และสร้างความรู้สึกทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงตระหนักถึงความสำคัญในการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

กลวิธีการจัดการอาการปวดและหายใจลำบากโดยการไม่ใช้ยา ที่ผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับมากที่สุด คือ การพูดคุยให้กำลังใจ การทำสมาธิ และการออกกำลังกายตามความเหมาะสม ตามลำดับ ซึ่งกลวิธีการจัดการอาการดังกล่าว เกือบทั้งหมดผู้ป่วยได้รับจากพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของสุชีรา เกตุคง ที่พบว่าการดูแลจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาของผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุด คือ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลตนเอง และการพูดคุยให้กำลังใจ โดยพบว่า พยาบาลเป็นแหล่งสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ อาจเนื่องมาจากการพูดคุยให้กำลังใจเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน และสามารถทำได้ทุกเวลา และการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุได้รับการฝึกสมาธิเจริญภาวนามาก่อน พยาบาลจึงสนับสนุนให้การทำสมาธิมาใช้ในการจัดการกับอาการต่างๆ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย พยาบาลจึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน มากกว่าการออกกำลังกายตามโปรแกรมการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังได้รับกลวิธีการจัดการกับอาการโดยการไม่ใช้ยาเป็นบางวัน ไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Helmrach และคณะ ที่พบว่าการนำกลวิธีการจัดการกับอาการปวดโดยการไม่ใช้ยามาใช้น้อย เนื่องจากขาดการสนับสนุนจากองค์กร และพยาบาลไม่มีเวลาในการที่จะปฏิบัติ¹⁸

ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดและหายใจลำบากในพระภิกษุอาพาธด้วยโรคระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การปวดและหายใจลำบากทั้งด้านความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึก

ทุกข์ทรมานมีแนวโน้มลดลง และการรับรู้การปวดด้านความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานหลังรับไว้ในความดูแลต่ำกว่าก่อนรับไว้ในความดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.002$) ในขณะที่การรับรู้การหายใจลำบากด้านความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานมีแนวโน้มลดลงแต่ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายมากที่สุด และมีโรคร่วมในระบบทางเดินหายใจ ความถี่และความรุนแรงของอาการหายใจลำบากจึงเพิ่มขึ้นตามระยะการดำเนินของโรค¹⁹ อย่างไรก็ตาม เมื่อนำค่าเฉลี่ยด้านความรุนแรงของอาการปวดและหายใจลำบากหลังรับไว้ในความดูแล มาเทียบเกณฑ์กับเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของอาการปวดและหายใจลำบากมาตรฐาน ได้แก่ Numeric Rating Scales (NRS)²⁰ และ Modified Borg Scales (MBS)²¹ พบว่า อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการทั้งกลวิธีการจัดการอาการโดยการไม่ใช้ยา และไม่ใช้ยาร่วมกัน ซึ่งกลวิธีการจัดการอาการโดยการไม่ใช้ยาได้อย่างเพียงพอ และสม่ำเสมอ จากการมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความปวดและการดูแลแบบประคับประคองเป็นแพทย์ที่ปรึกษาประจำหอผู้ป่วย แนวทางในการจัดการอาการโดยวิธีการไม่ใช้ยาจึงสามารถนำมาใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลได้ แต่สำหรับแนวทางการจัดการอาการโดยวิธีการไม่ใช้ยา ยังไม่ชัดเจนทั้งรูปแบบ วิธีการ และการนำไปปฏิบัติ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

ข้อจำกัดการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้ อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว เนื่องจากมีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลจำกัด

ข้อเสนอแนะ

1. ในการดูแลผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย ควรมีแพทย์ประจำในการดูแล หรือมีระบบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อผลลัพธ์ในการจัดการอาการที่ดี
2. พยาบาลควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการอาการ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้มาตรฐาน



3. การศึกษาเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการปวดและหายใจลำบากโดยการไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเสริมจากการใช้ยา

References

1. Tongprateep T. Nurse: Being with the dying. 2nded. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2009.
2. Phaisansuthidethch U. Palliative home care in cancer patients. [cited 2012 June 2]. Available from: <http://www.thaicam.go.th/index.php>
3. World Health Organization. WHO definition of palliative care. [cited 2012 June 2]. Available from: <http://www.who.int>
4. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 33(5): 668–676.
5. Thai Association for the Study of Pain. Clinical practice guideline for neuropathic pain. Bangkok: Beyond Enterprises; 2008.
6. Delton JA. Nurses' perception of their pain assessment skills, pain management practices and attitudes toward pain. *Oncology Nurses Forum* 1989; 16(2): 225–231.
7. Pattaranawik P. Perception and management of illness of monks with throat and neck cancer at priest hospital. (Dissertation). Christian University of Thailand; 2008.
8. Palliative ward. Account book. Bangkok: Priest hospital; 2011.
9. Get-kong S. Symptom experience, palliative care, and spiritual well-being in patients with advanced cancer. (Dissertation). Bangkok: Mahidol University, Thailand; 2009.
10. Phongwarin N. Pain and the nervous system. In: The principle of pain: Diagnosis and management. Nilakanuwong S, editors. Bangkok: Parbpim Printing; 1991.
11. Boss BJ. Nursing assessment and role in management pain. In: Lewis SM, editors. *Medical– Surgical nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. 3rd ed. St. Louis: Mosby– Year Book; 1992.
12. Watt–watson JH, Donavan MJ. Pain management nursing perspective. St. Louis: Mosby; 1992.
13. Juangpanich U, Onbunreang J, Iunlud J, Khansorn T, Vatanasapt P. Effect of music therapy on anxiety and pain in cancer patients. *Journal of Nurse's Association of Thailand, North–eastern Division* 2012; 30(1): 46–52.
14. Stegman C. Dyspnea in advanced lung cancer patients. [cited 2011 September 10]. Available from: <https://encrypted.google.com/url>
15. Malangpoothong R. Symptom experiences management strategies and functional status in advanced lung cancer patients receiving chemotherapy. *J Nurs Sci* 2009; 27(2): 69–78.
16. World Health Organization. The WHO analgesic ladder for cancer pain management. [cited 2012 June 2]. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx>
17. Leelanantakit S, editors. Palliative care clinical practice guidelines. Bangkok: Sin Thawi Printing House; 2008.
18. Helmrich S, Yates P, Nash R, Hobman A, Poulton V, Berggren L. Factor influencing nurses' decisions to use nonpharmacological therapies to manage patient's pain. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2001; 19(1): 27–35.
19. Ripamonti C. Management of dyspnea in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 1999; 7(4): 233–243.
20. Registered Nurse Association of Ontario. Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines. [cited 2011 September 10]. Available from: <http://www.rnao.org>
21. Borg G. Psychophysical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc* 1982; 14(5): 377–381.



Symptom Management and Outcomes of Pain and Dyspnea Management in Buddhist Monks with Terminal Cancer*

Potjana Sayan M.N.S.**

Ampaporn Namvongprom PhD***

Nam-oy Pakdevong Dr.P.H.***

Abstract

This descriptive study aimed to investigate perception of symptoms, symptom management strategies, and outcomes of pain and dyspnea management in patients with terminal cancer. Dodd's symptom management model was used as a conceptual framework. A purposive sample of 12 Buddhist monks with terminal cancer was recruited for this study. Instruments used to collect data included Patient information sheet, Memorial Symptom Assessment Scales (THAI), and Palliative Care Assessment Form (THAI). Data were analyzed by using descriptive statistics, chart, and Wilcoxon-Signed Rank test.

The findings showed that Buddhist monks with terminal cancer perceived pain frequently, moderate intensity and moderate to rather high levels of suffering. Perception of dyspnea was frequent, highly severe, and at a high level of suffering. Symptom management strategies the Buddhist monks received were both pharmacological and non-pharmacological. For pain, Opioids in combination with adjuvant were consecutively used. For dyspnea, bronchodilators, corticosteroids, and diuretics were consistently used respectively. Non-pharmacological methods used included mental support, meditation and exercise respectively. On a whole, the outcomes of symptom management were at a good level. The averaged mean scores of pain were significantly lower than those of the first day of admission ($p=.002$), and the averaged mean scores of dyspnea were lower than those of before.

The findings of this study suggest that pain and dyspnea management in patients with terminal cancer required both pharmacological and non-pharmacological.

Keywords: management of symptom, pain, dyspnea, Buddhist monk, terminal cancer

*Thesis of Master of Nursing Science, Faculty of Nursing Rangsit University

** Student of Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Faculty of Nursing Rangsit University

***Lecture, Faculty of Nursing Rangsit University