

บทความวิชาการ (Academic article)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก

The Role of Nurses in Palliative Care for Patients with Dyspnea

ขวัญเรือน ชาลี^{1*}, มัทนา สาทิ¹, ละมัย โมรา¹

Khwanruan Chalee^{1*}, Mattana Satee¹, Lamai Mora¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: Khwan2522@hotmail.co.th)

(Received: April 7, 2025; Revised: July 5, 2025; Accepted: July 28, 2025)

บทคัดย่อ

อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เนื่องจากการลุกลามของโรค ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของปอดที่ผิดปกติหรือไม่ก็ตาม อาการหายใจลำบากจะแย่ลงเรื่อย ๆ ตลอดระยะการดำเนินโรคและจัดการได้ยากกว่าอาการอื่น ๆ ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความรู้สึกของอาการหายใจลำบาก หายใจติดขัด เหนื่อยหอบ หรือการหายใจไม่อึดเหมือนสัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้บอกลักษณะและความรุนแรงของอาการได้ดีที่สุด อาการหายใจลำบากก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เกิดอาการอ่อนล้า มีความวิตกกังวล รู้สึกทุกข์ทรมาน และคุณภาพชีวิตลดลง อาการหายใจลำบากเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งมีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติทางด้านจิตใจ การรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบากมีทั้งการแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบากจึงมีความสำคัญในการบริหารจัดการกับอาการหายใจลำบาก การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การติดตามอาการ การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง และเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน เพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก ความทุกข์ทรมานใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, อาการหายใจลำบาก, การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

Dyspnea is a prevalent and distressing symptom among patients receiving palliative care, often resulting from disease progression or concurrent pulmonary dysfunction. Its severity typically increases over time and can be more difficult to manage than many other symptoms. Patients commonly describe dyspnea as breathlessness, shortness of breath,

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Registered Nurse, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine, Mahidol University

air hunger, or a sensation of choking. Importantly, patients are the most accurate assessors of the intensity and nature of their dyspnea. The impact of dyspnea is profound, contributing to physical limitations, fatigue, anxiety, psychological distress, and a marked reduction in quality of life. Its etiology is multifactorial, involving both respiratory and cardiovascular conditions, as well as psychological factors such as fear and panic. Effective management of dyspnea in palliative care requires a comprehensive approach that includes both pharmacological and non-pharmacological interventions.

Nurses play a pivotal role in the assessment and management of dyspnea by addressing patients' holistic needs: physical, emotional, social, and spiritual. Their responsibilities include symptom monitoring, disease progression tracking, and providing education to patients and families to support self-care strategies.

Keywords: Nurses' role, Dyspnea, Palliative care

บทนำ

สถานการณ์ความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายมีความซับซ้อนเพิ่มสูงขึ้น ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะท้ายที่มีภาวะล้มเหลวของระบบต่าง ๆ เช่น ภาวะไตวายเรื้อรัง เบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีการดำเนินโรคที่จัดการหรือควบคุมอาการไม่สุขสบายได้ยาก (Wareesamarn, 2024) ผู้ป่วยมักได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่รบกวนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อยและมักจะรุนแรงในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ไม่สามารถดำเนินชีวิต และทำกิจกรรมได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตแย่ลง (Rao-Newton et al., 2024)

อาการหายใจลำบากที่เป็นสาเหตุของอัตราการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 ในกลุ่มโรคมะเร็งระยะลุกลาม โรคหัวใจล้มเหลว และโรคปอดเรื้อรัง พบร้อยละ 90 ในผู้ป่วยมะเร็งปอด ร้อยละ 50-70 ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้ง ในโรคอื่น ๆ เช่น ไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย โรคติดเชื้อเอชไอวี โรคสมองเสื่อม หรือโรคชรา ซึ่งในช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากและรุนแรงเพิ่มขึ้น และในช่วงเวลา 3 วันสุดท้ายของชีวิต พบว่ามีอาการหายใจลำบากสูงถึงร้อยละ 90 (Rogers et al., 2023) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยบรรเทาจากอาการทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยครอบครัวและญาติสามารถปรับตัวให้พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้ง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified death) (Kittiphovanonth & Prachakul, 2022)

อาการหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นอาการที่ผู้ป่วยเป็นผู้รับรู้ เป็นประสบการณ์ส่วนตัวของผู้ป่วย ประกอบด้วยความรู้สึกรู้สึกหายใจลำบากที่แตกต่างกันไป ทั้งเชิงคุณภาพและความรุนแรง โดยมีปัจจัยจากร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เหนี่ยวนำให้เกิดการตอบสนองทางสรีรวิทยา และการ

แสดงออกทางพฤติกรรม ผู้ป่วยอาจบรรยายออกมาได้ทั้งอาการหายใจไม่สะดวก หายใจเร็วหรือลึกกว่าปกติ หายใจช้ากว่าปกติ หรือรู้สึกหายใจไม่ออก อาการเหล่านี้ มีทั้งอารมณ์ และปัจจัยทางกายภาพ โดยไม่จำเป็นต้องพบความผิดปกติจากการตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนั้น การหายใจลำบากจึงเป็นสิ่งที่ประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเป็นหลัก (Chewaskulyong, 2021) การรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยแบบประคับประคองมีเป้าหมายหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี (Ari, 2025) โดยมุ่งรักษาที่สาเหตุซึ่งสามารถแก้ไขได้ เช่น ภาวะหลอดลมหดรัดตัว รักษาด้วยยาขยายหลอดลม ผู้ป่วยเหนื่อยหอบ หรือหายใจลำบากจากภาวะช็อค ให้การรักษาโดยการได้รับเลือดเป็นต้น รวมทั้ง วิธีการรักษาโดยใช้ยา เช่น ยากลุ่มโอปิออยด์ (opioid) เบนโซไดอาเซพีน (benzodiazepines) การบำบัดด้วยออกซิเจน (ambulatory oxygen therapy) และยาสเตียรอยด์ (steroids) เป็นต้น และวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การใช้พัดลมเป่าให้เย็น การจัดทำเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น และเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊ส เป็นต้น (Rogers et al., 2023)

การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะแรกของโรคจนถึงระยะสุดท้าย เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (Wareesamarn, 2024) ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก มักได้รับความทุกข์ทรมานที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้ง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (Sornsukolrat et al., 2024) พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จึงมีบทบาทสำคัญที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และการใช้ทักษะ ตั้งแต่การประเมินปัญหาภาวะสุขภาพที่ต้องการการดูแลอย่างครอบคลุม มีการใช้เครื่องมือในการประเมินอาการอย่างเหมาะสม การจัดการอาการหายใจลำบาก การติดตามอาการ การดูแลเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก ทั้งวิธีการใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา การดูแลทางด้านจิตใจ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้ง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับมือกับอาการทางจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น รวมทั้ง การเตรียมรับมือกับช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Xu et al., 2022) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาล มีความรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก สาเหตุ ผลกระทบต่อผู้ป่วย และเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบากร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และผู้ดูแล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สาเหตุของการเกิดอาการหายใจลำบาก

อาการหายใจลำบากนั้น มีหลายสาเหตุ ได้แก่ ภาวะที่เกี่ยวข้องกับโรคโดยตรง เช่น มะเร็งปอด ภาวะทางเดินหายใจผิดปกติที่เคยเป็นอยู่ก่อนแล้ว เช่น หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือภาวะที่เป็นผลจากการรักษา เช่น พังผืดในปอดจากรังสีหรือยาเคมีบำบัด รวมทั้ง ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด

เลือด ระบบประสาท โลหิตวิทยา และความผิดปกติทางด้านจิตใจ เป็นต้น ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน (Chewaskulyong, 2021; Sansom & Jintayon, 2019; Sittipunt, 2021)

ผลกระทบของอาการหายใจลำบาก

ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ไม่สามารถดำเนินชีวิตและทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง ร่างกายจะหายใจเร็วขึ้น ช่วงเวลาที่หายใจออกสั้นลง ทำให้อากาศค้างในถุงลมปอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (Crombeen & Lilly, 2020) ผู้ป่วยอาจบรรยายความรู้สึกเหนื่อยออกมาแตกต่างกัน เช่น รู้สึกหายใจไม่อิ่ม รู้สึกแน่นหน้าอก เหนื่อย มีอาการหอบ หายใจเข้าออกลำบาก เป็นต้น ร่วมกับผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก จะทำให้ความอยากอาหารลดลง และไม่ยอมรับประทานอาหาร ส่งผลให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า น้ำหนักลดลง และพักผ่อนนอนหลับได้น้อย (Rogers et al., 2023)

2. ด้านจิตใจ อาการหายใจลำบาก ส่งผลให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำอย่างเรื้อรัง เซลล์สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้ง่าย เช่น ความรู้สึกเศร้าเสียใจ ความรู้สึกสูญเสีย ความรู้สึกสิ้นหวัง ความมั่นคงทางอารมณ์ลดลง หงุดหงิด ซึมเศร้า กลัว ไม่มีสมาธิ และรู้สึกวิตกกังวล ทำให้มีความต้องการพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น และทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (An, 2025)

3. ด้านสังคม ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก หรืออาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้น มักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระ และกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว การขาดรายได้ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จึงเกิดความกลัวต่ออาการหายใจลำบากที่รุนแรงมากขึ้น รวมทั้ง อาการไอมีเสมหะเรื้อรัง ร่วมกับมีน้ำหนักตัวลดลง ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการพบเจอผู้อื่น และแยกตัวออกจากสังคม (Puangkam et al., 2020)

4. ด้านจิตวิญญาณ อาการหายใจลำบากส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความทุกข์ทรมานใจ เสียกำลังใจ หดหู่ในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถปฏิบัติสิ่งที่ค้างคาไว้ให้สำเร็จลุล่วง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ขาดเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และ/หรือขาดศรัทธาต่อศาสนาหรือพระเจ้า ไม่เชื่อว่ากรรมมีจริง/ ไม่เชื่อว่าพระเจ้ามีจริง ความเชื่อในอำนาจการควบคุมตนเองลดลง มีความกลัวในอนาคตของตนเองและครอบครัว และกลัวความตาย (Puangkam et al. (2020)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก

อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวที่สุดในภาวะใกล้ตาย และเป็นอาการที่บ่งชี้ว่าอาการของโรคมีความรุนแรงขึ้น แนวทางสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจที่รุนแรง คือ การควบคุมอาการต่าง ๆ ให้รบกวนคุณภาพชีวิตให้น้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ

ดำรงชีวิตตามปกติให้ได้มากที่สุด บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก มี 7 ด้าน (Sittipunt, 2021) ดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ สาเหตุ กลไกการเกิดอาการ แนวทางการรักษา เพื่อสามารถประเมินอาการที่สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยและสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1.1 การซักประวัติ เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก โดยการสอบถามประวัติอาการหอบเหนื่อย ความรู้สึกต่อการหายใจลำบาก ความรุนแรงของอาการ ปัจจัยกระตุ้นโรคประจำตัว ความวิตกกังวล ความหวาดระแวง ตลอดจนการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากภาพถ่ายภาพรังสีทรวงอก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจเลือด เป็นต้น

1.2 การตรวจร่างกาย เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและประเมินสภาพผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มขณะซักประวัติ เช่น สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพูดไม่จบประโยค ต้องหยุดหายใจเพราะเหนื่อย รวมทั้ง การค้นหาสาเหตุของความเจ็บป่วย และหาสาเหตุร่วมอื่น ๆ ที่ทำให้มีอาการเหนื่อยมากขึ้น เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะหัวใจวาย ที่อาจกระตุ้นให้อาการทางระบบหายใจมากขึ้น รวมทั้ง การตรวจร่างกายเพื่อประเมินและสังเกตการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ การหายใจทางปาก ความสามารถในการพูดลดลง เช่น การพูดได้เฉพาะประโยคสั้น ๆ และการเคาะทรวงอกบริเวณทรวงอก เป็นต้น

1.3 การประเมินอาการหายใจลำบากด้วยแบบประเมิน พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงต้องมีความรู้และสามารถประเมินอาการที่สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วย ดังนี้

1.3.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการสอบถามประวัติและความรู้สึกต่อการหายใจลำบากตามอักษรย่อ OPQRSTUV เพื่อจดจำได้ง่าย คลอบคลุมอาการ และข้อมูลการจัดการอาการหายใจลำบากในเบื้องต้นก่อนที่จะมาโรงพยาบาล (Sansom & Jintayon, 2019; Murphy & Simonis, 2023)

O: onset อาการหายใจลำบากเกิดขึ้นเมื่อใด ระยะเวลาเกิดนานเท่าใด ความถี่เกิดบ่อยแค่ไหน

P: provoking/ palliating มีปัจจัยส่งเสริมอะไร เช่น การสูบบุหรี่ หรือขณะเกิดอาการกำลังทำอะไร เช่น ยกของหนักหรือออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากบรรเทา หรือรุนแรงขึ้นได้อย่างไร

Q: quality ลักษณะของอาการหายใจลำบาก ให้ผู้ป่วยบรรยายความรู้สึกต่ออาการหายใจ

R: region/ radiation มีอาการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือไม่

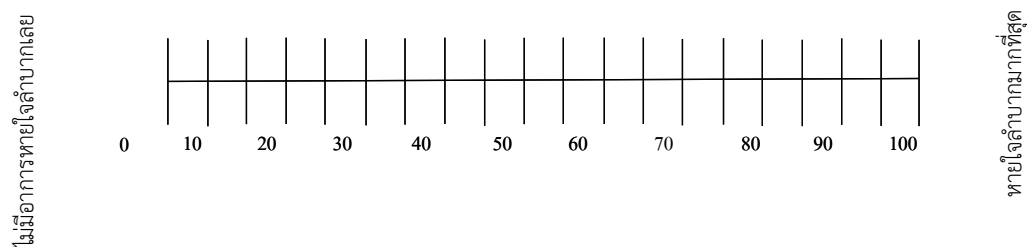
S: severity ระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก อาการปัจจุบัน อาการที่รู้สึก ดีที่สุด อาการที่รู้สึกแย่ที่สุด อาการเฉื่อยเป็นอย่างไร อาการอย่างไรที่ทำให้วิตกกังวล

T: treatment ปัจจุบันได้รับการรักษาหรือใช้ยาอะไร มีประสิทธิภาพดีหรือไม่ มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างไร ในอดีตใช้ยาอะไร

U: understanding/Impact on you ผู้ป่วยเชื่อว่า มีสาเหตุของอาการหายใจลำบากจากอะไร และอาการหายใจลำบากส่งผลกระทบต่อตนเอง และครอบครัวอย่างไร

V: value หมายถึง ความสุขสบาย หรือ ระดับของอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยยอมรับ อาจเป็นระดับอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ นอกจากนี้ พยาบาลต้องมีการตรวจร่างกาย และสังเกตลักษณะการหายใจ อาการอ่อนล้า อาการไม่สุขสบาย ร่วมกับสังเกตอาการด้านจิตใจ เช่น หงุดหงิด วิตกกังวล อาการซึมเศร้า เป็นต้น

1.3.2 การประเมินความรู้สึกหายใจลำบากขณะที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำกิจกรรม โดยใช้แบบวัดอาการหายใจลำบาก (dyspnea visual analogue scale: DVAS) ซึ่งเป็นแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 ผู้ป่วยจะเป็นผู้ระบุตัวเลข แทนค่าอาการหายใจลำบากที่เป็นอยู่ในขณะนั้น (Gift, 1989) ดังภาพ 1



ภาพ 1 แบบวัดอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Gift, 1989)

1.3.3 การประเมินระดับความรุนแรงและอาการหายใจลำบาก โดยใช้เครื่องมือ Edmonton symptom assessment system (ESAS) (Wongprom, 2021; Elliot & Patterson, 2023) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเอง 9 อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด เหนื่อยล้า คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความผาสุกในการดำรงชีวิตประจำวัน และอาการหายใจลำบาก เป็นมาตรวัด 10 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน ซึ่ง 0 คะแนน คือ ไม่มีอาการหายใจลำบาก และ 10 คะแนน คือ มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด และประเมิน ESAS ฉบับภาษาไทย ดังภาพ 2

ไม่มีอาการปวด					มีอาการปวดรุนแรงที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย					มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
ไม่มีอาการคลื่นไส้					มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
ไม่มีอาการซึมเศร้า					มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
ไม่มีวิตกกังวล					วิตกกังวลมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
ไม่มีอาการง่วงซึม/สับสน/ง่วง					มีอาการง่วงซึมสับสน/ง่วงมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10

ไม่เบื่ออาหาร							เบื่ออาหารมากที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
สบายดีทั้งกายและใจ							ไม่สบายกายและใจเลย			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ							มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ปัญหาอื่นๆ ได้แก่..... (ระบุ)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ภาพ 2 แบบประเมินอาการรบกวน Edmonton symptom assessment system (ESAS) ฉบับภาษาไทย (Wongprom, 2021)

1.4 การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ว่ามีความประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยใน อนาคตอย่างไร รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ในกรณีที่การดำเนินโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดภาวะ หายใจวายเรื้อรัง และอาจมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะยาว ผู้ป่วยและญาติมีความต้องการ อย่างไร พยาบาลควรมีการประเมินผู้ป่วยและญาติ เพื่อการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2. การดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยตามสาเหตุและความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก เป็นการ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการหายใจลำบาก ตามสาเหตุความเจ็บป่วยและความรุนแรงของผู้ป่วย หรือภาวะโรคร่วมของการหายใจลำบาก เพื่อรักษาตามสาเหตุ นั้น ๆ ของผู้ป่วยตามแผนการรักษาของ แพทย์ เช่น การให้ยาขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคหอบหืด ยาขับปัสสาวะในผู้ป่วยหัวใจวาย ยาปฏิชีวนะใน ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อแบคทีเรีย เป็นต้น การทำหัตถการเพื่อรักษาตามสาเหตุ ได้แก่ การดูดน้ำออกจาก ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ช่องเยื่อหุ้มปอด หรือช่องท้อง กรณีมีน้ำอยู่ในบริเวณดังกล่าว การรักษาด้วยการส่อง กล้องเพื่อสลายก้อนมะเร็ง เป็นต้น (Chaiviboontham, 2021) โดยต้องมีความสอดคล้องกับอาการ ความ ต้องการของผู้ป่วยและญาติ และแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ดังนี้

2.1 ดูแลให้ได้รับการรักษาโดยใช้ยา แม้ว่าพยาบาลไม่มีบทบาทในการสั่งจ่ายยา ให้กับผู้ป่วย แต่มีบทบาทโดยตรงในการบริหารยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งต้องมีความรู้เกี่ยวกับ เภสัชวิทยา อาการข้างเคียง ข้อห้ามใช้ อันตรกิริยาระหว่างยา ซึ่งในการดูแลแบบประคับประคองมีการใช้ ยาหลายชนิด เพื่อช่วยบรรเทาอาการ และช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย พยาบาลจึงต้องวางแผนการดูแลเพื่อ ป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น (Chaiviboontham, 2021; Ari, 2025; Sansom & Jintayon, 2019) มีกลุ่มยาที่ใช้บ่อย ได้แก่

2.1.1 กลุ่มยาโอปิออยด์ (opioid) ได้แก่ มอร์ฟีน มีบทบาทสำคัญในการจัดการ อาการหายใจลำบากในการดูแลแบบประคับประคอง ช่วยลดความพยายามในการหายใจ ทำให้หายใจ สะดวกขึ้น ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยลดความรู้สึกหายใจลำบาก และช่วยให้หายใจได้สบาย ขึ้น ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยามอร์ฟีนมาก่อน ต้องเริ่มใช้ยาในขนาดต่ำ โดยเริ่มจากมอร์ฟีนขนาด 2.5-5.0 มิลลิกรัม โดยรับประทานเมื่อมีอาการ และปรับขนาดยาตามการตอบสนองและผลข้างเคียง หากต้องการ

ยามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง ในรอบ 24 ชั่วโมง ควรเปลี่ยนการให้ยาเป็นแบบสม่ำเสมอเป็นเวลาชัดเจน หรือให้ยามอร์ฟินที่ออกฤทธิ์ยาวตามแผนการรักษา การปรับขนาดยาสำหรับผู้ป่วยที่ทนต่อยากลุ่มนี้ อาจเพิ่มขนาดยาได้ร้อยละ 25-50 ของปริมาณยาที่ใช้ในปัจจุบันของผู้ป่วย

ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ ได้แก่ ง่วงนอน คลื่นไส้ ท้องผูก และภาวะหยุดหายใจ เป็นต้น (Ari, 2025) พยาบาลควรเฝ้าระวังผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการข้างเคียงและการป้องกันอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวบางส่วนมีทัศนคติที่ไม่ดีกับการใช้ยา โดยเฉพาะมอร์ฟิน เช่น ไม่กล้าใช้เนื่องจากเป็นสารเสพติด พยาบาลควรสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการบริหารยาที่เหมาะสม การให้ความรู้ และคำแนะนำในการใช้ยาที่ถูกต้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยประคับประคองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.1.2 กลุ่มยาคลายความกังวล (anxiolytics) ช่วยลดภาวะวิตกกังวล ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความกลัวหรือความวิตกกังวลร่วมกับอาการหายใจลำบาก โดยใช้ร่วมกับยามอร์ฟิน ซึ่งจะให้ผลดีต่อการช่วยลดอาการหายใจลำบากได้ดีกว่าการใช้มอร์ฟินเพียงอย่างเดียว ยากลุ่มนี้ ได้แก่ เช่น ลอราซีแพม (lorazepam) ขนาด 0.5-1.0 มิลลิกรัม โดยการรับประทานหรืออมใต้ลิ้น เวลามีอาการวิตกกังวลหรือกลัว จนกว่าอาการจะดีขึ้น และสามารถให้ได้ต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง หรือการใช้ยาไดอะซีแพม (diazepam) ขนาด 5-10 มิลลิกรัม (2-5 มิลลิกรัมในผู้ป่วยสูงอายุ) จนกว่าอาการจะดีขึ้น และสามารถให้ได้ต่อเนื่องทุก 6-8 ชั่วโมง เป็นต้น (Sansom & Jintayon, 2019)

2.1.3 กลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretics) กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำเกิน จากภาวะหัวใจล้มเหลว หรือหายใจลำบากจากการอุดตันของหลอดเลือดดำ superior vena cava (SVC obstruction) การขับปัสสาวะ จะทำให้อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยดีขึ้น

2.1.4 กลุ่มยาขยายหลอดลม (bronchodilators) ช่วยการรักษาภาวะหลอดลมหดเกร็งตัว ทำให้หลอดลมขยายตัว และอาจช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบาก

2.1.5 กลุ่มยาสเตียรอยด์ (steroids) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่มีการอุดตันทางเดินน้ำเหลือง หรือกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหลอดลมอุดกั้นจากการอักเสบของหลอดลม (acute exacerbation of COPD)

2.1.6 กลุ่มยาละลายเสมหะ (mucolytic) ช่วยลดการคั่งค้างของเสมหะ เสมหะมีความหนืดน้อยลง และสามารถไอขับออกได้สะดวกมากขึ้น

2.1.7 การบำบัดด้วยออกซิเจนและการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการให้ออกซิเจนมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน

2.2 การจัดการอาการหายใจลำบากแบบไม่ใช้ยา เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาจากความไม่สุขสบายจากอาการหายใจลำบาก จึงควรใช้เป็นวิธีแรกในการบรรเทาอาการก่อนเริ่มการให้ยาในผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติได้เอง พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้ คำแนะนำ และส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติในการควบคุม และจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเอง (Sansom & Jintayon, 2019; Chaiviboontham, 2021) ดังนี้

2.2.1 การฝึกหายใจ โดยการห่อปาก (pursed lip breathing) สามารถลดการหายใจลำบากในผู้ป่วยกลุ่มโรคหายใจลำบากแบบเรื้อรัง เพราะจะทำให้หายใจช้าลงและลึกมากขึ้น ช่วยเพิ่มปริมาตรความจุปอด และลดอัตราการหายใจ โดยการจัดให้ผู้ป่วยนั่งโน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย หายใจเข้าทางจมูกนับในใจ 1-2 หลังจากนั้นหายใจออกทางปากคล้ายผิวนับในใจ 1-2-3-4 เมื่อหายใจออกหมดแล้วหายใจเข้าทางจมูกอีกครั้ง และหายใจออกทางปากโดยการห่อปากเหมือนเดิม 6-8 ครั้งต่อรอบ และพักประมาณ 1-2 นาที จึงทำซ้ำอีก 2 รอบ ผู้ป่วยสามารถทำได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย

สำหรับการหายใจโดยใช้กระบังลม (diaphragmatic breathing) เป็นการหายใจที่ใช้กำลังน้อยที่สุด และได้ลมเข้าออกจากปอดมากที่สุด ช่วยให้ปอดขยายได้เต็มที่ ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยนั่งในท่าสบายหรือนอนท่าศีรษะสูง ใช้มือหนึ่งวางบริเวณตรงกลางทรวงอก และอีกมือหนึ่งวางบริเวณท้องใต้ลิ้นปี่ หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ นับในใจ 1-2 ขณะหายใจเข้าหน้าท้องจะโป่งออก จนรู้สึกว่ามีมือข้างที่วางบริเวณท้องเคลื่อนที่สูงขึ้น และบริเวณทรวงอกจะเคลื่อนไหวน้อยลง หายใจทางปากคล้ายผิวนับในใจ 1-2-3-4 กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหดตัวสังเกตได้จากหน้าท้องจะยุบลง พร้อมกับแนะนำให้ผู้ป่วยออกแรงกดเบา ๆ บนหน้าท้องขณะหายใจออก

2.2.2 การจัดทำ ซึ่งทำนั้งที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก คือการนั้งห้อยขาที่ขอบเตียง และให้แขนทั้งสองข้างวางบนหมอน หรือนั้งบนเก้าอี้เอนตัวไปข้างหน้า กางขาออก และใช้ศอกวางบนเข่า

2.2.3 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยคงความสามารถในการทำกิจกรรมได้อย่างอิสระเท่าที่ทำได้ รวมทั้ง การสรงน้และพักผ่อน และการจัดลำดับกิจกรรม เพื่อรักษาสมดุลระหว่างการพักและการทำกิจกรรม โดยมีหลักการคือ พักก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรม และเลือกช่วงเวลาที่ดีที่สุดของวันในการทำกิจกรรมขณะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ การออกกำลังกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ (respiratory muscle strengthening) ป้องกันอาการหายใจลำบาก โดยพยาบาลจำเป็นต้องประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ตามการดำเนินโรคของผู้ป่วยก่อนการออกกำลังกาย เพื่อให้เหมาะสมกับอาการในขณะนั้น กิจกรรมการออกกำลังกาย มีดังนี้ (Chaiviboontham, 2021)

1) ทำยืดกล้ามเนื้อทรวงอก (stretching the muscle of the chest wall) ยืนตรง แขนทั้งสองข้างแนบลำตัว กางแขน แขนทั้งสองข้างยกขึ้นเหนือศีรษะให้หมุนฝ่ามือออกข้างนอก พร้อมหายใจเข้าทางจมูกนับ 1-2 หลังจากนั้นปล่อยแขนลงข้างลำตัว พร้อมหายใจออกทางปากแบบห่อปาก นับ 1-2-3-4 ทำซ้ำ 4 ครั้ง

2) ทำเปิดอก (opening the chest) นั้งหรือยืนตัวตรง แขนอยู่ด้านข้างของลำตัว หันฝ่ามือมาทางด้านหน้า เคลื่อนแขนไปด้านหลังให้ไกลที่สุดเท่าที่จะทำได้ หายใจเข้าทางจมูกขณะที่เคลื่อนแขน และเคลื่อนแขนจากข้างหลังมาด้านหน้าพร้อมหายใจออกโดยการห่อปาก ทำซ้ำ 4 ครั้ง

3) ทำหมุนข้อศอก (elbow circles) วางมือบนไหล่ทั้งสองข้าง หมุนข้อศอกจากด้านหน้าไปด้านหลัง และด้านหลังมาด้านหน้าให้เป็นวงกลมขณะยกข้อศอกขึ้นหายใจเข้า และหายใจออกเมื่อหมุนข้อศอกลง หมุนมาทางด้านหน้า 10 ครั้ง และด้านหลัง 10 ครั้ง

4) ท่ายักไหล่ (shoulder shrug) นั่งหรือยืนตรง วางแขนทั้งสองข้าง ลำตัวหันฝ่ามือไปด้านหลัง หายใจเข้าขณะพร้อมยกและหมุนไหล่ไปด้านหน้าและหลังค้างไว้ 3-5 วินาที หายใจออกขณะที่เคลื่อนไหวลงในการทำซ้ำ 10 ครั้ง

5) ท่าบินนก (chest fly) นั่งตัวตรงมือทั้งสองข้างอยู่ที่บริเวณหู หันฝ่ามือมาด้านหน้า หายใจออกช้า ๆ ให้ฝ่ามือเข้าหากัน หายใจเข้าให้ฝ่ามือไปด้านหลัง

6) ท่าปั่นเนย (churn the butter) นั่งตัวตรง ให้มืออยู่ในท่าสวมนต์ หมุนมือให้กว้างที่สุดเหมือนกับการปั่นเนย โดยหมุนไปทางด้านซ้าย 10 ครั้ง พัก และหมุนในทิศตรงกันข้าม 10 ครั้ง

2.2.4 การจัดสิ่งแวดล้อม โดยจัดห้องพักที่มีอากาศเพียงพอมีการระบายที่ดี ดูแลสิ่งแวดล้อมโดยให้ผู้ป่วยพักในห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ หรือเปิดพัดลม ให้มีลมพัดเบา ๆ ผ่านบริเวณใบหน้า ซึ่งมีใยเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (trigeminal nerve) เป็นตัวรับรู้การหายใจลำบาก เนื่องจากแรงลมจะช่วยลดการกระตุ้นตัวรับรู้การหายใจลำบาก บริเวณใบหน้า จะทำให้ความรุนแรงของการหายใจลำบากลดลง

2.2.5 การปรับแบบแผนการรับประทานอาหารและประเภทของอาหาร ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อหนัก และอาหารปริมาณมากในแต่ละมื้อ เนื่องจาก ภาวะอาหารเต็มระดับกระบังลมทำให้การเคลื่อนไหวของกระบังลม และพื้นที่ปอดลดลง รวมทั้ง อาหารมื้อหนักจะทำให้เพิ่มผลผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ และเพิ่มการใช้ออกซิเจน

2.2.6 การบำบัดร่วมอื่น ๆ เช่น การสร้างจิตภาพหรือการฝึกสมาธิ การฝังเข็ม และการกดจุดช่วยลดอาการหายใจลำบากได้

3. การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยอาจมีความกลัว รู้สึกผิด โดดเดี่ยว ความกังวลทางใจเพิ่มขึ้น ซึมเศร้า มีเรื่องปมในใจที่เกิดขึ้นในอดีต รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หหมดความหวัง ปลีกตัวออกจากสังคม และรู้สึกว่าเป็นภาระให้ครอบครัว เป็นต้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในมิติทางจิตใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตที่เข้มแข็ง มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เครียด มีความสงบ อาจทำได้โดยการทำตามหลักศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ เช่น ศาสนาพุทธ แนะนำให้ผู้ป่วยทำสมาธิระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์และคุณงามความดีที่ได้กระทำความ ศาสนาอิสลาม แนะนำให้ผู้ป่วยระลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์ ทำจิตใจให้สงบนิ่ง เป็นต้น พยาบาลต้องรับฟังอย่างตั้งใจ เห็นอกเห็นใจ ฟังด้วยใจเป็นกลาง และไม่ตัดสินเรื่องของผู้ป่วยเล่า ค้นหาความหมายของชีวิต ความตาย คุณค่า ความรัก การให้อภัย ความเชื่อทางศาสนา การให้กำลังใจ/ ชมเชยเกี่ยวกับความสามารถ ความสำเร็จที่ผ่านมา สัมผัสปลอดภัย ปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาในใจของผู้ป่วยในเรื่องอดีตให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เผยความในใจหรือสิ่งที่ค้างคาใจ เช่น การช่วยต่อโทรศัพท์ให้ผู้ป่วยคุยกับญาติ การจับมือ บีบมือด้วยความนุ่มนวล เป็นต้น พยาบาลควรแสดงออกถึงความจริงใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยจึงจะเผยความรู้สึกในใจหรือสิ่งที่ค้างคาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาในใจไม่มีอะไรที่ติดค้างในใจ กรณีผู้ป่วยและครอบครัวมีภาระทางด้านการเงิน/ค่าใช้จ่าย หรือผู้ป่วยไม่มีญาติหรือไม่มีผู้ดูแลพยาบาลควรให้

คำแนะนำปรึกษา และประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อจัดหาผู้ดูแล หรือสถานสงเคราะห์ที่เหมาะสม (Sansom & Jintayon, 2019; Subwongcharoen & Chintapanyakun, 2020)

4. การร่วมวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าและการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ในกรณีที่รักษาด้วยยา หรือการรักษาตามสาเหตุแล้ว อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น พยาบาลต้องทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค เป้าหมายการรักษาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยมุ่งเน้นที่ดูแลจัดการอาการให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพยาบาลต้องอาศัยความละเอียดอ่อน ความสัมพันธ์ที่ดีในการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวควรใช้ภาษาที่พูดคุยประจำวันเพื่อให้เข้าใจง่าย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและค้นหาข้อมูลความเข้าใจโรคของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การปฏิเสธการรักษาแบบยื้อชีวิตด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือการระบุสถานที่ที่ต้องการอยู่ เมื่อใกล้ตาย เพื่อสามารถให้การดูแลได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Sansom & Jintayon, 2019; Pairojkul, 2021)

5. การสื่อสารและการให้การปรึกษา พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจหลักแนวคิดการสื่อสาร และการให้การปรึกษา สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะท้าย มีทักษะการใช้การสื่อสารเพื่อการรักษา การบอกความจริง การบอกข่าวร้าย การให้คำปรึกษา รวมถึงมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัว สหวิชาชีพ ในการร่วมวางแผนการรักษาดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัย ระยะเปลี่ยนผ่าน ระยะสุดท้าย และต่อเนื่องไปจนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้เกิดการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม การให้ความรู้ คำแนะนำการสอนผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง การเป็นที่ปรึกษาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล การสื่อสารเพื่อให้เกิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยที่มีการหายใจลำบาก พยาบาลต้องสื่อสารโดยใช้คำถามปลายปิด ใช้คำพูดสั้น ๆ เข้าใจง่าย ให้ผู้ป่วยตอบคำถามโดยการพยักหน้า หรือส่ายหน้า รวมทั้ง ในผู้ป่วยที่ไม่มีแรงในการพูด พยาบาลต้องใช้วิธีการอ่านริมฝีปากของผู้ป่วยในขณะที่พูด และแม้ในผู้ป่วยที่อ่อนเพลียมากจนไม่สามารถพูดได้ แต่ผู้ป่วยยังสามารถได้ยินและเข้าใจสิ่งที่ญาติพูดได้ สามารถสนทนากันได้ด้วยเสียงปกติที่ไม่ดังเกินไปและไม่ต้องปรับเสียงจนเหมือนเสียงกระซิบ สามารถถอดหรือสัมผัสผู้ป่วยได้ การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ดีจึงช่วยเสริมพลังอำนาจเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกรักมีคุณค่าของผู้ป่วย (Sekse et al., 2017; Chaiviboontham, 2021)

6. การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชา พยาบาลควรมีความรู้ ความสามารถในการประสานงาน การส่งต่อ การวางแผน การให้ความช่วยเหลือกับทีมแพทย์ผู้รักษา ครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพ เช่น เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ตลอดจนติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมทั้ง สร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การร่วมประเมินปัญหาและวางแผนการดูแล ให้การดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ส่งต่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ การส่งปรึกษาเพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองที่มี

อาการหายใจลำบาก กรณีญาติต้องการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยอยากกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนในการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานกับหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลที่บ้าน การประเมินค่าใช้จ่าย การเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบบการส่งต่อโรงพยาบาลกลับบ้าน รวมทั้ง การดูแลสภาพจิตใจครอบครัวของผู้ป่วยและครอบครัว การประสานงานกับนักอาสาสมัคร เพื่อช่วยเหลือจัดการด้านสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย เป็นต้น (Subwongcharoen & Chintapanyakun, 2020; Chaiviboontham, 2021)

7. การจัดการผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์ พยาบาลสามารถกำหนดผลลัพธ์ และตัวชี้วัดของการพยาบาลแบบประคับประคอง สร้างหรือใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานในการประเมินตัวชี้วัดผลลัพธ์ การวางระบบการประเมิน และการบันทึกผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด วิเคราะห์และจัดทำรายงานการดูแลตามตัวชี้วัด ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่ต้องได้มาจากการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและวัฒนธรรม 2) ด้านครอบครัว คือการให้ความสำคัญกับสิ่งที่ครอบครัวเผชิญ เช่น ความเหนื่อย ความเครียด การสูญเสียความเป็นส่วนตัว เป็นต้น และ 3) ด้านคุณภาพการดูแล เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อการดูแล ความพึงพอใจต่อการดูแล การได้รับข้อมูล การได้ดูแลอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ (Chaiviboontham, 2021) เพื่อกำหนดผลลัพธ์มาใช้นักพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้น ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล จึงเป็นเครื่องชี้วัดของบุคลากรในด้านบริการพยาบาลแบบประคับประคอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ จิตวิญญาณ จึงควรนำข้อมูลตัวชี้วัดมาวิเคราะห์ และนำไปใช้มาพัฒนาการดูแลในหอผู้ป่วย โดยเฉพาะในด้านที่ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด

บทสรุป

อาการหายใจลำบากเป็นอาการรับรู้หรือตระหนักถึงความรู้สึกที่เป็นของเฉพาะบุคคลต่อการหายใจที่ผิดปกติ ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการจะเป็นผู้บอกสาเหตุ ลักษณะ ความรุนแรงของอาการ ผลกระทบของอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ไม่สุขสบาย อ่อนล้า รู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ หากอาการหายใจลำบากไม่ได้รับการแก้ไข หรือจัดการอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

พยาบาลควรตระหนักต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง และให้ความสำคัญต่อความรู้สึกที่ผู้ป่วยบอกเล่าอาการ มีการประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก และให้การดูแลผู้ป่วยตามสาเหตุและความรุนแรง เพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบากด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา มีการวางแผนการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการจากความทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากทั้งการให้คำปรึกษา การสื่อสาร การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การช่วยเหลือ และจัดการกับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้ง การส่งเสริม ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว ในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้

ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองเท่าที่ทำได้ คงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต

เอกสารอ้างอิง

- Ari, E. (2025). Dyspnea management in palliative care: current approaches and treatment strategies. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 6(2), 167-173. <https://doi.org/10.47582/jompac.1641795>
- Chaiviboontham, S. (2021). Nurse's role in palliative care. In L. Chanwet, P. Chanthong, K. Nakwirot, & P. Tisyakorn (Eds.), *Textbook of palliative care, Book 2*. Thai Palliative Care Society. (in Thai)
- Chewaskulyong, B. (2021). Respiratory symptoms (dyspnea, cough and hemoptysis). In L. Chanwet, P. Chanthong, K. Nakwirot, & P. Tisyakorn (Eds.), *Textbook of palliative care books 1* (pp. 227-294). Thai Palliative Care Society. (in Thai)
- Crombeen, A. M., & Lilly, E. J. (2020). Management of dyspnea in palliative care. *Current Oncology*, 27(3), 142-145. <https://doi.org/10.3747/co.27.6413>
- Elliot, K., & Patterson, K. H. (2023). Palliative and end-of-life care. In J. M., Brant (Ed.), *Core curriculum for oncology nursing-E-book* (7th Ed.) (pp. 28-44). Elsevier.
- Gift, G. A. (1989). Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. *Rehabilitation Nursing*, 14(6), 323-325. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1989.tb01129.x>
- Kittiphovanonth, S., & Prachakul, R. (2022). Palliative care model with case management and participation of multidisciplinary teams health network Waengyai District, Khon Kaen Province. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 7(4), 64-74. (in Thai)
- Murphy, M. C., & Simonis, J. (2023). Assessment tools for dyspnea and respiratory distress at the end of life #453. *Journal of palliative medicine*, 26(4), 582-583. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0558>
- Pairojkul, S. (2021). *Palliative and end-of-life care manual (for healthcare professionals)*. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Puangkam, A., Suwansri, D., Yamsri, T., Saengrueang-eak, M., & Towannang, R. (2020). The impact of patients and caregivers: Relevant factors and needs of relatives who care for chronic end-stage illnesses at home. *Medical journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 35(2), 303-316. (in Thai)

- Rao-Newton, A., Gallagher, E., Mickelsen, J., Sanchez, C., Forby, F., Andrews, K., Hosie, A., Sheehan, C., DeNatale, M., & Agar, M. (2024). Timely assessment of breathing-related distress in community palliative care: A multidisciplinary collaborative quality improvement project. *Journal of palliative medicine*, 27(3), 324-334. <https://doi.org/https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0576>
- Rogers, J. B., Modi, P., & Minter, J. F. (2023). *Dyspnea in palliative care*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526122/>
- Sansom, N., & Jintayon, M. (2019). *Nursing manual for palliative care of patients with respiratory difficulty*. Siriraj Hospital, Faculty of Medicine, Mahidol University. (in Thai)
- Sekse, R. J. T., Hunskar, I., & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1- 2) , 21– 38. <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>
- Sittipunt, C. (2021). Palliative care in patients with end stage lung disease. In L. Chanwet, P. Chanthong, K. Nakwiroj, & P. Tisyakorn (Eds.), *Textbook of palliative care, Books 2* (pp. 601-609). Thai Palliative Care Society. (in Thai)
- Sornsukolrat, V., Bosittipichet, T., Theerawech, T., & Leesri, T. (2024). Comparison of the effectiveness between handheld fan and diaphragmatic breathing to decrease dyspnea in palliative care patients. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 18(3), 815–828. (in Thai)
- Subwongcharoen, N., & Chintapanyakun, T. (2020). Role of palliative care nurses in tertiary hospitals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(1), 26-34. (in Thai)
- Wareesamarn, N. (2024). Development of a palliative care model to enhance quality of life for end-of-life patients based on WHO guidelines in Pattani Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(6), 28–39. (in Thai)
- Wongprom, I. (2021). Symptom assessment in palliative care. In L. Chanwet, P. Chanthong, K. Nakwiroj, & P. Tisyakorn (Eds.), *Textbook of palliative care, Book 1* (pp. 81-89). Thai Palliative Care Society. (in Thai)
- Xu, S., Wang, X., & Wang, R. (2022). The effects of integrated palliative care on quality of life and psychological distress in patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Palliative Medicine*, 11(8) , 2586- 2599. <https://doi.org/10.21037/apm-22-162>