

บทความวิชาการ

การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

บุญทิวา สุวิทย์* สุณี พนาสกุลการ** เบญญาภา มุกสิริทิพานัน**

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง โรคเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรงที่ไม่มีความหวังในผลการรักษาที่ดีขึ้นได้แล้ว ผู้ป่วยมักมีความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยอาการสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า การนอนที่ผิดปกติไป สับสน ซึมเศร้า วิตกกังวล และหมดหวังในชีวิต การประเมินอาการดังกล่าวนี้ว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้พยาบาลได้ข้อมูลสำคัญเพื่อนำไปวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ นำเสนอเกี่ยวกับอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการประเมินอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน

คำสำคัญ: การประเมิน; ความทุกข์ทรมาน; ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

* อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัย
นวมินทราชินา กรุงเทพมหานคร

** อาจารย์ประจำภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัย
นวมินทราชินา กรุงเทพมหานคร

บทนำ

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จะได้รับการดูแลที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาให้หายขาดจากโรคที่เป็น แต่ดูแลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรงที่ไม่มีความหวังในผลการรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งการดูแลรักษาอาจทำได้เพียงประคับประคองอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน หรือสุขสบายขึ้น จนกระทั่งเมื่อโรคดำเนินไปถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยก็มักจะมีอาการทุกข์ทรมานมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากเมื่อความเจ็บป่วยเกิดขึ้น มิได้กระทบต่อร่างกายเท่านั้น แต่ยังมีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจด้วย (พระไพศาล, 2552) ดังเช่น อาการปวด หายใจเหนื่อยหอบ เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มึนงง วิดกกังวล กลัว ซึมเศร้า อ้างว้าง โดดเดี่ยว ฯลฯ และเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายกำลังจะจากไป ผู้ป่วยจะมีความเปลี่ยนแปลงในร่างกายหลายอย่างที่สังเกตได้ ซึ่งไม่ใช่อาการที่จะรักษาได้แต่เป็นไปตามธรรมชาติ ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงและหลับมากขึ้น กินอาหารและดื่มน้ำลดลง ปากและลิ้นแห้ง ตาปิดไม่สนิท ตาแห้ง กระสับกระส่าย ร้องคราง หายใจไม่สม่ำเสมอ มีน้ำลายและเสมหะในคอ มือ เท้าเย็น เป็นต้น (ดาริน, 2552)

เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจแล้วไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง แต่หากพยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยและให้การดูแลได้อย่างเป็นองค์รวม ก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้จนกระทั่งวาระสุดท้ายและสามารถจากไปอย่างสงบ การพยาบาลหรือการดูแลแบบประคับประคองจึงหมายถึงแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อเผชิญกับปัญหาอันเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยใช้การตรวจพบแต่เนิ่นๆ การประเมินและการรักษาอาการเจ็บป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2002) หรือ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา แต่มุ่งเน้นที่การลดความทุกข์ทรมาน โดยควบคุมความปวด และอาการอื่นๆ ซึ่งรวมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณด้วย (The European Association for Palliative Care, 2009)

อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

อาการสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อาการผิดปกติในการนอน สับสน ซึมเศร้า วิดกกังวล และหมดหวังในชีวิต (กิตติกร, 2555; National Comprehensive Cancer Network, 2003) โดยสามารถกล่าวถึงรายละเอียดได้ ดังนี้

อาการปวด เป็นอาการที่พบบ่อยประมาณร้อยละ 34-96 (Solano, Gomes, & Higginson, 2006) ผู้ป่วยอาจเกิดอาการปวดจากการมีแผล ปวดตามอวัยวะต่างๆ ที่โรคแพร่กระจายไป ปวดกระดูก ฯลฯ ซึ่งความปวดเป็นอาการที่พบบ่อย และก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ความทุกข์ ทรมานต่อผู้ป่วยอย่างมาก บางครั้งผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดมากจนกระทั่งผู้ใกล้ชิดเองก็มีความรู้สึกเป็นทุกข์ร่วมไปกับผู้ป่วยด้วย เนื่องจากเห็นบุคคลอันเป็นที่รักต้องเจ็บปวด ทรมาน (Berry, 2007)

อาการหายใจลำบาก พบได้ประมาณร้อยละ 39-61 (Reddy, Parsons, Elsayem, Palmer, & Bruera, 2009) ผู้ป่วยอาจมีภาวะหายใจเหนื่อยหอบ หรือหายใจลำบาก และมักมีเมือกและเสมหะในลำคอ

ในปริมาณมาก ทำให้หายใจไม่เต็มปอด และอาจเหนื่อยมากขึ้นเมื่อต้องการพูดคุยกับญาติหรือบุคคลอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งจากอาการหอบเหนื่อย และทุกซอกที่ไม่สามารถระบายความรู้สึกของตนได้มากนัก (กิตติกร, 2555; National Comprehensive Cancer Network, 2003)

อาการเบื่ออาหาร พบได้ประมาณร้อยละ 34 (Potter, Hami, Bryan, & Quigley, 2003) ผู้ป่วยจะไม่อยากรับประทานอาหารและน้ำ ทำให้ขาดความสดชื่น และความสุขในชีวิต หากเกิดเป็นเวลานานจะทำให้หน้าแห้งตัวลด ภูมิคุ้มกันลดลง ไม่มีแรง และช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง

อาการท้องผูก พบได้ประมาณร้อยละ 32 (Potter et al., 2003) ผู้ป่วยมักแน่นอึดอัดท้อง ไม่สบาย และอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และปวดท้องร่วมด้วย

อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ผู้ป่วยจะรู้สึกเพลีย และมักมีอาการอ่อนล้าของแขน ขา ไม่ค่อยมีแรงในการยกหรือเคลื่อนไหวร่างกายส่วนต่างๆ ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตได้ตามปกติ

อาการผิดปกติในการนอน ผู้ป่วยมักจะมีช่วงเวลากการนอนยาวนานขึ้น และปลุกตื่นยาก หรืออาจนอนไม่หลับจากอาการทางกาย และภาวะทางจิตใจ เช่น ปวด เกรียด กลัว วิดกกังวล ฯลฯ

อาการสับสน พบได้ประมาณร้อยละ 28-83 (Casaret & Inouye, 2001) ผู้ป่วยหลายรายจะมีอาการสับสนในเรื่องของเวลา สถานที่ บุคคล หรือระดับการรับรู้ลดลงไป การสื่อสารโดยการพูดคุยจะค่อยๆ ลดลง หรืออาจกระสับ กระส่าย พักผ่อนไม่ได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อและสร้างความทุกข์ทรมานให้กับทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้การดูแล เนื่องจากอาการสับสนจะมีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างในเรื่องของการสื่อสารที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่สมบูรณ์ (กิตติกร, 2555)

อาการซึมเศร้า วิดกกังวล และหมดหวังในชีวิต ผู้ป่วยอาจแสดงอาการลุกลี้ลุกลน เกรียด หงุดหงิด กลัวที่จะอยู่คนเดียวในเวลากลางคืน บางครั้งซึมเศร้า ไม่อยากพูดจากับใคร หรือพูดถึงชีวิตตนเองว่าคงไม่มีหวังที่จะหายขาดจากโรค ต้องทนทุกข์ทรมานไปจนตาย ทั้งนี้เมื่อใจเป็นทุกข์ย่อมทำให้ร่างกายเสื่อมทรุดลง และฟื้นตัวได้ช้า (พระไพศาล, 2554)

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ถือเป็นการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมาน มีความสุขสบายขึ้น และได้รับการเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยให้การดูแลทั้งตัวผู้ป่วย ญาติและบุคคลรอบข้างของผู้ป่วยด้วย (Palliative Care Australia, 2011; The Canadian Hospice Palliative Care Association, 2014) ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การประเมินภาวะสุขภาพควรมีเครื่องมือในการประเมินได้อย่างครอบคลุมทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม เพื่อนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอยู่แล้ว แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการซึ่งควบคุมได้ยาก มีปัญหาซับซ้อนในครอบครัว หรือเมื่อต้องตัดสินใจในสถานการณ์ที่ยากลำบากเกี่ยวกับการดูแลรักษา การประเมินผู้ป่วยด้วยเครื่องมือที่มีคุณภาพทุกวันแล้ววางแผนหรือปรับเปลี่ยนการดูแลวันต่อวัน จึงมีความสำคัญที่ทีมสุขภาพซึ่งเป็นสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล

นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ที่มีบทบาททางศาสนา ฯลฯ ต้องตระหนักถึงในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยทุกโรงพยาบาลควรมีการพัฒนาการประเมินและการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและในเวลาที่เหมาะสมด้วย ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจึงควรมีสมรรถนะของการให้การดูแลด้วยความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ขององค์ความรู้และงานวิจัยต่างๆ มาเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยได้ (Weissman & Meier, 2011) โดยการพยาบาลแบบประคับประคองมีลักษณะสำคัญ ดังนี้คือ

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย เริ่มต้นจากการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยประเมินสภาพอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ได้แก่ การประเมินความปวด และอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน สอบถามเกี่ยวกับภาวะจิตใจ อารมณ์ สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง ความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งที่เป็นแหล่งความหวัง และกำลังใจของผู้ป่วย เป็นต้น (Weissman & Meier, 2011)

2. วางแผน และให้การพยาบาลโดยตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม

2.1 การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำ การดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน นอนหลับ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด เหมาะสม และดูแลเกี่ยวกับการขับถ่าย รวมทั้งลดความทุกข์ทรมานทางกายต่างๆ โดยทีมสุขภาพต้องตระหนักถึงการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอ และให้การดูแลเพื่อลดหรือบรรเทาอาการปวดให้แก่ผู้ป่วยทั้งโดยการให้ยา และไม่ให้ยา เช่น การนวด กดจุด ฝังเข็ม การสัมผัส ฯลฯ รวมทั้ง ควรจัดทำให้ผู้ป่วยในท่านอนที่รู้สึกสบาย แต่อาจจะปรับเป็นท่านั่งได้บ้างโดยให้ยึดถือความรู้สึกผ่อนคลายและความสบายของผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน จัดทำให้หายใจได้สะดวก ได้รับอาหารแต่พอเหมาะ สามารถให้อมน้ำแข็ง ดื่มน้ำอุ่น หรือน้ำผลไม้ได้ตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ควรหยุดเมื่อมีอาการกลืนลำบาก นอกจากนี้ การดูแลสุขอนามัยของช่องปากก็มีความสำคัญ และควรใช้วาสลีน หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่มีความหล่อลื่นหาบริเวณริมฝีปาก เพื่อป้องกันการแห้งแตก และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วยจะยังคงมีการรับรู้ด้วยการฟังที่เป็นปกติ แต่อาจไม่สามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นคำพูดที่แสดงความหวังใญ่ผู้ป่วยจึงยังคงรับรู้ได้ นอกจากนี้การสัมผัส เช่น การกอดก็ยังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้อยู่เช่นกัน (กิตติกร, 2555; National Comprehensive Cancer Network, 2003)

2.2 การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขในชีวิตจนวาระสุดท้ายของชีวิตได้ ซึ่ง ทัดนิย (2548) ได้กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณซึ่งนับว่าเป็นมิติหนึ่งที่สำคัญของมนุษย์ไว้ดังนี้คือ 1) ความเมตตา (loving-kindness and compassion) ผู้ให้การพยาบาลควรมีทั้งความเมตตา คือ ปรารถนาดี หวังช่วยเหลือนอย่างจริงใจแก่ผู้ป่วย ในขณะเดียวกันต้องมีความกรุณา คือ ต้องการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ที่กำลังเผชิญอยู่ด้วย 2) พฤติกรรมเอื้ออาทร (caring) ผู้ให้การพยาบาลควรมีความเห็นอกเห็นใจ เอาใจเขามาใส่ใจเราอยู่เสมอ คิดว่าหากตนเองต้องเป็นผู้ป่วยจะทุกข์ยากเพียงใด รอยยิ้มและการดูแลเอาใจใส่จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากในเวลานี้ 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skills) ผู้ให้การพยาบาลควรเป็นผู้ฟังที่ดี พยายามสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อทราบความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องใช้ทั้งวจนภาษาและอวัจนภาษา รวมทั้งพยายามพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อทราบถึงการเปลี่ยนแปลงอาการ รวมทั้งความเจ็บปวดของผู้ป่วยด้วย และ 4) การสัมผัสทางกาย (body touch) การสัมผัสกายเป็นส่วนหนึ่งของการ

สื่อสาร ซึ่งจะช่วยให้สื่อสารถึงความรัก และความเข้าใจ ความปรารถนาดีของผู้ให้การพยาบาลไปยังผู้ป่วย ได้ดีวิธีหนึ่ง ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการดูแลหรือการพยาบาลที่เหมาะสมก็จะไม่เพิ่มความทุกข์ใจ และสุขสบายใจขึ้น

2.3 การตอบสนองความต้องการของครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความสูญเสีย ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้น พยาบาลควรให้การดูแลญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากบุคคลเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตจบจนวาระสุดท้าย (Izumi, Nagae, Sakurai, & Imamura, 2012) โดยพยาบาลควรดูแลหรือให้คำแนะนำญาติผู้ป่วยเพื่อให้มีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาในการดูแลต่อไปได้ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่และการดูแลที่ดีจากญาติของตน

จะเห็นได้ว่า ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลทุกคนควรตระหนักถึงการให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งมุ่งเน้นความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ โดยเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อันจะนำไปสู่ความสุขสงบในชีวิต ซึ่งแนวความเชื่อแบบองค์รวมได้เข้ามามีบทบาทในเรื่อง สุขภาพ บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมาเนิ่นนานจนกระทั่งในปัจจุบัน โดยแนวคิดของภาวะสุขภาพองค์รวมเชื่อว่า การมีสุขภาพดีหรือมีสุขภาพจะเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายมิติของชีวิต ทั้งทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึง คุณภาพของชีวิตที่สัมพันธ์อย่างกลมกลืนกับสังคม ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (โกมาตรและประชาธิป, 2550) โดยทีมสุขภาพต้องตระหนักถึงการประเมินอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างครอบคลุม แล้วนำมาวางแผน และให้การพยาบาล โดยตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวมต่อไป

การประเมินอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน

สำหรับกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การประเมินอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ นับเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะนำไปสู่กระบวนการพยาบาลในขั้นต่อไป คือ ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยพบว่า ในทางการแพทย์และการพยาบาลมักนิยมประเมินในเรื่องของความปวดโดยใช้ pain scale เป็นส่วนใหญ่ในผู้ป่วยทุกประเภท แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้นมักมีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางกายหลายประการ จึงมีผู้สร้างแบบประเมินอาการต่างๆ ขึ้นคือ ระบบการประเมินอาการของ เอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS) โดยใช้สเกลเป็นตัวเลขบอกระดับความรู้สึกของผู้ป่วยตามความคิดเห็นของผู้ป่วย และได้มีการพัฒนาเครื่องมือ ESAS มาเป็นลำดับโดยมี Guidelines-revised Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r) ในปี คศ. 2010 (Practice, Development, and Quality Committee, 2010) ดังนี้

แบบประเมินอาการของ เอ็ดมอนตัน Edmonton Symptom Assessment System:

(revised version) (ESAS-r)

Please circle the number that best describes how you feel NOW:

No Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Pain
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

No Tiredness	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Tiredness
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

(Tiredness = lack of energy)

No Drowsiness	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Drowsiness
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------------

(Drowsiness = feeling sleepy)

No Nausea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Nausea
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

No Lack of Appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Lack of Appetite
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------------

No Shortness of Breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Shortness of Breath
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------------------------

No Depression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Depression
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------------

(Depression = feeling sad)

No Anxiety	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Anxiety
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

(Anxiety = feeling nervous)

Best Wellbeing	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Wellbeing
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

(Wellbeing = how you feel overall)

No Other Problem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------

(for example constipation)

Patient's Name _____

Date _____ Time _____

Complete by (check one):

- ☐ Patient
☐ Family caregiver
☐ Health care professional caregiver
☐ Caregiver-assisted

แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) หรือ Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (ESAS-r) เป็นการประเมินอาการต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองกลุ่มต่างๆ ซึ่งพบว่า แบบประเมิน ESAS มีความตรงและความเที่ยง สามารถนำมาใช้ในการประเมินอาการต่างๆ ของผู้ป่วยได้ดี และเชื่อถือได้ (Moro et al., 2006) แต่อย่างไรก็ตาม ในทัศนะของผู้เขียน เห็นว่า ส่วนของการประเมินในมิติสังคมและจิตวิญญาณยังไม่ระบุชัดเจน แม้ว่าจะมีช่องให้เติมความรู้สึกรื่นอื่นๆ ได้ แต่หากผู้ประเมินไม่ได้ตระหนักถึงอาการที่เกี่ยวข้องกับมิติสังคม และจิตวิญญาณ เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง หรือหมดหวัง ก็อาจทำให้การประเมินไม่ครอบคลุมองค์รวม ผู้เขียนจึงดัดแปลงแบบประเมินดังกล่าวเป็นภาษาไทยและเพิ่มเติมในส่วนของสังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้ครอบคลุมองค์รวม ดังนี้

แบบประเมินอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยแบบประคับประคอง

กรรณางกมลล้อมรอบหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด

ไม่มีอาการเลย.....	ระดับมากที่สุด										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	เจ็บปวด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	เหนื่อยล้า
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	มีน้ำมูก เวียนศีรษะ
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	คลื่นไส้ อาเจียน
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	เบื่ออาหาร
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	หายใจเหนื่อยหอบ
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	หุดหุด เศร้าใจ
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	วิตกกังวล
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	โดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	หมดกำลังใจสิ้นหวัง
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	รู้สึกดี มีความสุข
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	อาการ/ความรู้สึกอื่น
(ระบุ.....)											

ชื่อผู้ป่วย.....โรค.....

วันที่.....เวลา.....

ผลที่ได้จากการนำแบบประเมินกลุ่มอาการต่าง ๆ ไปทดลองใช้

เมื่อผู้เขียนได้ดัดแปลง ปรับปรุงแบบประเมินอาการต่างๆ เรียบร้อยแล้วจึงนำไปให้อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วจึงนำไปทดลองใช้โดยให้นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ภาควิชาการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2556 จำนวน 35 คน นำไปประเมินอาการผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด และผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ จำนวนทั้งสิ้น 35 ราย เพื่อนำมาประกอบการตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งผลการนำแบบประเมินอาการต่างๆ ดังกล่าวไปใช้ พบประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. อาการต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาในช่วงวัน ดังเช่น อาการปวดเมื่อเวลา

9.00 น. pain score 4 ต่อมา เวลา 13.00 น. pain score 8 และ เวลา 14.00 น. pain score 10 ดังนั้น อาการปวดจึงแปรผันตามเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา หรือมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ ด้วย พยาบาลจึงควรทำการประเมินอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ

2. อาการอื่นๆ ที่พบว่าอยู่ในระดับ 7-10 คือ อาการเบื่ออาหาร ซึ่งเป็นอาการที่อยู่ในระดับมากตามความรู้สึกของผู้ป่วย แต่หากพยาบาลไม่ได้ใช้แบบประเมินของ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), ESAS-r หรือแบบประเมินฉบับที่ผู้เขียนดัดแปลงขึ้นก็อาจขาดข้อมูลในส่วนนี้ และไม่ได้ให้ความสำคัญในการแก้ไขมากเท่ากับอาการปวด ทั้งๆ ที่อาการเบื่ออาหาร ทำให้ผู้ป่วยขาดความสุขในชีวิตและเบื่อหน่ายความเจ็บป่วย ส่งผลให้เป็นทุกข์มากขึ้นได้

3. ในส่วนของมิติจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พบว่า มีผู้ป่วยหลายรายที่มีอาการวิตกกังวล เศร้าใจ โดดเดี่ยว หดท้อใจ และสิ้นหวัง และมีผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า แบบประเมินนี้เป็นแบบสอบถามที่ดี เพราะถามความรู้สึกผู้ป่วยด้วย ไม่เคยมีใครถามว่า รู้สึกหดหู่ เศร้าใจบ้างไหม ซึ่งทำให้รู้สึกว่าพยาบาลใส่ใจ และได้ทบทวนความรู้สึกของตนเองด้วย

4. ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อแบบประเมินที่ผู้เขียนดัดแปลงขึ้น นำเสนอเป็นตารางได้ดังนี้

ตาราง 1 ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อแบบประเมินอาการต่างๆ ในผู้ป่วยแบบประคับประคอง

หัวข้อ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. สอบถามได้ตรงกับความรู้สึก	22.88	42.90	34.22	-	-
2. สื่อได้เข้าใจง่าย	25.74	60.06	14.20	-	-
3. ใช้เวลาน้อยเมื่อต้องการบอกเกี่ยวกับอาการต่างๆ	25.74	45.76	28.50	-	-
4. ต้องการให้พยาบาลหมั่นสอบถามอาการอย่างสม่ำเสมอ	34.22	42.90	22.88	-	-
5. รู้สึกพอใจที่ได้รับการสอบถามเกี่ยวกับอาการต่างๆ	37.18	51.48	11.34	-	-

จากตาราง 1 แสดงว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความเห็นว่า แบบประเมินที่ผู้เขียนดัดแปลงขึ้นสามารถใช้สอบถามได้ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 22.88 มาก ร้อยละ 42.90 และปานกลาง ร้อยละ 34.22 สื่อได้เข้าใจง่ายมากที่สุด ร้อยละ 25.74 มาก ร้อยละ 60.06 และปานกลาง ร้อยละ 14.20 ใช้เวลาน้อยเมื่อต้องการบอกอาการต่างๆ มากที่สุด ร้อยละ 25.74 มาก ร้อยละ 45.76 และปานกลาง ร้อยละ 28.50 ผู้ป่วยต้องการให้พยาบาล หมั่นสอบถามอาการสม่ำเสมอ มากที่สุด ร้อยละ 34.22 มาก ร้อยละ 42.90 และปานกลาง ร้อยละ 22.88 และรู้สึกพอใจ ที่ได้รับการสอบถามเกี่ยวกับอาการต่างๆ มากที่สุด ร้อยละ 37.18 มาก ร้อยละ 51.48 และปานกลาง ร้อยละ 11.34

5. ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อแบบประเมินที่ผู้เขียนดัดแปลงขึ้น นำเสนอเป็นตารางได้ดังนี้

ตาราง 2 ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อแบบประเมินอาการต่างๆ ในผู้ป่วยแบบประคับประคอง

หัวข้อ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ประเมินได้ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย	20.02	62.92	17.06	-	-
2. สะดวกในการใช้	48.62	45.76	5.62	-	-
3. ประหยัด ต้นทุนต่ำ	45.76	48.62	5.62	-	-
4. ใช้เวลาน้อยในการประเมิน	51.48	40.04	8.48	-	-
5. ประเมินได้ครอบคลุมองค์รวม	34.32	51.48	14.20	-	-

ตาราง 2 แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลมีความเห็นว่า แบบประเมินที่ผู้เขียนดัดแปลงขึ้นสามารถใช้ประเมินได้ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 20.02 มาก ร้อยละ 62.92 และปานกลาง ร้อยละ 17.06 สะดวกในการใช้ มากที่สุด ร้อยละ 48.62 มาก ร้อยละ 45.76 และปานกลาง ร้อยละ 5.62 ประหยัด ต้นทุนต่ำ มากที่สุด ร้อยละ 45.76 มาก ร้อยละ 48.62 และปานกลาง ร้อยละ 5.62 ใช้เวลาน้อยในการประเมิน มากที่สุด ร้อยละ 51.48 มาก ร้อยละ 40.04 และปานกลาง ร้อยละ 8.48 และประเมินได้ครอบคลุมองค์รวม มากที่สุด ร้อยละ 34.32 มาก ร้อยละ 51.48 และปานกลาง ร้อยละ 14.20

นอกจากนี้ นักศึกษายังแสดงความคิดเห็นว่า ควรนำแบบประเมินที่ผู้เขียนดัดแปลงขึ้นนี้ไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทุกราย เพื่อสามารถรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ และให้การพยาบาลได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมองค์รวม

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การพัฒนาแบบประเมินอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองครั้งนี้ เป็นการทดลองพัฒนาในเบื้องต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการประเมินอาการอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม สามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาการเรียนรู้นิรนัยในรายวิชาปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราช จึงยังคงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ดังนั้น หากมีการพัฒนาเป็นงานวิจัย และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มต่างๆ ก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อไป

บทสรุป

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การประเมินอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีหลายอาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้แบบประเมินที่ครอบคลุมทุกมิติ สามารถสื่อได้เข้าใจง่าย ประเมินได้ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย สะดวกในการนำไปใช้ ใช้เวลาน้อย รวมทั้งประหยัด แต่ได้ผลคุ้มค่า และผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ ย่อมส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาตรงตามความต้องการ และได้รับการเอาใจใส่อย่างเป็นองค์รวม ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยก็จะลดลงและมีความสุขในชีวิตมากขึ้น

บรรณานุกรม

- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และประชาธิป กะทา. (2550). *สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิจากปรัชญาสู่ปฏิบัติการสุขภาพ มิติใหม่*. นนทบุรี: มีติ กราฟฟิค.
- ดาริน จตุรภัทรพร. (2552). *การดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต*. ค้นจาก <http://www.thaifp.com/palliative>
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 12(1), 31-39.
- พระไพศาล วิสาโล. (2552). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. ใน ไพศาล ลิ้มสถิตย์ และ อภิราชย์ ชันส์เสน. (บรรณาธิการ), *ก่อนวันผลัดใบ: หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย*. (27-48). กรุงเทพมหานคร: เอมี เอ็นเตอร์ไพรส์.
- พระไพศาล วิสาโล. (2554). เตรียมใจในยามป่วยหนัก. ใน ยุวเรศมคฺฐ์ สิทธิชาตัญญา อุมารณ ไพศาล สุทธิเดช และศากุน ปวีณวัฒน์. (บรรณาธิการ), *ประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่อง ความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ*. (245-253). กรุงเทพมหานคร: ออฟเซ็ท ครีเอชั่น.
- Berry, P. M. (2007). The pain of residents with terminal cancer in USA nursing theory: family members' perspective. *International of Journal Palliative Nursing*. 13(1), 20-27.
- Casaret, D. J., & Inouye, S. K. (2001). Diagnosis and management of delirium near the end of life. *Annals of Internal Medicine*. 135, 32-40.
- Izumi, S. Nagae, H., Sakurai, C., & Imamura, E. (2012). Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. *Nursing Ethics*. 19(5), 608-618.
- Moro, C., Brunelli, C., Miccinesi, G., Fallai, M., Morino, P., Piazza, M., ...Ripamonti, C. (2006). Edmonton symptom assessment scale: Italian validation in two palliative care settings. *Support Care Cancer*. 14(1), 30-37.
- National Comprehensive Cancer Network. (2003). *Advanced cancer and palliative care treatment guidelines for patients*. Retrieved from <http://www.chulacancer.net/patient-list.php?gid=48>
- Palliative Care Australia. (2011). *What is palliative care?*. Retrieved from <http://www.palliativecare.org>
- Potter, J., Hami, F., Bryan, T., & Quigley, C. (2003). Symptom in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative Medicine*. 17, 310-314.
- Practice, Development, and Quality Committee. (2010). *Guidelines – reversed Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r)*. Retrieved from <http://www.palliative.org>

- Reddy, S. K., Parsons, H. A., Elsayem, A., Palmer, J. L., & Bruera, E. (2009). Characteristics and correlates of dyspnea in Patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 12(1), 29-36.
- Solano, J. P., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*. 31(1), 58-69.
- The Canadian Hospice Palliative Care Association. (2014). *What is palliative care?*. Retrieved from <http://www.chpca.net/home>
- The European Association for Palliative Care. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*. 16(6), 280.
- Weissman, D. E. & Meier, D. E. (2011). Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting. *Journal of Palliative Medicine*. 14(1), 1-6
- WHO. (2002). *WHO definition of palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

The Assessment of the Suffering Symptoms in Palliative Care Patients

Boontiva Soowit* Sunee Panasakulkan** Benyapa Muksiritipanun*

Abstract

Palliative Care Patients such as cancer, chronic disease and severe disease have no hope to get better by cure. Usually, they suffer with physical, psychological, emotional, social and spiritual issues. The important symptoms suffering the patient include pain, dyspnea, anorexia, weakness, fatigue, sleep disorder, confusion, depression, anxiety and hopeless. The assessment of these symptoms are the essential data for nurse to make nursing care plan and holistic nursing intervention. The objectives of this article demonstrates about the suffering symptoms, nursing process and evaluation of the suffering symptoms in palliative care patients.

Keywords: assessment; suffering; palliative care patients

* Nursing instructor of the Medical-Surgical nursing Department Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand.

** Nursing instructor of the Nursing Administration and Fundamental Department Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand.