



บทความวิจัย

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว

กัมพล อินทรทะกุล* สุรีพร ธนศิลป์** และ ปิ่นหทัย ศุภเมธาวรรณ***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรรช เขตปทุมวันกรุงเทพมหานคร

10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว

รูปแบบการวิจัย: วิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger

วิธีดำเนินการวิจัย: คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ van Manen (1990) ข้อมูลอิมิตัวจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 13 ราย

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน และ 2) ยังหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้ และส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบายไม่ทุกข์ทรมาน 2) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน และ 3) การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล

สรุป: ผลการวิจัยนี้เข้ามาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทีมสุขภาพในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านได้

คำสำคัญ: ประสบการณ์การดูแล/ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน/ ผู้ดูแลในครอบครัว

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

*** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

E-mail: pinhatai.s@chula.ac.th



Experiences Of Caring For Patients With Advanced Cancer At Home Of Family Caregivers

Kampon Introntakun* Sureeporn Thanasilp** Pinhatai Supametaporn***

Abstract

Purpose: To study the experiences of caring for patients with advanced cancer at home of family caregivers.

Design: The phenomenological research methodology was employed based on the concept of Heidegger.

Methods: The selected according to purposive sampling. The key informants were primary caregivers caring for patients diagnosed by a doctor as had advanced cancer. Data were collected using interview guidelines with in-depth interview. Data were analyzed by using Van Manen (1990) 's method and audio recording and until saturated data with the 13 informants

Results: The results of the research revealed two parts consisting of part 1 the meaning of illness of advanced cancer were categorized into 2 main-themes : 1) Short life of patient 2) Expecting that the cancer may be cured by the treatment and part 2 the experiences of caring for patients with advanced cancer at home of family caregivers were categorized into 3 main-themes : 1) Caring for increasing of happiness and reducing of agony 2) Getting the encouragements and supports 3) Learning and adjusting of caregiver by caring experiences

Conclusion: The findings serve as basic information for health care team which encouraged a potential caring of family caregivers to have ability to take care the advanced cancer patient at home.

Keywords: care experience/ advanced cancer patients at home/ family caregivers



บทนำ

มะเร็งนับเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากการสำรวจผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 19.1 ล้านราย เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 609,360 ราย⁽¹⁾ ประเทศไทย สถิติพบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่วันละ 336 ราย หรือ 122,757 รายต่อปี ผู้เสียชีวิตวันละ 221 ราย หรือคิดเป็น 80,665 รายต่อปี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต⁽²⁾ ส่วนใหญ่พบว่าเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมักจะทราบว่ามีมะเร็งนั้นได้มีการลุกลามไปมากแล้ว ซึ่งมะเร็งระยะลุกลามจะมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่กับโรคมะเร็งไปตลอดชีวิต⁽³⁾ การกระจายตัวของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ ทำให้ร่างกายพร่องความสมดุล ส่งผลให้ ด้านร่างกาย มีอาการปวดที่สร้างความทุกข์ทรมานทำให้มีการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และน้ำหนักลด ด้านจิตใจ มักพบความกังวล ความกลัว และกลุ้มใจ ด้านจิตวิญญาณ เกิดความฟุ้งซ่าน ขาดสติ จนขาดสิ่งยึดเหนี่ยวไป ด้านสังคม ไม่กล้าที่จะเข้าสังคม เก็บตัว กลัวว่าตนจะไม่ใช่ที่ต้องการของสังคม ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างคนในครอบครัวมีปัญหา⁽⁴⁾ และหากอาการทวิความรุนแรงมากขึ้นก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง หรืออยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น มีความจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวที่เข้ามารับบทบาทหน้าที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่ออยู่ที่บ้าน⁽³⁾ เนื่องจากบ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการกลับมาดูแลต่อเนื่องอาจเพราะบ้านเป็นบริบทความคุ้นชินที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความปลอดภัยและความอบอุ่น การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านเป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ดูแลในครอบครัว พยาบาล จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว โดยการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ หากผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านการดูแล

ผู้ป่วยที่บ้านอย่างเพียงพอและเหมาะสมก็จะทำให้เกิดความยากลำบากขึ้น เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการดูแลที่มีความซับซ้อน มักพบปัญหาผู้ดูแลในครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอเพราะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องอาศัยทั้งความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนด⁽⁶⁾ ส่วนใหญ่พบปัญหาการขาดทักษะ และความรู้สำหรับการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดอย่างถูกวิธี จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนในด้านความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ และการช่วยเหลือดูแลจิตใจซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านและด้วยภาระงานที่มากเกินไปย่อมส่งผลต่อสภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแล ซึ่งอาจนำมาสู่ปัญหาการสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพที่ไม่ดี ส่งผลให้การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวพร่องประสิทธิภาพอาจทำให้ความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเป็นองค์รวม^(7,8) ดังนั้น การที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านนั้นไม่เพียงเป็นปัญหาที่สำคัญและต้องการการแก้ไข ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาประเด็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว และเนื่องด้วยการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบการศึกษาค่อนข้างจำกัดซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะนำไปวางแผนจัดการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะเติมเต็มช่องว่างของความรู้ด้วยการเข้าไปศึกษาในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและได้ข้อมูลพื้นฐานที่มีประโยชน์นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล ในการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้เป็นอย่างดี



วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Martin Heidegger (1962) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกสะท้อนความเป็นจริงที่ผู้ดูแลในครอบครัวประสบขณะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นการค้นหาความจริงของชีวิตมนุษย์จากผู้มีประสบการณ์ตรง ผ่านการบอกเล่าเรื่องราวจากประสบการณ์ชีวิตที่แท้จริงของการเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งการบอกเล่าประสบการณ์ชีวิตนั้น ถือว่าเป็นการถ่ายทอดความรู้ จึงใช้การตีความร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยซึ่งมีความรู้และความเข้าใจในระดับหนึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ยึดการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบในการควบคุมการวิจัย เพียงแต่นำมาใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) ที่นำไปสู่การเตรียมเนื้อหาสาระสำหรับตัวผู้วิจัย และนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถาม

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลในครอบครัว ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม คัดเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัว ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา มารดา หรือญาติพี่น้อง 2) ถูกระบุจากผู้ป่วยว่าเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและใช้เวลาสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3) ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในระหว่างเจ็บป่วยที่บ้านตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล 4) มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารภาษาไทยได้ 5) มีความสมัครใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ตัวผู้วิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและนำไปสัมภาษณ์กับผู้ดูแล

ในครอบครัว จำนวน 3 ราย ที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้ให้ข้อมูล และนำมาตรวจสอบคุณภาพของแนวคำถาม นำร่องร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำมาปรับใช้กับผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป ข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิด เช่น เริ่มดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เมื่อไร ช่วยเล่าประสบการณ์ของคุณในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านว่าเป็นอย่างไร รู้สึกอย่างไรบ้างที่ได้ดูแล เป็นต้น

3) แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกข้อมูลที่ไม่สามารถเก็บได้ด้วยการบันทึกเสียง เช่น บรรยากาศ สีหน้า ท่าทาง เป็นต้น

4) เครื่องบันทึกเสียงแบบ Digital record เช่น Mobile phone และ iPad เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เลขที่ COA 114/2565 มีมติรับรองโครงการวิจัยวันที่ 13 พฤษภาคม 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา มีการปกปิดข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวม ข้อมูลที่ได้มาจากการวิจัยจะถูกทำลายทันทีเมื่อรายงานผลการวิจัยเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยลงพื้นที่ที่ศึกษาเพื่อชี้แจงรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์การคัดเลือกแก่พยาบาลประจำการ (Gate keeper) ซึ่งเป็นผู้ที่มีสัมพันธ์ทางอดีตกับผู้ให้ข้อมูลและทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นอย่างดี ช่วยในการคัดเลือกและประสานผู้ให้ข้อมูลให้กับผู้วิจัย



3) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูล แนะนำตนเอง และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ บอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือ หากผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4) ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกที่ห้องให้คำปรึกษา และทำการนัดหมายครั้งถัดไปหากข้อมูลไม่หมดตัวด้วยการโทรศัพท์เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเนื่องจากเป็นช่วงที่มีการแพร่ของโควิด 19 และได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลไปสัมภาษณ์ที่บ้านด้วยเพราะจะช่วยให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในบริบทของข้อมูลมากขึ้น

5) เก็บข้อมูลจนกระทั่งไม่มีข้อมูลอื่นเพิ่มเติมหรือข้อมูลอิ่มตัว โดยมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 ราย เวลาในการสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 29 ถึง 75 นาที สัมภาษณ์ทั้งหมด 29 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 3 เดือน ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ตามแนวทางของ van Manen (1990) มาประยุกต์ใช้ 2 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสะท้อนเพื่อนำไปสู่ประเด็นสำคัญที่บ่งบอกถึงลักษณะของปรากฏการณ์ การให้ความหมายหรือแก่นแท้ของประสบการณ์เมื่อถอดเทปแล้ว ผู้วิจัยหาความหมายของข้อความแต่ละส่วนที่ได้จากการสัมภาษณ์รวมถึงแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ได้แก่ บทสัมภาษณ์ถอดเทป การสังเกตและการจดบันทึกภาคสนาม โดยที่ผู้วิจัยอ่านทวนข้อมูลที่ได้กลับไปกลับมาหลายครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจ แยกย่อยข้อมูล เปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูล ในลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลแบบบรรทัดต่อบรรทัด วลีต่อวลี และคำต่อคำ แล้วจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ประเด็นหลักและประเด็นย่อย ขั้นตอนที่ 2 การเขียนบรรยายปรากฏการณ์ที่ศึกษาออกมาผ่านศิลปะการเขียนและการทบทวนการเขียน เป็นลักษณะการเขียนในการนำเสนอมุมมองของประสบการณ์ชีวิตนั้น ๆ ตามที่เป็นจริง สะท้อนปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวให้มากที่สุด

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตามเกณฑ์ของ Guba และ Lincoln(1989) ดังนี้

1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยนำข้อความที่ได้จากการถอดเทปและข้อสรุปเบื้องต้นกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเนื้อหาจำนวน 5 ราย และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยเชิงคุณทางการพยาบาลตรวจสอบ

2) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง และมีได้มีจุดมุ่งหมายที่จะถ่ายโอนข้อมูลการวิจัยไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น หากแต่จะมุ่งนำเสนอข้อมูลที่มีความลุ่มลึกละเอียดและครบถ้วนให้มากที่สุด

3) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบมีการเชื่อมโยงจากแหล่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สังเกต ร่วมกับการจดบันทึกภาคสนามในระหว่างการสัมภาษณ์

4) ความสามารถในการยืนยันผล (Confirmability) บันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ไว้อย่างเป็นระบบ ตรวจสอบได้ และผู้วิจัยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนองานวิจัย

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 ราย มีอายุระหว่าง 26-70 ปี เพศชาย 9 ราย เพศหญิง 4 ราย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สามีภรรยา 7 ราย เป็นบุตรของ ผู้ป่วย 4 ราย เป็นมารดาของผู้ป่วย 1 ราย และเป็นญาติที่มีความสัมพันธ์เป็น อา 1 ราย ส่วนใหญ่ระดับการศึกษามัธยมศึกษา 3 จำนวน 5 ราย มัธยมศึกษา 6 จำนวน 3 ราย ปวส. จำนวน 1 ราย ปริญญาตรี จำนวน 3 ราย และปริญญาโทจำนวน 1 ราย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 15,000-30,000 บาท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 3 ถึง 60 เดือน

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม และส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว รายละเอียดต่อไปนี้



ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลทราบจากอาการและสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง เช่น อ่อนเพลียมาก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การตอบสนองลดลง เป็นต้น และการรักษาไม่ได้มีจุดประสงค์เพื่อหายจากโรคดังคำสัมภาษณ์

“มันคงใกล้แล้ว (เสียชีวิต) ก็คงเร็ว ๆ นี้ ก็เวลาที่เหลือก็ให้เขามีความสุขที่สุดแล้วละ” (ID10)

“เราแค่คิดว่าเขาคงอยู่กับเราไม่นาน คำว่ามะเร็งอะ เราไม่รู้หรอกว่าจะอยู่ได้นานขนาดไหน ถ้าเราไม่ดูแลตอนนี้จะดูแลเมื่อไหร่” (ID5)

ประเด็นที่ 2 ยังหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้ ผู้ให้ข้อมูลมีความหวังกับการรักษาว่าอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค จึงดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลอย่างเคร่งครัด พาผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง ดังคำสัมภาษณ์

“ฟีกี่หวังลึก ๆ ตลอดอ่าเนาะแต่ฟีกี่ไม่รู้ว่ามันจะเป็นจริงหรือเปล่า ฟีกี่ขอให้มันเป็นจริงว่าให้ท่านหาย”(ID6)

“เราก็บอกว่าอย่าคิดมากเป็นก็หายได้ ถ้าเราดูแลรักษาดูแลอยู่ในกฎในเกณฑ์ของหมอบอกให้ทำไรก็ทำอย่างนี้ให้กินอะไรก็กิน” (ID13)

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบายไม่ทุกข์ทรมาน เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย หลังจากได้รับการรักษาซึ่งมักมีภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเคมีบำบัดจะทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ง่าย กลืนลำบาก รู้สึกปวดจากแผล นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับรังสีรักษาซึ่งทำให้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีบวมบาง เกิดแผลได้ง่าย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายดังกล่าวได้สร้างความ

ทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลจึงให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการส่งเสริมความสุขสบาย และลดความทุกข์ทรมาน ประกอบด้วย 6 ประเด็นย่อย คือ

1.1) การดูแลความสะอาดและความสุขสบายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย ความเจ็บป่วยและการรักษาย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลงจึงให้การดูแลตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย ดังคำสัมภาษณ์ “เขาป่วยบางวัน บางวันก็ตีบางวันก็เพลียหรืออ่อนแรงมาก ๆ เราก็จะช่วยเขาอาบน้ำ แล้วปากก็จะไปฟอกสบู่วางล้างลงไปแล้วก็จะล้างให้เขาก็ดูแลให้” (ID2)

1.2) การดูแลให้ได้รับอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผู้ป่วยมะเร็งที่ดูแลมีสุขภาพร่างกายเปราะบาง มีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน ร่วมกับการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ร่างกายผู้ป่วยแข็งแรงขึ้นจึงมีความจำเป็นต้องได้รับอาหารที่ดีมีคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลดูแลให้ผู้ป่วยทานอาหารตามความต้องการของผู้ป่วยเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยทานอาหารได้มากขึ้น และอาหารที่ทานต้องเป็นอาหารที่ดีมีประโยชน์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ประกอบด้วย 3 มิติในการดูแล ดังนี้

1.2.1) การดูแลให้ทานอาหารที่มีประโยชน์ เนื่องจากการได้รับอาหาร ที่มีประโยชน์จะช่วยบำรุงและฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้มีแรงสู้กับโรคและการรักษา ผู้ให้ข้อมูลมักดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ดีมีประโยชน์ ดังคำสัมภาษณ์

“เราต้องระวังพวกอาหารไม่ให้ค้างคิน อาหารสดกินเลยไม่ค้างคิน เลือกที่มีประโยชน์อย่างปลาอบปลาหนึ่ง ผักสุก” (ID4)

1.2.2) การดูแลให้ทานอาหารสอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง การรักษาของผู้ป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ในการดูแลเรื่องอาหารจึงปรับให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ดังคำสัมภาษณ์



“ช่วงให้คีโมกินเผ็ดไม่ได้เลยเพราะว่าปากมัน แสบมันร้อนข้างใน มันก็จะเป็นแผลก็เลยไม่ได้ให้เขากิน เผ็ดเลย” (ID1)

1.2.3) การดูแลให้ทานอาหารที่ชอบ ที่พึงพอใจ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผู้ป่วยอยู่ได้อีกไม่นานใน เวลาที่เหลืออยู่ดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุข ได้จัดอาหารให้ ผู้ป่วยทานตามความชอบถึงจะเป็นของแสลงก็ไม่ห้าม เพราะการได้ทานอาหารที่ชอบเป็นความสุขของผู้ป่วย ดังคำสัมภาษณ์

“แกอยากกินอะไร กินผลไม้อะไรเป็นพิเศษก็ จะออกไปซื้อเอาที่อยากกินก็จะซื้อให้กิน” (ID8)

“บางตัวก็เหมือนของแสลง แต่ถ้าเขาอยากกิน ที่ก็จะให้เขากิน...เขาชอบกินเป็ชี่ก็ให้กินเพราะกินแล้วเขา สบายใจ เขามีความสุข” (ID1)

1.3) การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพื่อ ส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัย การดูแล ความสะอาดผู้ป่วยที่บ้านจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิด ความสุขสบายและความปลอดภัย ดังคำสัมภาษณ์

“เข้าห้องน้ำ ก่อนเข้าต้องคว่ำลิ้นใหม่ ต้องเอา ผ้าเช็ดให้สะอาด บางทีเราไม่เช็ดห้องน้ำไม่สะอาดมันจะ ลื่นเขาล้มได้” (ID4)

“เปลี่ยนผ้าปูเ็นเปลี่ยนทุกวันเลย เน้นความ สะอาดเพราะกลัวแผลเขาจะติดเชื้อ” (ID1)

1.4) การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของ ผู้ป่วย ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นย่อมส่งผลต่อจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้มีอาการซึมเศร้า ซึมโหม หงุดหงิดง่ายขึ้น เกิดความเครียดจากการคิดมากและขาด กำลังใจในการสู้กับโรคและการมารับรักษา ประกอบด้วย 3 มิติของการดูแล ดังนี้

1.4.1) กำลังใจและความปลอดภัย จากคนรอบข้าง การลูกกลามของโรคมะเร็งย่อมทำให้ ผู้ป่วยทุกข์ทรมานส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ ผู้ให้ ข้อมูลดูแลโดยการอยู่เคียงข้างคอยปลอบโยนและให้ กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยอดทนสู้ ดังคำสัมภาษณ์

“เราก็บอกให้เขาสู้ เขาชอบบ่นว่าเขาไม่ไหว แล้วเขาไม่อยากอยู่แล้ว เราหยาแ ก่ต้องสู้ละ” (ID3)

“เขาก็ท้อถอย เราก็บอกทุกคนที่ต้องสู้ให้กำลังใจเขาและบอกให้เขาทุกคนที่แ่กว่าเรา” (ID13)

1.4.2) การดูแลให้สบายใจช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด ผู้ป่วยมักมีความเครียดในตัวที่เกิด จากความเจ็บป่วยอันทุกข์ทรมาน ทั้งนี้ความเครียดจะส่ง ผลต่อการดำเนินของโรคให้มีการลุกลามรวดเร็วขึ้น ทำให้ ผู้ให้ข้อมูลหากวิธีในการจัดการความเครียดด้วยการ ดูแลให้ผู้ป่วยสบายใจ ดังคำสัมภาษณ์

“แกก็เล่นกับลูกหลานก็ไม่เครียดเพราะว่าลูก หลานก็พูดแหย่พูดตลก...มันทำให้แกสบายใจด้วยแกก็จะ ไม่เครียดใจ” (ID11)

“เวลาเราอยู่บ้านเราก็จะพาท่านเดินเที่ยวดู ต้นไม้ท่านจะสบายใจ ไม่เครียด” (ID6)

1.4.3) ยอมรับการแสดงอารมณ์ของ ผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หลากหลายและแปรปรวนได้ ง่าย มักแสดงอารมณ์เหวี่ยง หงุดหงิด โหม หรือบ่นตำท้อ ผู้ให้ข้อมูล หลายครั้งที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกโกรธและโหมแต่ก็ ทำอะไรไม่ได้ ต้องอดทนและนิ่งอย่างเดียวเนื่องจากการ ได้ตอบด้วยอารมณ์ไม่ได้ทำให้อะไรดีขึ้น ดังคำสัมภาษณ์

“เขาอาละวาดใส่เรา เราก็มโหมแต่เป็นแค่ช่วง อึดใจเดียวคะมันก็หายเพราะว่าเขาป่วย พอเราเข้าใจเจ็ย เราก็อ่อยๆละ” (ID2)

“ก็มันต้องยอมนิ่งนะเพราะป้าไม่ต้องการให้เขา โวยวาย ...บางครั้งก็โกรธเขาเนแต่มันก็ต้องนิ่ง ทำอะไร ไม่ได้เพราะไม่เกิดประโยชน์” (ID10)

1.5) การดูแลตามความเชื่อทางศาสนา ผู้ป่วย มักมีความบอบช้ำภายในจิตใจส่งผลให้มีความฟุ้งซ่าน ผุดลุกผุดนั่งนอนไม่ได้ทรมาน ผู้ให้ข้อมูลเกิดความ สงสารได้ให้การดูแลตามเชื่อทางศาสนาด้วยการนำ ธรรมะเข้าสู่จิตใจเพื่อหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่ สงบขึ้น ดังคำสัมภาษณ์

“เขาทรมานมากที่ก็บอกให้เขาใจเย็น ๆ นะลูก ถ้านอนไม่ได้ก็สวดมนต์และทำจิตใจให้ปล่อยางนะ” (ID1)

“แกบอกไปทำบุญแล้วแกสบายใจ แกปล่อย างนะ แกไม่ได้สนใจว่าชีวิตแจะไปได้ถึงไหน แกปล่อย างตัวแกละ” (ID8)



1.6) การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความกลัวตาย
ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักพบว่ามีความกลัวตายเพราะยัง
ทำใจไม่ได้หากต้องตายซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะ
ใหม่ที่กำลังได้รับการวินิจฉัยมักมีความกลัวภายในจิตใจ
กลัวตายเพราะว่ายังยอมรับความตายไม่ได้ กลัวตาย
เพราะลูกยังเล็กใครจะช่วยดูแลลูก ในรายที่รุนแรงมักมี
อาการสั่นและรุนแรงถึงขั้นสติหลุด ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตน
ได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการชวนพูดคุย พยายามไม่ให้ผู้ป่วย
อยู่คนเดียว ดังคำสัมภาษณ์

“เขากลัวตายเพราะว่าเขาที่ยอมรับความตาย
ไม่ได้ ยิ่งเขามาตาบอดแบบนี้เหมือนมันยิ่งไปซ้ำเติมเขา...
เขาจะมีอาการโดยเฉพาะตอนที่เขาอยู่คนเดียว เขาจะ
กลัว(กลัวตาย) แบบ ๆ กลัวมาก ๆ อะ ...เขานั่งสั่น เหมือน
บางทีกลัวจนสติหลุด...เราพยายามไม่ให้เขาอยู่คนเดียว
เขาอยู่คนเดียวไม่ได้เพราะเขากลัว” (ID12)

“ถ้าสัก ๆ แม่แก่ก็ยังไม่อยากตายเร็ว ๆ นี้ แะ
ยังอยากอยู่ต่อเห็นลูกหลานโตแล้วแกมาป่วยเป็นแบบนี้
เท่าที่พี่รู้นะแกก็กลัวตาย ถ้าตายไปแล้วจะไม่ได้เจอหน้า
หลานอีกมันทำให้เขายังกลัวอยู่กลัววันที่เขาจะตาย”
(ID11)

ประเด็นที่ 2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน
เป็นการหาแหล่งประโยชน์ขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งได้รับ
การสนับสนุนจากคนในครอบครัว จากบุคลากรทาง
สุขภาพและชุมชน การได้รับความช่วยเหลือเหล่านั้นนับ
เป็นปัจจัยสนับสนุนให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้
ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

**2.1) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก
ครอบครัว** ช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เพราะการดูแล
ผู้ป่วยนั้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถออกไปทำงานเพื่อ
หารายได้อย่างเต็มที่และหากผู้ให้ข้อมูลต้องรับผิดชอบ
ดูแลเพียงลำพังอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกเหนื่อย
จนเกินไป ประกอบด้วย 2 มิติของความช่วยเหลือ ดังนี้

2.1.1) การแบ่งเบาภาระเรื่องเงิน
ได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเนื่องจากผู้ให้
ข้อมูลมีรายได้ไม่เพียงพอ มีภาระ และสูงอายุไม่ได้
ประกอบอาชีพ ดังคำสัมภาษณ์

“นั่งแท็กซี่ไปกลับก็สัรร้อยกว่าบาท บางทีไป
กลับเกือบห้าร้อยอ่า ก็มาถี่เลยละช่วงนี้ก็ทำอย่างไรงี้ได้ ก็
มาตามหมอนัด ...พวกค่ารักษา ผ่าตัด ลูกเขาคนโตออก
ให้ทั้งหมด ลุงไม่ได้ทำงานแล้ว ลูกเขาก็จะส่งเงินให้ใช้ซื้อ
อะไรกิน” (ID10)

2.1.2) การผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนดูแล
คนในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลเนื่องจากเป็นหน้าที่ร่วม
กันของคนในครอบครัว ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลได้พักผ่อนและ
มีเวลาส่วนตัว ดังคำสัมภาษณ์

“พอวันหยุดของลูกจะมาดูแลแทนเรา เราถึง
จะมีเวลาส่วนตัวบ้าง...ก็สลับกันบ้าง ลูกดูที่ผมก็ดูที่ ช่วย
กันดูเพราะมันเหนื่อย หมุนเวียนกันดู ใครมีธุระก็ไป
เปลี่ยนกันดู ...” (ID4)

**2.2) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก
ระบบสุขภาพ** การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น ต้องใช้ทั้งความ
รู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นจะช่วยให้สามารถดูแล
ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้รับความ
ช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพในด้านข้อมูลความ
รู้จากแพทย์ พยาบาลที่ให้คำแนะนำ ฝึกทักษะที่จำเป็น
ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ดังคำสัมภาษณ์

“หมอพยาบาลแนะนำให้ทำจี้ ๆ ก็ได้คู่มือมา
แหละได้วันที่ให้คีโม ได้รับคำแนะนำว่าดูแลคนไข้ตาม
อาการต่างๆ พวกอาการแพ้ อาการคลื่นไส้ เขาจะถาม
ทุกครั้งทีไปให้ คีโมว่ามีอาการแพ้ คลื่นไส้อาเจียนไหม
ก็ดูแลตามที่พยาบาลแนะนำ” (ID1)

**2.3) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก
ระบบสุขภาพชุมชน** ผู้ให้ข้อมูลได้รับสิ่งของและการมา
ตรวจเยี่ยมจากอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร
จิตอาสาในชุมชนได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการได้รับ
ของแจกมี นม ถู่มือ ข้าวสาร เป็นต้น และยังได้รับการ
การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้าน เป็นความช่วยเหลือที่เกิด
ขึ้นภายในชุมชน ดังคำสัมภาษณ์

“ออส. เนี่ยนะเขาจะมาเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ตาม
บ้าน เป็นการดูแลของคนในชุมชน ผู้ดูแลนะเขาจะคอย
ประสานกับ ออส. คอยรายงานว่าคนไข้เป็นอย่างไรบ้าง
ต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง บางทีก็มีนมมาแจกฟรี



ก็เอามาแจกคนในชุมชนก็ช่วยกันดูแลคนป่วยตามบ้าน”(ID3)

ประเด็นที่ 3 การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลมากที่สุด ทำให้เกิดความรู้สึกเครียดในช่วงแรกของการรับบทบาทหน้าที่เนื่องจากความไม่พร้อมและไม่รู้วิธีในการดูแลผู้ป่วยแต่เมื่อผ่านไปสักระยะเกิดการเรียนรู้และปรับตัวได้ จะเกิดความรู้สึกดีใจ ภูมิใจตามมาประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

3.1) เพราะความไม่รู้จึงทำให้เครียดในช่วงแรกของการดูแล ช่วงแรกของการรับบทบาทของการดูแลนั้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องมีการปรับตัว ต้องเรียนรู้วิธีที่จะให้การดูแลเพราะมีหลายสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่ามีการดูแลมากขึ้นกว่าตอนที่ยังไม่ป่วย บางอย่างไม่รู้วิธีในการดูแล จึงทำให้ร้องไห้เครียด ดังคำสัมภาษณ์

“คือนาทีแรกเลยนะคะวันแรกที่ดูแลเนี่ยค่ะเรารู้สึกเครียดมากเรายังไม่ได้อะไรยังทำใจไม่ได้แต่เมื่อเราปรับตัวได้เราต้องเจอสถานการณ์แบบนี้เราก็ลองผิดลองถูกของเรา พอไปโรงพยาบาลก็ได้พยาบาลเขาบอกเขาสอนก็เอาตรงนั้นมาด้วย มันก็ดีขึ้น”(ID1)

3.2) เหนื่อยจากความรับผิดชอบหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นมีหน้าที่ความรับผิดชอบมากขึ้น ส่งผลให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ดังคำสัมภาษณ์

“เหนื่อยเพราะทำงานหลายงานต้องบริหารจัดการงานหลายอย่าง”(ID6)

“เหนื่อยไม่ค่อยได้นอน คือเราอยู่กันสองคนไม่ค่อยได้มีใครเปลี่ยนเรา”(ID1)

3.3) ภูมิใจ ดีใจที่ได้ดูแล และเป็นโอกาสที่ได้ตอบแทนพระคุณ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่ได้ดูแลผู้ป่วย ดังคำสัมภาษณ์

“ดีใจที่ได้ดูแลเขาตอนป่วยเพราะว่าตอนลำบากก็พึ่งเขาไม่ได้อยู่แล้ว”(ID13)

“ภูมิใจดี รู้สึกดีมากเลย แบบผมไม่เคยดูแลใครไง รู้สึกดี รู้สึกดีมาก ๆ เลย”(ID8)

“ไม่มียายเราคงไม่มีวันนี้ละเขาทำให้เราเกิดมาให้ชีวิตเรา เราได้ทำหน้าที่ตอบแทนเขานั้นแหละ ประเสริฐที่สุดของมนุษย์แล้ว”(ID5)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยอภิปรายตามประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 1 ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ผู้ดูแลในครอบครัวให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลามว่า ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น มีอาการอ่อนเพลียมาก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เป็นต้น และการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ ว่ามะเร็งมีการกระจายตัวไปยังอวัยวะอื่นๆ การรักษาไม่ได้มีจุดประสงค์เพื่อการหาย ซึ่งคล้ายกับ สมพงษ์ พะมุลิลา และคณะ⁽⁹⁾ กล่าวว่า เป็นโรคที่รอความตาย บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้นักจะรอความตาย รักษาอย่างไรก็ไม่หาย

ประเด็นที่ 2 ยังหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้ ผู้ดูแลในครอบครัวมีความคาดหวังต่อการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยยังพอช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง หรือเป็นผู้ป่วยที่พึ่งได้รับการวินิจฉัยซึ่งเป็นเหตุผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงดูแลด้วยการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลอย่างเคร่งครัด มีความสอดคล้องกับ ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และคณะ ที่กล่าวว่า การพาผู้ป่วยมาได้รับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษานั้นเนื่องจากผู้ดูแลมีความหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบาย ไม่ทุกขุทรมาน การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นมีการดูแลในเรื่องของ



สุขภาพกายผู้ป่วยให้สะอาดสอดคล้องกับสภาพร่างกาย เพราะว่าผู้ป่วยมักมีอ่อนเพลียช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ดูแลช่วยเหลือบนเตียงหากพอมิแรงดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองเพราะผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเขาเองไม่มีคุณค่า⁽⁷⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยแข็งแรงขึ้นดูแลให้ทานอาหารที่มีประโยชน์ตามความต้องการของผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับ ทิพย์วรรณ อรัญตร และคณะ กล่าวว่า การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์จะช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวได้เร็วหลังผู้ป่วยได้รับการรักษา และช่วยลดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากอาหารที่มีประโยชน์นั้นมีสารอาหารที่ให้พลังงานและมีสารอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกาย⁽¹⁰⁻¹²⁾ การดูแลความสะอาดบ้านเป็นการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสบายและมีความปลอดภัยจากการติดเชื้อและอุบัติเหตุ มีความสอดคล้องกับ Martín et al ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย เอื้อต่อการพักผ่อนและจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ส่วนการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์นั้น มักพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ มีการโมโหง่าย ใช้อภัยคำไม่สุภาพต่อหาผู้ดูแลในครอบครัว บางครั้งผู้ดูแลในครอบครัวมีโกรธบ้างแต่ก็ใช้ความเข้าใจและยอมรับว่าผู้ป่วยเขากำลังเจ็บป่วยอยู่ จึงนิ่ง ไม่ตอบโต้ผู้ป่วย มีความสอดคล้องกับ วรภูมิ นิเจริญ กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวควรใช้ความเข้าใจและใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีจะช่วยให้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วยได้ ซึ่งอาจเกิดจากความเครียดคิดมากส่งผลให้จิตใจของผู้ป่วยขาดสมดุลไป ดูแลให้ผู้ป่วยสบายใจ เช่น การชวนพูดคุย ดูโทรทัศน์ พาไปทานข้าวนอกบ้าน เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจและคลายความเครียด รวมถึงการให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยขาดกำลังใจและท้อแท้^(13,14) ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีความฟุ้งซ่าน จิตใจไม่สงบ จนกลายเป็นความกลัวตายขึ้น การดูแลนั้นไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง ต้องคอยอยู่เคียงข้างและพูดคุยจะช่วยให้ความกลัวนั้นเบาบางลงและมีการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาด้วย

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสวดมนต์ ไหว้พระ ทำบุญจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบขึ้น^(15,16) ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวควรได้รับการเตรียมพร้อมในเรื่องของความรู้และ ทักษะที่จำเป็นจะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ 2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน การได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นของผู้ดูแลในครอบครัวช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ โดยผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพได้รับความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจากแพทย์พยาบาล การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวในเรื่องของเงินเพราะผู้ดูแลในครอบครัวบางรายสูงอายุ ไม่ได้ประกอบอาชีพ บางรายรายได้ไม่เพียงพอเนื่องจากการดูแลนั้นย่อมมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแล จึงควรได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว มีความสอดคล้องกับ Wiseso et al กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวควรได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ การร่วมกันดูแล ผลัดเปลี่ยนหน้าที่ในการดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้พักผ่อน มีเวลาส่วนตัวและไม่รู้สึกท้อเหนื่อยเกินไป มีความสอดคล้องกับ Wannapornsiri ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งไม่สามารถดูแลเพียงลำพังได้ ต้องได้รับความช่วยเหลือผลัดเปลี่ยนการดูแลทั้งนี้เพราะจะส่งผลต่อคุณภาพของการดูแล ไม่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเหนื่อยเกินไป และการได้รับความช่วยเหลือจากระบบสุขภาพชุมชนในเรื่องสิ่งของและบริการทางสุขภาพที่จิตอาสาในชุมชนให้ความช่วยเหลือมาเยี่ยมบ้าน นานม หน้ากากอนามัย มาแจก⁽¹⁷⁾ ดังนั้น ควรมีการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลเพราะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้เป็นอย่างดี

ประเด็นที่ 3 การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล การดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้น ในช่วงแรกของการดูแลย่อมเกิดความเครียดจากความไม่รู้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงต้องมีการปรับตัว เรียนรู้วิธีการดูแลในด้านความรู้และทักษะให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานจะช่วยให้ผู้ดูแลใน



ครอบครัวเกิดปรับตัวได้และมีความเครียดลดลง⁽¹⁸⁾ และในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวมีความใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุด มีหน้าที่ความรับผิดชอบที่หลากหลาย ทำให้บางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอจึงมีความเหนื่อยเกิดขึ้นได้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชชัย เชื้อนสมบัติ ที่กล่าวว่า ความเหนื่อยจากการดูแลผู้ป่วยนั้นเกิดจากความรับผิดชอบที่หลากหลาย ทำให้เวลาในการพักผ่อนมีไม่เพียงพอ และเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวมีการปรับตัวจนสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีก็จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความภาคภูมิใจ ดีใจที่เห็นผู้ป่วยมีอาการดี และยังถือว่าการดูแลนั้นเป็นโอกาสในการตอบแทนพระคุณ ดังนั้นในการรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับตัวที่ดี เพราะจะช่วยลดความเครียดและเมื่อปรับตัวได้จะเกิดความรู้สึกละเอียดของการเป็นผู้ดูแล ซึ่งช่วยให้สามารถคงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลต่อไปได้

สรุป การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านนั้นมีความซับซ้อนและในผู้ป่วยแต่ละรายมีการดูแลที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยผู้ดูแลในครอบครัวมีการดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบายและลดความทุกข์ทรมานจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังต้องอาศัยปัจจัยจากแรงสนับสนุนทางสังคมให้เข้ามา มีบทบาทร่วมดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการดูแลแบบต่อเนื่องเกือบตลอด 24 ชั่วโมง มักส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเหน็ดเหนื่อยได้ แต่ในทางกลับกันหากปรับตัวได้แล้วผู้ดูแลในครอบครัวจะเกิดความภูมิใจ ดีใจที่ได้ดูแลเพราะถือว่าเป็นโอกาสที่ดีที่ได้ตอบแทนผู้มีพระคุณ **ข้อจำกัด** การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงและอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้นจึงไม่สามารถอ้างอิงไปสู่กลุ่มประชากรได้ เพียงแต่สามารถอ้างอิงไปสู่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเฉพาะกลุ่มเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อค้นพบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแล โดยนำข้อค้นพบที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว เรื่องของความรู้และทักษะการดูแล ด้วยการวางแผนการจำหน่าย การให้คำแนะนำ วิธีการดูแล และเสริมทักษะสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

References

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. CA Cancer J Clin. 2022;72(1):7-33.
2. National Cancer Institute medical department Ministry of Public Health. level cancer registry Hospital 2019.Bangkok: New Plain Printing Co., Ltd.; 2019 (In Thai)
3. Kosolnakorn P. Factors associated with preferences for place of terminal care and death among cancer patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med J 2016 May – Jun;60(3): 355 – 64 (In Thai)
4. Kanchanajari O, Sirapho-ngam Y, Mankong S. Roles and needs of caregivers of terminally ill patients in palliative care facilities. Rama Nurs J. 2017;23(3):328-43. (In Thai)
5. Sirapo-ngam Y. Relative caregivers at home : concepts and research problems. Rama Nurs J .1996;2(1):84-94. (In Thai)
6. Hassankhani H, Rahmani A, Best A, Taleghani F, Sanaat Z, Dehghannezhad J. Barriers to home-based palliative care in people with cancer: A qualitative study of the perspective of caregivers. Open Nur J. 2020;7(4):1260-8.



7. Thanasilp S. Caring for terminally ill cancer patients at home. In holistic care of terminally ill cancer patients. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020 (In Thai)
8. Cal A, Zengin S, Avci IA. Needs of Patients with Prostate Cancer for Home Care. APJON. 2018;5(4):408-14.
9. Doumit MA, Huijer HA, Kelley JH, Nassar N. The lived experience of Lebanese family caregivers of cancer patients. Ca Nur J. 2008;31(4):E36-42.
10. Arundon T, Ruangdam A, Ruangajorn P, Pruphetkaew N, Sunpaweravong P. Nutritional Status, Beliefs, and Meat-Consumption Behaviors Among Cancer Patients. CA J. 2017;37(4):127-44. (In Thai)
11. Subongkot S, Krongkaew W, Udomphon N, Loisaratrakul N, Phanna P. Guidelines for standard work on chemotherapy and post-treatment patient care. Bangkok: Company New Plain Printing (Thailand) Co., Ltd.; 2017.
12. Mankong S, Sirapho-ngam Y, Watanyu S. Roles of Relatives Caregivers of Palliative Care Patients: A Qualitative Preliminary Study. Nurs Sci J. 2016;31(4):104-21. (In Thai)
13. Kusi G, Boamah Mensah AB, Boamah Mensah K, Dzomeku VM, Apiribu F, Duodu PA. Caregiving motivations and experiences among family caregivers of patients living with advanced breast cancer in Ghana. PLoS One. 2020;15(3):e0229683.
14. Leow MQ, Chan SW. The Challenges, Emotions, Coping, and Gains of Family Caregivers Caring for Patients With Advanced Cancer in Singapore: A Qualitative Study. Car Nur J. 2017;40(1):22-30.
15. Phra Paisan Visalo. A letter expressing the intention of helping terminally ill patients with a Buddhist method. 2nd edition. Bangkok: Amy Nation Co., Ltd.; 2009. (In Thai)
16. Bergqvist J, Strang P. The will to live - breast cancer patients' perceptions of palliative chemotherapy. Acta Oncol. 2017;56(9):1168-74.
17. Maneechamnong S, Santayakorn J, Wannapornsiri C. Holistic care experience of caregivers of end-of-life cancer patients. NUJST 2009;3(2):105-16. (In Thai)
18. Yongpattanjit S, Munkong S, Sutthi N. Stress from caring for terminally ill patients and coping with stress among caregivers in wards in palliative care. Nurs Sci J 2020;35(2):116-31. (In Thai)