



บทความวิจัย (Research article)

การสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพกับความเข้มแข็งทางใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา Healthcare Provider Support Contributing to Resilience among Caregivers of Advanced Cancer Patients: A Phenomenological Study

สรารวุฒิ สีสาน^{1*}, ขวัญชนก ยศคำลือ¹

Sarawut Sritan^{1*}, Kwanchanok Yotkhamlue¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sarawut@bcnpb.ac.th)

(Received: April 20, 2025; Revised: November 8, 2025; Accepted: November 9, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 20 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตพฤติกรรม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับการสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพที่มีส่วนช่วยสร้างความเข้มแข็งทางใจ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ 2) การให้ข้อมูลและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ดูแล 3) การสนับสนุนด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากรและระบบบริการเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล

จากผลการวิจัยแสดงถึงบทบาทเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการสนับสนุนด้านจิตใจและความรู้ เพื่อเสริมพลังผู้ดูแล และด้านโครงสร้างและระบบบริการ เพื่อความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการออกแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ครอบคลุมแบบองค์รวมต่อไป

คำสำคัญ: การสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพ, ความเข้มแข็งทางใจ, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing Phraputtabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Abstract

This qualitative study, employing a phenomenological approach, aimed to explore the experiences of health care professionals' support and its influence on the psychological resilience of caregivers of advanced cancer patients. Twenty caregivers of advanced cancer patients were purposively selected according to the inclusion criteria. Data were collected through in-depth interviews and behavioral observations and analyzed using the thematic analysis method.

The results revealed that caregivers articulated profound experiences of supportive interactions with health care professionals that enhanced their resilience. Four overarching themes emerged: 1) providing care to relieve suffering; 2) offering information and communication to facilitate caregivers' decision-making; 3) supporting caregivers' learning and capacity development through professional guidance; and 4) providing resources and service systems that ensure continuity of care.

These findings underscore the proactive roles of professional nurses and other health care providers in fostering the psychological resilience of caregivers of advanced cancer patients. Emotional and informational support were provided to empower caregivers, while structural and system-level support promoted continuity and comprehensiveness of care. The insights derived from this study can contribute to the development of holistic, evidence-based guidelines for end-of-life cancer care.

Keywords: Healthcare provider support, Resilience, Caregivers, Advanced cancer patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เป็นสาเหตุที่ทำให้ประชากรเสียชีวิตถึง 41 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 74 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากเป็นลำดับที่ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือด คือ โรคมะเร็ง ซึ่งมีจำนวนผู้เสียชีวิตได้ถึง 9.3 ล้านคนต่อปี และจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี (World Health Organization: WHO, 2023) รวมทั้ง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายร้อยละ 7 (Harvard Institute of Politics and Global Health Institute, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่รายงานว่า ประมาณร้อยละ 8 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิด ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (National Cancer Institute Department of Thailand: NCIDT, 2022) โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเหล่านี้จะได้รับการพิจารณาให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ในระยะของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต้องเผชิญกับความท้าทายที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (quality of life) แต่รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย (caregivers) ได้แก่ ความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอาการทรุดลง และเสียชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Bevans & Sternberg, 2012) ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในระดับสูง และมีความรู้สึกขัดแย้งในใจเกิดขึ้นระหว่างที่ให้การดูแล ซึ่งส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง (Lim et al., 2021) หรืออาจกล่าวได้ว่า แม้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์และต่อสู้กับโรคมะเร็ง แต่บทบาทดังกล่าวก็ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเสื่อมถอยของสุขภาพกายและสุขภาพจิต เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่สำหรับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ทั้งการดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวด การประเมินสภาพจิตใจ และให้การสนับสนุนตามความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง และกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Santo & Calderon, 2023)

ความเข้มแข็งทางใจ (resilience quotient: RQ) เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังพบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรค และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ (Waugh & Sali, 2023) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยพัฒนาความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Røen et al., 2018) ระดับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะเพิ่มสูงขึ้น เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น (Salim et al., 2019) โดยเฉพาะจากบุคลากรทางสุขภาพ (Kahriman & Zaybak, 2015) เนื่องจากเป็นบุคคลสำคัญที่คอยช่วยเหลือ ให้ข้อมูล และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Opsomer et al., 2022) แม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพมีความสำคัญต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แต่พบว่า มีจำนวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยค่อนข้างจำกัด และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ จึงขาดการเจาะลึกถึงประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ดูแลในเชิงคุณภาพ ซึ่งอาจไม่สะท้อนรายละเอียดเชิงลึกเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด และความหมายของการได้รับการสนับสนุนได้อย่างครอบคลุม การศึกษานี้ จึงช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ดังกล่าว และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกของความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เกิดขึ้นจากบทบาทของบุคลากรทางสุขภาพในบริบทของประเทศไทย ซึ่งสามารถนำไปพัฒนานโยบาย หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิเคราะห์ปรากฏการณ์เชิงตีความ (Interpretative phenomenology analysis) (Heidegger, 1962) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 20 คน ที่ทำหน้าที่ดูแลด้านร่างกาย เฝ้าระวังพร้อมทั้งจัดการอาการที่ไม่พึงประสงค์ และให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และพาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมารับบริการในคลินิกการดูแลรักษาแบบประคับประคองของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลางของประเทศไทย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ 1) มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และ 3) มีคะแนนความเข้มแข็งทางใจ (resilience quotient score) ในระดับปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 55 คะแนน) (Department of Mental Health, 2018) และ 4) ยินดีให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) ขอลอนตัวออกจากการศึกษา และ 2) ไม่ยินดีให้นำข้อมูลไปใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (resilience quotient: RQ) ของกรมสุขภาพจิต เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความอดทน (tolerance) จำนวน 10 ข้อ การคิดแก้ปัญหา (resolving) จำนวน 5 ข้อ และการต่อสู้ (fighting) จำนวน 5 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 20 – 80 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 55 คะแนน) ระดับปกติ (55 – 69 คะแนน) และระดับสูง (มากกว่า 69 คะแนน) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .78 (Department of Mental Health, 2018)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 ผู้วิจัย (researcher) ซึ่งทั้งผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยร่วม ผ่านการศึกษาเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และมีประสบการณ์การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับทีมผู้วิจัยในประเทศ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (demographic characteristics) จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทในครอบครัว อาชีพ ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์ ระยะเวลาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และศาสนาที่นับถือ

2.3 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (interviewed guide) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และประสบการณ์ในการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีคำถามหลัก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง 2) เป็นอย่างไรบ้างเมื่อคุณต้องมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3) ช่วยบอกเกี่ยวกับประสบการณ์ คำแนะนำ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่คุณได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ 4) บุคลากรทางสุขภาพจะสามารถช่วยเหลือคุณได้ดีที่สุดได้อย่างไร

5) คุณจำช่วงเวลาที่ยากลำบากเป็นพิเศษสำหรับคุณและครอบครัวในฐานะผู้ดูแลได้หรือไม่ อย่างไร
 6) สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ และคนใกล้ชิดต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง 7) บุคลากรทางสุขภาพจะสามารถช่วยเหลือคนในครอบครัวคุณได้ดีที่สุดได้อย่างไร 8) อะไรที่อาจส่งเสริมหรือขัดขวางการสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพที่มีต่อคุณและครอบครัวของคุณ และ 9) อะไรที่ทำให้คุณมีแรงบันดาลใจหรือเข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และมีคำถามย่อย ดังตัวอย่าง 1) ช่วยอธิบายเพิ่มเติมได้หรือไม่ว่าคุณหมายถึงอะไร 2) ช่วยยกตัวอย่างเกี่ยวกับสิ่งที่คุณหมายถึงได้หรือไม่ 3) คุณต้องการความช่วยเหลือหรือการเตรียมความพร้อมเพิ่มเติมจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างไร 4) คุณและคนในครอบครัวมีความต้องการความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ เพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร 5) มีอะไรเพิ่มเติมอีกหรือไม่ และ 6) มีอะไรอื่น ๆ อีกหรือไม่ ที่เราอาจจะยังไม่ได้คุยกัน หรือที่คุณต้องการเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการช่วยเหลือของทีมสุขภาพต่อผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคนอื่น ๆ ที่ทำหน้าที่คล้ายคุณ

2.4 แบบบันทึกภาคสนาม (fieldnote) และเครื่องบันทึกเสียงในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล (recorder) ในการวิจัยนี้ ใช้เป็นโทรศัพท์มือถือที่สามารถบันทึกเสียงได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวทางคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบบันทึกภาคสนาม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ที่มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถาม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกระหว่างเดือนเมษายน - กันยายน พ.ศ. 2567 ณ คลินิกการดูแลรักษาแบบประคับประคอง โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ในเขตภาคกลางของประเทศไทย ซึ่งเป็นวันที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด ผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจเพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นให้ลงนามแสดงความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในห้องประชุมขนาดกลางที่มีความเป็นส่วนตัว มีประตูปิดมิดชิดและมีทางเข้าออกทางเดียว ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาก่อนเริ่มสัมภาษณ์ โดยใช้เวลา 30 – 45 นาที และทำการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และอารมณ์ที่แสดงออกขณะสนทนา เมื่อจบการสนทนาในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะดำเนินการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (transcribed verbatim) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและเตรียมการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อเนื่องจนไม่พบข้อมูลใหม่และข้อมูลอิ่มตัว (data saturation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการตามแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของ Heidegger (1962) ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) และ 2) ข้อมูลการสัมภาษณ์ หลังจากดำเนินการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ และบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป NVivo 20 โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกอ่านหลาย ๆ รอบ กำหนดการให้รหัสข้อมูล (coding) โดยข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กันถูกจัดอยู่ในกลุ่มย่อยเดียวกันและกำหนดเป็นหัวข้อย่อย ๆ (categories/sub-themes) จนกระทั่งข้อมูลมีการอิ่มตัว และข้อมูลในหัวข้อย่อยต่าง ๆ ถูกจัดกลุ่มเข้าเป็นหัวข้อหลัก (themes) ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความลำเอียงของผู้วิจัยในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการสะท้อนตนเองอย่างต่อเนื่อง (research 's reflexivity) ตลอดกระบวนการให้รหัสข้อมูล (coding) โดยการจดบันทึกความคิดเห็นส่วนตัว ความรู้สึก และข้อสังเกตที่อาจมีอิทธิพลต่อการตีความข้อมูล (Creswell & Poth, 2018)

ดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ตามแนวทางของ Lincoln and Guba (1985) เพื่อสะท้อนคุณภาพของงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Holloway & Galvin, 2017) ประกอบด้วย 1) ความเชื่อถือได้ (credibility) ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) ทั้งในระหว่างและหลังการเก็บข้อมูล โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง และทวนสอบกับผู้ให้ข้อมูลทันที รวมทั้งเชิญผู้ให้ข้อมูลบางส่วนตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลยืนยันว่าข้อมูลและการตีความสะท้อนประสบการณ์จริง และการใช้คำพูด (quotes) จากผู้ให้ข้อมูลมาสนับสนุนแต่ละหัวข้อหลัก 2) การพึ่งพากับกับเกณฑ์อื่น ๆ (dependability) ดำเนินการโดยวิธีการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ การบันทึกภาคสนาม และการตรวจสอบระหว่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม NVivo 20 ตามแนวทางของ Heidegger (2011) 3) การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ดำเนินการโดยผู้วิจัยแต่ละคนแยกวิเคราะห์ข้อมูลอย่างอิสระ จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปรายเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน และ 4) การถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) ดำเนินการโดยผู้วิจัยให้ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและบริบทที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้นยังมีการใช้คำพูดโดยตรง (directed quotes) ของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้ง มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกอย่างชัดเจน เพื่อสามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทใกล้เคียงได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท เอกสารเลขที่ COA No. BCNPB001/2567 ลงวันที่ 19 มกราคม 2567 ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูล หลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยเริ่มจากการอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ว่า ช่วยให้ทราบถึงข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพที่มีส่วนช่วยสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาวิธีการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลต่อไป จากนั้นสอบถามความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มสัมภาษณ์ โดยแจ้งผู้ให้ข้อมูลว่าสามารถตอบคำถามได้อย่างอิสระ สามารถถอนตัวจากการวิจัย

และขอข้อมูลการสัมภาษณ์คืนได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรักษาข้อมูลไว้ในรูปแบบไฟล์เสียงและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัสก่อนเข้าถึงข้อมูล นำเสนอผลการวิจัยเฉพาะข้อเท็จจริงที่ผ่านการตรวจสอบและยืนยันข้อมูลแล้วเท่านั้น โดยไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มตัวอย่างได้ ข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ถูกทำลายทิ้งทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูลหลักมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 38.89 ปี ($SD = 7.13$, Min = 22, Max = 63) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 ($n = 15$) มีเชื้อชาติไทย ร้อยละ 100 ($n = 20$) และสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 85 ($n = 17$) มีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000 ถึง 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 65 ($n = 13$) มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 60 ($n = 12$) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 5 คน ร้อยละ 75 ($n = 15$) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 65 ($n = 13$) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 80 ($n = 16$) และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ($n = 20$) มีระยะเวลาเฉลี่ยในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย 4.28 เดือน ($SD = 5.54$ ต่ำสุด 2 เดือน และสูงสุด 8 เดือน) ขณะที่ทุกคนอาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคกลางของประเทศไทย ทั้งในเขตเมืองและชนบท ซึ่งมีความหลากหลายของการเข้าถึงบริการสุขภาพและมีความแตกต่างกันในด้านการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมดังกล่าว จึงอาจส่งผลต่อประสบการณ์การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. ประสบการณ์การสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก สามารถจำแนกข้อมูลออกเป็น 14 รหัสข้อมูล (coding) จัดกลุ่มได้เป็น 9 หัวข้อย่อย (sub-theme) และสรุปเป็น 4 หัวข้อหลัก (theme) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล รหัสข้อมูล หัวข้อย่อย และหัวข้อหลัก

หัวข้อหลัก (themes)	หัวข้อย่อย (sub-themes)	รหัสข้อมูล (coding)	ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล (example of participant quotes)
1. การดูแลเพื่อ บรรเทาความ ทุกข์	- ช่วยบรรเทา อาการปวดผู้ป่วย - ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ ทุกข์ทรมาน	- เวลาผู้ป่วยมีอาการปวด มากจะพามาโรงพยาบาล - บุคลากรทางสุขภาพจะ ให้ยาแก้ปวดเสมอ - หลังให้ยาอาการปวด ของผู้ป่วยดีขึ้น ไม่ทุกข์ ทรมาน	“อยากให้ช่วยรักษา โดยเฉพาะเวลาที่แม่มีอาการ ปวดมากจะพามาโรงพยาบาลตลอด และหมอก็จะ ให้ยาแก้ปวด” “เวลาแม่มีอาการปวดท้องมาก ๆ ก็จะมาแม่ไป หาหมอที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หมอก็จะฉีดยาแก้ ปวดและให้ยาแก้ปวด” “ถ้าพ่อมีอาการปวด ก็จะมาพามาหาหมอที่ โรงพยาบาล หมอและพยาบาลก็จะให้ยาแก้ปวด พ่อก็จะไม่ทรมาน ไม่เจ็บไม่ปวด”

ตาราง 1 (ต่อ)

หัวข้อหลัก (themes)	หัวข้อย่อย (sub-themes)	รหัสข้อมูล (coding)	ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล (example of participant quotes)
2. การให้ข้อมูล และการสื่อสาร เพื่อสนับสนุนการ ตัดสินใจของ ผู้ดูแล	- ให้ข้อมูล เกี่ยวกับการ เจ็บป่วย การดูแล และการรักษา - ให้ข้อมูล เกี่ยวกับ ทางเลือกในการ ดูแลรักษา และ เปิดโอกาสให้ ตัดสินใจ	- บอกข้อมูลการเจ็บป่วย และการรักษาเป็นระยะ - บอกวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ จำเป็น - มีช่องทางให้คำปรึกษา และติดต่อกรณีฉุกเฉิน - บอกข้อมูล ทางเลือก และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจ	“ตัวป้าเองก็อยากทราบว่าลงจะอยู่ได้อีกนานไหม หมอและพยาบาลก็จะพูดเกี่ยวกับอาการของ ผู้ป่วยให้ฟังตลอด และก็บอกให้เราควรพาคนไข้ มาหาหมอตามนัด” “ช่วงแรกที่เราพาคนไข้เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายก็ เครียด แต่พอหมอและพยาบาลได้เล่าให้ฟัง ก็ เข้าใจและเครียดลดลง บอกว่าอะไรก็ถามได้เลย ไม่ต้องเกรงใจ คิดว่าเค้าก็จะพยายามช่วยเรา เต็มที่” “พยาบาลก็จะคอยให้ความรู้ เกี่ยวกับวิธีการดูแล คนไข้ เช่น การทำแผล การให้ออกซิเจน และ แนะนำช่องทางที่ค้นหาความรู้เพิ่มเติมได้” “รู้สึกว่ายบายใจในการดูแลแม่มากขึ้น หลังจากที่ได้ รู้จักทางทีมหมอ พยาบาล ที่อยู่ในคลินิกสบาย ใจ และมีเบอร์โทรติดต่อฉุกเฉิน เวลาอะไรก็จะได้ โทรปรึกษา” “มีอยู่วันหนึ่ง ลุงมีอาการปวดท้องมาก จึงขอให้คุณ หมอดูตรวจเพิ่มเติม หมอบอกถ้าอยากรู้ก็ต้องส่อง กล้อง พยาบาลจึงแนะนำว่า คุณลุงเข้าสู่ระยะ สุดท้ายแล้ว การส่องกล้องจะทำให้คุณลุงทรมาน กว่าเดิมหรือไม่ หรืออาการอาจจะทุเลาลง และก็ให้ ป้าลองคิดและตัดสินใจอีกครั้ง”
3. การสนับสนุน ด้านการเรียนรู้ และการพัฒนา ศักยภาพของ ผู้ดูแลโดย บุคลากรทาง สุขภาพ	- ประเมินความรู้ ทัศนคติ และ ทักษะในการดูแล ผู้ป่วย - สอน แนะนำ และเป็นพี่เลี้ยง ระหว่างที่ดูแล ผู้ป่วย - กำกับ ติดตาม และประเมินผล การดูแลผู้ป่วย เป็นระยะ	- มีการสอบถามถึงปัญหา ในการดูแลผู้ป่วย เป็น ระยะ - มีการให้คำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย - มีการเปิดโอกาสให้ ผู้ดูแล สาธิตวิธีการดูแล ผู้ป่วย - มีการกำกับติดตาม และ ประเมินผล การดูแล ผู้ป่วย	“แต่ละเดือนก็จะมีทีมหมอ พยาบาล และหมอ อนามัย ออกมาเยี่ยมพ่ที่บ้าน มาสอบถามถึง วิธีการดูแลพ่ ว่าเป็นยังไงบ้าง มีปัญหาในการ ดูแลอะไรหรือไม่ อยากให้ช่วยแนะนำการดูแล เรื่องอะไรเพิ่มเติมก็บอกได้เลย” “เวลาที่หมอมาเยี่ยมบ้าน แล้วหนูบอกว่าไม่กล้า ทำแผลให้พ่ ที่พยาบาล ก็พาให้ลองทำอีกรอบ หนึ่ง จนเกิดความมั่นใจ หนูก็รู้สึกมั่นใจมากขึ้น” “ในบางเดือนที่ทีมหมอไม่ได้มาเยี่ยมที่บ้าน ก็จะมี การโทรมาสอบถาม ถึงการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นยังไง บ้าง มีปัญหาอะไรหรือเปล่า ต้องการให้แนะนำ อะไรเพิ่มเติมหรือไม่”

ตาราง 1 (ต่อ)

หัวข้อหลัก (themes)	หัวข้อย่อย (sub-themes)	รหัสข้อมูล (coding)	ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล (example of participant quotes)
4. การสนับสนุน ด้านทรัพยากร และระบบบริการ เพื่อความ ต่อเนื่องของการ ดูแล	- คอยจัดหา อุปกรณ์ ที่จำเป็น ในการดูแล ผู้ป่วย - คอย ประสานงานกับ เครือข่ายการดูแล ผู้ป่วย	- มีการจัดหาอุปกรณ์ที่ จำเป็นสำหรับการดูแล ผู้ป่วยเมื่อร้องขอ - มีการประสานงานใน รูปแบบเครือข่ายการดูแล - ควรมีการสนับสนุน ค่าใช้จ่ายพื้นฐานที่จำเป็น	“มีอยู่วันหนึ่ง ไปขอถึงออกซิเจนที่สถานีอนามัย หมอและพยาบาลก็ดีมากเลย พวกเค้าก็ติดต่อหา มาให้ตามที่เราไปขอ” “บางครั้งก็โทรไปตามเบอร์โทรที่โรงพยาบาลให้ไว้ เพื่อ ขอการสนับสนุนของใช้จำเป็น เช่น ออกซิเจน เตียง หรือของใช้จำเป็นอื่น ๆ นั้น ทางโรงพยาบาลก็รับเรื่อง ไว้แล้วประสานงานมายังอนามัย เพื่อเอาของมาให้ ตามที่ขอ ทำให้เรารู้สึกว่าเค้าใส่ใจความต้องการเรา” “บางทีทางสถานีอนามัย ก็บอกให้อสม. ออกมา คอยสอบถามอาการของแม่ เช่น อาการปวด การ กินข้าว และก็ถามว่าต้องการความช่วยเหลืออะไร หรือไม่ ถ้ามีก็ขอให้บอก เดี่ยวจะได้แจ้งทางสถานี อนามัยจัดหามาให้” “บางครั้งถ้าแพนมีอาการปวดมาก ๆ คิดอะไรไม่ ออกก็จะโทรหา อสม. เพื่อให้ติดต่อหมออนามัยให้ หน่อย และถ้าทางสถานีอนามัยประเมินแล้วมันไม่ ไหวจริงๆ ก็จะส่งต่อคนไข้ไปโรงพยาบาลต่อให้” “ทุกเดือนก็จะมีทีมหมออนามัยออกมาเยี่ยมบ้าน เพื่อ สอบถามว่าต้องการให้ช่วยเหลืออะไรหรือไม่ บางทีก็มี อาหารสำเร็จรูป ผ้าอ้อม หรือนม มาให้ด้วย” “ถ้า เป็นไปได้ก็อยากให้ทางหมอ พยาบาล หรือ โรงพยาบาลช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ หรือนัก สังคมสงเคราะห์ เนื่องจากเวลาเดินทางพาคนไข้ ไปโรงพยาบาลก็จะมีค่าใช้จ่าย และส่วนใหญ่คน ดูแลก็ไม่มีรายได้ ทำให้บางครั้งไม่มีเงินที่จะพาคน ป่วยไปโรงพยาบาล”

1. การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์

บุคลากรทางสุขภาพช่วยสนับสนุนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ
สุดท้าย โดยการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์

1.1 การช่วยบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วย ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“อยากให้ช่วยรักษา โดยเฉพาะเวลาที่แม่มีอาการปวดมากจะพามาโรงพยาบาลตลอด และหมอก็จะ
ให้ยาแก้ปวด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, เพศหญิง, อายุ 45 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก)

“เวลาแม่มีอาการปวดท้องมาก ๆ ก็พาแม่ไปหาหมอที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หมอก็จะฉีดยาแก้ปวด และให้ยากลับมากิน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, เพศหญิง, อายุ 45 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

1.2 ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ถ้าพ่อมีอาการปวด ก็พาพ่อมาหาหมอที่โรงพยาบาล หมอและพยาบาลก็จะให้ยาแก้ปวด พ่อก็จะไม่ทรมาน ไม่เจ็บไม่ปวด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, เพศหญิง, อายุ 50 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก)

2. การให้ข้อมูลและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ดูแล

บุคลากรทางสุขภาพช่วยสนับสนุนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการให้ข้อมูลและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ดูแล

2.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแล และการรักษา ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ตัวป้าเองก็อยากรู้ว่าลุงจะอยู่ได้อีกนานไหม หมอและพยาบาลก็จะพูดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยให้ฟังตลอด และก็บอกให้เราควรพาคนไข้มาหาหมอตตามนัด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, เพศหญิง, อายุ 39 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“ช่วงแรกที่รู้ว่าคนไข้เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายก็เครียด แต่พอหมอและพยาบาลได้เล่าให้ฟัง ก็เข้าใจและเครียดลดลง หมอและพยาบาลบอกว่ามีอะไรก็ถามได้เลย ไม่ต้องเกรงใจ คิดว่าเค้าก็จะพยายามช่วยเราเต็มที่” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 20, เพศชาย, อายุ 42 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก)

“พยาบาลก็จะคอยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลคนไข้ เช่น การทำแผล การให้ออกซิเจน และแนะนำช่องทางที่สามารถค้นหาความรู้เพิ่มเติมได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, เพศหญิง, อายุ 35 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก)

“รู้สึกท้อใจในการดูแลแม่มากขึ้น หลังจากที่ได้รู้จักทางทีมหมอ พยาบาล ที่อยู่ในคลินิกสบายใจและมีเบอร์โทรติดต่อฉุกเฉิน เวลาเมื่อไหร่จะได้โทรปรึกษา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, เพศหญิง, อายุ 44 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)

2.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลรักษา และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจ ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“มีอยู่วันหนึ่ง ลุงมีอาการปวดท้องมาก จึงขอให้คุณหมอตตรวจเพิ่มเติม หมอบอกถ้าอยากรู้ก็จะต้องส่องกล้อง พยาบาลจึงแนะนำว่า คุณลุงเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว การส่องกล้องจะทำให้คุณลุงทรมานกว่าเดิมหรือไม่ หรืออาการอาจจะทรุดลง และก็ให้ป้าลองคิดและตัดสินใจอีกครั้ง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18, เพศหญิง, อายุ 49 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก)

3. การสนับสนุนด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ

บุคลากรทางสุขภาพช่วยสนับสนุนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการสนับสนุนด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ

3.1 การประเมินความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“แต่ละเดือนก็มีทีมหมอ พยาบาล และหมออนามัย ออกมาเยี่ยมพ่อที่บ้าน มาสอบถามถึงวิธีการดูแลพ่อ ว่าเป็นยังไงบ้าง มีปัญหาในการดูแลอะไรหรือไม่ อยากให้ช่วยแนะนำการดูแลเรื่องอะไรเพิ่มเติมก็บอกได้เลย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, เพศชาย, อายุ 46 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

3.2 การสอน แนะนำ และเป็นพี่เลี้ยงระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เวลาที่หมอมายเยี่ยมบ้าน แล้วหนูบอกว่าไม่กล้าทำแผลให้พ่อ พี่พยาบาลก็จะพาให้หนูลองทำอีกรอบหนึ่ง เพื่อให้เกิดความมั่นใจ หนูก็รู้สึกมั่นใจมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, เพศหญิง, อายุ 34 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง) (น้ำดี)

3.3 การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ในบางเดือนที่ทีมหมอไม่ได้มาเยี่ยมที่บ้าน ก็จะมีการโทรมาสอบถามถึงการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นยังไงบ้าง มีปัญหาอะไรหรือเปล่า ต้องการให้แนะนำอะไรเพิ่มเติมหรือไม่” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, เพศหญิง, อายุ 39 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากรและระบบบริการเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล

บุคลากรทางสุขภาพช่วยสนับสนุนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการสนับสนุนด้านทรัพยากรและระบบบริการเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล

4.1 การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“มีอยู่วันหนึ่ง ไปขอถังออกซิเจนที่สถานีอนามัย หมอและพยาบาลก็ดีมากเลย พวกเค้าก็ติดต่อหามาให้ตามที่เราไปขอ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, เพศหญิง, อายุ 29 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่)

“บางครั้งก็โทรไปตามเบอร์โทรที่โรงพยาบาลให้ไว้ เพื่อขอการสนับสนุนของใช้จำเป็น เช่น ออกซิเจน เตียง หรือของใช้จำเป็นอื่น ๆ ทางโรงพยาบาลก็รับเรื่องไว้แล้วประสานงานมายังอนามัย เพื่อเอาของมาให้ตามที่ขอ ทำให้เรารู้สึกว่าเค้าใส่ใจความต้องการเรา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, เพศหญิง, อายุ 47 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่)

4.2 การประสานงานกับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“บางทีทางสถานีอนามัย ก็บอกให้ อสม. ออกมาคอยสอบถามอาการของแม่ เช่น อาการปวด การกินข้าว และก็ถามว่าต้องการความช่วยเหลืออะไรหรือไม่ ถ้ามีก็ขอให้บอก เดียวจะได้แจ้งทางสถานีอนามัยจัดหาให้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, เพศหญิง, อายุ 39 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“บางครั้งถ้าแฟนมีอาการปวดมาก ๆ คิดอะไรไม่ออกก็จะโทรหา อสม. เพื่อให้ติดต่อหมออนามัยให้หน่อย และถ้าทางสถานีอนามัยประเมินแล้วมันไม่ไหวจริงๆ ก็จะส่งต่อคนไข้ไปโรงพยาบาลต่อให้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, เพศหญิง, อายุ 43 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก)

“ทุกเดือนก็จะมีทีมหมออนามัยออกมาเยี่ยมบ้าน เพื่อสอบถามว่าต้องการให้ช่วยเหลืออะไรหรือไม่ บางทีก็มีอาหารสำเร็จรูป ผักอ้อม หรือนม มาให้ด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18, เพศหญิง, อายุ 39 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)

“ถ้าเป็นไปได้ก็อยากให้ทางหมอ พยาบาล หรือโรงพยาบาลช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ หรือนักสังคมสงเคราะห์ เนื่องจากเวลาเดินทางพาคนไข้ไปโรงพยาบาลก็จะมีค่าใช้จ่าย และส่วนใหญ่คนดูแลก็ไม่มีรายได้ ทำให้บางครั้งไม่มีเงินที่จะพาคนป่วยไปโรงพยาบาล” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, เพศหญิง, อายุ 39 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

การอภิปรายผล

บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญหลากหลายด้านที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ 1) การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ 2) การให้ข้อมูลและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ดูแล 3) การสนับสนุนด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลโดย

บุคลากรทางสุขภาพ และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากรและระบบบริการเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล ผลการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพมิได้จำกัดอยู่เพียงแค่การดูแลผู้ป่วย แต่ยังเป็นผู้ร่วมเดินทางที่มีอิทธิพลอย่างลึกซึ้งต่อสภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) และ ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment theory) ที่เน้นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Wittenberg et al., 2017; Grové et al., 2020) สามารถอธิบาย ในแต่ละประเด็นหลัก ดังต่อไปนี้

1. การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทโดยตรงในการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การจัดการอาการเจ็บปวด อาการซึมเศร้า หรือความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการดูแลที่มุ่งลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไม่ได้ส่งผลเพียงต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลด้วย เพราะเมื่อผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ก็สามารถลดความกังวลและความทุกข์ทางอารมณ์ของตนได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Tedeschi and Calhoun ที่กล่าวถึงว่า การรับรู้ว่าการควบคุมหรือลดความทุกข์ทรมานช่วยให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกทางจิตใจ และเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ (Tedeschi & Calhoun, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของบุคลากรทางสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแล (dos Santos et al., 2019) แต่ในบางการศึกษา พบว่า แม้การดูแลผู้ป่วยจะดีขึ้น แต่ไม่ได้ส่งผลทันทีต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลในทุกกรณี ซึ่งเป็นข้อสังเกตได้ว่าการบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการสนับสนุนเชิงโครงสร้างหรือเชิงจิตใจควบคู่ไปด้วยกัน (Sun et al., 2024)

2. การให้ข้อมูลและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ดูแล ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและสื่อสารกับผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่า การสื่อสารที่ชัดเจนและการให้ข้อมูลที่ทันเวลาช่วยเพิ่มความรู้สึกมั่นใจและลดความเสี่ยงของความไม่แน่นอนในผู้ดูแล จึงส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลได้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการตระหนักรู้ในตนเองของ Bandura ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลและรู้สึกว่ามีความสามารถในการจัดการสถานการณ์ ก็จะมี ความเข้มแข็งทางใจ และพัฒนาตนเองได้ดียิ่งขึ้น (Bandura, 1995) และผลการศึกษาของ Sari et al. (2025) พบว่าการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรคมะเร็งแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญลำดับแรก ๆ ที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น อีกทั้ง สามารถแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและตัดสินใจได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Zahedi et al. (2025) พบว่า แม้ว่าจะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่เพียงพอ แต่หากบุคลากรทางสุขภาพยังมีการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลไม่มีความเข้มแข็งทางใจที่มากพอในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการให้ข้อมูลอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ แต่ต้องควบคู่กับการเสริมศักยภาพของผู้ดูแลไปพร้อม ๆ กัน

3. การสนับสนุนด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรทางสุขภาพได้สนับสนุนผู้ดูแลผ่านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ให้คำแนะนำ ฝึกอบรม หรือแนะนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพราะผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าและสามารถมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Super เกี่ยวกับการพัฒนาการบทบาท ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้รับการเรียนรู้และพัฒนาบทบาทที่รับผิดชอบอย่างมีความหมาย จะทำให้เกิดความภูมิใจในบทบาทและความเข้มแข็งทางใจ (Super, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ dos Santos et al. (2019) ที่ระบุว่า การสนับสนุนด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลตามแนวทางของบุคลากรสุขภาพมีความสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและความเข้มแข็งทางใจให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากรและระบบบริการเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการจัดระบบบริการและสนับสนุนทรัพยากรที่เอื้อต่อการดูแลที่ต่อเนื่อง เช่น การทำงานในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ การประสานงานกับชุมชน การจัดส่งอุปกรณ์ช่วยเหลือ และการให้บริการติดตามผลการดูแล แสดงให้เห็นว่า ความต่อเนื่องของบริการและความพร้อมของทรัพยากร ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลในระยะยาว สอดคล้องกับแนวคิดของ Walsh เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแล ที่กล่าวว่า การมีทรัพยากรทางสังคมและระบบสนับสนุนที่ดี เป็นหนึ่งในปัจจัยเสริมให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและก้าวผ่านวิกฤตได้ (Walsh, 2016) รวมทั้งการศึกษาของ Cui et al. (2024) พบว่า การสนับสนุนทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ทรัพยากรและระบบบริการมีบทบาทในการลดผลกระทบทางลบต่อผู้ดูแลผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของ Pikulthong and Lueboonthavatchai (2021) พบว่า แม้การสนับสนุนทรัพยากรทางสังคมจะสูง แต่ไม่ได้หมายความว่าความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลจะอยู่ในระดับสูงเสมอไป แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ดูแล แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องและทรัพยากรต้องสนับสนุนควบคู่ไปกับปัจจัยด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแล

ผลการศึกษาสะท้อนถึงความหลากหลายและความแตกต่างของบริบทด้านระบบบริการสุขภาพของทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ บุคลากรทางสุขภาพจึงควรเน้นย้ำถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนความเข้มแข็งทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบองค์รวมที่มีความยืดหยุ่นและคำนึงถึงบริบทเชิงพื้นที่และระบบบริการสุขภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้ ได้มาจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายในบริบทเฉพาะของพื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลางของประเทศไทย ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่มีความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำไปใช้ในการออกแบบแนวปฏิบัติ เน้นบทบาทการดูแลเชิงรุกเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความเข้มแข็งทางใจ ได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างสมดุล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเน้นบทบาทเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพ และศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมครอบคลุมตัวแปรการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ การให้ข้อมูลและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ การสนับสนุนด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล และการสนับสนุนด้านทรัพยากรและระบบบริการที่ต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (1-45). Cambridge University Press.
- Bevans M. F., & Sternberg E. M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 307(4), 398–403. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.29>.
- Creswell, J. & Poth, C. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4th Ed.). SAGE.
- Cui, P., Yang, M., Hu, H., Cheng, C., Chen, X., Shi, J., ... Zhang, H. (2024). The impact of caregiver burden on quality of life in family caregivers of patients with advanced cancer: A moderated mediation analysis of the role of family resilience. *BMC Public Health*, 24, Article 817. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18321-3>
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. (2018). *Resilience quotient*. <https://mhc5.dmh.go.th/appcenter/rq/>
- dos Santos, L. A., de Oliveira, P. P., de Araújo da Silveira, E. A., Gesteira, E. C. R., da Fonseca, D. F., & Rodrigues, A. B. (2019). The resilience process in family caregivers of people with malignant neoplasia. *Esc Anna Nery*, 23(3), e20190023. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0023>
- Grové, C., Reupert, A., & Maybery, D. (2020). Supporting children and families where a parent has a mental illness: A review of interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7228. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197228>

- Harvard Institute of Politics and Global Health Institute. (2023, October 21). *Cancer profiles*.
https://globalhealth.harvard.edu/wp-content/uploads/2024/11/2024-HGHI-Annual-Report_Final_DIGITAL.pdf
- Heidegger, M. (1962). Being and time. In J. Macquarrie & E. Robinson, *Being and time (Trans.)*. Harper & Row.
- Holloway, I., & Galvin, K. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare* (4th Ed.). John Wiley & Sons.
- Kahriman, F., & Zaybak, A. (2015). Caregiver burden and perceived social support among caregivers of patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16, 3313-3317. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.8.3313>
- Lim, J. Cho, H., Bunds, K. S., & Lee, C. (2021). Cancer family caregivers' quality of life and the meaning of leisure. *Health Care for Women International*, 42(7), 1144-1164. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1752214>
- National Cancer Institute Department of Thailand: NCIDT. (2022, August 5). *Hospital-based cancer registry: 2022*. https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/Hosbased-2022-1.pdf
- Opsomer, S., Lauwerier, E., Lepeleire, J. D., & Pype, P. (2022). Resilience in advanced cancer caregiving: A systematic review and meta-synthesis. *Palliative Medicine*, 36(1), 44-58. <https://doi.org/10.1177/02692163211057749>
- Pikulthong, K., & Lueboonthavatchai, P. (2021). Resilience and associated factors of family caregivers of the terminal illness patients at Cheewabhibaln Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chulalongkorn Medical Journal*, 65(3), 319-326. <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/CMJ/article/view/151/139>
- Røen, I., Stifoss-Hanssen, H., Grande, G., Brenne, A., Kaasa, S., Sand, K., & Knudsen, A. K. (2018). Resilience for family carers of advanced cancer patients-how can health care providers contribute? A qualitative interview study with carers. *Palliative Medicine*, 32(8), 1410-1418. <https://doi.org/10.1177/0269216318777656>
- Salim, N. F., Borhani, F., Pour, M. B., & Khabazkhoob, M. (2019). Correlation between perceived social support and resilience in the family of patients with cancer. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 7(1), 158-162.
- Santo, E. V. M., & Calderón, V. P. H. (2023). Coping strategies and quality of life in primary caregivers of cancer patients. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 4(SI1), 23035. <https://doi.org/10.51798/sijis.v4iSI1.661>

- Sari, N. P. W. P., Mazenda, A., Duong, M. P. T., Putra, M. M., Yudamuckti, P. M. A., Nguyen, M. H., & Vuong, Q. H. (2025). Assessing the needs of healthcare information for assisting family caregivers in cancer fear management: A mindsponge-based approach. *Discover Social Science and Health*, 5(1), 88. <https://doi.org/10.1007/s44155-025-00234-0>
- Sun, H., Wacharasin, C., & Hengudomsub, P. (2024). Change in resilience among spousal caregivers of patients with newly-diagnosed advanced cancer over the first six months posttreatment in China. *Journal of Psychosomatic Research*, 183, 111538. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111538>
- Super, D. E. (1992). Toward a comprehensive theory of career development. In D. H. Montross & C. J. Shinkman (Eds.), *Career development: Theory and practice* (pp. 35–64). Charles C Thomas.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience* (3rd ed.). Guilford Press.
- Waugh, C. E., & Sali, A. W. (2023). Resilience as the ability to maintain well-being: An allostatic active inference model. *Journal of Intelligence*, 11(8), 158-168. <https://doi.org/10.3390/jintelligence11080158>
- Wittenberg, E., Ferrell, B., & Goldsmith, J. (2017). *Textbook of palliative care communication*. Oxford University Press.
- World Health Organization: WHO. (2024, December 23). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Zahedi, H., Sahebihagh, M. H., Mirghafourvand, M., & Hosseinzadeh, M. (2025). A qualitative study of family caregivers' experiences in caring for breast cancer patients. *Scientific Reports*, 15(1), Article 24287. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-09198-2>